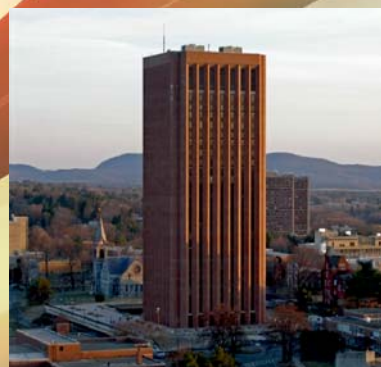
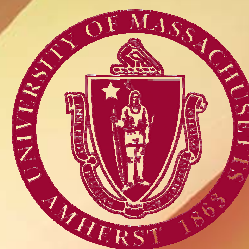




МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОБЛЕМ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ. РОССИЙСКИЕ И АМЕРИКАНСКИЕ ПОДХОДЫ К РЕШЕНИЮ ПРОБЛЕМ

Сборник статей в рамках российско-американского проекта
«Продвижение теории и знаний в науках общественного здоровья
по вопросам глобального общественного здоровья»

Великий Новгород
2012

**МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОБЛЕМ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ.
РОССИЙСКИЕ И АМЕРИКАНСКИЕ ПОДХОДЫ
К РЕШЕНИЮ ПРОБЛЕМ**

**Сборник статей в рамках российско-американского проекта
«Продвижение теории и знаний в науках общественного здоровья по
вопросам глобального общественного здоровья»**

Великий Новгород

2012

УДК613.96:316.346.3:159.922.8

Ответственный редактор Архипова Е. И.

Редакционный совет: Вебер В. Р., Певзнер М. Н., Архипов Г. С., Дэвид Бьюкенен, Архипова Е. И., Каминская Э. Е., Ньюдля Араева, Абрамова Н. Г.

Методы профилактики проблем здоровья населения. российские и американские подходы к решению проблем /Сборник статей в рамках российско-американского проекта «Продвижение теории и знаний в науках общественного здоровья по вопросам глобального общественного здоровья»/ - В. Новгород, 2012. – 142с.

ISBN 978-5-98769-098-7

Тематический сборник содержит материалы анализа здоровья населения российских и американских исследователей, методы и подходы профилактики выявленных проблем здоровья населения. Представлены разработки образовательной программы для подготовки специалистов по общественному здоровью и здравоохранению в рамках российско-американского проекта, также в рамках перехода к федеральному государственному образовательному стандарту нового поколения (ФГОС ВПО), подписанного Россией Болонского соглашения, представлены компетентностные образовательные программы для создания соответствующих условий интеграции студентов и выпускников медицинских и фармацевтических вузов России в Европейское образовательное пространство.

Сборник финансируется из средств Программы Стратегического развития НовГУ на 2012-2016 гг. по проекту 1.1.2. «Разработка и реализация новых образовательных программ совместно с зарубежными вузами-партнерами» в рамках Мероприятия 1.1. «Разработка и внедрение инновационного организационно-методического и учебно-методического обеспечения перехода НовГУ на уровневое обучение в компетентностном формате»

Материалы статей представлены в сборнике в авторской редакции. Мнение редакционного совета может не совпадать с точкой зрения авторов материалов.

Предисловие

Система образования является активным участником профилактики проблем здоровья населения. Профессиональный, организационный ресурс этой системы и сфера её социального влияния позволяют в рамках образовательной среды осуществлять комплексное и системное воздействие на установки, интересы и ориентиры молодежи, и, следовательно, обеспечивать формирование ценности здоровья, культуры здорового и безопасного образа жизни населения.

В этой связи особенно актуальным является выпуск сборника, статьи которого посвящены профилактике проблем здоровья населения. Описаны российские и американские подходы к формированию здорового образа жизни, в том числе разработке образовательной программы для подготовки специалистов по общественному здоровью и здравоохранению в рамках российско-американского проекта. Также представлены частные вопросы профилактики ВИЧ-инфекции, региональные тенденции и динамика основных причин смертности населения, описаны методы вовлечения местного населения в борьбу с хроническими неинфекционными заболеваниями, предложены программы вмешательства по снижению рискованного употребления алкоголя среди студентов колледжа, влияние курения и алкоголя матерей на вес новорождённых, демографические проблемы, трудности воспитания подростков, страдающих гиперкинетическими расстройствами и другие значимые проблемы, влияющие на здоровье российского и американского населения.

Надеюсь, что данный сборник статей будет способствовать плодотворному сотрудничеству российских и американских образовательных учреждений по вопросам глобального общественного здоровья.

Член-корреспондент РАМН, д.м.н. профессор
ректор Новгородского Государственного Университета
им. Ярослава Мудрого

В. Р. Вебер

ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ

В. И. Лисицин, Е. И. Архипова, Р. Ю. Залилов, Д. Бьюкенен, Н. Араева

РАЗРАБОТКА СОВМЕСТНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ОБЩЕСТВЕННОМУ ЗДОРОВЬЮ И ЗДРАВООХРАНЕНИЮ В РАМКАХ РОССИЙСКО–АМЕРИКАНСКОГО ПРОЕКТА

*Новгородский государственный университет им. Ярослава Мудрого,
Великий Новгород, РФ;
Университет штата Массачусетс, Амхерст, США*

Резюме

Представлены результаты работы по созданию совместной образовательной программы для постдипломной подготовки специалистов в области общественного здоровья и здравоохранения. Дается сравнение программ подготовки в РФ и США. Описаны этапы работы над совместной программой.

Ключевые слова: общественное здоровье и здравоохранение; образовательная программа; ИТ–компетенции.

В течение первого десятилетия нового века вместе со всей страной российское здравоохранение претерпело радикальные перемены, начиная от базовых ценностей и заканчивая медицинскими технологиями. Изменилось отношение государства к системе здравоохранения. На этом фоне очень тревожным выглядит значительное ухудшение состояния здоровья населения, связанное с изменившимся спектром патологии и причин, вызывающих заболевания и смерть российского населения. Произошло это вместе с общими социальными, экономическими, бытовыми и природными изменениями образа жизни граждан. Изменились и угрозы здоровью общества, и ответы на них, появились новые болезни и современные методы диагностики и лечения, рациональные средства и методы предотвращения массовых заболеваний, фундаментальные знания о механизмах развития заболеваний на индивидуальном и популяционном уровне.

Все эти принципиальные изменения привели к осознанию всеобщей социальной

потребности в новых специалистах, способных формулировать и реализовывать политику охраны здоровья, нравственно приемлемую всеми членами общества, экономически доступную и направленную на объединение ресурсов и усилий различных профессиональных и общественных сфер в деле укрепления здоровья и предотвращения заболеваний.

В настоящее время требуется профессионал, более глубоко подготовленный для работы в самых разнообразных условиях: органах государственного управления и управления здравоохранением муниципального, регионального и федерального уровней, в медицинских организациях всех форм собственности, страховых медицинских организациях и фондах обязательного медицинского страхования, медицинских компаниях и общественных организациях. Такому специалисту может потребоваться широкий диапазон профессиональных навыков в таких областях, как: оценка и анализ здоровья населения и определяющих его факторов с использованием эпидемиологических подходов; планирование, организация, внедрение и оценка вмешательств, направленных на изменение здоровья населения путём предотвращения заболеваний и угрожающих жизни и здоровью состояний, а также лечения больных и ухода за ними; разработка, реализация и оценка политики охраны здоровья на местном, региональном, национальном и международном уровнях.

Для подготовки подобных специалистов внутри системы медицинского образования необходим новый подход к организации учебного процесса, поскольку в соответствии с целями подготовки содержание учебных программ выходит за рамки существующих образовательных стандартов. Потребности в специалистах по общественному здоровью вне отрасли здравоохранения также накладывают определённые требования на учебную программу и учебный план.

В то же время и среди профессионалов учёных в области общественного здоровья, управления и экономики здравоохранения, социальной работы крепнет уверенность в целесообразности подготовки таких специалистов через систему постдипломного образования. Всё больше становится актуальным изучение опыта зарубежных стран, и прежде всего, США, где сложилась соответствующая система обучения. Целью межправительственного российско-американского проекта «Совершенствование теоретических и практических знаний в области общественного и глобального здоровья (Advancing Theory and Knowledge in Public Health Sciences on Global Health Issues)» явилось продвижение теоретических и практических знаний в области общественного здоровья и

здравоохранения посредством взаимного обмена идеями, моделями и наиболее эффективными методами оздоровления населения, принятыми в национальных системах здравоохранения. Ведущая роль поведенческих факторов в охране репродуктивного здоровья и профилактике наиболее распространённых хронических болезней объясняет наш особый интерес к последствиям социальных интервенций, образовательным программам, нацеленным на изменение поведенческих стратегий, а также общественной политике в области охраны здоровья и пропаганды здорового образа жизни. В то же время проект предусматривал создание образовательных программ, учебных курсов и материалов, совершенствование содержания учебных планов, а также развитие научно-исследовательского сотрудничества между Россией и США.

На основании отечественного опыта, а также с учётом изучения форм и методов обучения за рубежом путём непосредственного ознакомления с программами и организацией учебного процесса, в рамках данного проекта разрабатывалась совместная образовательная программа для постдипломной подготовки специалистов в области общественного здоровья и здравоохранения, реализация которой предполагается в Новгородском университете имени Ярослава Мудрого и Массачусетском университете США.

Главная цель программы – повышение уровня знаний научных и практических методов общественного здоровья и содействие внедрению этих знаний в практику общественного здравоохранения с учётом опыта преподавания, изучения и применения данных вопросов в Соединённых Штатах Америки.

Программа предназначена для тех, кто имеет высшее медицинское образование, высшее образование в сфере социальных, гуманитарных или естественных наук и непосредственно занимается или планирует заниматься деятельностью по оценке и изучению здоровья населения и организации здравоохранения. Программа также рассчитана на лиц, планирующих проведение научных исследований в сфере общественного здоровья, действительных и потенциальных преподавателей высших учебных заведений.

Отмечено, что в Соединённых Штатах Америки вопросами общественного здоровья занимаются специалисты не обязательно с медицинским образованием. Они разделяют медицину клиническую и обучают для этого врачей в специализированных медицинских образовательных учреждениях (колледжи, высшие учебные заведения), и институт общественного здоровья, который занимается вопросами профилактики заболеваний, анализу статистических данных, разрабатывает нормативные мероприятия, анализирует мировую

тенденцию. В данном случае на факультете общественного здоровья могут обучаться студенты с изначальным образованием социолого–психологического направления.

Разрабатываемая программа будет способствовать интернационализации высшего образования посредством адаптации американского опыта к российским социокультурным условиям, а также изучению возможностей внедрения международных программ в практику подготовки специалистов медицинского профиля в российских вузах.

Разработка программы осуществлялась в несколько этапов. Первый этап предусматривал знакомство с учебными планами и программами, реализуемыми в Российской Федерации и в Соединённых Штатах Америки, их подробное изучение и сопоставление.

В Российской Федерации программы постдипломного обучения по общественному здоровью и здравоохранению созданы на основе стандарта и обязательны для использования во всех учебных заведениях, осуществляющих подготовку специалистов данного профиля, формируют у обучающихся систему теоретических знаний, практических умений и навыков по следующим основным направлениям: теоретические основы организации здравоохранения и общественного здоровья; теория и практика управления органами и организациями здравоохранения; теория и практика государственной санитарной статистики; общественное здоровье и факторы, его определяющие; система охраны здоровья населения и общественное здоровье; менеджмент и маркетинг в здравоохранении; экономика здравоохранения; социология медицины; медицинское право, законодательные (правовые) основы охраны здоровья населения; управление ресурсами (трудовыми, финансовыми, материальными, информационными); управление качеством медицинской помощи.

Программы, используемые в Массачусетском университете, включают обязательные курсы и курсы по выбору, их количество может варьироваться. После подробного изучения предоставленных американской стороной программ PH (PUBHLTH), и их сопоставления с российскими, была определена согласованная часть (ядро программы), куда вошли равнозначные курсы (табл. 1). В то же время были определены курсы, которых нет в российских программах (табл. 2).

При составлении совместной программы, прежде всего, использованы:

- двухгодичная магистерская программа по политике и управлению в здравоохранении (Graduate program in health policy and management two-year master's degree);
- учебная программа по специальности «общественное здравоохранение»

Массачусетский университет, Амхерст.

Таблица 1

Согласованная часть совместной образовательной программы по общественному здоровью и здравоохранению (ядро программы)

Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого (НовГУ)	Код и название курсов Массачусетского университета, Амхерст (UMass)
Введение в теорию вероятности и статистику в биологии и общественном здравоохранении	PH142 Introduction to Probability and Statistics in Biology and Public Health
Методы эпидемиологии в изучении общественного здоровья. Статистические показатели общественного здоровья.	PH250A Epidemiologic Methods
Информационные системы в общественном здравоохранении	PH243C Information Systems in Public Health
Законодательная база здравоохранения	PH225 Legal Basics for Health PH229 Public Health and the Law
Основы системы здравоохранения	PH200C Public Health Core Breadth Seminar PH220 Health Policy Decision-Making PH620; PH621; PH580; PH620; PH690H
Экономика здравоохранения	PH226A Health Economics PH226B Microeconomics of Health Policy and Management PH227A Health Care Finance PH227B Advanced Health Care Finance PH722; PH726; PH628
Менеджмент в здравоохранении	PH223C Strategic Management and the Organization of Health Services PH231A Analytic Methods for Health Policy and Management PH621; PH690L
Маркетинг в здравоохранении	PHXXX Health Care Marketing
Производственная практика	PH297 Public Health Field Placement PH291A PH Practice Preparation: What Can You Do with an MPH PH291A PH Practice Preparation: Professional Development Workshop Series
Выпускная работа	PH223E Capstone Seminar in Health Policy and Management

Таким образом, выявлено несоответствие по количеству зачётных единиц, что требует дальнейшей совместной работы по согласованию и совершенствованию учебных планов. Срок постдипломного обучения по соответствующей специальности составляет 2 года, то

есть 48 недель; 4 академических семестра; трудоёмкость в зачётных единицах (кредитов) – 120. Минимальная учебная нагрузка – 30 зачётных единиц в семестр. 1-а зачётная единица соответствует 36–ти часам, включая все виды работ (аудиторная и самостоятельная).

В соответствии с американскими программами за два года образовательной работы составляет минимум 48 зачётных единиц за четыре академических семестра и летние месяцы. Минимальная учебная нагрузка – 12 зачётных единиц в семестр.

Таблица 2

Дополнительные курсы, изучаемые по программам UMass

Курс	Код курса UMass
Современные задачи в области обучения населения принципам здорового образа жизни	PH505 PH590C PH601 PH602 PH603
Проблемы этики в области общественного здравоохранения	PH525
Международное здравоохранение, население и развитие	PH614, PH583
Дизайн и проведение опросов по вопросам, касающихся аспектов здоровья	PH 690G
Вопросы гигиены	PH561, PH562, PH564, PH565, PH566, PH590A, PH590N, PH660, PH690X, PH690Z

Одной из составляющих разрабатываемой программы является обучение в области информатики и информационных технологий.

Концептуально предопределяя ИТ–компоненту образовательной программы, следует отметить, что будущий специалист должен уметь использовать компьютерные программы для проведения статистического анализа данных (медико–биологических, социальных и т. д.); работать с электронными таблицами; создавать и вести компьютерные базы данных; составлять отчётную документацию в электронном виде; создавать мультимедийные презентации. Это сделает его более востребованным на рынке труда.

С учётом специфики приобретаемой специальности, в процесс обучения желательно включить и возможность получения практических знаний и умений в области создания компьютерных медийных продуктов пропагандистско–просветительского плана (видеоролики, брошюры и т. д.), в способности осуществления персональных телекоммуникационных контактов. Кроме того, (на факультативном уровне) знание специального программного обеспечения для захвата аудио-видео сигналов и создания / редактирования видео-роликов

(VirtualDub, Windows Movie Maker), для графической обработки фотографий (GIMP, Adobe PhotoShop); умение пользоваться персональными видео-конференц устройствами.

Таким образом, специалисты в области общественного здоровья и управления здравоохранением должны обладать следующими ИТ–компетенциями:

- знание компьютерного, мультимедийного и проекционного оборудования;
- выполнение биостатистического анализа данных с использованием компьютерных программ; использование программных пакетов MS Office, OpenOffice для решения задач, связанных с созданием и редактированием текстовых документов, баз данных, электронных таблиц, презентаций и рисунков;
- знание интернет-сервисов и основных информационно–образовательных возможностей глобальных сетей.

Все вышеперечисленные темы должны найти отражение в создаваемой программе.

Американская концепция предполагает приобретение ИТ–компетенций как за счёт освоения специализированного компьютерного курса "Информатика в области общественного здоровья и здравоохранения", так и посредством интеграции соответствующих ИТ–блоков в профессиональные дисциплины (политика и менеджмент в здравоохранении, биостатистика, эпидемиология и т. д.)

В биостатистике это следующие дидактические единицы: использование компьютеров для сбора, хранения, управления и статистической обработки исследовательских данных; компьютерная отчётная документация; графическое представление результатов исследования; начальные концепции статистического программирования.

В эпидемиологии имеется ИТ–блок по использованию компьютерного программного обеспечения для определения, вычисления и интерпретации эпидемиологических оценочных мер по распространённости заболеваний, сферам действия, рискам смертности.

В дополнение к этому возможно получение расширенных знаний и умений в обозначенной области на факультете компьютерных наук и в офисе (центре) информационных технологий. Одновременно в процесс обучения заложена возможность самостоятельного доступа как преподавателей, так и обучающихся к современным информационным ресурсам – базам данных, библиотекам, средствам коммуникации и обработки информации, то есть имеются элементы дистанционных обучающих технологий.

В Массачусетском университете дистанционное образование предлагается в инновационных форматах: интерактивное телевидение, компьютеризованное обучение (computer-assisted learning).

В последнее время в очно–заочный учебный процесс НовГУ им. Ярослава Мудрого активно внедряются технологии дистанционного образования. Для этих целей в НовГУ используется специальный сервер, интеллектуальным и организующим ядром которого является система для дистанционного образования Moodle (Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment-Модульная Объектно-Ориентированная Динамическая Обучающая Среда). Планируется, что данная система будет использована для организации дистанционной специализации в области общественного здоровья.

Обучение специалистов по общественному здоровью и здравоохранению в компьютерно–информационной области целесообразно проводить по комбинированной схеме, то есть сочетать приобретение ИТ–компетенций на специализированном компьютерном курсе с освоением ИТ–блоков при изучении профессиональных дисциплин. Важным компонентом подготовки специалистов должно стать дистанционное образование, предлагаемое в инновационных форматах: динамическая обучающая среда, видео–конференц технологии.

На втором этапе были разработаны методические пакеты курсов лекций для обучения студентов в российских вузах по совместной образовательной программе, с использованием опыта их преподавания в университетах США по следующим темам: «Сравнительная политика в области здравоохранения», разработчики проф. Архипова Е. И. и проф. Архипов Г. С.; «Инновационная система формирования здорового образа жизни и снижения смертности населения трудоспособного возраста», проф. Фишман Б. Б. и проф. Гундаров И. А., «Кросс–культурная теория социального поведения для развития программ профилактики», проф. Архипова Е. И.

Разработаны 2 учебных пособия по медицинской статистике, где приведены данные о состоянии общественного здоровья населения, как в Российской Федерации, так и в Соединённых Штатах Америки: «Общественное здоровье. Медико-социальные аспекты демографических процессов» и «Общественное здоровье. Заболеваемость. Методика расчёта и анализа показателей заболеваемости», разработчик доц. Лисицин В. И.

В мае 2010 г. в Великом Новгороде в рамках совместного проекта проведена российско-американская конференция «Актуальные проблемы совершенствования международных образовательных программ в области общественного и глобального

здоровья», материалы которой опубликованы в сборнике.

Организованы и проведены два совместных интернет–семинара (вебинара) по приоритетным направлениям российско-американского научно-образовательного сотрудничества вузов России и университетов США по актуальным проблемам общественного здоровья населения РФ и США: «Проблемы профилактики ВИЧ–инфекции», «Смертность, как индикатор здоровья общества на современном этапе», где наряду с учёными принимали участие и студенты Новгородского и Массачусетского университетов.

Российской стороной разработан и создан раздел Web–сайта, посвящённый представлению проекта в целом, а также учебных программ, учебно-методических пакетов курсов лекций, учебных пособий, разработанных с использованием опыта учебно-методической работы партнёрского университета США. Раздел Web–сайта (<http://www.novsu.ru/projects/publichealth/i.144688/?id=144695>), посвящённый проекту, расположен на главной странице (<http://www.novsu.ru>) портала Новгородского государственного университета имени Ярослава Мудрого. Указанный портал создан с использованием последних Интернет-технологий, что позволило обеспечить абсолютную совместимость со всеми наиболее широко используемыми Интернет-браузерами: Explorer, Opera и Fire Fox.

В основе концепции сайта лежит принцип обеспечения максимальной информативности разделов и скорости поиска необходимой информации. Для реализации этой задачи в разделе сайта использовано классическое двухуровневое меню, обеспечивающее наиболее комфортное и интуитивно понятное расположение данных. Структура созданного раздела повторяет структуру всего университетского портала, что, несомненно, является большим удобством для пользователей. В настоящее время раздел Web–сайта, посвящённый проекту, содержит следующие структурные элементы:

- О проекте (с описанием целей и задач проекта);
- Проектная группа (здесь указаны члены проектной группы с российской и американской сторон);
- Члены консорциума (представлена краткая информация о НовГУ и Университете Массачусетс, Амхерст);
- Новости (краткая сводка новостей по проекту);
- События (даётся подробный отчёт о прошедших событиях).

Рассмотренная структура позволяет в полной мере реализовать принцип доступности информации по всем направлениям выполняемых работ, обеспечивая положительный имидж проекта среди заинтересованной аудитории.

На третьем этапе разработан проект программы, который состоит из основных курсов для изучения. Часть курсов приемлема для обучения в обоих университетах, часть курсов

Таблица 3

Примерная образовательная программа для постдипломной подготовки специалистов по общественному здоровью и здравоохранению (проект)

№ курса	Название курса	
	НовГу, РФ	UMass, США
Курс 1	Медицинская статистика и организация статистического исследования. Статистический анализ	Основы биостатистики
Курс 2	Характеристика общественного здоровья. Статистические показатели (критерии) общественного здоровья. Сравнительная характеристика общественного здоровья в России и США	
Курс 3	Важнейшие неинфекционные и инфекционные заболевания как медико-социальная проблема. Эпидемиологический подход к их изучению	Основы эпидемиологии. Методы эпидемиологии в изучении общественного здоровья
Курс 4	Законодательная база здравоохранения Российской Федерации	Законодательная база здравоохранения США
Курс 5	Организация лечебно-профилактической помощи населению Российской Федерации	Основы системы здравоохранения США
Курс 6	Укрепление здоровья населения. Современные проблемы профилактики	Современные задачи в области обучения населения принципам здорового образа жизни
Курс 7	Основы управления, планирования, экономики и финансирования здравоохранения	Экономика и возмещение расходов в области общественного здравоохранения
Курс 8	Организация государственной санитарно-эпидемиологической службы	Вопросы гигиены
Курс 9	Использование компьютерных технологий для проведения статистического анализа данных	Информатика в области общественного здравоохранения
Производственная практика Выпускная работа Английский (русский) язык Элективы Экзамен		
Зачетные единицы (всего)	120	48

предназначена для изучения американскими студентами в НовГУ или российскими студентами в США (табл. 3).

Предлагаемая программа не окончательный вариант. На последующих этапах работы над программой необходимы конкретные уточнения, согласования всех предполагаемых курсов; определение объёмов и длительности курсов и, прежде всего, определение трудоёмкости программы в зачётных единицах. Только после согласования всех вопросов можно приступить к главному этапу – формированию групп студентов для обучения по данной программе, как в Новгородском университете имени Ярослава Мудрого, так и в Массачусетском университете.

Реализация программы будет являться вкладом Новгородского государственного университета имени Ярослава Мудрого в становление в современной России новой системы общественного здравоохранения, главной задачей которого должны стать разработка и внедрение научно обоснованных мер по защите здоровья всего населения нашей страны, снижение уровней смертности и заболеваемости, увеличении продолжительности жизни людей.

Работа выполняется в рамках реализации Программы Стратегического развития НовГУ на 2012–2016 гг. по проекту 1.1.2. «Разработка и реализация новых образовательных программ совместно с зарубежными вузами-партнерами».

Л. Г. Прошина, М. В. Григорьева, Н. П. Фёдорова

ОПТИМИЗАЦИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ НА МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИНАХ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОБРАЗОВАНИЯ С ПОЗИЦИЙ НОВЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ СТАНДАРТОВ

Новгородский государственный университет им. Ярослава Мудрого, Великий Новгород, РФ

Федеральные государственные образовательные стандарты (ФГОС ВПО) представляют собой совокупность требований, обязательных при реализации основных образовательных программ. Отличительной особенностью нового стандарта является его **деятельностный характер**, ставящий главной целью развитие личности обучающегося.

Система образования отказывается от традиционного представления результатов обучения в виде знаний, умений и навыков, формулировки стандарта указывают реальные виды деятельности, которыми учащийся должен овладеть к концу обучения. Исповедуя принцип компетентностного подхода, выпускник ВУЗа должен рассматриваться, как компетентная личность. Специфика компетентностно-ориентированного обучения состоит в том, что усваивается не «готовое знание», кем-то предложенное к усвоению, а «прослеживаются условия происхождения данного знания» [1]. Таким образом, в современных условиях совершенствования образовательного процесса перед преподавателем поставлена задача **усиления** индивидуального подхода, развитие творческих способностей будущих специалистов, опора на их самостоятельную работу. Поиск механизмов повышения качества профессионального образования студентов – ведущая задача профессорско-преподавательского состава ВУЗа. Сотрудники кафедры морфологии человека уделяют особое внимание совершенствованию учебно-методического процесса, развитию инновационных технологий. Все виды самостоятельной работы, предусмотренные в рабочей программе по каждой дисциплине, обеспечены методическими указаниями, являющимися неотъемлемой частью методического обеспечения преподаваемой дисциплины. Организация самостоятельной работы студентов (СРС) предполагает постоянный анализ преподавателем содержания и приёмов обучения. В процессе обучения студент должен воспринять, осмыслить и запомнить информацию, чтобы в последующем уметь применить полученные знания в сходных и новых ситуациях. Обучаемый таким образом должен иметь навык самостоятельности в получении знаний. С целью оптимизации учебного процесса на занятиях, овладения навыками самоорганизации в освоении фундаментальных медицинских дисциплин – анатомии, гистологии, цитологии и эмбриологии, а также топографической анатомии и оперативной хирургии, на кафедре используются индивидуальные рабочие тетради и альбомы.

На каждом практическом занятии, учитывая требования современных образовательных программ, выделяется время для аудиторной самостоятельной работы студентов под контролем и направляющим образовательный процесс преподавателя. Все методические указания в рабочих тетрадях по дисциплинам строго регламентированы на аудиторную и внеаудиторную СРС. Внеаудиторная СРС включает трудоёмкие задания, требующие детальной работы с учебником и дополнительной литературой при подготовке учебного материала по каждой теме. На практических занятиях в рамках аудиторной СРС предлагается

работа по заполнению графологических структур строения органов и систем организма, а также их топографии, заполнению дифференциальных таблиц, нахождению отделов органов, структурных компонентов тканей на схемах, рисунках, электронно-микроскопических фотографиях. Материалы, представленные в рабочих тетрадах и альбомах, структурированы в соответствии с основными этапами работы на практических занятиях. В содержание рабочей тетради для каждого занятия входят: мотивационное вступление, информационный блок, задания для самостоятельного выполнения, «слепые» гистологические и анатомические рисунки для диагностики и изучения микропрепаратов, ситуационные задачи для развития научно-творческого мышления, темы НИРС.

Традиционной формой практической работы студентов на занятиях по дисциплинам является микроскопическое и макроскопическое изучение препаратов, поиск и нахождение структурных компонентов тканей и органов. После такого детального изучения объекта студент должен сделать схематическое изображение в альбоме. Без теоретической основы сделать грамотный полноценный гистологический или анатомический рисунок студенту обычно сложно. Рисунок должен отражать наличие основных структурных компонентов ткани или органа, правильное взаиморасположение изучаемых структур, форму и размер морфологических структур, очередность и последовательность слоев и оболочек, масштаб и соотношение изучаемых компонентов. Гистологический рисунок помогает студенту представить сущность изучаемых структур и лучше закрепить их в своей памяти. Справиться с такой работой бывает не просто. Предшествует этому глубокое теоретическое осмысление учебного материала. Начальную информацию студенты получают на лекции, в учебниках, дополнительной литературе. Однако, учитывая большой объем информации, загруженность студентов на смежных дисциплинах, новизну и уникальность предметов студент не всегда в полном объеме может быстро и полноценно справиться с предлагаемыми на занятиях задачами.

Пошаговое выполнение заданий, методические указания, представленные в рабочих тетрадах, направляют деятельность студентов, стимулируют к повторению и обобщению изучаемого материала, анализу и детальной характеристике изучаемых объектов. После такой подготовительной работы, детализации и уточнения теоретических основ изучаемой темы студенту намного легче перейти к микроскопированию, анализу микро- и макропрепаратов. В рабочей тетради по дисциплинам представлены краткие теоретические характеристики микро- и макроскопического строения всех органов по каждой изучаемой

теме в соответствии с программой. Есть указания, что необходимо зарисовать, а так же какие структуры следует найти и обозначить. Все схемы и изображения, которые студент разбирал предварительно, помогают быстро и качественно справиться с заданием, с высокой точностью и грамотностью его исполнения.

Использование индивидуальных рабочих тетрадей по дисциплинам повышает мотивацию студентов к изучению фундаментальных медицинских дисциплин, формирует у них осознанное отношение к учебно–профессиональной деятельности. Побуждение к самостоятельной работе актуализирует практическую и мыслительную деятельность студентов, без которой нет движения вперёд в овладении знаниями.

Важным при этом является совершенствование целенаправленного управления формированием познавательной деятельности через учебно-исследовательскую работу студентов (УИРС).

УИРС является составной частью учебного процесса и выполняется согласно рабочей программе дисциплин в рамках практических занятий в виде предметных олимпиад, конкурсов препаратов, подготовки реферативных докладов. Развитие УИРС затруднено чрезвычайно большим объёмом учебного материала и почти полным отсутствием практических навыков и методических знаний студентов первого курса в вопросах научных исследований.

Основной задачей УИРС является самостоятельное выполнение студентами определённых заданий. Эти задания не должны быть упрощены, а должны быть ориентированы на высокий уровень знаний, чтобы студент, выполняя их, приложил определённые усилия, старания, использовал свой творческий и поисковый потенциал. Но, вместе с тем, нельзя давать заведомо трудновыполнимые задания, которые мешали бы студентам в текущем учебном процессе. УИРС дополняет учебный процесс, внося в него элементы индивидуального творчества. Самостоятельная работа каждого студента по УИРС воспитывает мышление и анализ ситуации.

Наиболее эффективные методические приёмы: краткие (3–5-минутные) сообщения студентов по ходу практического занятия по конкретному вопросу в форме реферативного обзора или демонстрации препарата; студенческие конкурсы по изготовлению натуральных анатомических и гистологических препаратов по тематическому плану с последующей защитой их перед студенческой аудиторией; студенческие конкурсы на лучшее устное выступление; проведение предметных олимпиад с применением тестирования и письменных

ответов на специальные вопросы; составление обзоров литературы с применением современных информационных технологий; изготовление стендов; подготовка анатомических и гистологических рисунков, таблиц, учебных фильмов. По итогам студенческих научно-практических исследовательских работ ежегодно в апреле проводятся итоговые научные конференции студентов и молодых учёных. По итогам конференций издаются сборники научных работ, публикация которых имеет принципиальное значение в выборе постдипломного образования студента (клиническая ординатура, аспирантура). Письменный отчёт, который студент представляет и защищает на конференциях НовГУ или межвузовского уровня, готовит к научному общению с аудиторией, логическому изложению и объяснению наработанного материала по анатомии и гистологии, топографической анатомии и оперативной хирургии. Все это способствует расширению научного кругозора, способности к проведению анализа и закрепляет полученные знания по предмету. Как правило, эта форма работы развивает и способствует формированию клинического мышления.

В ходе выполнения УИРС у студентов раскрываются такие черты творческой деятельности, как видение новых проблем в стандартных ситуациях, раскрытие новых функциональных возможностей знакомого объекта, формирование альтернативных решений возникших ситуационных задач, способность к самостоятельному переносу знаний и умений в новую ситуацию, выделение частей, элементов объекта в их связи, нахождение оригинального способа решения на основе приобретенных умений и навыков. Исследовательская работа даёт возможность раскрыть творческий потенциал отлично успевающих студентов. Любая форма УИРС повышает у студентов интерес к учёбе, приобщает их к самостоятельной творческой деятельности и для многих является своеобразной ступенькой на пути к будущей научно-исследовательской деятельности.

Работа выполнена в рамках реализации Программы Стратегического развития НовГУ на 2012-2016 гг. по Мероприятию 1.1. «Разработка и внедрение инновационного организационно-методического и учебно-методического обеспечения перехода НовГУ на уровневое обучение в компетентностном формате».

Литература

1. Болотов В. А., Сериков В. В. Компетентностная модель: от идеи к образовательной программе // Педагогика. — 2003. — №10. — С. 8–14.

Р. Ю. Залилов, В. И. Лисицин, А. Босхомджиев, Н. А. Лебедева

**УРОВНЕВАЯ СИСТЕМА ПОДГОТОВКИ ПО МЕДИЦИНСКИМ
СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ В НОВГОРОДСКОМ И МАССАЧУСЕТСКОМ
УНИВЕРСИТЕТАХ: СОВМЕСТНАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА**

Новгородский государственный университет им. Ярослава Мудрого, Великий Новгород, РФ

Университет штата Массачусетс, Амхерст, США

Резюме

В статье рассматриваются ступени академической и послевузовской подготовки по медицинскому направлению на примерах Новгородского и Массачусетского университетов, обсуждается совместная образовательная программа, приводится тревожная ситуация, сложившаяся в кадровой структуре профессорско-преподавательского состава.

Ключевые слова: уровневая система, академическая и послевузовская подготовка, резиденция, ФГОС ВПО третьего поколения.

Abstract

In this article the steps of the academic and postgraduate education on a medical direction are considered by the example of Novgorod and Massachusetts universities, the disturbing situation in personnel structure of the faculty is discussed.

Key words: level system, academic and postgraduate education, residency, the Federal Educational Standards of the high professional training of the third generation.

В настоящее время, когда технологии и знания стремительно обновляются, целесообразность подготовки «узких» специалистов в университетских аудиториях в течение пяти–шести лет становится неприемлемой. Введение «широкого» бакалавриата с последующей специализацией в магистратуре или в производственной сфере позволит гибко и оперативно сопрягать профессиональное образование с быстро меняющимся рынком труда и потребностями общества. В связи с этим в настоящее время происходит процесс активного внедрения в российское образование новых Федеральных государственных стандартов (ФГОС) третьего поколения, устанавливающих уровневую систему (бакалавриат – магистратура) в высшем профессиональном образовании (ВПО).

Однако внедрение уровневой подготовки в медицинской образовательной области объективно затруднено, ввиду её многогранности, высокой специфичности и увеличенной длительности учебного процесса.

И действительно, в настоящее время в России для достижения статуса практикующего врача необходимо пройти шестилетний специалитет, далее обязательную последипломную подготовку (двухгодичная клиническая ординатура) и только после этого выпускник получает право на врачебную деятельность.

Учитывая вышесказанное, если попытаться «уложить» основную образовательную программу по подготовке будущих врачей в академическую уровневую систему (четырёхгодичный бакалавриат плюс двухгодичная магистратура) возникают объективные трудности на настоящий момент неразрешимые.

Вероятно поэтому по направлению «лечебное дело», согласно ФГОС ВПО третьего поколения, пока ещё не предусмотрена уровневая подготовка. В российском высшем медицинском образовании всё ещё сохраняется специалитет.

Обращаясь к мировому опыту, например, Медицинской школы Массачусетского университета, обнаруживается уровневый подход, правда с некоторыми специфическими особенностями.

В американской системе нет бакалавриата по лечебному направлению. Вместо него обязателен общенаучный или социокультурный бакалавриат, по окончании которого можно продолжить обучение в магистратуре Медицинской школы Университета. Благодаря этому магистранты в процессе обучения проходят подготовку только по дисциплинам медицинского направления.

Выпускники медицинской школы получают степень доктора медицины, что соответствует степени магистра. Как отметил ректор НовГУ В. Р. Вебер, «американская система подготовки медицинских кадров конструктивна в части уровневой составляющей и в будущем может иметь применение в российской школе высшего медицинского образования».

Действительно, если вынести естественнонаучную и социокультурную подготовку студентов медиков в соответствующий бакалавриат, то наличие магистратуры по специальности «лечебное дело» становится реальным. И делать это рано или поздно придётся, согласуясь с правилами участия Российской Федерации в Болонском процессе, по

которому квалификационная степень «специалист» в ближайшие годы прекратит своё существование.

Наряду с внедрением уровневой системы подготовки, согласно ФГОС ВПО третьего поколения, под российское высшее образование «подводится» компетентностная основа.

В качестве цели при внедрении компетентностного подхода выступает подготовка высококвалифицированного специалиста посредством комплексного освоения умений и знаний в процессе создания соответствующей компетенции. В конечном итоге, сформированные компетенции обеспечат выполнение конкретных профессиональных функций, отражающих реалии рынка труда. Таким образом, требования, предъявляемые к компетентности специалиста в рамках ФГОС ВПО третьего поколения, как оказывается, не связаны жёстко с той или иной дисциплиной, они носят надпредметный характер, т. е. отличаются универсальностью. Их формирование требует не столько нового содержания (предметного), сколько иных педагогических технологий. Подобные особенности одни авторы называют базовыми навыками [1], другие – надпрофессиональными, базисными квалификациями [2], третьи – ключевыми компетенциями [3].

ФГОС ВПО третьего поколения по специальности «лечебное дело» определяет восемь общекультурных компетенций и 32–е профессиональные компетенции, необходимые в профилактической; диагностической; лечебной; реабилитационной; психолого–педагогической; организационно–управленческой; научно–исследовательской деятельности будущего врача.

Обращаясь к мировому опыту, например к американской системе ВПО, отметим, что компетентностный подход – это проверенная временем доктрина в американских университетах. Для примера приведём компетентностные кластеры, декларируемые Массачусетской Медицинской школой: Врач – это Профессионал, Ученый, Коммуникатор, Клиницист, Защитник пациента и сообщества, Личность. [4] Привитие этих качеств/компетенций по мнению американских коллег будет способствовать выпуску дипломированных специалистов, которые станут заботливыми целителями, обладающими необходимыми знаниями, навыками и усилившимися за время учёбы их естественными талантами и желаниями беспокоиться о других.

Медсестринское образование

Система получения медсестринского образования в США находится в общей концепции академического и послевузовского образования. То есть, сначала это бакалавриат

в медсестринской школе университета с получением степени лицензированной медсестры (базовое высшее образование), затем мастерская (магистерская) и докторская программы, по окончании которых можно получить степень магистра и доктора по медсестринскому направлению.

В Российской Федерации в последние годы происходят значительные изменения, направленные на внедрение уровневой системы подготовки в сестринском деле.

Так с 2011 г. в России начинается бакалаврская подготовка по сестринскому делу по новому Федеральному государственному образовательному стандарту третьего поколения.

В ближайшее время в НовГУ появится следующая ступень – магистратура по общественному здоровью. В этом направлении в настоящий момент ведутся работы совместно с Массачусетским Университетом в рамках международного образовательного проекта, конечной целью которого будет являться выпуск магистров по общественному здоровью.

Разрабатываемая в НовГУ магистерская программа включает в себя 9 модулей: Биостатистика; Общественное здоровье; Организация лечебно–профилактической помощи населению; Укрепление здоровья населения/профилактика; Организации государственной СЭС; Инфекционные/неинфекционные заболевания; Законодательная база здравоохранения; Основы управления планирования, экономики и финансирования здравоохранения; Информационные технологии в здравоохранении.

Многие из вышеперечисленных модулей содержательно и по часовой нагрузке согласуются с магистерскими курсами, преподаваемыми в Школе высшего сестринского образования Массачусетского Университета, например с такими, как курс по Биостатистике; Просвещению сообщества в области сохранения здоровья; Эпидемиологии; Политике в области охраны здоровья и управление. В тоже время, в массачусетской программе есть особые курсы по Экомедицине, Коммуникативным нарушениям; Кинезиологии и курс по Питанию.

Задачей настоящего этапа работ является синхронизация модулей российской программы по общественному здоровью с курсами, преподаваемыми в Университете Массачусетса. При этом российские и американские подходы в области общественного здоровья должны взаимно обогатить друг друга.

В заключении можно констатировать, что подготовка по медсестринскому направлению в России в последнее время структурно сопоставима с американской

медсестринской школой. И, все-таки, необходимо отметить, что отличительной особенностью американской системы подготовки медицинских специалистов является её значительная гибкость и «уровневость» (ступенчатость). Для сестринского образования это следующие ступени: муниципальный медицинский колледж (два года, среднее медобразование), медсестринская школа университета (два–четыре года, бакалавр), магистратура (магистр), докторантура; для лечебного дела: естественнонаучный/социокультурный бакалавриат, университетская медицинская школа, резиденция. Кроме того, в пределах бакалавриата и магистратуры возможны различные переучивания с одной специальности на другую и индивидуальные программы обучения.

Подготовка преподавательских и научных кадров высокой квалификации

Исторически российская система послевузовского образования в части получения учёных степеней/званий строилась по германскому образцу. В советское время эта система приобрела двухранговую градацию на кандидата/доктора наук; доцента/профессора и повышенные требования в части присуждения докторской степени.

В настоящее время происходит процесс дальнейшего усиления требований к докторским диссертациям. Всё это в конечном итоге приводит к тому, что соискатель докторских регалий в лучшем случае достигает их к 50-ти годам, а зачастую и в предпенсионном возрасте.

В американских университетах докторами наук становятся в 30–40 лет, этому в немалой степени способствует одноступенчатая система (без предварительной защиты кандидатской диссертации), по окончании которой выпускникам, в случае успешной защиты диссертации, сразу присваивается степень доктора.

Отметим, что в большинстве англоязычных стран «профессор» – это персональная должность, которая предоставляется за заслуги в науке специально определённого человеку или это титул, присваиваемый самим учебным заведением, и предназначен для учёного, занимающего руководящую должность (как правило, заведующего кафедрой, лабораторией).

В Российской Федерации учёное звание «профессор» присваивается органом Министерства образования и науки и, в основном, докторам наук при соблюдении целого ряда условий и требований, выполнение которых требует значительных временных затрат. Вследствие этого, в России на региональном уровне преподаватель или научный сотрудник получает звание «профессор» обычно после пятидесяти лет. Всё это делает научно–педагогическую профессию перспективно не привлекательной для молодого поколения. В

итоге в настоящее время около 80% профессоров/докторов наук регионального университета уже перешагнули пенсионный рубеж. Таким образом, можно ожидать, что в ближайшее время в российских университетах появится острый дефицит в высококвалифицированных научно-педагогических кадрах.

Отметим, что в российском императорском университетском образовании на медицинских факультетах в XIX веке сталкивались с аналогичной проблемой нехватки профессорско–преподавательского состава. Для решения этой проблемы были введены должности почётных/экстраординарных (внештатных) профессоров и приват–доцентов, которые были допущены к ведению лекционных курсов наряду со штатными профессорами. Кроме того, была упрощена процедура присвоения почётных званий, например, экстраординарных профессоров назначали из числа приват–доцентов после 3–4 лет преподавания. Эта мера помогла привлечь самых учёных и талантливых клинических врачей к учебному процессу, превратила больницы и госпитали «в рассадник» для комплектования штатных профессоров [5].

В заключении попытаемся обозначить причины, приводящие, на наш взгляд, к дефициту профессуры в настоящее время. Это – двухступенчатая структура в части получения учёных степеней/званий, повышенные требования к докторским диссертациям и профессорскому званию. Необоснованность двухступенчатой структуры приобретения научно–педагогических регалий тем более очевидна, что в ходе реализации Болонского образовательного процесса в европейских странах были упразднены дипломы кандидатов наук, а Российская Федерация ещё в 2003 г. присоединилась к Болонской декларации.

Литература

1. Байденко В. И., Оскарссон Б. Базовые навыки (ключевые компетенции) как интегрирующий фактор образовательного процесса // Профессиональное образование и формирование личности специалиста. – М., 2002. С. 22–46.
2. Новиков А.М. Профессиональное образование в России. – М., 1997.
3. Зеер Э. Ф. Психология профессий. Екатеринбург, 1997.
4. Официальный сайт Медицинской школы Массачусетского Университета [Электронный ресурс] // <http://www.umassmed.edu>
5. Зимин И. В. Подготовка медицинских кадров в России (XIX – начало XX вв.) // И. В. Зимин – СПб., 2004. Монография. – 367 с.

Никитина Н. Н., Архипова Е. И.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ НОВЫХ ПРОГРАММ ПО ФГОСУ ПО ДИСЦИПЛИНАМ
КАФЕДРЫ МИКРОБИОЛОГИИ, ИММУНОЛОГИИ И ИНФЕКЦИОННЫХ
БОЛЕЗНЕЙ**

Новгородский государственный университет им. Ярослава Мудрого, Великий Новгород, РФ

Резюме. Анализ типовой учебной программы по микробиологии, вирусологии для специальности 060101.65 – Лечебное дело и опыт преподавания на 2 курсе 3 семестре студентам лечебного факультета согласно этой программе показал необходимость внесения корректив в учебный план и типовую программу. Студентам для изучения дисциплины необходимо изучать раздел иммунологии начиная со 2 курса 3 семестра одновременно с началом изучения микробиологии, вирусологии.

Ключевые слова: микробиология, вирусология, иммунология, лечебное дело, программа обучения.

В последние годы Европейская кредитно–трансферная система (ECTS), активно внедряется в систему медицинского высшего образования и позволяет стандартизировать подходы к обучению и оценке его результатов, которые, в свою очередь, позволяют получить диплом врача, который будет соответствовать требованиям, предъявляемым к сертификату Евросоюза.

Бурное развитие микробиологии, вирусологии, иммунологии, инфекционных болезней, эпидемиологии, обусловленное появлением новых научных данных, открытием новых возбудителей инфекционных болезней и возможностью их распространения на любые территории в связи с интенсификацией темпов жизни и общения, новыми требованиями системы практического здравоохранения повышают актуальность проблемы подготовки квалифицированных медицинских кадров по вопросам диагностики, лечения и профилактики инфекционных заболеваний.

Современную микробиологию можно определить как науку, изучающую строение, биологию, экологию микробов – мельчайших форм жизни животного и растительного происхождения, невидимых невооруженным глазом. Она делится на ряд разделов и дисциплин, прежде всего, на общую и частную. Общая микробиология по методам познания

делится на анатомию (строение), физиологию, биохимию, генетику, экологию и эволюцию микроорганизмов. Частная микробиология по объектам изучения делится на медицинскую, ветеринарную, сельскохозяйственную, морскую, космическую, техническую.

В соответствии с объектами изучения микробиология подразделяется на ряд дисциплин: бактериологию, микологию, вирусологию, протозоологию, изучающих соответственно бактерии, грибы, вирусы и простейшие.

Медицинская микробиология изучает строение микробов, способных вызвать у человека болезни, их жизнедеятельность (физиологию), генетику, экологию, патогенез (механизм болезнетворности), основные клинические проявления инфекционных болезней, специфическую диагностику, профилактику и лечение инфекционных болезней, а также их эпидемиологические особенности.

В недрах микробиологии родилась самостоятельная наука – иммунология, которая изучает механизмы и способы защиты организма от антигенов – генетически чужеродных для организма веществ, в том числе и микробного происхождения – с целью поддержания гомеостаза, структурной и функциональной целостности организма.

Микробиология находится на стыке фундаментальных теоретических и клинических дисциплин, а иммунология относится к общемедицинским наукам. Поэтому знания этих дисциплин необходимы каждому врачу, независимо от его специальности.

Типовая программа учебной дисциплины «Микробиология, вирусология» для студентов высших медицинских учебных заведений России составлена по специальности 060101.65 – «Лечебное дело» в соответствии с образовательно–квалификационной характеристикой и образовательно–профессиональной программой подготовки специалистов. Обучение студентов этой специальности осуществляется на протяжении 6 лет.

В соответствии с учебным планом изучение дисциплины «Микробиология, вирусология» осуществляется в III–IV семестрах на протяжении 2 года обучения, а изучение дисциплины «Иммунология» в IV семестре.

Для усвоения содержания дисциплины «Микробиология, вирусология» студентам необходимо знание основных разделов иммунологии. В данном учебном плане имеют место попытки отделения преподавания иммунологии для студентов медицинских вузов от единой дисциплины микробиология, вирусология и иммунология, что не соответствует существующим учебным программам и учебному плану.

Переход к образовательному стандарту нового поколения, новым учебным планам и программам в свете подписанного Россией Болонского соглашения требует серьезного совершенствования и реформирования системы преподавания микробиологии, вирусологии и иммунологии для создания соответствующих условий интеграции студентов и выпускников медицинских и фармацевтических вузов России в Европейское образовательное пространство.

Для подготовки квалифицированного специалиста ему необходимо дать качественную базовую подготовку по дисциплине микробиология, вирусология, иммунология.

По нашему мнению, для студентов, обучающихся по специальности 060101.65 – «Лечебное дело», необходимо сохранить существующее количество часов на изучение медицинской микробиологии, вирусологии и иммунологии в связи с бурным развитием микробиологии, вирусологии и иммунологии, информационной перенасыщенностью учебных программ.

Работа выполнена в рамках реализации Программы Стратегического развития НовГУ на 2012–2016 гг. по Мероприятия 1.1. «Разработка и внедрение инновационного организационно-методического и учебно-методического обеспечения перехода НовГУ на уровневое обучение в компетентностном формате.

Литература

1. Федеральный закон № 232-ФЗ от 24.10.2007 г. О двухуровневом ВПО и новые государственные образовательные стандарты ФГОС ВПО
2. Федеральный закон. № 260-ФЗ от 10.11.2009 г.

ГЛОБАЛЬНОЕ И ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ

Дэвид Р. Бьюкенен

ВЗАИМОДОПОЛНЯЮЩИЕ РОЛИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНЫ В СИСТЕМЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ США

Институт Глобального Здоровья, Университет штата Массачусетс, Амхерст, США

Резюме

В статье представлены различия между системой оказания медицинской помощи и службой общественного здравоохранения в США. В отличие от медицинской помощи самой по себе, общественное здравоохранение и медицина, взаимно дополняя друг друга, действуют для более эффективного обслуживания и улучшения здоровья населения.

Ключевые слова: общественное здравоохранение; система оказания медицинской помощи; функции; США; Россия.

Введение

Цель данной статьи – описать и пояснить различия между системой медицинской помощи и службой общественного здравоохранения в США. Общественное здравоохранение и медицина в США действуют как две относительно независимые, но, тем не менее, взаимодополняющие системы, которые предназначены для поддержания и улучшения здоровья американского населения. Медицина стремится лечить и исцелять конкретного пациента, в то время как общественное здравоохранение стремится защищать здоровье населения в целом и предотвращать возможные проблемы.

Эта статья разделена на три части. После короткого введения, где представлены различия в показателях здоровья населения США и России, в основной части статьи показаны:

1. Главные черты, которые отличают общественное здравоохранение и медицину в США;
2. Модель общественного здравоохранения;

3. Структура и финансирование системы общественного здравоохранения в США и сопутствующих услуг.

Вначале рассмотрим несколько основных показателей здоровья в США и России: ожидаемая продолжительность предстоящей жизни; продолжительность жизни в состоянии здоровья; смертность от ишемической болезни сердца; распространенность инсульта; смертность водителей автомобилей в состоянии алкогольного опьянения; материнская смертность; младенческая смертность; заболеваемость диабетом (табл. 1). Анализ данных показателей указывает на существенные различия в состоянии здоровья людей, живущих в США и России, и заставляет задуматься о причинах, их порождающих. В то время как исчерпывающий ответ на этот вопрос выходит за рамки данной статьи, мы можем здесь обозначить одну из существенных причин, обусловивших такие кардинальные различия в состоянии здоровья населения двух стран, а именно наличие в США автономной системы общественного здравоохранения, которая предоставляет уникальные услуги по предотвращению заболеваний населения. Эти услуги дают возможность людям оставаться здоровыми без необходимости обращаться за медицинской помощью. В настоящее время, в связи с ростом случаев хронических заболеваний, во всем мире уделяют все большее внимание профилактике.

Различия в состоянии здоровья между США и Россией

Существенные различия в состоянии здоровья начинаются с показателя ожидаемой продолжительности предстоящей жизни (табл. 1).

В 2008 г. уровень показателя для мужчин в России составил 62 года, для женщин – 74, в то время как в США у мужчин 76, у женщин – 80 лет. Разница в показателях велика – 14 и 16 лет, соответственно. Различие в показателе продолжительности жизни в состоянии здоровья, то есть, периоде времени, когда человек может прожить без болезней, инвалидности и значительного ухудшения здоровья, указывает на аналогичную ситуацию. Можно ожидать, что американские мужчины проживут в состоянии здоровья до возраста 67 лет, в то время как российские мужчины в среднем уже после 53 лет начинают страдать от хронических заболеваний, среди которых наиболее часто встречаются инсульт, болезни сердца или онкологические заболевания.

Ишемическая болезнь сердца является главной причиной смерти в обеих странах, однако в России мужчины страдают от этого заболевания почти в 3 раза чаще, чем в США. По статистике, каждый год 751 из 100000 российских мужчин умирают от острой сердечной

Таблица 1

Сравнительная характеристика здоровья населения США и России

Показатель	США	Россия
Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни – мужчины	76 лет	62 года
Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни – женщины	80 лет	74 года
Продолжительность жизни в состоянии здоровья – мужчины	67 лет	53 года
Продолжительность жизни в состоянии здоровья – женщины	71 год	64 года
Смертность от ишемической болезни сердца – мужчины	279/100,000	751/100,000
Смертность от ишемической болезни сердца – женщины	177/100,000	453/100,000
Смертность от инсульта – население в целом	32/100,000	251/100,000
Абсолютное число случаев смерти в результате вождения автотранспортного средства в состоянии алкогольного опьянения	13,470	15,000
Коэффициент смертности в результате вождения автотранспортного средства в состоянии алкогольного опьянения	3.8/100,000	10.7/100,000
Материнская смертность	17/100,000	34/100,000
Младенческая смертность	6.2/1,000	11.5/1,000
Заболеваемость диабетом – все население	14/100,000	4.2/100,000
Поведенческие факторы риска		
Курение – мужчины	23.9%	58.1%
Курение – женщины	18%	15.8%
Ожирение – мужчины	33.2%	9%
Ожирение – женщины	35.3%	23.6%
Динамика заболеваний сердца в США		
Год	1950	2005
Ишемическая болезнь сердца – мужчины	593	205
Ишемическая болезнь сердца – женщины	279	177
*Все статистические данные ВОЗ за 2008 г.		

недостаточности, в то время как для американских мужчин это число равно 279. Сходным образом, уровень заболевания ишемической болезнью сердца среди российских женщин более чем в два раза превосходит тот же показатель для американских женщин. Инсульт занимает третье место среди ведущих причин смертности в обеих странах, но уровень инсультов в России на 800% выше, чем в США. Другими словами, угроза инсульта для россиянина в будущем году в восемь раз выше, чем для американца.

По данным 2009 года, общее число россиян, погибших в результате вождения автотранспортного средства в состоянии алкогольного опьянения, составило 15000 человек, в то время как в США при подобных обстоятельствах погибли 13470 человек.

Таким образом, при расчете коэффициента смертности (на 100000 человек) становится очевидно, что вероятность гибели в автомобильной катастрофе вследствие вождения в состоянии алкогольного опьянения у россиян почти в три раза выше, чем у американцев.

Следующим показателем является материнская смертность. Уровень материнской смертности в России в два раза выше, чем в США. Соответственно, младенческая смертность в России в два раза выше американской.

В отличие от вышеперечисленных тенденций важно отметить, что уровень заболеваемости диабетом в России более, чем в три раза ниже, чем в США – только 4% населения России страдают от диабета в сравнении с 14% американцев. Такие различия в уровнях заболеваемости диабетом требуют рассмотрения поведенческих факторов риска и проблем, которые стоят перед современной медициной.

В двадцатом столетии отмечается явление, которое получило название «эпидемиологический переход». Повышение благосостояния населения во многих странах мира привело к росту числа хронических заболеваний, превысившему показатели смертности от инфекционных заболеваний. В настоящее время практически в любой стране мира население подвержено по большей части хроническим, а не инфекционным заболеваниям. Однако, в отличие от разработанных методов успешного лечения инфекционных болезней, современной медицине не удалось найти такие способы лечения пациентов с хроническими заболеваниями, которые могли бы не только стабилизировать и замедлить течение болезни, но и полностью восстановить здоровье пациента. Замедленный прогресс медицины в лечении хронических заболеваний определяет повышенный интерес со стороны исследователей и увеличение средств, выделяемых на профилактику данных заболеваний.

Инфекционные заболевания чаще всего вызваны инвазией микробных агентов, таких, как бактерии и паразиты. Медицинская наука в настоящее время выработала высокоэффективные методы контроля над этими агентами. Напротив, поиск подобных инвазивных агентов, которые вызывают сердечную недостаточность, онкологические и другие хронические заболевания, ведётся десятилетиями, но, к сожалению, большей частью безуспешно. Что же является причиной онкологических заболеваний или болезней сердца? Исследователи из офиса Главного хирурга США провели принципиально новый анализ определения «фактической причины смерти» путем изучения случаев смерти, имеющих различные основные причины [1,2], пытаясь ответить на главный вопрос: «Что явилось причиной именно этого случая смерти?» В этих исследованиях учёные определили, что главными «фактическими» причинами заболеваемости и смертности являются курение, ожирение, гиподинамия и чрезмерное употребление алкоголя. Все эти причины можно характеризовать как поведенческие или факторы риска образа жизни. Таким образом, чтобы добиться улучшения состояния здоровья населения, системы здравоохранения должны решить проблему разработки и внедрения эффективных способов воздействия на изменение человеческого поведения.

Важно подчеркнуть, что, поскольку воля и мотивация самого человека играют немаловажную роль в появлении у него здоровых или нездоровых привычек, поиск эффективных методов предупреждения хронических болезней выходит за рамки научных дискуссий в сферу моральных и политических принципов. Там, где медицинская наука достигла своих пределов, конкретный вклад службы общественного здравоохранения приобретает все большую актуальность.

Двумя наиболее значимыми поведенческими факторами риска являются курение и ожирение. Среди российских мужчин курящих в два раза больше, чем среди американцев, в то время как уровень курения у женщин в России и США примерно одинаков. Напротив, по показателям ожирения американские мужчины более чем в три раза превосходят российских, причем вероятность развития ожирения у женщин в США на 50% выше, чем в России. Различия в уровнях ожирения обуславливают и различия в уровнях диабета, обнаруженного между населением двух стран, как указывалось нами ранее (табл. 1).

В заключение данного раздела сравним динамику уровня заболеваний сердца в США с 1950 по 2005 гг. Согласно таблице 1, за этот период уровень болезней сердца в США понизился более чем вдвое. Чем же объясняется такой резкий спад заболеваемости? В 1964 г.

офис Главного врача США издал доклад «Курение и здоровье», который стал поворотным пунктом и положил начало новому мышлению в деле контроля и профилактики заболеваемости в США. С этого момента основное внимание в исследовании общественного здоровья и оказании медицинской помощи переключилось на рассмотрение тех факторов, которые влияют на процесс принятия решения человеком.

Вскоре появилось осознание того, что роль врачей в формировании социальной среды, которая, например, влияет на решения подростков начать курить, весьма ограничена. Соответственно, возникла необходимость комплексного подхода к снижению уровня курения. Судя по значительному снижению уровня распространенности курения, и соответственного понижения уровня болезней сердца в США, инвестиции в новые программы профилактики и политики в области общественного здравоохранения оказались весьма успешными.

Различные функции медицины и общественного здравоохранения

В этой части статьи представлены основные различия в функциях и типах услуг, предоставляемых системой оказания медицинской помощи и службой общественного здравоохранения в США. В нашей стране широко известно следующее определение медицины: «Медицина является искусством и наукой исцеления. Она включает в себя определенный набор процедур ухода за пациентом, предназначенных для восстановления здоровья путём излечения болезни. Цель медицины – исцелять больных в ходе приёма конкретным врачом отдельного пациента» [3].

Задачей общественного здравоохранения, напротив, является защита и укрепление здоровья населения в целом. Общественное здравоохранение определяется как «сумма всех видов деятельности, которые выполняют коллективную ответственность общества перед людьми в обеспечении условий быть здоровыми» [4]. Исходя из приведенных выше определений, можно назвать два ключевых признака, различающих общественное здравоохранение и медицину: во-первых, общественное здравоохранение служит всему населению, тогда как клиническая медицина помогает каждому человеку в отдельности; во-вторых, общественное здравоохранение отвечает главным образом за профилактику, в то время как медицина ориентируется в основном на лечение болезни, то есть, люди обращаются к врачу после того, как они заболевают или для выявления ранних симптомов болезни.

В США миссия общественного здравоохранения заключается в том, чтобы выполнять следующие функции:

1. Предотвращать эпидемии и распространение заболеваний;
2. Защищать от экологической опасности;
3. Предотвращать травмы;
4. Поощрять и развивать здоровые привычки поведения;
5. Реагировать и помогать населению в случае стихийных бедствий;
6. Обеспечивать качество и доступность медицинских услуг.

Выполнение названных выше функций обуславливает шесть главных различий между медицинским уходом и услугами общественного здравоохранения (табл. 2).

Таблица 2

Отличительные признаки медицины и общественного здравоохранения

<i>Признак</i>	<i>Медицина</i>	<i>Общественное здравоохранение</i>
Первичные моральные обязательства	Моральное обязательство: удовлетворить интересы каждого пациента; обеспечить ему эффективный курс лечения	Моральное обязательство: удовлетворить интересы общества; определить приоритеты в условиях ограниченности ресурсов; обеспечить наиболее экономически эффективные вложения
Цель	Лечение	Профилактика
Получатель услуг	Индивидуум	Население
Задача	Сосредотачивается на контроле инфекционного агента (после того, как он заражает организм человека) и течения любого заболевания	Сосредотачивается на изменении окружающей среды (экологической, социальной), образа жизни.
Научная база	Биологические и физиологические науки	Междисциплинарная; многосекторальная
Полномочие	Добровольное соблюдение	Полицейские полномочия государства

Первое и главное моральное обязательство медицины – удовлетворить интересы каждого пациента, обеспечить ему эффективное лечение. Напротив, главное моральное обязательство общественного здравоохранения – служить в наилучших интересах общества. Таким образом, общественное здравоохранение должно обеспечивать наиболее экономически эффективные меры и, соответственно, определять, какие меры могут привести к хорошему здоровью наибольшего числа людей. Так как мировые ресурсы ограничены,

национальные правительства должны принимать решение о наиболее эффективном их использовании в интересах своей страны. Поскольку установление таких приоритетов входит в конфликт с обязанностью врача обеспечивать наилучшее лечение для отдельного пациента, политика в отношении распределения средств здравоохранения устанавливается системой общественного здравоохранения в США.

Вторым важным отличием является цель. Цель медицины заключается в обеспечении лечения болезни, тогда как цель общественного здравоохранения заключается в предотвращении этой болезни. Третье отличие заключается в том, что в медицине получателем услуг является индивидуум, в то время как в общественном здравоохранении услуги предоставляются населению в региональном и/или национальном масштабах. В-четвёртых, цель медицины – контролировать агент заболевания (микроб или микроорганизм, который вызывает болезнь и течение любого заболевания), тогда как основная цель общественного здравоохранения – изменить окружающую среду, защитить и укрепить здоровье населения. В-пятых, медицина основана на биологических и физиологических науках, тогда как общественное здравоохранение является междисциплинарной и многосекторальной областью, учитывающей и координирующей услуги в широком диапазоне таких секторов, как инженерная экология, жилищные условия и санитария, образование, экономическое развитие, права человека, антидискриминационное законодательство и право его применения, контроль за наркотиками, сохранение природных ресурсов и организация отдыха. И последнее: врачи должны в большей степени полагаться на добровольное соблюдение режима лечения пациентами, тогда как общественное здравоохранение несёт обязанность и имеет право использовать полицейские полномочия государства и заставить население следовать здравоохранительным мерам, прежде всего для предотвращения эпидемических вспышек (например, для помещения на карантин людей с признаками чрезвычайно-лекарственно-устойчивого туберкулёза).

Модель общественного здравоохранения

Среди специалистов общественного здравоохранения очень распространён следующий анекдот, который демонстрирует различие между медициной и общественным здравоохранением. Врач говорит своему другу: «Ты знаешь, иногда мне кажется следующее. Я стою на берегу быстро текущей реки, и слышу крик тонущего человека. Я прыгаю в реку, обхватываю его руками и вытаскиваю на берег. Затем я делаю ему искусственное дыхание. Как только он начинает дышать, я слышу другой крик о помощи. Я снова прыгаю в реку,

вытаскиваю тонущего на берег, делаю ему искусственное дыхание и, как только он начинает дышать, я слышу крик следующего о помощи. И всё повторяется заново. Ты знаешь, я настолько занят спасением этих людей, что у меня нет времени выяснить: кто же, чёрт возьми, сталкивает их в реку в первую очередь» [6].

Для предотвращения проблем здоровья населения общественное здравоохранение проводит анализ факторов риска, чтобы идентифицировать те из них, которые могут быть устранены или сокращены наиболее эффективно и результативно. Фактором риска болезни является всё, что увеличивает шансы заболеть этой болезнью. Наиболее распространёнными классами факторов риска являются: биологические или физиологические; поведенческие; психосоциальные; факторы окружающей среды и социальные детерминанты здоровья.

На рисунке 1а представлена классификация факторов риска, которую используют эпидемиологи для анализа взаимоотношений между различными факторами риска, ассоциируемыми с болезнью. Общественное здравоохранение стремится обнаружить наиболее экономически эффективные способы снижения этих факторов, в то же время осознавая, что некоторые из этих факторов поддаются снижению легче и дешевле, чем остальные.

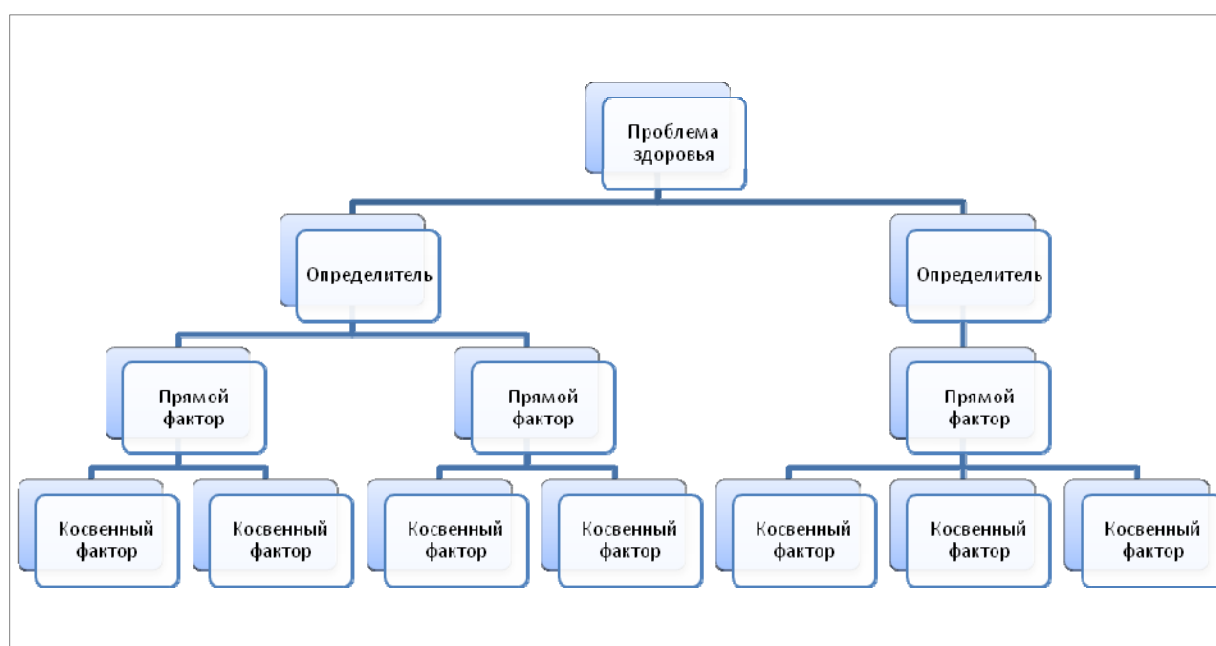


Рис. 1а. Классификация факторов риска

Причинно-следственная связь между основными факторами риска при ишемической болезни сердца представлена на рисунке 16. Стрелки указывают на некоторые варианты взаимодействия данных факторов. Как следует из этого рисунка, комплексный подход к снижению факторов риска требует услуг, которые выходят за рамки традиционной медицинской помощи.

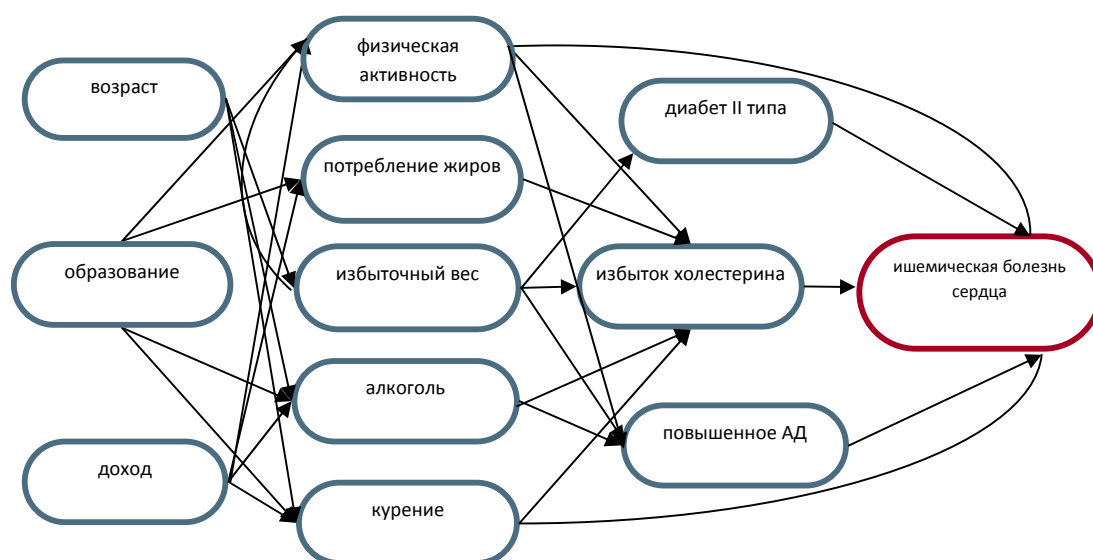


Рис.16. Основные факторы риска, способствующие развитию ишемической болезни сердца

Структура и финансирование системы общественного здравоохранения в США

Заключительная часть этой статьи посвящена описанию видов услуг, которые предоставляются системой общественного здравоохранения для того, чтобы уменьшить факторы риска, названные выше. Система общественного здравоохранения США структурирована таким образом, чтобы предоставлять следующие основные услуги:

1. Осуществлять мониторинг состояния здоровья для идентификации проблем со здоровьем населения в данном сообществе;
2. Диагностировать и исследовать проблемы, представляющие опасность для здоровья в данном сообществе;
3. Информировать, просвещать и расширять права и возможности людей в вопросах охраны здоровья;

4. Организовывать партнерство в местном сообществе для распознавания и разрешения проблем здоровья;
5. Разрабатывать политику и планы, которые поддерживают индивидуальные и общественные усилия в области сохранения здоровья;
6. Усиливать соблюдение законов и правил, которые регулируют охрану и обеспечение безопасности здоровья;
7. Обеспечивать людей необходимыми для их здоровья индивидуальными видами услуг и предоставлять медицинскую помощь в случаях, когда она недоступна;
8. Обеспечивать компетентными трудовыми ресурсами, как в области общественного здравоохранения, так и личной медико-санитарной помощи;
9. Оценивать эффективность, доступность и качество индивидуальных и общественных медицинских услуг;
10. Проводить исследования для поиска инновационных идей и решений проблем, связанных со здоровьем.

Медицинское образование не даёт человеку той квалификации, которая необходима для предоставления всех видов услуг общественного здравоохранения. Более того, в США считается, что получить профессию врача, а затем исполнять другие функции, например, руководить больницей, - это огромная трата ресурсов. Умение человека удалять аппендикс не дает ему достаточных знаний по управлению бюджетом. Подготовка врачей очень дорогой процесс, и поэтому они должны заниматься диагностикой и лечением пациентов, а не выполнять другие функции. Совершенно другой вид обучения, чем тот, что даётся в медицинском институте, требуется для того, чтобы приобрести такие виды знаний и навыков, как информирование и просвещение населения по проблемам здоровья, а также расширение возможностей людей в области здоровья или мобилизация общественного партнёрства для выявления и решения проблем здоровья.

Перечень отделений службы общественного здравоохранения, отвечающих за десять основных сфер деятельности, включает: здоровье и питание семьи; укрепление здоровья населения; здоровье окружающей среды; статистика здоровья; услуги по предотвращению и лечению злоупотребления наркотиками и алкоголем; контроль инфекционных болезней; готовность к чрезвычайным ситуациям; безопасность и качество ухода за здоровьем.

В 2009 г. бюджет Департамента общественного здравоохранения штата Массачусетс составлял в целом около \$800 миллионов. Очень важно заметить, что эта сумма

предназначена строго для услуг общественного здравоохранения, тогда как стоимость медицинской помощи в США практически полностью покрываются частными медицинскими страховками. Этот уровень расходов равен примерно \$109 на человека. Штат Массачусетс входит в число штатов, где на общественное здравоохранение на душу населения расходуется максимальные 20%.

В заключение хотелось бы отметить, что одной из главных причин, по которой США имеет лучшие статистические данные по здоровью населения в сравнении с Россией, является то, что США обеспечивает более высокий уровень профилактики, проводимой службами общественного здравоохранения.

Литература

1. McGinnis, J. Michael, and William Foege. 1993. Actual causes of death in the United States. JAMA : The Journal of the American Medical Association 270(18): 2207-2212.
2. Mokdad, Ali, James Marks, Donna Striup, and Julie Gerberding. 2004. Actual Causes of Death in the United States, 2000. JAMA 291(10):1238-43.
3. Pellegrino E. The Internal Morality of Clinical Medicine: A Paradigm for the Ethics of the Helping and Healing Professions. Journal of Medicine and Philosophy 26(6):559-79, 2001.
4. Institute of Medicine. The Future of Public Health. National Academy Press, Washington DC, 1988.
5. Pan American Health Organization/World Health Organization (ПАНО/WHO), Public Health in the Americas: Conceptual Renewal, Performance Assessment, and Bases for Action (Washington, D.C.: ПАНО/WHO, 2002).
6. McKinlay J, McKinlay S. The questionable contribution of medical measures to the decline of mortality in the United States in the twentieth century. Milbank Memorial Fund Quarterly Summer, 405-428, 1977.

О. В. Азовцева, Г. С. Архипов, С.А. Бузунова, Е. И. Архипова
ЭПИДЕМИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЕЁ
ПРОФИЛАКТИКИ

Новгородский государственный университет им. Ярослава Мудрого, Великий Новгород, РФ

Резюме

В Российской Федерации в настоящее время большое значение уделяется профилактической работе, здоровому образу жизни людей, отказу от вредных привычек, повышению санитарно-гигиенической культуры населения. Заболеваемость ВИЧ–инфекцией растет и становится угрозой национальной безопасности страны. В возрастной структуре доминируют лица моложе 30 лет (70,8%). Отмечается увеличение частоты выявления ВИЧ–инфекции среди беременных женщин, возрастает число детей, родившихся от ВИЧ–инфицированных матерей. Если вопросы специфической профилактики, связанные с профилактическими прививками, не создают особых проблем, то остальные разделы медицинской профилактики остаются не решёнными до настоящего времени.

Ключевые слова: эпидемия, ВИЧ–инфекция, принципы профилактики.

В настоящее время, почти через тридцать лет после обнаружения вируса иммунодефицита человека, по оценкам специалистов, более 35 млн. человек заразились вирусом и 18 млн. умерли от синдрома приобретённого иммунодефицита (СПИДа), из них 1,5 млн. – дети. В ряде стран это заболевание уже привело к снижению ожидаемой продолжительности жизни более чем на 10 лет. Так как СПИД поражает преимущественно трудоспособное население среднего возраста, то эта болезнь усугубляет социальное положение остальных членов семьи, особенно детей, обостряя проблемы бедности и социального неравенства в обществе.

То, о чём вначале сообщалось, как лишь о нескольких случаях таинственного заболевания, сейчас превратилось в пандемию, которая является одной из самых серьёзных угроз глобальному прогрессу в XXI столетии. Первая информация в CDC (Center Diseases Control, США, Атланта) поступила в 1981 г. от двух групп врачей из Нью-Йорка и Лос-Анджелеса о случаях пневмоцистной пневмонии и саркомы Капоши у молодых мужчин гомосексуалистов. В 1983 г. был открыт вирус иммунодефицита человека I типа Люком Монтанье (Институт Пастера, Париж) и Робертом Гало (Национальный институт рака, США). В 1980–1981 гг. В. И. Покровским были выявлены и описаны первые случаи

Методы профилактики проблем здоровья населения. Российские и американские подходы к решению проблем

заболевания в нашей стране.

Эпидемия ВИЧ-инфекции, возникшая как болезнь определённых групп «риска», превратилась в глобальный кризис для всех социальных слоёв общества. Но, несмотря на то, что эпидемия охватила практически весь земной шар, её развитие в разных регионах имеет свои специфические особенности, своевременное выявление, изучение и познание которых поможет в выборе правильного подхода в осуществлении эффективного противодействия распространению эпидемии. Опыт, приобретённый в Африке, не может быть использован в полном объёме в Европе. Европейские алгоритмы действий имеют ограниченное применение в России, которая хоть и вступила в эпидемию позже, но имеет много национальных особенностей по путям передачи ВИЧ-инфекции, диспансеризации, организации медицинской помощи и социальным условиям проживания больных людей.

Целью настоящего исследования является определение характера и особенностей распространения эпидемии в Новгородской области, изучение принципов организации её профилактики.

Материалы и методы исследования

В работе использовались материалы официальных статистических данных, приводимых Федеральным научно-методическим центром по профилактике и борьбе со СПИДом. Статистические данные по анализу характера, эпидемиологических и клинических особенностей распространения эпидемии ВИЧ-инфекции в Новгородской области представлены на основании данных ГОБУЗ «Новгородский Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями «Хелпер», а также данные ГОБУЗ «Новгородская областная инфекционная больница». Анализ профилактических мероприятий по снижению распространения ВИЧ-инфекции на примере РФ.

Результаты и их обсуждение

В Российской Федерации общее количество ВИЧ-инфицированных граждан достигло более 668 тысяч в 2011 г. и продолжает увеличиваться в среднем на 60–90 тысяч человек в год (рис. 1).

Россия по темпам прироста числа ВИЧ-инфицированных людей занимает одно из лидирующих мест в мире [2]. Высказывается мнение, что реальное число заражённых вирусом может быть существенно больше [3]. В каждом из семи Федеральных округов распространение вируса имеет свои закономерности в связи с географическим положением и социально-экономическими условиями входящих в его состав территорий. Новгородская

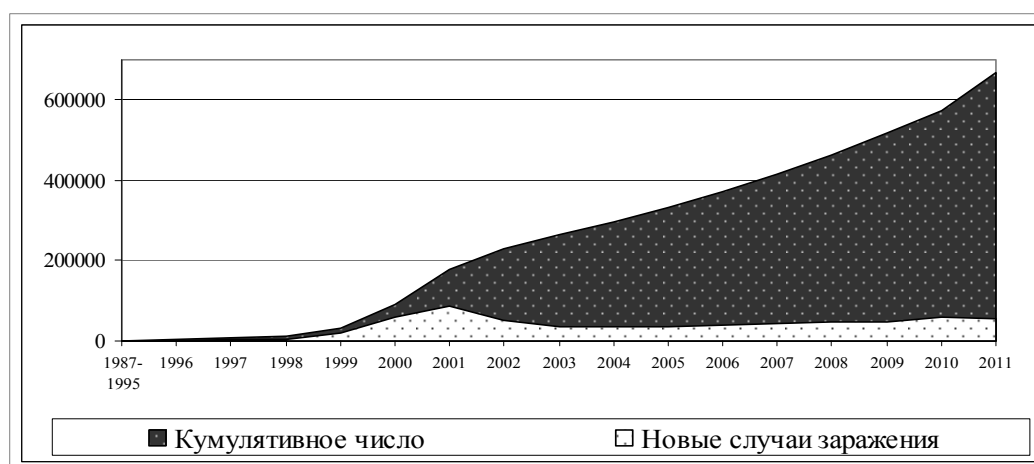


Рис. 1. Официально зарегистрированные случаи заражения ВИЧ-инфекцией в РФ

область относится к Северо-Западному Федеральному Округу (СЗФО). Округ имеет площадь 1687 тыс. кв. км, что составляет 9,9% территории России, включает семь областей (Архангельская, Вологодская, Калининградская, Ленинградская, Мурманская, Новгородская, Псковская), две республики (Коми и Карелия), Ненецкий Автономный Округ и город Санкт-Петербург. Округ относится к категории демографически депрессивных регионов. Миграционный приток не покрывает естественную убыль населения. Для СЗФО характерен большой поток грузооборота в связи с наличием крупных морских портов, что по данным таможенной службы является одной из причин транспортных потоков наркотиков [4].

Первый случай ВИЧ-инфекции среди российских граждан в СЗФО был зарегистрирован в Санкт-Петербурге в 1987 г. [5]. Период до 1995 г. может быть назван временем медленного распространения ВИЧ-инфекции, когда регистрировались лишь единичные случаи. Заражение ВИЧ осуществлялось только половым путем. При этом среди мужчин две трети заражались через гомо- и бисексуальные контакты. Более чем у половины инфицированных людей имел место рискованный тип сексуального поведения. У женщин были зафиксированы половые контакты с иностранными гражданами (преимущественно африканцами) [4].

Первые случаи ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков были зарегистрированы в СЗФО в 1996 г., когда в 7 случаях причиной заражения ВИЧ было признано внутривенное употребление наркотиков. При этом в 4 случаях ВИЧ-инфекция была выявлена у граждан из стран СНГ (Украина и Республика Беларусь). В последующие три года количество выявляемых ВИЧ-инфицированных людей было относительно невысоким.

Однако удельный вес потребителей инъекционных наркотиков среди ВИЧ-инфицированных в указанные годы прогрессивно увеличивался [4].

Исследование, проведённое в Санкт-Петербурге группой специалистов в 1998 г. по методике ВОЗ, по экспресс оценке ситуации по внутривенному потреблению наркотиков показало, что основным употребляемым наркотиком являлся героин (60%), а также героин в сочетании с опиатными наркотиками кустарного производства [6]. Степень риска заражения ВИЧ-потребителей инъекционных наркотиков оказалась крайне высокой.

В Новгородской области первые три случая ВИЧ-инфекции при гетеросексуальном заражении были зарегистрированы в 1990 г. Следующий случай был зарегистрирован только в 1995 г.

Начиная с 2000 г. эпидемия ВИЧ-инфекции в СЗФО, в том числе в Новгородской области, начала развиваться очень быстро. В Новгородской области на 31.12.2011 г. число зарегистрированных случаев инфицирования ВИЧ составило 1588 человек.

Как видно из рис. 2 вяло протекавший эпидемический процесс в период 1990–1999 гг. (ежегодно регистрировалось в среднем 3–5 инфицированных) сменился в 2000 г. подъёмом примерно в 10 раз, а 2001 г. подъём был невиданно резким и совершенно внезапным, выявлено было 230 ВИЧ-позитивных лиц (преимущественно подростков).

Анализ показал, что подходящие для эпидпроцесса условия создавались исподволь. Одно из них – ежегодный рост количества лиц, употреблявших наркотические вещества. Достаточно было «случайного» заноса в среду молодых наркоманов инфицированного материала, как цепная реакция стала бесконтрольной. Очень скоро на фоне парентерального механизма инфицирования стал заметно возрастать и половой. Инфекция стала расширяться и географически, на сегодняшний день ей охвачено 100% административных территорий Новгородской области, тогда как в конце 2000 г. их было лишь 37,5%.

По сравнению с 2001 г., количество новых, ежегодно выявляемых ВИЧ-инфицированных, за следующие восемь лет, стало снижаться. Однако, это вовсе не результат положительной реализации целенаправленных профилактических мероприятий, а, вероятно, случайное явление, не отражающее на данный момент истинную напряжённость эпидемиологического процесса. В 2011 г. вновь отмечен подъём регистрируемых случаев ВИЧ-инфекции в области (рис. 2), как в «неблагополучном» 2001 г.

Особенность эпидемии в Новгородской области в настоящий момент в том, что в 2011 г. наблюдался скачок регистрируемых случаев только лишь по области, тогда как в 2001

г. скачок регистраций был параллелен и в области, и по России в целом.

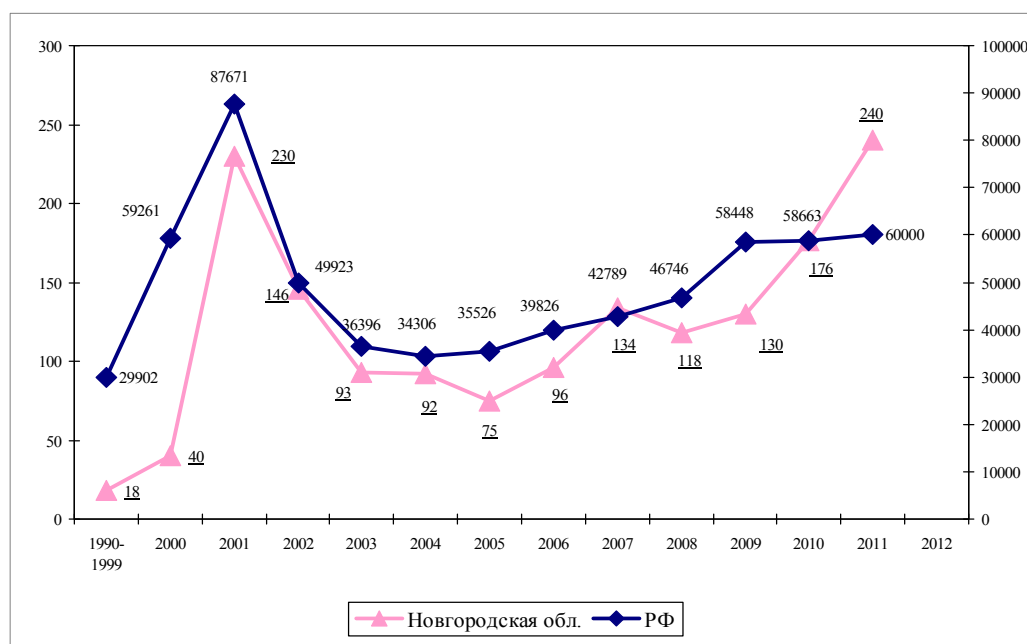


Рис. 2. Число регистрируемых ежегодно случаев ВИЧ-инфекций в Новгородской области и Российской Федерации в период 1990–2011 гг.

Показатели заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Новгородской области в 5 раз превышают средние по России. Показатель распространенности ВИЧ-инфекции в Новгородской области составил в 2011 г. 205,3 на 100 тыс. населения, при среднее российском значении 43,6, что, по мнению экспертов, является уже опасным для экономики региона.

Причина такого опережения не установлена. Высказывается несколько возможных причин:

- а) более чёткая регистрация ВИЧ-инфицированных пациентов в городе, где на эпидемию обратили серьёзное внимание и начали оснащение лабораторий и подготовку специалистов;
- б) приток большого количества инъекционных наркотиков и недостаточная работа соответствующих служб;
- в) географические особенности региона, близость двух городов-мегаполисов (Москва и Санкт-Петербург);
- г) неблагоприятная социальная обстановка, дестабилизирующая обычный ритм жизни города с возрастанием числа асоциальных жителей;
- д) миграционные процессы.

Все эти причины, по-видимому, играют свою роль, но оценить значимость каждого из факторов крайне сложно.

Анализ развития эпидемии в области за последние два десятилетия показал изменения в путях передачи и доминировании различных возрастных групп населения в структуре заболеваемости. В настоящее время происходит существенное увеличение значимости полового пути передачи, который вытесняет инъекционное заражение у наркопотребителей (рис. 3). За последние десять лет более чем в 5 раз чаще происходит заражение половым путем.

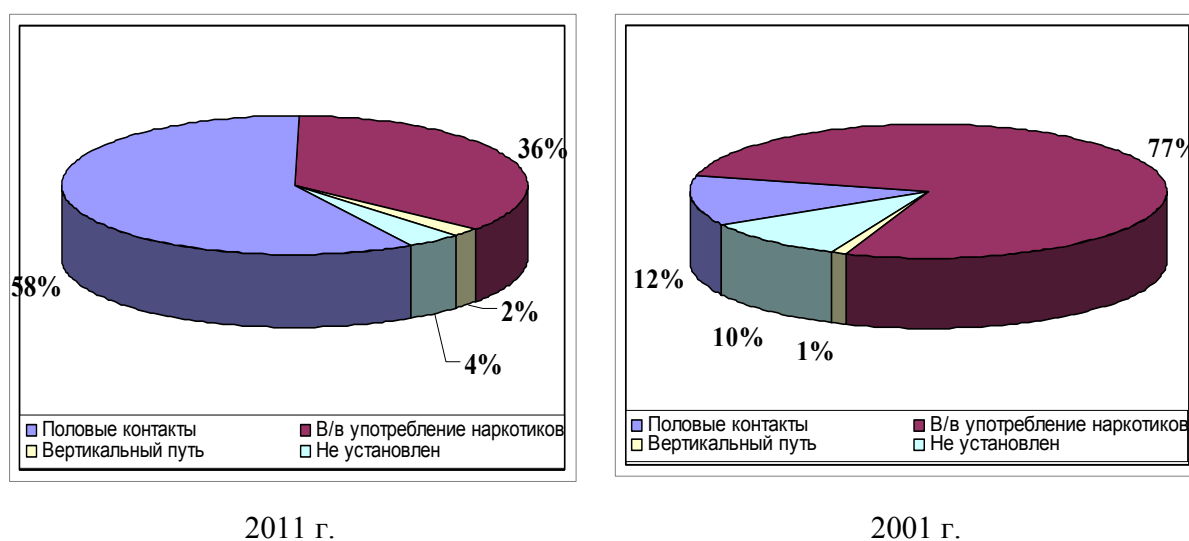


Рис. 3. Структура распределения больных ВИЧ–инфекцией в Новгородской области по основным путям заражения

В возрастной структуре больных доминируют лица моложе 30 лет, на долю которых приходится 70,8%.

При сопоставлении возрастных категорий ВИЧ–инфицированных среди впервые выявленных случаев в 2000-2001 гг. (на пике эпидемии) с ситуацией в 2011 г., обращает внимание смещение эпидемии в более старшие возрастные группы (доля возрастной группы 30–39 лет увеличилась до 21,7%). Так, в 2001 г. на эту возрастную группу приходилось 6,56%, в 2011 г. уже 21,7%.

Наблюдается тенденция активного включения в эпидемию женщин. Процент выявленных инфицированных женщин составлял в 2001 г. 23,4%, а в 2011 г. уже 55,6%. На их долю приходится каждый второй случай заражения, что также свидетельствует о гетеросексуальном распространении инфекции. Более 90% зараженных ВИЧ женщин

находятся в детородном возрасте, что влечёт за собой проблему распространения ВИЧ-инфекции от матери к ребёнку во время беременности и родов.

С 2002 г. отмечается увеличение частоты ВИЧ-инфекции среди беременных женщин, возрастает число детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей. Перинатальная ВИЧ-инфекция, которая является одной из основных причин детского СПИДа, становится актуальной в нашей стране по мере роста числа родов у этой категории женщин (рис. 4).

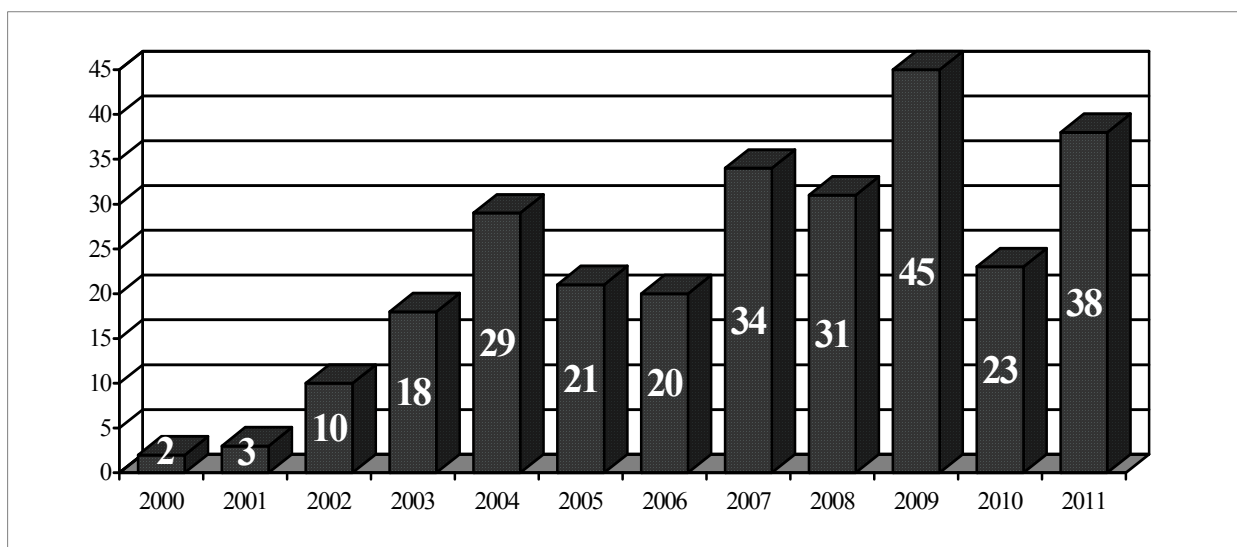


Рис. 4. Динамика рождения детей от ВИЧ инфицированных женщин (абс).

Профилактика перинатальной передачи ВИЧ является многоступенчатым, многопрофильным процессом, включающим доступ женщины к раннему дородовому наблюдению, получение знаний об инфекции, консультирование по вопросам передачи ВИЧ и её профилактике, назначение антиретровирусных препаратов женщине и ребёнку, контроль по приёму препаратов, а также социально-психологическую поддержку для пациентов и их семей [7]. В последние годы в Новгородской области наблюдаются положительные сдвиги по профилактике перинатальной передачи ВИЧ. Более 80% ВИЧ-инфицированных женщин, желающих сохранить беременность, своевременно встают на учёт в женские консультации (рис. 5).

Всего в области родилось 272 ребёнка от ВИЧ-инфицированных матерей. Снято с диспансерного наблюдения 240 детей. В 2011 г. родилось 38 детей от ВИЧ-инфицированных матерей. Профилактика вертикального пути передачи проведена в 89,5% случаев (трёхэтапная – в 28 случаях, в родах + ребёнку – 5 случаев, только ребёнку – 3 случая, не проводилась совсем – 2 случая).

С диагнозом ВИЧ–инфекция в 2011 г. зарегистрировано 3 ребёнка (за весь период наблюдения 19 детей), на диспансерном наблюдении находятся 13 ВИЧ–инфицированных детей, специфическое лечение получают 7 детей (все нуждающиеся).

В Новгородской области сохраняется достаточно высокая частота передачи ВИЧ–инфекции (8,4% в 2011 г.) Для сравнения: в европейских странах этот показатель не превышает 1% [8].

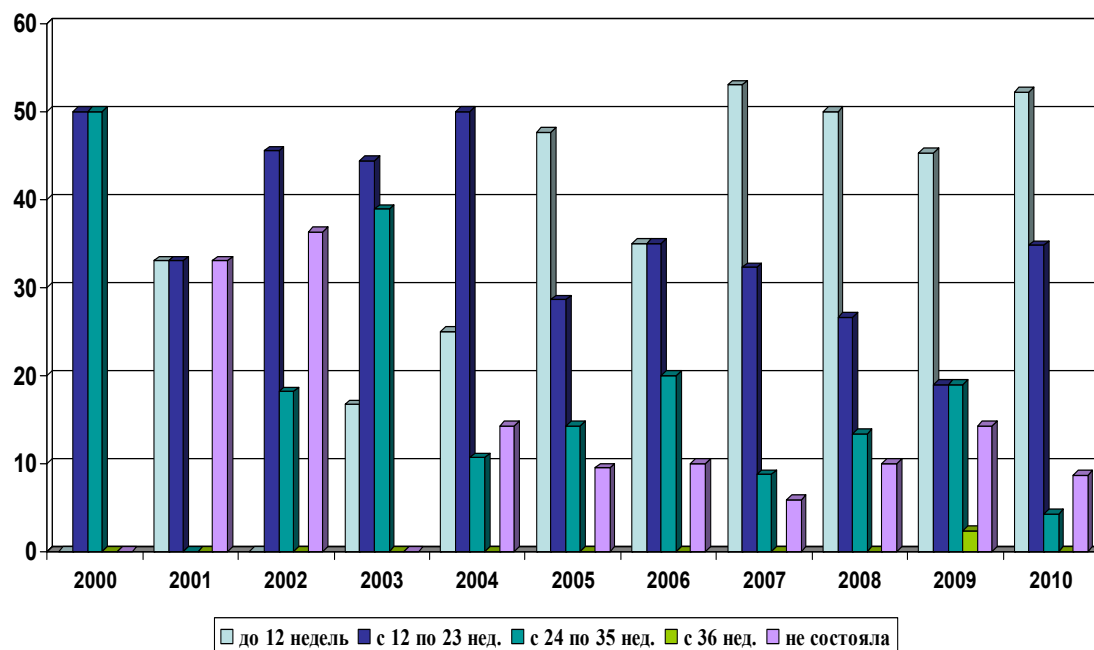


Рис. 5. Сроки постановки на учёт в женские консультации ВИЧ–инфицированных женщин, родивших детей

Подобные различия связаны: а) с высоким уровнем заражения наркопотребительниц за период 1999–2002 гг.; б) с социальным статусом этих женщин; в) с отсутствием дородового наблюдения, лечения заболеваний, передающихся половым путём; г) с обманным способом сохранения лактации. Эти обстоятельства требуют дальнейшего усовершенствования комплексных мероприятий и улучшения работы с ВИЧ–инфицированными женщинами на уровне средств массовой информации, в женских консультациях в период беременности и в родильных домах с обязательным проведением необходимого курса химиопрофилактики, что предотвращает заражение детей вирусом.

Ежегодно увеличивается количество лиц с прогрессирующими стадиями ВИЧ–инфекции, нередко с тяжёлыми вторичными заболеваниями и инфекциями, требующими

более активной диспансеризации, госпитализации, тщательной диагностики, назначения антиретровирусной терапии и более длительного лечения.

Таким образом, в Новгородской области продолжается эпидемический подъём заболеваемости ВИЧ–инфекцией. Наиболее часто ВИЧ–инфекция поражает молодых людей в возрасте от 15 до 30 лет, в последние годы отмечается увеличение выявления больных более старшего возраста.

В последние годы наблюдается распространение ВИЧ–инфекции в социально благополучных группах населения с активизацией полового пути передачи, увеличение инфицирования женщин и соответственно увеличение детей, рожденных от ВИЧ–инфицированных матерей. В Новгородской области сохраняется достаточно высокая частота передачи ВИЧ–инфекции от матери к ребёнку, которая вследствие профилактической работы в этой области ниже показателей РФ, но превосходит таковые в странах Западной Европы.

Ежегодно увеличивается количество лиц с прогрессирующими стадиями ВИЧ–инфекции, нередко с тяжёлыми вторичными заболеваниями и инфекциями, требующими более активной диспансеризации, госпитализации, тщательной диагностики, назначения антиретровирусной терапии и более длительного лечения.

Поэтому необходима реализация незамедлительных профилактических мер, дающих ощутимый эффект. Без применения современных методов управления этой работой получить необходимые результаты будет невозможно [9].

Правильное управление профилактическими мероприятиями в странах Северной Европы (сексуальное образование, обучение методам безопасного секса, бесплатное распространение презервативов среди групп риска, а также государственная политика ценообразования на них, более позднее начало половой жизни, изменение рискованного поведения, программа обмена шприцев и др.) привело к положительным результатам: число больных СПИДом существенно снизилось [10].

Более чем 25–летняя история профилактики ВИЧ–инфекции в мире ясно показывает, что эту эпидемию можно остановить и даже заставить отступить, если своевременно провести адекватные и всесторонние профилактические мероприятия. Наиболее приоритетными должны быть профилактические меры, направленные на те группы населения, которые с наибольшей вероятностью могут быть инфицированы и распространять ВИЧ.

Распространение ВИЧ может быть замедленно за счёт изменения социального поведения населения: снижения количества половых партнёров и партнёров по внутривенному введению наркотиков, использования презервативов во время полового акта, применения стерилизованного инструментария для внутривенных инъекций. Наиболее эффективным путём ограничения эпидемии в условиях отсутствия вакцины является снижение рискованного поведения.

При организации работы по профилактике ВИЧ–инфекции необходимо использование принципов системы общественного здравоохранения, направленных на улучшение здоровья и предупреждение заболевания, как на местном, так и на национальном уровне, используя работников здравоохранения, специалистов по общественному здравоохранению, санитарно–просветительной работе, воспитателей, учителей, научных работников, представителей общественности и политических деятелей.

Все профилактические программы должны быть основаны на объективной оценке ситуации по данным заболеваниям и результатах социологических исследований, проведённых в различных социальных группах населения. Очень важно учитывать особенности российской ментальности, традиций с преобладанием духовных категорий, своеобразное отношение к высоким чувствам, исключительную ценность семейных отношений с целью исключения отрицательной реакции части общества, реагирующей на пропаганду безопасного секса как «развращение» молодёжи.

Для формирования профилактических программ, прежде всего, необходимо определить потребности их эффективного осуществления. Только после выявления и обозначения существующих потребностей возможно правильное принятие решений, планирование и оценка эффективности мероприятий.

Главными инструментами оценки потребностей той или иной территории являются методы эпидемиологической статистики, эпидемиологических и социально–гигиенических исследований целевых групп населения. В результате исследований выявляется мнение населения в целом или определённой социальной группы к исследуемой проблеме, отношение к своему здоровью, уровень информированности относительно ВИЧ–инфекции, факторов риска заболевания и др.

Информационно–просветительские программы по профилактике ВИЧ–инфекции, болезней, передающихся половым путем, наркомании являются неотъемлемой частью государственной программы, направленной на укрепление здоровья всего населения и,

собственно, входят в сферу гигиенического воспитания и образования населения. Конечной целью подобного рода программ является формирование мировоззрения относительно здорового образа жизни, навыков здорового образа жизни, предупреждение таких заболеваний, как ВИЧ–инфекция, ИППП, вирусные гепатиты с парентеральным путём передачи, наркомания и др.

Методы проведения профилактической работы включают:

- Проведение образовательных семинаров по вопросам эпидемиологии, профилактики, лечения, социальным аспектам ВИЧ–инфекции, наркомании для корреспондентов местных средств массовой информации, включая теле– и радиокорреспондентов.
- Публикации в органах печати материалов (статей, интервью, обращений, открытых писем и т. п.) по проблеме ВИЧ/СПИД с акцентом на вопросы эпидемиологии и предупреждения заражения ВИЧ–инфекцией.
- Подготовка радиоматериалов по вопросам профилактики ВИЧ–инфекции среди различных групп населения, в первую очередь молодёжи и потребителей наркотиков, и обеспечение их трансляции по местным радиоканалам.
- Организация трансляции по каналам местного телевидения видеоклипов и тематических программ по профилактике ВИЧ–инфекции, наркомании.
- Создание специальной телевизионной рубрики или цикла передач, посвящённых вопросам обсуждения различных аспектов проблемы ВИЧ/СПИД, наркомании, сделав основной упор на молодёжную аудиторию.
- Подготовка информационных материалов по различным аспектам проблемы ВИЧ–инфекции и размещение их в компьютерной сети.
- Подготовка и проведение лекций, бесед, круглых столов, дискуссий по вопросам ВИЧ–инфекции среди учащихся старших классов общеобразовательных школ, профессионально–технических училищ, техникумов, высших учебных заведений.
- Обучение средствам и методам предупреждения заражения ВИЧ–инфекцией пациентов медицинских учреждений и отделений наркологического профиля, отделений вирусных гепатитов инфекционных больниц.
- Привлечение к проблеме ВИЧ, кроме профессионалов, молодёжных лидеров, кумиров, бывших наркоманов.
- Использование популярных изданий, различных молодёжных собраний.
- Профилактика, основанная на принципе равенства, когда «равный учит равного».

Предотвращение распространения заболевания ВИЧ–инфекцией невозможно без эффективного воздействия средств массовой информации на формирующееся сознание подростков и молодёжи, начинающих жить активной жизнью, в том числе и половой, легко поддающихся существующим неформальным стереотипам поведения. В тоже время, немаловажно качество и целенаправленность участия в этом процессе взрослых (дома, в школе, вузе и т. д.). В нашем распоряжении есть различные средства массовой информации, с помощью которых можно воздействовать на подростка в целях пропаганды здорового образа жизни и неприятия наркотиков.

Приоритетным и самым эффективным в этом направлении является телевидение, так как оно рассчитано на большую аудиторию. Регулярные рейтинговые опросы электронных СМИ, позволяют выбрать передачи и время вещания с наибольшей аудиторией. Немаловажным является то, что с помощью ТВ можно подавать и интерпретировать информацию в любой удобной форме.

Пропагандирование лозунга «НЕТ наркотикам и СПИДу» с целью предупреждения заболеваний необходимо в разнообразных формах подачи информации. Ими могут быть и блиц-опрос, и круглый стол, а также ток–шоу и интервью, построенное в форме ответов специалиста на вопросы зрительской аудитории по поводу СПИДа и других инфекций, передающихся половым путем. Максимальный эффект пропаганды возможен только при условии адекватности форм и средств воздействия на те или иные группы населения.

В связи с этим необходимо:

- проведение социометрических исследований по определению и характеристике групп риска, факторов, влияющих на восприятие ими той или иной информации;
- достижение целенаправленного воздействия на группы риска путём специального подбора форм и средств информационного воздействия в зависимости от возраста, социального положения и т. п.;
- комплексное применение всех форм и средств пропаганды в рамках агитационных компаний, как правило, параллельно идущее с наиболее крупными молодёжными акциями (праздник «Алые паруса», День знаний, различные фестивали), в связи с Днём борьбы со СПИДом и Днём памяти умерших от СПИДа и т. д.;
- широкое использование на конкурсной основе представителей молодёжных субкультур при создании печатных, видео и других материалов;

– активное привлечение подростков и молодёжи к компаниям пропаганды и профилактики ВИЧ.

Только государственная политика и грамотное управление могут непосредственно влиять на рискованное поведение конкретных лиц.

В новом столетии ВИЧ/СПИД, наряду с некоторыми другими социально значимыми инфекциями, превратился в проблему глобального масштаба, которая носит междисциплинарный характер и решается на государственном уровне. Об этом свидетельствует Постановление правительства РФ от 9 октября 2006 г. № 608.

Совокупный вклад России в период 2006–2011 гг. в решение глобальных проблем, связанных с распространением инфекционных болезней, составит более \$450 млн. Значительная часть данных средств направлена на борьбу с ВИЧ/СПИДом [1].

Самыми значимыми из них являются:

- приоритетный национальный проект на 2007–2011 гг. с общим объёмом финансирования свыше 42 млрд. руб.;
- компенсация Глобальному фонду по борьбе со СПИДом, туберкулёзом и малярией 217 млн. долларов США, выделенных на осуществление проектов в России;
- финансирование в размере до 1 млрд. рублей в 2008–2010 гг. на исследования по разработке вакцины против ВИЧ–инфекции и созданию механизма координации данных исследований в регионе Восточной Европы и Центральной Азии.

В рамках сотрудничества с ВОЗ продолжается разработка новых стратегий по профилактике, лечению и контроль над распространением ВИЧ–инфекции по нескольким направлениям, включая разработку системы мониторинга, оценки лечения и помощи людям, живущим с ВИЧ, надзор за эпидемией ВИЧ–инфекции, а также в области мониторинга резистентности к АРВ-препаратам [1].

Особое внимание уделяется разработке и внедрению в практическую медицину национальных стандартов и клинических руководств по лечению ВИЧ–инфекции, профилактике и лечению оппортунистических заболеваний, сопутствующих инфекционных патологий, таких как сочетанные инфекции ВИЧ и туберкулёз, ВИЧ и гепатиты В и С и т. д. в соответствии с международными требованиями [1].

Совместно с Детским фондом ООН (ЮНИСЕФ) продолжается реализация мероприятий, направленных на совершенствование профилактики передачи ВИЧ от матери ребёнку. Они предусматривают разработку нормативных документов, обучение медицинских

и социальных работников, внедрение эффективных моделей организации медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным беременным женщинам, матерям и детям в регионах Российской Федерации [1].

Основным инструментом противодействия эпидемии ВИЧ в России в настоящее время является приоритетный национальный проект «Здоровье» на 2009–2012 гг.

Его основными задачами являются:

1. Охват антиретровирусной терапией всех ВИЧ-инфицированных, нуждающихся в лечении, в соответствии с утверждёнными стандартами оказания медицинской помощи.
2. Осуществление широкомасштабного мониторинга ситуации по ВИЧ-инфекции в Российской Федерации. Проведение ежегодно не менее 22 млн. обследований населения с целью выявления ВИЧ-инфекции.
3. Улучшение доступа к профилактике, диагностике и лечению при ВИЧ-инфекции.
4. Обеспечение максимального охвата диспансерным наблюдением ВИЧ-инфицированных.
5. Предоставление полного курса профилактического лечения всем беременным с ВИЧ-инфекцией, с целью профилактики заражения ребёнка.
6. Развитие межсекторального сотрудничества с целью противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С.
7. Координация мероприятий по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции в рамках приоритетного национального проекта, проекта Глобального Фонда и Всемирного банка.
8. Развитие программ по профилактике ВИЧ-инфекции, в особенности в уязвимых группах населения, а также программ по снижению стигмы и дискриминации людей, живущих с ВИЧ.
9. Расширение участия гражданского общества в противодействии эпидемии ВИЧ-инфекции в Российской Федерации.
10. Успешная и эффективная реализация задач приоритетного национального проекта по профилактике, диагностике и лечению ВИЧ-инфекции в России позволит коренным образом повлиять на ход развития эпидемии, значительно снизить прирост новых случаев заболевания и минимизировать негативные экономические и социальные последствия.

Заключение

В Новгородской области продолжается эпидемический подъём заболеваемости ВИЧ–инфекцией. Наиболее часто ВИЧ–инфекция поражает молодых людей в возрасте от 15 до 30 лет, в последние годы отмечается увеличение выявления больных более старшего возраста.

В последние годы наблюдается распространение ВИЧ–инфекции в социально благополучных группах населения с активизацией полового пути передачи, увеличение инфицирования женщин и, соответственно, увеличение детей, рождённых от ВИЧ–инфицированных матерей. В Новгородской области сохраняется достаточно высокая частота передачи ВИЧ–инфекции от матери к ребёнку, которая вследствие профилактической работы в этой области, ниже показателей РФ, но превосходит таковые в странах Западной Европы.

Ежегодно увеличивается количество лиц с прогрессирующими стадиями ВИЧ–инфекции, нередко с тяжёлыми вторичными заболеваниями и инфекциями, требующими более активной диспансеризации, госпитализации, тщательной диагностики, назначения антиретровирусной терапии и более длительного лечения.

Для снижения распространения ВИЧ–инфекции в РФ необходима реализация незамедлительных профилактических мер, дающих ощутимый эффект. Наиболее приоритетными являются профилактические мероприятия, направленные на группы населения, которые с наибольшей вероятностью могут быть инфицированы. Организация профилактических мероприятий в РФ решается на государственном уровне. Об этом свидетельствует Постановление правительства РФ от 9 октября 2006 г. № 608.

Статья подготовлена в рамках реализации проекта, выполняемого при поддержке Российского гуманитарного научного фонда, грант № 12-06-00763.

Литература

1. Онищенко Г. Г. ВИЧ–инфекция – проблема человечества // ВИЧ–инфекция и иммуносупрессия, 2009. – Т.1. – №1. – С. 1–5.
2. Покровский В. В., Ладная Н. Н., Соколова Е. В., Буравцева Е. В. ВИЧ–инфекция // Информационный бюллетень. – М., 2008. – № 31. – 24 с.
3. Покровский В.В. Эпидемия ВИЧ/СПИДа в России: тенденции, уроки, основные проблемы и возможности для расширения ответных действий // Доклад на XVI Международной конференции по СПИДу. – Торонто, Канада, 13–18 августа 2006 г.
4. Смольская Т. Т., Огурцова С. В. Обзор состояния эпидемии ВИЧ–инфекции в Северо-Западном Федеральном Округе РФ в 1987-2009 гг.// ВИЧ–инфекция и иммуносупрессия, 2011. – Т.3. – №1. – С. 27–36.
5. Рахманова А. Г., Виноградова Е. Н., Воронин Е. Е., Яковлев А. А. ВИЧ–инфекция. – СПб., 2004. – 693 с.
6. Обучение стратегиям профилактики ВИЧ/СПИДа среди потребителей внутривенных наркотиков в РФ: материалы семинара / Врачи без Границ (MSF-H). – М., 1998. – URL: <http://www.narcom.ru/ideas/common/45.html>

(дата обращения 01.11.2010 г.).

7. Рахманова А. Г. Противовирусная терапия ВИЧ-инфекции. Химиопрофилактика и лечение ВИЧ-инфекции у беременных и новорожденных. – СПб: НИИХ СПбГУ, 2001. – С. 76–88.

8. Recommendations for use of antiretroviral drugs in pregnant HIV infected women for maternal health and interventions to reduce perinatal HIV transmission in the United States // US Centers for Disease Control and Prevention. July 8, 2008. 98 p.

9. Вялков А. И. Медицинская профилактика: современные технологии: руководство. – М.: Геотар-Медиа, 2009. – 231 с.

10. Тайц Б. М. Организационно-клинические основы совершенствования инфекционной службы в условиях реформирования здравоохранения. – СПб.: ССЗ, 1998. – 504 с.

Лисицин В. И., Федченко П. Ю.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ И ДИНАМИКА ОСНОВНЫХ ПРИЧИН СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ

Новгородский государственный университет им. Ярослава Мудрого, Великий Новгород, РФ

Резюме. Представлен анализ показателей смертности от основных причин в Новгородской области в течение первых десяти лет XXI века. Выявлены различия в уровнях показателей смертности по сравнению с Российской Федерацией (РФ) и Северо-Западным федеральным округом (СЗФО). Анализ показал значительное превышение большинства показателей в области. Общий показатель смертности в 1,4 раза выше, чем в России и в 1,3 раза выше по сравнению с СЗФО. Начиная с 2004 г. сложился устойчивый тренд сокращения смертности и роста продолжительности жизни. Несмотря на это, уровень смертности остаётся высоким.

Ключевые слова: смертность, основные причины смерти, ожидаемая продолжительность жизни при рождении, динамика показателей смертности.

Сохранение и закрепление тенденций снижения смертности населения Российской Федерации, наметившиеся в последнее пятилетие, стало актуальнейшей социальной, медицинской, экономической и, в большой степени, политической проблемой. В России с её разнообразными природно-климатическими, экономическими, социальными, экологическими условиями, пёстрым демографическим составом имеются выраженные территориальные особенности уровней смертности населения, которые позволяют оценить состояние санитарного благополучия населения, специфику патологии отдельных общественных групп населения. Поэтому в настоящее время особую актуальность

приобретают региональные исследования основного медико–демографического показателя общественного здоровья – смертности населения [6, 8, 11, 14, 15].

В основу углублённого исследования смертности населения Новгородской области были положены данные государственной статистики, начиная с 1991 г., когда Российская Федерация стала самостоятельным государством. Анализ проводился на основе данных за 1991–2010 гг. [5, 10, 12, 13]. Все причины смерти даны в полном соответствии с Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем десятого пересмотра (МКБ-10) [9]. Статистические показатели (коэффициенты) рассчитаны на 1000 (‰) или на 100000 (‰) населения.

Анализ показателя смертности выявил, что в Новгородской области все последние 20 лет он имел негативную тенденцию.

Депопуляция в Новгородской области (НО), как и в РФ в целом, обусловлена высокой смертностью населения (рис.1). На протяжении всего изучаемого периода уровни смертности превышали не только российский уровень, но и показатель по СЗФО. Новгородская область в 2009 г. переместилась с третьего на второе место в Российской Федерации по уровню смертности после Псковской области (20,9‰ – 2009 г.), оставив позади себя Тверскую область (20,0‰ – 2009 г.).

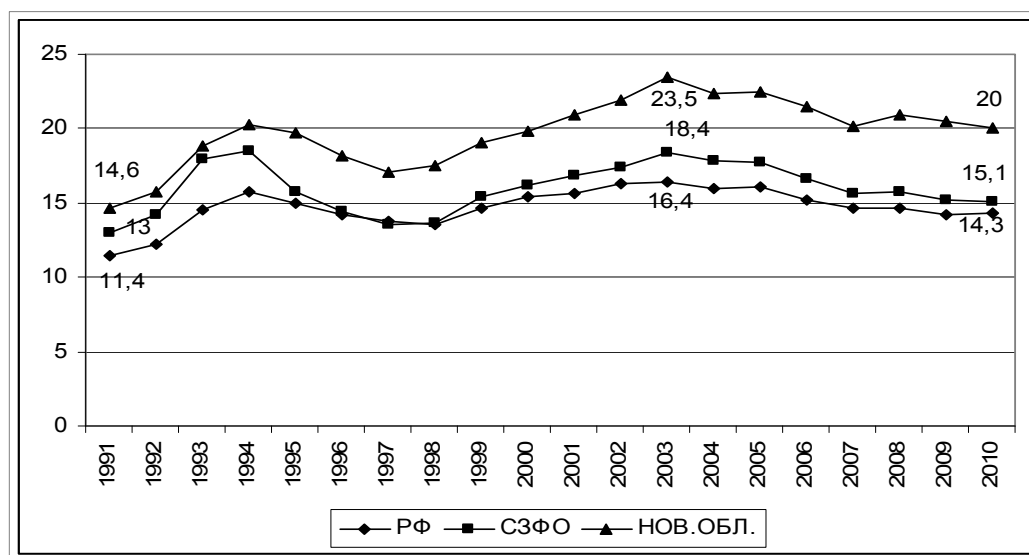


Рис. 1. Динамика показателя смертности в регионах Российской Федерации (на 1000 населения)

За увеличением до максимального уровня общей смертности до 23,5‰ в 2003 г. последовало уменьшение до 20,1‰ в 2007 г., то есть возврат к отметке 1994 г. (20,3‰). В

2008 г. отмечен новый подъём показателя как в НО, так и в СЗФО (соответственно с 20,1 до 20,9‰ и с 15,6 до 15,7‰). Однако в 2009 г. и 2010 г. продолжился тренд снижения уровня показателя во всех изучаемых регионах: НО – 20,5‰ и 20,1‰; СЗФО – 15,2‰ и 14,9‰; в РФ – в течение этих двух лет показатель стабилен – 14,2‰.

В 2011 г. в области по сравнению с прошлым годом (2010 г.) отмечено беспрецедентное сокращение абсолютного числа умерших на 1124 человек (на 8,5%), что обусловило самый низкий уровень смертности за последние 12 лет – 18,4‰ (2010 г – 20,0‰; 2009 г. – 20,5‰) [4].

Выявлены значительные гендерные различия как в общей смертности населения, так и, особенно, в смертности трудоспособного населения. За период с 1996 по 2010 г. уровень смертности мужчин превышал уровень смертности женской популяции в 1,3 раза, несмотря на ежегодные изменения значений показателя (рис 2).

Среди трудоспособного населения превышение смертности в мужской популяции значительно выше женской. В 1996 г. уровень смертности мужчин в 4,8 раза выше (максимальное превышение), однако в последующие годы разрыв сокращался: в 2000 г. – 4,3, в 2003 г. – 4,1, в 2010 – 3,8 раза, что констатировано и в других публикациях [1,2,7].

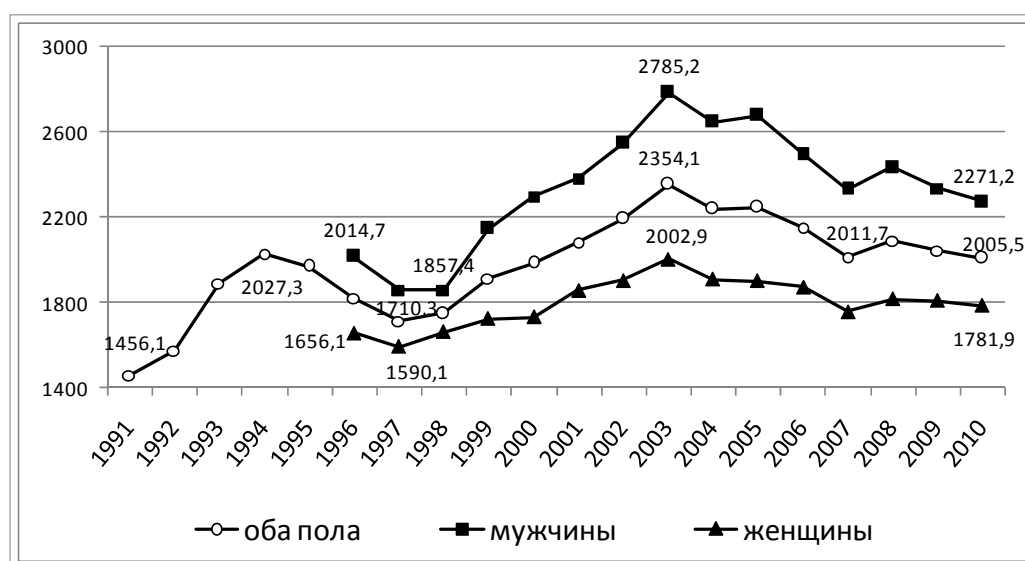


Рис. 2. Динамика показателя смертности в Новгородской области (на 100000 населения соответствующего пола)

Как и в России в целом, в Новгородской области общие тенденции в динамике смертности населения усугубляются сверхсмертностью лиц трудоспособного возраста. Начиная с 2003 г. отмечено снижение, как общего показателя, так и среди мужского и

женского населения: с 1212,6 до 948,0 на 100 тыс. населения трудоспособного возраста в 2010 г. – на 14,3% (с 1946,0‰ до 1491,9‰ – снижение на 76,7% среди мужчин, и с 485,5‰ до 389,3‰ – снижение на 80,2% среди женщин). Несмотря на это, уровни смертности и мужчин и женщин Новгородской области остаются высокими.

Картину смертности населения, как в Новгородской области, так и в РФ формируют три класса заболеваний, на которые приходится более 85% всех случаев смерти в женской и мужской популяциях, среди всего населения и лиц трудоспособного возраста.

Смертность от всех основных причин во всех половозрастных группах населения в НО выше, чем в СЗФО и в РФ в целом. Рассмотрение их распределения, уровней и вклада в общую смертность представляет определённый интерес. Проведённая оценка уровней смертности выявила изменения структуры причин смерти всего населения.

Болезни системы кровообращения (БСК) остаются главной причиной высокой смертности всего населения. Этот класс болезней в НО в течение первого десятилетия XXI века стабильно занимает первое место среди причин смерти и её уровень превышает как по СЗФО, так и по РФ, что позволяет говорить о сверхсмертности населения области от болезней системы кровообращения.

Таблица 1

Вклад основных причин в общую смертность населения в 2000–2010 гг.

Причина смерти	Новгородская область		Северо-Западный федеральный округ		Российская Федерация	
	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%
2000						
Всего	1984,3	100,0	1620,0	100,0	1540,0	100,0
Болезни системы кровообращения	1168,3	58,9	918,6	56,7	852,2	55,3
Злокачественные новообразования	242,8	12,2	225,4	13,9	204,4	13,3
Внешние причины заболеваемости и смертности	289,2	14,6	242,2	15,0	220,6	14,3
2010						
Всего	2005,5	100,0	1491,3	100,0	1419,2	100,0
Болезни системы кровообращения	1250,4	62,3	860,8	57,7	805,9	56,8
Злокачественные новообразования	221,0	11,0	229,4	15,4	205,1	14,4
Внешние причины заболеваемости и смертности	207,9	10,4	156,3	10,5	151,7	10,7

Динамика уровня смертности от БСК на протяжении первого десятилетия нового века не была однозначной. В 2000–2003 гг. отмечен рост с 1168,3 до 1460,6‰, затем снижение до 1224,6‰ (2007 г).

Последующие годы характеризуются неустойчивостью уровня: 2008 г. – 1267,2‰; 2009 г. – 1234,7‰ и в 2010 г. рост смертности продолжился и составил 1250,4‰. Из общего числа субъектов РФ показатели смертности от сердечно–сосудистой патологии выше только в двух областях: Псковской – 1305,5‰ и Тверской – 1286,3‰. Вклад данной причины в общую смертность в 2010 г. увеличился по сравнению с 2000 г. (с 58,9% до 62,3% соответственно), оставаясь более высоким, чем в СЗФО и РФ (табл. 1). Отсутствие стабильности в снижении уровня смертности связано с недостаточностью и неэффективностью проводимых на различных уровнях профилактических мероприятий.

Выявлены существенные гендерные различия. В течение нескольких десятков лет смертность женщин от БСК превышала смертность мужчин в 1,5–1,8 раза, однако этот разрыв сокращался, и в 2000 г. достиг минимума – 0,5%, в 2001 г. незначительное преимущество женщин сохранялось, и, начиная с 2002 г, наблюдается выраженное преобладание мужской смертности. Хотя на протяжении исследуемого периода отсутствует стабильность уровней смертности и в мужской, и в женской популяциях, преобладание смертности лиц мужского пола сохраняется.

Среди БСК ведущими причинами смерти являются ишемическая болезнь сердца (ИБС), цереброваскулярные болезни (ЦВБ), болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, а также другие болезни сердца, на долю которых в 2000 г. приходилось 88,1%, а в 2009 г. – 92,9%. Случаи смерти, относящиеся к рубрике «другие болезни сердца», обусловлены более чем в 50% случаев диагнозами «алкогольная кардиомиопатия».

За рассматриваемый период наиболее существенными темпами выросла смертность от других болезней сердца – в 1,6 раза (с 90,8‰ в 2000 г. до 144,7‰ в 2009 г.), при этом смертность от ИБС возросла на 8,4% (с 554‰,7 до 601,4‰), от ЦВБ лишь на 1,2% (с 358,8‰ до 363,4‰). Отмечен рост (на 34,7%) от инфаркта миокарда. В то же время, болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, имели стойкую тенденцию к снижению на 8,4% (с 40,6‰ до 37,2‰).

Таким образом, на фоне небольшого снижения кардиологической смертности произошло ухудшение её внутренней картины, в первую очередь, за счёт роста смертности от других болезней сердца. В связи с этим необходимо учитывать её алкогольную компоненту,

которая проявляется не только через смерть от алкогольной кардиомиопатии (другие болезни сердца), но и повышает риск смерти от ишемической болезни сердца и цереброваскулярных заболеваний, прежде всего в женской популяции.

Динамика смертности от злокачественных новообразований (ЗН) столь же неоднозначна, как и от болезней системы кровообращения.

В НО до 2009 г. (в РФ и СЗФО до 2006 г.) отмечалась деформация структуры причин смертности, заключающаяся в том, что на втором месте (после БСК) находился класс «внешние причины заболеваемости и смертности», как следствие сложных социально-экономических процессов последнего десятилетия XX века.

В 2009 г. злокачественные новообразования поднялись на второе место – 233,4 на 100 тыс. населения, а внешние причины заболеваемости и смертности опустились на третье – 223,8 на 100 тыс. населения. Такое изменение связано с ростом смертности от ЗН и снижением уровня смертности от внешних причин.

Смертность от ЗН в 2010 г. уменьшилась (на 10,3%) по сравнению с 2000 г. и составила 221,0 ‰, что на 3,8% ниже уровня по СЗФО, но на 7,2% выше уровня по РФ в целом. Вклад ЗН в общую смертность изменился незначительно – 12,2% в 2000 г. и 11,0% в 2010 г. (табл. 1). Уровень смертности в области в течение всего изучаемого периода превышал показатель как по РФ в целом, так и по СЗФО.

Среди мужчин ЗН занимают стабильное 3-е место после внешних причин заболеваемости и смертности, среди женского населения картина обратная – ЗН на 2-ом месте, при этом смертность женщин практически не изменилась в 2000 г. – 200,9‰; в 2009 г. – 196,1‰ (снижение на 2,4%), а у мужчин показатель уменьшился на 7,0%.

В течение всего периода показатель смертности ежегодно менялся, как среди всего населения (максимальное значение в 2000 г. – 242,8‰, минимальное – 220,8 ‰ в 2004 г.), так и в мужской (максимальный уровень в 2003 г. – 296,2‰, минимальный – 272,4‰ в 2002 г.) и в женской популяциях (максимальный – 200,9‰ в 2000 г., минимальный – 175,2‰ в 2004г.), что свидетельствует об отсутствии стабильно выраженной тенденции снижения смертности от ЗН. Среди женщин в 2009 г. отмечено увеличение смертности на 10,2% по сравнению с 2007 г., в то время как среди мужчин показатель неуклонно снижается.

Ведущими заболеваниями, приводящими к смерти, являются: злокачественные новообразования органов пищеварения, органов дыхания и грудной клетки, молочной железы у женщин, доля этих заболеваний среди всех ЗН в 2009 г. составила 85,2% у всего населения.

Как показал анализ динамики стандартизованных показателей смертности от названных причин во всех изучаемых группах населения, значительных изменений в сторону увеличения в уровнях показателей не выявлено, что свидетельствует о стабилизации коэффициентов смертности от этих причин. Картина причин смерти от ЗН стала более пёстрой. Отмечается рост смертности от рака предстательной и поджелудочной желёз, рака губы, полости рта и глотки.

Смертность от внешних причин (ВП), включающая травмы, отравления, ожоги, убийства, самоубийства, существенно отличается от причин смертности от болезней тем, что возможность снижения уровня внешних причин определяется не только состоянием системы здравоохранения, но и социально-экономическим, морально-правовым, техническим развитием страны.

Первый год нового века ознаменовался продолжением роста показателя смертности от ВП, начавшийся в 1999 г. Максимальный уровень травматической смертности 338,1‰, был зарегистрирован в НО в 2003 г., что на 44,7% выше российского показателя и на 28,9% показателя по СЗФО. Среди мужского (580,4‰) и женского (140,7‰) населения НО в этом же году также отмечен наибольший уровень, который превышал аналогичные показатели, как по РФ (в 1,5 раза у мужчин и в 1,4 раза у женщин), так и по СЗФО (в 1,3 раза у мужчин и в 1,2 раза у женщин).

Начиная с 2004 г. отмечено снижение показателя смертности от ВП во всех изучаемых регионах. Областной уровень в 2010 г., по сравнению с 2003 г., снизился до 207,9‰ (на 61,5%), в то время как в России и СЗФО уменьшился на 64,5% и 59,6% соответственно, то есть данный процесс в изучаемых регионах проходит с неодинаковой интенсивностью. Из всех ведущих причин смертности ВП являются единственной, которая имеет выраженную тенденцию снижения на протяжении последних шести – восьми лет. Это свидетельствует об определённой стабилизации социально-экономической обстановки в современном российском обществе.

Значительное уменьшение уровня показателя привело к изменению вклада ВП в общую смертность (в НО с 14,6% до 10,4%) и перемещению в 2009 г. со II-го рангового места на III-е (табл. 1). Однако, и при таких изменениях, НО остаётся одним из лидеров в СЗФО (вместе с Ненецким автономным округом – 251,1‰, и Псковской областью – 233,1‰) в смертности от ВП. Также произошло снижение уровня смертности, как среди мужского –

380,0‰, так и среди женского населения – 98,6‰. Мужская смертность в 3,8 раза превышала женскую.

Ведущими причинами, определяющими картину смертности от ВП, являются: транспортные несчастные случаи, случайное отравление и воздействие алкоголем, преднамеренное самоповреждение (самоубийства), нападение (убийства), на долю которых в 2010 г. приходилась половина всех случаев смерти от ВН. Показатели смертности от всех причин у мужчин значительно выше, чем у женщин, наибольшее различие выявлено при преднамеренных самоповреждениях (самоубийствах) – в 5,6 раза.

Снижение показателя смертности от ВП в 2010 г. по сравнению с 2003 г. (когда зафиксированы максимальные уровни всех причин) в значительной мере обусловлено сокращением смертности от случайных отравлений алкоголем (в 2,2), убийств (в 1,8), транспортных несчастных случаев (в 1,3) и самоубийств (в 1,4).

Процесс сокращения смерти от всех ВП имеет выраженные гендерные особенности: и у мужчин (49,3%), и у женщин (32,1%) наибольшая интенсивность отмечена от случайных отравлений алкоголем; последующие ранговые места у мужчин занимают убийства (22,9%), самоубийства (17,9%), транспортные несчастные случаи (15,4%); у женщин – транспортные несчастные случаи (29,9%), убийства (27,1%), самоубийства (11,3%).

Один из специфических показателей женской смертности – материнская смертность. Её причины известны и понятны, как и пути их устранения, но женщины продолжают умирать. Эксперты напрямую связывают высокий уровень материнской смертности с неэффективной деятельностью национальных систем здравоохранения [7]. Спасение жизни матерей – это хорошие инвестиции в развитие детей и развитие области в целом. За последние годы наблюдается снижение смертности от осложнений беременности, родов и послеродового периода – с 42,8 до 13,8 на 100000 родившихся живыми [10].

Одной из важнейших составляющих общей смертности населения является младенческая смертность. За период с 1990 по 2010 г. этот показатель соответственно снизился с 18,3 до 7,2 на 1000 родившихся живыми. Следует отметить особенность уровня показателя: в течение первого десятилетия XXI века показатель в НО был выше, чем в СЗФО (в 2010 г. 7,2‰ в НО и 5,6‰ в СЗФО), но ниже, чем по РФ в целом (7,2‰ в НО и 7,5‰ в СЗФО). Величина показателя не превышает предельно допустимое значение, установленное Европейским Бюро ВОЗ – 10 смертей на 1000 живорождённых.

Структура младенческой смертности на протяжении этих десяти лет не претерпела изменений, при чёткой тенденции снижения всех основных причин смерти. Первое место стабильно занимают отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (в 2000 г. – 63,7, в 2010 г. – 29,2 на 10000 родившихся живыми, снижение в 2,2 раза). В 2010 г. произошло изменение 2–го и 3–го ранговых мест: врождённые аномалии, деформации и хромосомные нарушения со второго места переместились на третье за счёт снижения уровня смертности с 15,4 до 8,3 случаев на 10000 родившихся живыми), а болезни органов дыхания с третьего места переместились на второе благодаря росту смертности (с 5,6 до 11,1). Начиная с 2008 г. отмечена неблагоприятная тенденция: рост младенческой смертности от внешних причин (с 2,9 до 5,6) и от некоторых инфекционных и паразитарных болезней – с 5,8 до 8,3 на 10000 родившихся живыми. Следует отметить, что в 2009 г. не было зарегистрировано ни одного случая смерти от инфекционных болезней и с 2005 г. не регистрируются, как причина смерти детей на первом году жизни, болезни органов пищеварения.

Ожидаемая продолжительность жизни населения (ОПЖН) является наиболее адекватной обобщающей характеристикой современного уровня смертности во всех возрастах. В Новгородской области уровень ОПЖН в течение всего исследуемого периода был ниже, чем в РФ и СЗФО. С 2000 г. показатель имел выраженную тенденцию к снижению, достигнув минимальных уровней в 2003 г. (60,8, в том числе у мужчин – 53,8, у женщин – 69,64; колоссальный разрыв между продолжительностью жизни мужчин и женщин – 15,7 лет), что связано с максимальными уровнями смертности. Снижение смертности, начавшееся с 2004 г., привело и к росту ОПЖН, который в 2009 г. составил 64,5; у мужчин – 57,7, у женщин – 71,8, разрыв – 14,1 лет. Даже при увеличении показателя, ОПЖН в Новгородской области остается на 4,2 года ниже, чем в РФ, и на 3,7 года в СЗФО. Следует отметить, что Новгородская область относится к регионам России (автономные округа Сибирского и Дальневосточного федеральных округов), где отмечен самый низкий показатель продолжительности жизни мужчин и громадный разрыв между продолжительностью жизни мужчин и женщин – 14,1 года.

Таким образом, уровни смертности населения Новгородской области с одной стороны отражают общероссийские тенденции, с другой имеют свои особенности, обусловленные социально-экономическими условиями жизни. В области, как и в РФ в целом и СЗФО, сложился устойчивый тренд сокращения смертности и роста ожидаемой продолжительности жизни населения. Однако все положительные сдвиги в улучшении состояния здоровья

населения области идут медленно. Тем не менее, инерция социально-экономического оздоровления, набранная в предыдущие годы, продолжала определять предпосылки и условия улучшения демографической ситуации.

Необходимо дальнейшее осмысление конкретных причин, способствующих сохранению высоких уровней смертности в различных группах населения. Всё больше становится очевидным, что успехи в борьбе с болезнями, способствующие наступлению смерти, могут быть получены благодаря изменениям в образе жизни людей, в их отношении к своему здоровью. Инициатива должна переходить к населению, поскольку источники опасности для здоровья и жизни сегодня находятся вне сферы прямого влияния медицины: в питании, окружающей среде, в привычках, поведении и стиле жизни. Поэтому новая стратегия борьбы со смертностью требует, чтобы пришла заинтересованная индивидуальная активность самого населения, направленная на оздоровление среды обитания, всего образа жизни, заботу о своём здоровье, искоренение вредных и внедрение полезных привычек.

Значительное снижение смертности может быть достигнуто в результате глубоких изменений не только в индивидуальном поведении человека, но и в отношении общества, государства к охране здоровья и жизни людей, что должно найти отражение в росте затрат на нужды здравоохранения. Решая региональные проблемы, необходимо ориентироваться на характер воспроизводства и потери здоровья населения, как важнейшие критерии экономического и социального благополучия общества.

Литература

1. Белобородов И. И. Демографическая политика в Российской Федерации // Демография.ру. Дата публикации 23.12.2010.
2. http://www.demographia.ru/articles_N/index.html?idR=5&idArt=1825
3. Борисов В. А. Демографическая ситуация в современной России. // Демографические исследования №1. Дата публикации 01.12.2005
4. http://www.demographia.ru/articles_N/index.html?idR=20&idArt=76
5. Государственный доклад «О санитарно-эпидемиологической обстановке в Новгородской области в 2011 году» // Великий Новгород, 2012.
6. Демографический ежегодник Новгородской области 2011: Статистический сборник / Новгородстат. – Великий Новгород, 2011 – 184 с.
7. Здоровье населения региона и приоритеты здравоохранения /под ред. акад. РАМН, проф. О.П. Щепина, чл. – корр. РАМН, проф. В. А Медика. М.: ГЭОТАР–Медиа, 2010. С. 120–139.
8. Какорина Е. П., Ефимов Д. М., Чемякина С. Н. Гендерные особенности смертности населения трудоспособного возраста Федерации. Дата публикации 08.06.2010. <http://www.mcfr.ru/journal/30/252/17753/20952>
9. Медик В. А. Роль здравоохранения в реализации концепции демографической политики на региональном уровне // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2009. №2. С. 3–7.
10. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем; 10-ый пересмотр: в 3 т. Женева: ВОЗ, 1995. Т.1 Ч. 1–2.
11. Основные показатели состояния здоровья населения и деятельности организаций здравоохранения Новгородской области за 2011 год. Великий Новгород, 2012. С. 61–64

12. Проблемы и резервы снижения смертности в Липецкой области / Иванова А. Е., Семенова В. Г., Сабгайда Т. П., Евдокушкина Г. Н. // Социальные аспекты здоровья населения. 2008. №1. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/vien/151/27/>.
13. Смертность населения Новгородской области 2010. Статистический сборник / Великий Новгород : Новгорстат, 2010. 166 с.
13. Статистический ежегодник Новгородской области. 2011: Статистический сборник / Новгорстат. – Великий Новгород, 2011. – 321 с.
14. Шабунова А. А., Чекмарева Е. А., Рыбакова Н. А., Морев М. В. Региональные особенности смертности населения //Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. 2008. № 1. С. 105–116.
15. Щепин О. П. Современные региональные особенности здоровья населения и здравоохранения России / О. П. Щепин, И. А. Купеева, В. О. Щепин, Е. П. Какорина. М., 2007. - 276 с.

Елена Т. Карбон, Дэвид Р. Бьюкенен

**ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ С УЧАСТИЕМ
МЕСТНОГО НАСЕЛЕНИЯ ДЛЯ БОРЬБЫ С ХРОНИЧЕСКИМИ
НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

Университет штата Массачусетс, Амхерст, США

Резюме. Целью данной статьи является описание и обсуждение применения метода исследования с участием местного населения для разработки профилактических программ, направленных на решение актуальных проблем здоровья населения в современной России. Данный метод направлен на максимальное вовлечение групп населения, затронутых той или иной проблемой, во все этапы исследовательского процесса, от определения приоритетных проблем здоровья до выработки практических рекомендаций, что придаст значимость результатам исследования. Дается сравнительная характеристика предлагаемой методики с этапами традиционного научного исследования, рассматриваются их преимущества и недостатки. Использование данного метода иллюстрируется на примере четырёх кейсов.

Ключевые слова: местное население, исследование с участием местного населения, неинфекционные заболевания, общественное здоровье.

Значимость хронических неинфекционных болезней с точки зрения общественного здоровья

Одна из наиболее значительных трудностей, которые современная система здравоохранения испытывает во всём мире, является прямым результатом «эпидемиологического перехода» — замещения инфекционных болезней хроническими неинфекционными заболеваниями. Инфекционные болезни вызываются, главным образом, инвазивными микробными агентами, такими, как бактерии и вирусы, для которых медицина разработала высокоэффективные способы контроля. Для хронических неинфекционных болезней таких, как онкологические заболевания и болезни сердца, начало и развитие болезни связано в основном с характеристиками образа жизни, например, с курением и диетой. Именно поэтому медицинские науки должны разработать эффективные способы лечения и реабилитации неинфекционных заболеваний. Следовательно, внимание наук о здоровье сегодня сместилось к профилактике, что, в свою очередь, заставило исследователей сфокусироваться на определении причин нездорового поведения. Несмотря на интенсивные

исследования, проводимые уже на протяжении более 50-ти лет в США и во всем мире, отсутствие заметного успеха в разработке эффективных методов профилактики нездорового поведения заставило исследователей обратиться к альтернативным стратегиям для изыскания способов сохранения и улучшения здоровья населения.

Необходимость в разработке эффективных вмешательств в поведение человека

Во всём мире лидирующими причинами смертности сегодня являются, в основном, онкологические заболевания и инсульт. Анализируя ситуацию и оценивая случаи смерти, исследователи офиса Главного врача США выявили «определяющие причины смерти» [1, 2]. Когда люди умирают от сердечного приступа, очень важно задать вопрос: «*Что вызвало данный сердечный приступ?*» В ходе данного анализа исследователи определили, что «действительными» причинами заболеваемости и смертности являются курение, ожирение, малоподвижный образ жизни и излишнее употребление алкоголя. Эти причины могут характеризоваться как поведенческие, или факторы риска, связанные с образом жизни. В соответствии с этим анализом, для улучшения здоровья населения системы здравоохранения должны разработать эффективные вмешательства для изменения поведения людей.

Традиционные исследовательские методы, основываясь на тестировании гипотез, выработанных теориями о человеческом поведении, продемонстрировали ограниченный успех в обнаружении эффективных методов, направленных на изменение человеческого поведения. Метод исследования с участием местного населения (далее МИУМН) рассматривается как один из многообещающих подходов для преодоления недостатков предыдущих методов исследования, что и определяет все более возрастающий интерес к нему. Данный метод основан на том принципе, что люди, которые вовлекаются в нездоровое поведение, лучше знают, что поможет им изменить свое поведение.

Определение и цель МИУМН

МИУМН определяется как «совместный подход к исследованию, который в одинаковой степени вовлекает...членов местного сообщества, представителей организаций и исследователей во все аспекты исследовательского процесса» [3]. Израэль и соавторы подобрали набор ключевых принципов или характеристик для того, чтобы использовать этот подход в исследовании (рис. 1).

На основании определения и ряда принципов (рис. 1), формулируются три ключевые цели данного метода: 1) проявление уважения к автономии сообщества; 2) получение идей от членов местного сообщества для потенциальных вмешательств в области здоровья;

3) подтверждение способности участников осуществлять контроль над условиями, влияющими на здоровье [4].

1. Признаёт сообщество как единицу индивидуальности. Основывается на преимуществах и ресурсах сообщества. Способствует коллаборативному партнерству на всех стадиях исследования. Интегрирует знания и действия для взаимного блага всех партнеров.
2. Продвигает процесс совместного обучения и развития уверенности в своих силах, который отвечает на социальные неравенства.
3. Использует циклический и повторяющийся процесс.
4. Улучшает здоровье, как с позитивной, так и экологической перспектив.
5. Распространяет знания и результаты, полученные всеми партнерами.

Рис. 1. Основные принципы МИУМН [3]

Данный метод является способом выполнения этических обязательств, определения новых вмешательств и социальным процессом, от которого ожидается изменение участников в лучшую сторону, как результат их участия в исследовании. Эти цели не являются взаимоисключающими, наоборот, они действуют одновременно, взаимно усиливая и дополняя друг друга.

Этапы исследования по МИУМН

Традиционное исследование в области здоровья начинается с определения наиболее актуальной проблемы здоровья и формулирования гипотез по поводу причин его нарушения (табл. 1). Традиционно приоритетные проблемы со здоровьем выявляются на основе эпидемиологических данных о лидирующих причинах заболеваемости и смертности. МИУМН предусматривает выявление важных проблем со здоровьем с привлечением местного сообщества. Например, там, где эпидемиологи считают курение причиной смертности, члены сообщества могут быть более озабочены нелегальным употреблением наркотиков в своем квартале.

Основными способами привлечения членов местного сообщества к выявлению наиболее важных проблем являются установление партнёрства между местными организациями и неправительственными организациями (НПО), проведение собраний местного сообщества, интервью с ключевыми информантами, создание «фокус-групп» с различными группами населения (например, с молодёжью, пожилыми людьми), опросов населения в данном квартале и формирование Советов местного населения.

Таблица 1

Сравнительная характеристика этапов традиционного исследования и МИУМН

(Адаптировано из: [12, 13])

Традиционное исследование	МИУМН
1. Идентифицировать проблему и сформулировать гипотезу на основе эпидемиологического анализа и возможностей финансирования	1. Идентифицировать проблемы со здоровьем с привлечением местного сообщества
2. Разработать дизайн исследования на основе научной обоснованности и возможностей. Поиск финансирования главным образом для покрытия расходов исследования	2. Местное сообщество вовлечено в разработку дизайна и процесс подготовки заявки на грант
3. Инструменты измерения взяты или адаптированы из других исследований и протестированы психометрическими аналитическими методами	3. Инструменты измерения разработаны и протестированы с участием местного сообщества
4. Отбор участников выборки и рандомизированных групп на основе научных данных и «лучшего представления» об удержании участников	4. Местное сообщество предоставляет советы по поводу отбора и удержания участников
5. Проведение исследования, создание контрольной группы на основе литературы и разработанной методики	5. Разработка дизайна и реализация исследования с участием советов сообщества
6. Сравнение результатов и составление выводов на основе статистического анализа	6. Исследователи и члены сообщества анализируют и интерпретируют данные
7. Исследователи сообщают о полученных новых данных, дают практические рекомендации, публикуют полученные результаты в научных журналах	7. Местное сообщество помогает исследователям в интерпретации и распространении открытий исследования и выработке политических рекомендаций

Следующим шагом в обычных подходах к исследованию в области здоровья является разработка дизайна исследования и поиск финансирования. Дизайн выбирается традиционно, исходя из определения наиболее научно обоснованного метода, который возможен в рамках данного исследования. Среди вариантов, которые позволяют исследователям предотвратить возможные недостатки научной обоснованности результатов исследования, лидирует рандомизированный контрольный эксперимент, который все более широко используется. В США, как правило, финансирование из федеральных источников выделяется на

исследования, которые обещают дать наиболее научно обоснованные результаты. Использование МИУМН позволяет членам местного сообщества иметь равный голос в выборе дизайна исследования. Некоторые сообщества стали разочаровываться в рандомизированных контрольных экспериментах, так как они, главным образом, влекут за собой включение половины участников либо в группу плацебо, либо в контрольную группу, где не проводится интервенция. Поэтому многие сообщества предпочитают использование перекрестных методик или удлинение сроков исследования, что позволяет всем участникам получить потенциально возможное благоприятное воздействие той или иной интервенции.

МИУМН предусматривает обсуждение данных, которые необходимо собрать и проанализировать, при участии местного сообщества. Члены местного сообщества принимают активное участие в определении всех индивидуальных признаков, подлежащих изучению. Привлечение местного сообщества к организации и подготовке к исследованию помогает сконцентрировать внимание не только на негативных процессах, но и лучше понять сильные стороны, оценить имеющиеся ресурсы и выявить положительные условия, которые могут помочь членам сообщества преодолеть выявленные негативные социальные проблемы.

Следующим шагом в организации исследования является определение методики измерения. Обычно инструменты измерений адаптируются или заимствуются из других исследований, где их обоснованность и надежность уже была проверена. При использовании МИУМН местное сообщество вносит свой вклад в разработку и пилотное тестирование предполагаемой методики. Такое участие позволяет быть уверенным в том, что уникальная социальная динамика и особенности языка целевой группы будут учтены и приняты во внимание.

На четвертом этапе проводится отбор участников и реализация стратегии их удержания. Привлечение и отбор участников-респондентов проводится по определенным критериям, а удержание их в группах тестирования основано на способности исследовательской команды заинтересовать членов сообщества в проводимом исследовании. Обычно традиционный подход к исследованию сталкивается с явными трудностями, связанными с отбором и формированием групп из-за недоверия к целям научного исследования.

Применение МИУМН позволяет местному сообществу участвовать в выборе стратегий отбора и удержания. Например, Совет местного населения и социальные

организации могут определить значимые группы членов местного сообщества, а также помочь представить команду исследователей руководителям местного сообщества для облегчения работы среди местного населения. Советы местного населения могут также посоветовать, где и когда лучше рекрутировать участников, как заручиться поддержкой местного населения, как организовать и провести исследование, какие стратегии сбора данных будут наиболее эффективны в данном сообществе.

Следующим шагом является дизайн и реализация интервенции. Традиционно исследователи разрабатывают интервенцию на основе обзора литературы и соответствующих теорий. Применение МИУМН позволяет местному населению активно участвовать уже на начальной фазе исследования, и именно этот фактор воспринимается многими как наиболее эффективный [5]. Эффективность данного метода основана на том, что члены местного сообщества лучше знают и понимают факторы, влияющие на их жизнь, и поэтому их представления о том, что поможет им изменить нездоровые модели поведения, более значимы. При использовании данного метода опрос членов сообщества, относительно того, что, по их мнению, мотивирует их в принятии тех или иных решений, является ключевым. Например, что, по их мнению, ведет к чрезмерному потреблению калорийных продуктов, и, наоборот, недостаточному употреблению более питательных продуктов, и что можно предпринять, чтобы это изменить.

На последнем этапе исследования формулируются выводы, даются практические рекомендации и проводится распространение результатов. Традиционно исследователи проводят статистический анализ на нескольких уровнях и сообщают о своих результатах, публикуя их в научных журналах. При использовании МИУМН члены сообщества работают с исследователями при анализе данных, интерпретации их значения и распространении результатов для продвижения идей здорового образа жизни. Важными составляющими данного метода является интерпретация статистического анализа с применением терминов, которые были бы понятны ненаучному сообществу, и распространение результатов для предоставления членам сообщества полного доступа к результатам исследования.

Примеры использования МИУМН

Питание является главным фактором риска хронических неинфекционных заболеваний. Данный метод полезен не только для понимания главных проблем, ведущих к неправильному питанию (почему люди не едят здоровую пищу), но также полезен для разработки эффективных программ сокращения хронических неинфекционных заболеваний.

Четыре нижеследующих примера иллюстрируют то, как принципы данного метода использовались на каждом этапе исследовательского процесса. Три исследования связаны с питанием, а одно является исследованием, проводившимся в течение нескольких поколений, чьи методы и принципы применимы к изучению неинфекционных заболеваний.

Первым примером является исследование по самоконтролю диабета [6], в цели которого входило: 1) изучение методов поведенческого самоконтроля, знаний, и представлений пациентов латиноамериканского происхождения, имеющих диабет 2 типа, а также работников здравоохранения, лечащих данных пациентов; 2) информирование для разработки интервенции регулирования диабета. Это перекрёстное исследование проходило в одной из клиник в западном Массачусетсе. Для проведения исследования было организовано две фокус-группы, включающих практикующих медицинских работников (врачами и сотрудниками клиники) и четыре фокус-группы, состоящих из пациентов клиники. Результаты этих интервью показали важные пробелы в знаниях относительно причин диабета и его самоконтроля. Например, мы обнаружили, что диабет и связанные с ним болезни преобладали не только среди членов семьи пациента, но также среди остальных родственников, а также всего квартала, где проживал пациент. Исходя из этого, мы поняли, что для того, чтобы вмешательства были успешными и эффективными, они должны охватывать широкий спектр условий, связанных с диабетом, и вовлекать не только отдельных пациентов, но и их семьи, а также местное сообщество в целом.

Использование МИУМН усилило исследовательский процесс по двум основаниям: этап 1 (идентификация проблем здоровья – проблема оказалась шире, чем просто диабет), и этап 5 (планирование и реализация интервенции - включение семьи, друзей и соседей).

Одной из проблем этого исследования является очень большой объём времени, необходимый для работы с местным населением (получение одобрения, анализ, интерпретация и публикация результатов исследования). Тем не менее, особое внимание к этим вопросам привело к разработке программы и подготовке публикации при сотрудничестве с местным сообществом.

Второй пример заимствован нами из трехлетнего исследования-интервенции по сокращению избыточного веса/ожирения среди учащихся начальной школы [7]. Участники контрольной группы были учениками 1–3 классов из 30 начальных школ в трёх местных сообществах штата Массачусетс, выбор которых был обусловлен длительным сотрудничеством между исследователями и организациями, занимающими ключевую

позицию в местном сообществе. Общее число участников составляло 1696 (631 участник интервенции, 1065 участников контрольной группы).

Применение МИУМН в планировании мероприятий интервенции должно было затронуть все аспекты распорядка дня ребёнка-учащегося начальных классов. Члены сообщества работали вместе с исследователями на этапах планирования и сбора данных (этап 2). Взаимодействие включало проведение собраний, формированию фокус-групп, и интервью с ключевыми информантами, что привело к формированию комитетов поддержки, которые оставались активными на всем протяжении исследования. Дополнительно, многие группы местного сообщества и отдельные лица (дети, родители, учителя, поставщики школьного питания, городские департаменты, политики, работники здравоохранения, программы продленного дня, рестораны и СМИ) были вовлечены в проведение исследования и реализацию интервенции (этап 5).

В конце первого года были выработаны практические рекомендации для продвижения результатов исследования и сохранения изменений (этап 7). Рекомендации затрагивали школьную политику в области здоровья, переговоры с поставщиками школьного питания для улучшения обслуживания, безопасность пешеходов и политику в области окружающей среды, принятие положений о здоровье и безопасности в ходе массовых общественных мероприятий, а также оказание льгот городским служащим, ведущим здоровый образ жизни. Исследователи также способствовали тому, что местному сообществу, в котором проводилась интервенция, было выделено более \$1,5 миллионов из других финансовых источников для реализации рекомендуемых мероприятий. Одним из эффективных результатов исследования явилось снижение z-показателей индекса массы тела в группе детей повышенного риска через изменения в окружающей среде на уровне местного сообщества, школ, семей и самих учащихся.

Самой большой трудностью этого исследования было следование изменениям в местном сообществе. Например, на втором году исследования был избран новый мэр. Понадобилось время, чтобы построить новые отношения, завоевать доверие, и т.д. Налаживание и расширение взаимоотношений в течение года также занимало много времени и работы; тем не менее, как только интервенция была начата, сотрудничество и доверие со стороны местного сообщества было истинным и непоколебимым.

Третий пример взят из программы профилактики ожирения среди белых подростков и подростков латиноамериканского происхождения 11–14 лет [8]. Исследование проводилось

в течение пяти лет на базе программы продлённого дня с восьминедельным учебным курсом в двух сообществах Массачусетса, где в основном проживало население с низкими доходами. Один год ушёл на подготовительную работу (индивидуальные интервью и фокус-группы), за которыми последовала четырёхлетняя интервенция в местном сообществе. В конце восьминедельной интервенции мы обнаружили значительные сдвиги в ключевых аспектах поведения группы участников исследования (например, чтение этикеток продуктов и распознавание стратегий маркетинга товаров) по сравнению с контрольной группой.

Использование МИУМН во время подготовительного года исследования принесло много преимуществ. Например, мы узнали, что для того, чтобы удерживать внимание 11–14-летних участников, исследователям необходимо было вовлекать друзей, придать исследованию увлекательный характер и включать использование игр и соревнований (этап 2: дизайн исследования). На этапе 3 (отбор участников) выяснилось, что наиболее продуктивной стратегией является устная реклама со стороны самих школьников и учителей. Из результатов, полученных в фокус-группах, мы обнаружили необходимость пересмотра языка и формата некоторых измерений в целях повышения их релевантности и восприятия (этап 4: методика измерения). Наконец, часть подготовительной работы включала прослушивание и отбор подростков из местного сообщества для написания, исполнения и хореографии тематической песни. Их слова, музыкальные предпочтения и энергетика заложили основу для всего учебного плана интервенции (этап 5: дизайн и реализация интервенции).

Двумя большими трудностями в этом исследовании было первоначальное мнение об «особой нагрузке» на местное сообщество, а также недостаток опыта у ассистентов исследователей при проведении глубинных интервью. Для преодоления этих трудностей мы сформировали Совет местного населения и регулярно встречались, чтобы каждый участник был хорошо информирован, обучен и являлся частью процесса принятия решений.

В последнем (четвертом) примере МИУМН использовался для понимания того, как различные поколения коренных жителей Аляски преодолели трудности взросления в сельской местности [9]. Хотя данное исследование не касалось неинфекционных заболеваний, оно подтверждает возможность применения данного метода и для изучения других процессов, например, демонстрирующих, как отдельные лица и семьи приняли и адаптировали традиционные культурные нормы, ценности и практики для укрепления благополучия и стойкости при преодолении проблем. Исследование основывалось на

долгосрочной связи между исследователем, сообществом, и партнерами, помогающими организовать исследование. Участники были разбиты на три группы в зависимости от возраста – группу пожилых (возраст 60+) (n=7), взрослых (возраст 35–50) (n=7), и молодёжь (возраст 14–21) (n=9). Молодёжь работала в качестве «соавторов», помогала определять и рекрутировать взрослых и пожилых, которые, по их мнению, знали много о стойкости и процессе преодоления трудностей (этап 4). Молодые люди не только определили критерии включения в исследование, но также помогли разработать стратегии, которые были использованы (этап 3). Например, открытые вопросы и протоколы фокус-групп были модифицированы с участием представителей молодёжи. Кроме того, молодые участники исследования присутствовали во время проведения интервью со взрослыми и пожилыми. После каждого интервью они задавали участникам дополнительные вопросы, которые имели значение для их жизни и понимания существующей ситуации. Это позволило сделать процесс интервью более активным и предоставило молодёжи возможность приобрести новые навыки.

По завершении сбора данных молодых исследователей попросили подумать о полученном опыте и поделиться тем, чему они научились в этом исследовании. Также их попросили проанализировать и интерпретировать то, что они «вынесли» из полученного опыта (этап 6) путем создания презентаций с применением цифровых технологий, которые были представлены всему местному сообществу, а также взрослым и пожилым участникам. Эти презентации были представлены на профессиональных конференциях, транслировались по местному телевидению и использовались для продвижения и лоббирования молодёжных программ, в качестве ресурсов и культурного продвижения на уровнях штата и федерального центра (этап 7).

При работе с другими исследованиями главной проблемой было время, которое потребовалось для реализации такой работы с участием местного сообщества. В данном случае, ушло 3 месяца на проведение 20 интервью, несмотря на хорошие и стабильные отношения исследователей с членами местного сообщества.

Путём активного вовлечения членов местного сообщества в процесс получения и закрепления знания, все четыре кейс-стади, приведенных выше, достигли целей, заложенных в методологии МИУМН. Результаты исследования с использованием данного метода представляют способ соединения исследования и практики и расширения преимуществ каждого.

Обсуждение

Использование МИУМН, как и любого другого метода, может представлять определенные трудности. Тем не менее, его преимущества для сообществ и исследователей намного превосходят трудности. Данный метод может повысить интерес членов местного сообщества к программе интервенции и способствовать принятию этой программы местным населением; повышает внимание к культурным и социальным нормам; увеличивает мотивацию к изменениям в сторону здорового поведения; повышает уверенность в своих силах и увеличивает шансы получения значимых результатов среди членов местного сообщества [3].

Для пропагандистов этого метода важным дополнительным преимуществом является «укрепление ресурсов местного сообщества». Через такое участие члены местного сообщества учатся тому, как получить доступ к определенным ресурсам, повлиять на изменения в окружающей среде и социальной политике, работать вместе для построения социальной солидарности и равенства [3, 10].

Для исследователей использование данного метода может способствовать появлению инновационных стратегий интервенций, лучшему отбору и удержанию респондентов, повышению надежности и достоверности измерений и результатов, возросшим шансам на релевантные и значимые результаты [11].

Тем не менее, прежде чем использовать МИУМН, необходимо тщательно рассмотреть ряд пунктов [12]. Во-первых, важно задать вопрос: *«Является ли метод подходящим для этого сообщества и этого исследования?»* Если ответ утвердительный, то следующим шагом является проведение предварительного исследования в сообществе, которое иногда называют «ситуационным анализом», для того, чтобы узнать больше о географическом регионе, экономической базе, политической структуре, школьной системе, системе здравоохранения, и т. д. После этого важно провести дополнительное исследование, в ходе которого выявляются нормы и ценности данного сообщества, предметы его гордости и ключевые фигуры. Следующим важным шагом является проведение интервью с основными респондентами и встречи с потенциальными партнёрами. На всех этапах исследования необходимо рассматривать существующие и потенциальные возможности для того, чтобы после окончания сроков гранта разработанные рекомендации были реализованы на благо сообщества. Местное сообщество должно играть активную роль в процессе сотрудничества, в том числе и путем построения устойчивых программ на долгий период.

Повышение уровня распространения хронических заболеваний представляет главную угрозу традиционным подходам в медицинских науках для определения и контроля причин заболеваний. Можно ли выявить причины курения, используя те же методы, что ученые использовали для открытия СПИДа? Является ли целью такого исследования развитие эффективных мер контроля человеческого поведения в той же мере, в какой медицинские исследователи сейчас разрабатывают эффективные пути контроля репликации ВИЧ? Или более важным является обеспечение людей инструментами, необходимыми для того, чтобы они могли более четко видеть, как наилучшим образом вести свою жизнь? МИУМН обеспечивает важный альтернативный подход для продвижения здорового образа жизни, который признаёт неотъемлемую способность людей выбирать то, что они считают важным, и строить свою жизнь в соответствии с этими ценностями.

Авторы выражают сердечную признательность Джессике Коллинз и Лизе Уэкслер за их вклад в анализ кейсов 2 и 4, соответственно.

Литература

1. Mokdad A.H., Marks J.S., Stroup D.F., Gerberding J.L. Actual causes of death in the United States, 2000. *Journal of the American Medical Association*. 2004; 291:1238-1245.
2. [McGinnis J.M.](#), [Foege W.H.](#) Actual causes of death in the United States. [Journal of the American Medical Association](#). 1993; 270(18):2207-12.
3. Israel B., Schulz A., Parker E., Becker A. Review of community-based research: Assessing partnership approaches to improve public health. *Annual Review of Public Health*. 1998; 19:173-202.
4. Buchanan D.R., Miller F.G., Wallerstein N. Ethical issues in community-based participatory research: Balancing rigorous research with community participation in community intervention studies. *Progress in Community Health Partnerships*. Summer 2007;1(2):153-60.
5. Minkler M., Wallerstein N. Introduction to CBPR: New Issues and Emphases. Chapter 1 in Meredith Minkler and Nina Wallerstein (Eds.), *Community Based Participatory Research for Health*, 2nd edition. Jossey-Bass, San Francisco, 2008: pp. 5-24.
6. Carbone E.T., Rosal M.C., Torres M.I., Goins K.V., Bermudez O.I. Diabetes self-management: Perspectives of Latino patients and their health care providers. *Patient Education and Counseling*. 2007; 66(2):202-10.
7. Economos C.D., Hyatt R.R., Goldberg J.P., Must A., Naumova E.N., Collins J.J., Nelson M.E. A community intervention reduces BMI z-score in children: Shape Up Somerville first year results. *Obesity*. 2007;15(5):1325-1336.
8. Anliker J., Carbone E.T., Hutchinson L. SPIN: Strength and Power in Nutrition (8 Sessions) and Educators' Manual. University of Massachusetts Department of Nutrition and Extension Nutrition Education Programs, 2007.
9. Wexler, L. Intergenerational Dialogue Exchange and Action: Introducing a Community-Based Participatory Approach to Connect Youth, Adults, and Elders in an Alaskan Native Community. *International Journal of Qualitative Methods*, 2011;10(3):248-264.
10. Viswanathan M., Ammerman A., Eng E., et al. Community-based Participatory Research: Assessing the Evidence. Evidence Report/Technology Assessment, No. 99 (Prepared by RTI-University of North Carolina Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-02-0016). AHRQ Publication 04-E022-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. July 2004.
11. Schensul S.L. Science, theory and application in anthropology. *American Behavioral Scientist*. 1985; 29:164-185.
12. The Examining Community-Institutional Partnerships for Prevention Research Group. *Developing and Sustaining Community-Based Participatory Research Partnerships: A Skill-Building Curriculum*. 2006. Accessed January 11, 2012, www.cbprcurriculum.info

13. Gliner J.A., Morgan G.A., Leech N.L. Research Methods in Applied Settings: An Integrated Approach to Design and Analysis, Second Edition. New York: Routledge, 2009.

Сэлли А. Линовски, Глория Т. Ди Фульвио

ПРОГРАММА СНИЖЕНИЯ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ СРЕДИ СТУДЕНТОВ

Университет штата Массачусетс, Амхерст, США

Резюме

Злоупотребление алкоголем и связанные с этим последствия являются большой проблемой среди студентов в возрасте от 18 до 24 лет во многих странах. В данной статье приведены результаты оценки программы, направленной на снижение уровня злоупотребления алкоголем среди студентов, нарушающих политику университета относительно употребления алкоголя (например, употребление алкоголя в возрасте, когда это запрещено законом). Участниками исследования были студенты, которые должны были в обязательном порядке посетить занятия программы Краткого Скрининга и Вмешательства для студентов (BASICS), и контрольная группа из студентов, злоупотребляющих алкоголем, сформированная методом случайной выборки. Общее количество студентов, принявших участие в базовом и проверочном (через 6 месяцев) исследованиях, составило 1390 человек (67%) в экспериментальной группе и 508 (61%) в контрольной группе. Результаты показывают, что студенты, нарушающие политику университета относительно употребления алкоголя на кампусе, употребляют алкоголь в большем количестве, чем студенты, которые не нарушают данную политику. Программа BASICS эффективно снизила распитие алкогольных напитков. Среди мужчин в экспериментальной группе на проверочном этапе было отмечено значительное снижение употребления алкоголя, в то время как среди мужчин в контрольной группе уровень употребления алкоголя возрос. Среди женщин в экспериментальной группе и в контрольной группе употребление алкоголя снизилось через 6 месяцев. Мы сделали вывод, что программа BASICS является довольно эффективной, особенно в отношении студентов мужского пола.

Ключевые слова: алкоголь, обучение по вопросам здоровья, здоровье сообщества.

Введение

Последствия чрезмерного употребления алкоголя среди молодых людей, включая 18–24-летних студентов, продолжает оставаться одной из наиболее волнующих проблем в обществе.

Ежегодно в США в связи с употреблением алкоголя 1825 студентов погибает от непреднамеренных травм, 599,000 получают непреднамеренные травмы, 696,000 становятся жертвами нападений и 97,000 подвергаются сексуальному насилию и изнасилованию знакомыми людьми [1]. Чрезмерное употребление алкоголя определяется как четыре и более доз алкоголя, выпитого за один раз, для женщин, и пять и более доз алкоголя, выпитого за один раз, для мужчин. Чрезмерное употребление алкоголя ассоциируется с ростом проблем в учёбе, межличностных отношениях, поведении и здоровье [2,3]. На основании данного определения, почти 50% студентов мужского пола и 36% студентов женского пола в университетских колледжах США в 2004 г. были замечены в эпизодическом злоупотреблении алкоголем [3].

Увеличение числа нарушений алкогольной политики в университетских кампусах США за последнее десятилетие послужило поводом для разработки и оценки эффективности и жизнеспособности программ вмешательства для студентов, нарушающих алкогольную политику [4, 5, 6]. Все больше американских колледжей вводят правила, обязывающие студентов, которым предъявлено обвинение в нарушении алкогольной политики, пройти программы вмешательства относительно алкоголя [7,8]. Оценка программ вмешательств, направленных на снижение употребления алкоголя и его негативных последствий, поможет руководству университетских колледжей улучшить эффективность данных программ.

Эффективные вмешательства

Исследования показали, что кратковременные программы, направленные на усиление определённых мотиваций, довольно эффективны в снижении уровня употребления алкоголя и связанных с этим последствий [6,8,9-21]. Как показали результаты исследований, прямые вмешательства, использующие мотивационные интервью, обсуждения норм и ожиданий, а также упражнения на развитие сбалансированного принятия решений, являются наиболее эффективными [7].

BASICS – это программа, разработанная для 18–24-летних студентов университетских колледжей, злоупотребляющих алкоголем и имеющих такие проблемы, как плохая посещаемость занятий, невыполненные задания, различные происшествия, сексуальные нападения и насилие. Программа BASICS была разработана в Университете штата Вашингтон [12,15] и предусматривает тренинг по выработке когнитивно-поведенческих навыков, разъяснение норм и короткие мотивационные интервью [6]. Результаты исследования продемонстрировали эффективность программы BASICS в работе со студентами группы риска в университетских колледжах.

Базовая теория, использованная в программе BASICS, основывается на технике мотивационного интервьюирования (МИ), личностно-направленном психологическом подходе к изменению поведения [22]. Мотивационное интервьюирование поможет студентам найти внутреннюю мотивацию для изменения своих привычек употребления алкоголя, устранить амбивалентность по отношению к алкоголю, выработать умение сказать «нет» и принять сознательное решение в уменьшении количества потребления алкоголя.

Программа BASICS состоит из двух часовых занятий лицом к лицу со специалистом по вопросам предупреждения алкогольной и наркотической зависимости, который обладает навыками мотивационного интервьюирования. Цель первого занятия предусматривает построение доверительных отношений, предоставление необходимой информации о действии алкоголя на организм, выявление способов употребления алкоголя и связанные с этим последствия, выражающиеся в изменении поведения и несущие риски нарушения здоровья студентов. Студенты также заполняют тестовые анкеты он-лайн и получают личностно-мотивационные указания для контроля поведения, включающего употребление алкоголя, между занятиями.

Второе занятие, проводимое через две недели после первого, вовлекает студента в беседу о его/её употреблении алкогольных напитков. Характер данного разговора основан на ответах студентов об их употреблении алкоголя, знании о последствиях употребления алкоголя и использовании защитных стратегий (например, подсчитывать количество выпитого спиртного, пить воду между употреблением алкогольных напитков, не употреблять алкоголь одновременно с приемом лекарств и т. д.). Во время данного занятия студенты получают персонализированный отчёт, в котором приведён сравнительный анализ алкогольного поведения студентов и университетских норм, а также описаны последствия употребления спиртных напитков и использованные защитные стратегии. Персонализированные стратегии по уменьшению негативных последствий, связанных с употреблением алкоголя, обсуждаются во время занятия (например, деньги на такси, поездка в компании, заблаговременное принятие решения об ограничении количества выпитого спиртного и т. д.).

Для более эффективной реализации данной программы специалисты, работающие в программе, еженедельно получали поддержку (индивидуальную и групповую) директора проекта. Работа специалистов контролировалась при помощи аудиозаписей случайно выбранных занятий, которые затем были закодированы сотрудниками программы для

соблюдения принципов МИ. Студентов-участников также просили описать различные аспекты программы при её оценке на проверочном этапе.

Дизайн исследования

Целями настоящего исследования явились: 1) оценка поведения студентов, нарушающих алкогольную политику на кампусе, по сравнению с теми студентами, которые её не нарушают, и 2) определение эффективности программы вмешательства для студентов университетских колледжей. Программа Краткого Скрининга и Вмешательства для студентов колледжей (BASICS) [12] была реализована в нескольких крупных университетах на северо-востоке США. Программа носила характер квази-экспериментального исследования, цель которого заключалась в ожидаемом снижении уровня употребления алкоголя и его негативных последствий среди участников программы.

Отбор участников программы

Студенты, нарушающие политику университета относительно алкоголя на кампусе, должны были в обязательном порядке посетить занятия программы BASICS. В исследовании, проводившемся с февраля 2006 г по июнь 2008 г., приняло участие 2672 студента-бакалавра. Спустя шесть месяцев после начала программы студентам-участникам было предложено заполнить анкету для оценки программы в конфиденциальном порядке. Согласились принять участие в процедуре оценки 2490 человек (95%). Из 2490 человек, выразивших согласие на участие в программе, 378 человек были удалены из базы данных, потому что они многократно нарушали политику университета относительно алкоголя на кампусе (378 человек); или потому что они, против правил, сами порекомендовали себя для участия в программе (47 человек). В результате, общее число участников программы снизилось до 2065 человек. Из них 1390 (67%) заполнили проверочную анкету через шесть месяцев после начала программы (рис. 1). Сбор данных происходил непрерывно, с начала программы и шесть месяцев спустя после того, как последний студент завершил данную программу (декабрь 2008 г.)

Участники контрольной группы были подобраны методом случайной выборки. Также была проведена стратификация с целью соответствия контрольной группы экспериментальной по демографическим признакам: пол, год обучения, этническое происхождение и место проживания (на кампусе или вне кампуса). Из 1490 студентов, приглашенных для участия в контрольной группе, 61% (908 человек) согласились на участие в исследовании, которое состояло из двух он-лайн анкет, использующих точно такие же меры измерения употребления алкоголя, как и BASICS.

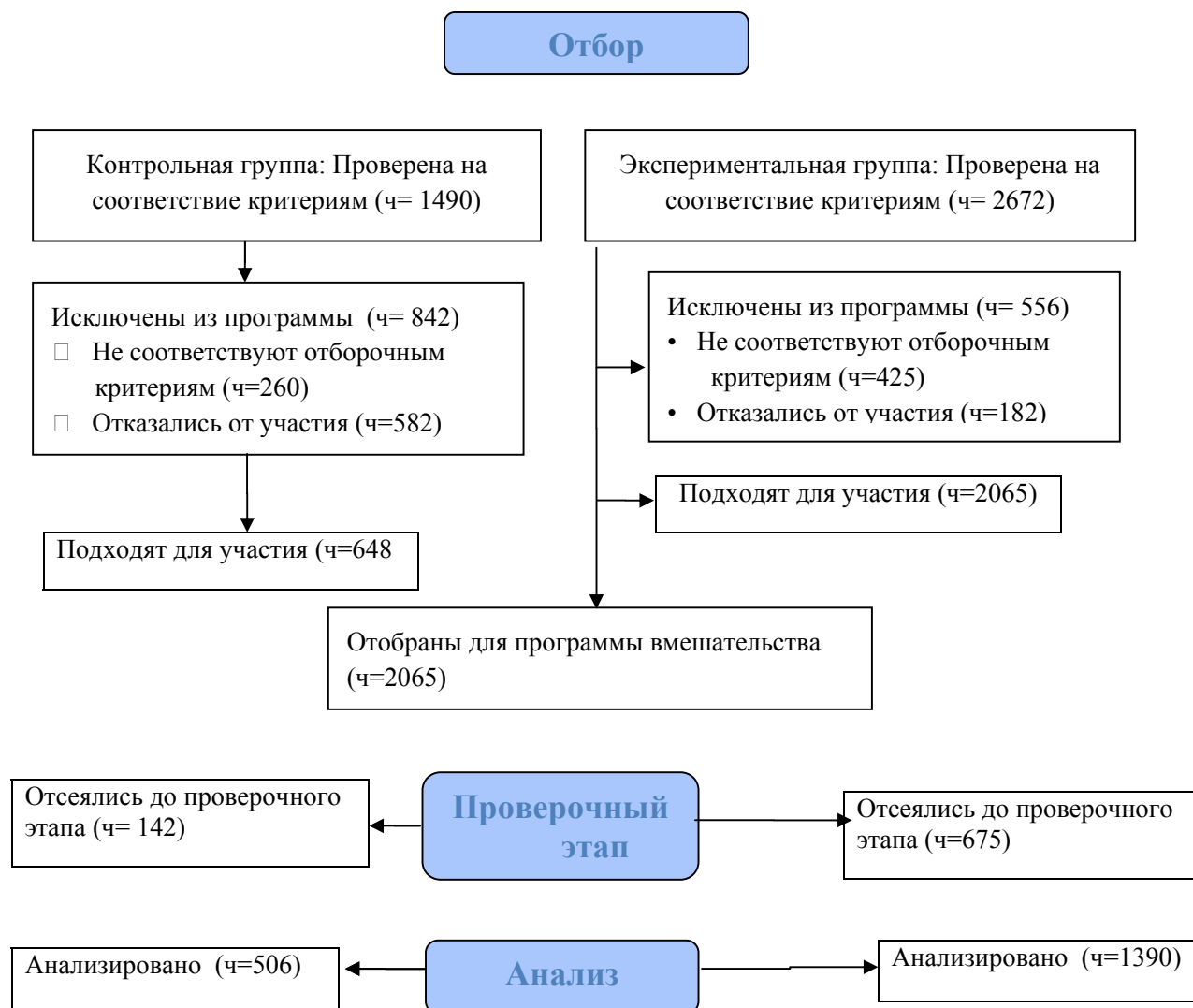


Рис. 1. Схема формирования участников программы (контрольной и экспериментальной групп).

Базовый этап исследования был завершён в декабре 2006 г., проверочный этап – в мае 2007 г. Для того, чтобы стать членами контрольной группы, студенты должны были соответствовать следующим отборочным критериям: возраст от 18 лет и старше, скрининг на рискованное употребление алкоголя (тест «Идентификация Расстройств, Связанных с Употреблением Алкоголя» (AUDIT или аудит-тестирование), состоящий из 10 вопросов и измеряемый по шкале 0–12 [23]) и первичное участие в программе BASICS. 71% из тех, кто дал согласие на участие (648 чел.), прошли через отборочные критерии в контрольную

группу. 78% участников контрольной группы (506 чел.) завершили проверочный этап исследования 6 месяцев спустя.

Методы измерения. В основу оценки взяты данные, полученные в результате самообследования участников. Данные были собраны на базовом этапе и через 6 месяцев после вмешательства. Ответы участников программы BASICS на базовом и проверочном этапах собирались постоянно в течение 2,5 лет работы программы. Сбор данных от участников контрольной группы был проведён два раза – на базовом этапе и 6 месяцев спустя. Студенты, которые были направлены на участие в программе BASICS после её начала, не были включены в контрольную группу. Участники исследования заполняли все анкеты он–лайн.

Потребление алкоголя: Несколько методов измерений были использованы для оценки типичного, пикового и эпизодически чрезмерного употребления алкоголя. Типичное употребление алкоголя оценивалось с помощью двух критериев: среднее количество выпитого спиртного на мероприятиях социального характера и общее количество выпитого спиртного за обычную неделю. Чтобы определить среднее количество выпитого спиртного на мероприятиях социального характера, студентам задали следующий вопрос: «Когда Вы отмечаете какое-нибудь событие, сколько доз алкоголя Вы обычно выпиваете?» Чтобы определить общее количество выпитого спиртного за типичную неделю, участники заполняли Анкету Ежедневного Употребления Алкоголя (АЕУА) [24], в которой они указывали количество спиртного, употребляемого каждый день в течение обычной недели за последние 30 дней.

Пиковое употребление алкоголя оценивалось с помощью таких критериев, как: наибольшее количество выпитого спиртного по какому-либо поводу за последние 30 дней и общее количество выпитого спиртного за неделю, в течение которой было выпито наибольшее количество спиртного. Для оценки пикового употребления алкоголя студенты должны были ответить на следующий вопрос: «Вспомните, когда Вы выпили наибольшее количество спиртного за последние 30 дней. Сколько доз алкоголя Вы выпили?» Чтобы определить общее количество выпитого спиртного за пиковую неделю, участники заполняли АЕУА, в которой они указывали количество спиртного, употребляемого каждый день за пиковую неделю за последние 30 дней.

Частота случаев чрезмерного употребления алкоголя оценивалась по ответу на вопрос сколько раз студенты (мужского и женского пола) употребляли 5 – 4 (муж./жен.) или более

доз за один раз за две недели до окончания исследования [25]. Те, кто указали три или более случаев чрезмерного эпизодического употребления алкоголя, были классифицированы как часто злоупотребляющие алкоголем.

Все методы и процедуры исследования были рассмотрены и одобрены университетским исследовательским советом.

Результаты. С 2006 г. более 3500 студентов прошли через занятия программы BASICS.

Рискованное употребление алкоголя среди студентов-нарушителей политики употребления алкоголя на кампусе. Как показано в таблице 2, у студентов, направленных для участия в программе BASICS в связи с нарушением политики употребления алкоголя на кампусе (экспериментальная группа) отмечено более высокое употребление алкоголя, чем у студентов контрольной группы. Эта закономерность прослеживается как среди мужчин (80.1% против 58%), так и среди женщин (72.8% против 58%). Кроме того, такие студенты потенциально чаще прибегают к чрезмерному злоупотреблению алкоголем, чем их сверстники (49.7% против 29% среди мужчин и 40.7% и 29% среди женщин).

Эффективность программы вмешательства

Базовая схожесть образцов выборки. Чтобы оценить эффективность программы BASICS, анализ был начат с тестов на схожесть экспериментальной и контрольной групп на начальном этапе исследования по демографическим характеристикам и основным результатам (т-тест на постоянные переменные, тесты chi-square (Хи-Квадрат) по категориям переменных). В таблице 1 приведены демографические характеристики групп. На базисном этапе исследования не было найдено значительной статистической разницы между группами по таким категориям, как пол, год обучения и место проживания. Участники экспериментальной группы были в среднем на год старше участников контрольной группы ($p < 0.001$) (табл. 1).

На основании анализа подгрупп, студенты мужского пола, участвующие в программе BASICS, имели более высокий уровень употребления алкоголя на начальном этапе, чем студенты мужского пола из контрольной группы. Экспериментальная и контрольная группы студентов женского пола были более схожи на базовом этапе, чем группы мужского пола (табл. 2). Чтобы проверить ответы участников на потенциальную необъективность, было проведено сопоставление ответов участников на проверочной стадии исследования с ответами студентов, не заполнявших анкеты о первоначальных привычках употребления алкоголя на проверочном этапе. В экспериментальной группе участники, не заполнявшие

проверочную анкету, сообщили об употреблении большего количества спиртного за типичную неделю, чем те, кто прошли через проверочный этап ($p < 0.023$ - табл. 3).

Таблица 1.

Демографические характеристики участников экспериментальной и контрольной групп студентов программы BASICS

		Контрольная группа (%) (n=506)	Экспериментальная Группа BASICS (%) (n=1390)	Р-значение
Пол	Жен	39.7	41.5	0.48
	Муж	60.3	58.5	
Год обучения	1-й курс	47.4	45.4	0.80
	2-й курс	36.2	38.0	
	3-й курс	11.9	13.6	
	4-й курс	4.5	2.7	
	5-й курс	0	0.4	
Раса/Этничность	Азиат	5.1	4.9	<0.001
	Афро-Амер.	4.5	1.5	
	Латино-Амер.	0	4.3	
	Белый	90.4	89.3	
Место проживания	Общежитие	91.1	90.9	0.91
Средний возраст (лет $\pm$ среднее квадратичное отклонение)		19.2 $\pm$ 1.3	20.1 $\pm$ 1.2	<0.001

Члены экспериментальной группы были в среднем на год старше членов контрольной группы ($p < .001$).

Таблица 2.

Сравнение поведения относительно алкоголя между экспериментальной и контрольной группами программы BASICS

Результат	Контрольная группа (n=506)* Стандартная погрешность (SE)	Экспериментальная группа BASICS (n=1390)* Стандартная погрешность (SE)	Р-значение (группа)	Р-значение (пол)	Р-значение (группа x пол)
Типичное кол-во выпитого [†]	6.1 (0.1)	6.9 (0.2)	<0.001	<0.001	0.01
Пиковое кол-во выпитого [†]	9.2 (0.2)	9.3 (0.1)	0.32	<0.001	0.23
Типичная неделя: кол-во [†]	15.1 (0.6)	16.1 (0.3)	0.04	<0.001	0.20
Пиковая неделя: кол-во [†]	21.2 (0.8)	23.8 (0.5)	0.01	<0.001	0.48
Единичные случаи запоя [‡]	75.9% (13.6%)	79.5% (8.7%)	0.19	0.64	0.07
Частые запой [‡]	49.0% (11.7%)	50.5% (7.0%)	0.66	0.70	0.15

* Недостаточные значения для каждой переменной были отмечены в 5% от общего числа наблюдений

** Взаимодействие между категориями времени и пола значительно (P -значение<0.05)

Линейная регрессия показателей результатов по половой принадлежности и проверочному статусу как определители.

Линейная регрессия показателей результатов по половой принадлежности и проверочному статусу как определители. Отмеченный процентный показатель является процентом по всей выборке.

Таблица 3

Сравнительная характеристика показателей экспериментальной группы на базовом этапе исследования с данными студентов, прошедших и не прошедших проверочный этап

Результат	Мужчины			Женщины		Р значение
	Прошли проверочный этап (Ч=813)*	Не прошли проверочный этап (Ч=491)*	Р-значение	Прошли проверочный этап (Ч=577)*	Не прошли проверочный этап (Ч=184)*	
Типичное кол-во выпитого (Среднее значение минимальной площади) [†] (Доверительный интервал 95%)	8.08 (7.81–8.35)	8.23 (7.88–8.58)	0.505	5.25 (5.04–5.46)	5.47 (5.10–5.84)	0.318
Пиковое кол-во выпитого (Среднее значение минимальной площади) [†] (Доверительный интервал 95%)	10.98 (10.58–11.39)	11.31 (10.79–11.83)	0.328	6.85 (6.54–7.15)	7.20 (6.67–7.73)	0.250
Типичная неделя: кол-во (Среднее значение минимальной площади) [†] (Доверительный интервал 95%)	19.22 (18.22–20.23)	20.75 (19.44–22.05)	0.070	11.70 (10.95 – 12.47)	13.20 (11.84 – 14.56)	0.060
Пиковая неделя: кол-во (Среднее значение минимальной площади) [†] (Доверительный интервал 95%)	28.18 (26.73–29.64)	30.03 (28.15–31.91)	0.127	17.64 (16.52–18.76)	18.63 (16.66–20.61)	0.391
Единичные случаи запоя (%) [‡]	79.5	81.5	0.389	73.0	76.6	0.325
Частые запои (%) [‡]	50.5	48.7	0.525	41.1	44.6	0.404

* Недостаточные значения для каждой переменной были отмечены в 5% от общего числа наблюдений

[†] Линейная регрессия показателей результатов по проверочному статусу.

[‡] Р–значение было получено в результате логической регрессии показателей результатов по проверочному статусу. Процентное соотношение было взято из таблиц частот.

Таблица 4

Сравнительная характеристика показателей контрольной группы на базисном этапе исследования с данными студентов, прошедших и не прошедших проверочный этап

Результат	Мужчины			Женщины		
	Прошли проверочный этап (Ч=297)*	Не прошли проверочный этап (Ч=119)*	Р- значение	Прошли проверочный этап (Ч=199)*	Не прошли проверочный этап (Ч=39)*	Р- значение
Типичное кол-во выпитого (Среднее значение минимальной площади) [†] (Доверительный интервал 95%)	6.94 (6.49–7.38)	9.28 (8.58–9.99)	<0.001	5.10 (4.79–5.42)	5.31 (4.60–6.02)	0.600
Пиковое кол-во выпитого (Среднее значение минимальной площади) [†] (Доверительный интервал 95%)	10.91 (10.23–11.60)	13.90 (12.81–15.00)	<0.001	7.60 (7.06–8.15)	8.03 (6.79–9.26)	0.538
Типичная неделя: кол-во (Среднее значение минимальной площади) [†] (Доверительный интервал 95%)	17.50 (15.54–19.46)	26.60 (23.43–29.77)	<0.001	11.43 (9.68–13.18)	12.44 (8.41–16.47)	0.650
Пиковая неделя: кол-во (Среднее значение минимальной площади) [†] (Доверительный интервал 95%)	25.10 (22.53–27.68)	34.61 (30.38–38.85)	<0.001	15.53 (13.42–17.64)	19.21 (14.37–24.05)	0.171
Единичные случаи запоя (%) [‡]	75.9	87.9	0.008	77.7	79.5	0.802
Частые запои (%) [‡]	49.0	68.1	<0.001	47.2	35.9	0.197

* Недостаточные значения для каждой переменной были отмечены в 5% от общего числа наблюдений.

[†] Линейная регрессия показателей результатов по половой принадлежности и проверочному статусу как определители показала отсутствие влияния взаимодействия между двумя определителями.

[‡] Линейная регрессия показателей результатов по половой принадлежности и проверочному статусу как определители показала отсутствие влияния взаимодействия между двумя определителями. Отмеченный процентный показатель является процентом по всей выборке.

Таблица 5

Сравнение результатов экспериментальной и контрольной групп

Результат	Контрольная группа (среднее значение минимальной площади) Ч=305	Экспериментальная группа (среднее значение минимальной площади) Ч=813	Р-значение
Типичное кол-во выпитого*	–0.010	0.591	<0.0001
Пиковое кол-во выпитого*	0.473	0.798	0.174
Типичная неделя: кол-во*	0.376	1.446	0.057
Пиковая неделя: кол-во*	–0.321	1.959	0.015
Всего выпито по Индексу Алкогольных Проблем Ратгерса (RAPI)*	0.24	0.46	0.444
Единичные случаи запоя**	0.9 %	3.9 %	0.218
Частые запой**	–2.3 %	5.5 %	0.003

* использование статистического метода PROC GLM, моделирование изменения результата в группе

** использование статистического метода PROC GENMOD с логит-связью, моделирование единичных случаев запоев или частых запоев по групповому и временному показателям, отмеченное р-значение соответствовало р-значению взаимодействия категорий «группа» и «время».

В контрольной группе ответы прошедших через проверочный этап отличались от ответов не прошедших через проверочный этап по всем переменным, кроме частого злоупотребления алкоголем (табл. 4).

Эффективность программы BASICS

Эффективность программы вмешательства оценивалась по изменениям следующих критериев: 1. Отдельный случай употребления алкоголя; 2. Общее количество алкоголя, выпитого за неделю (количество доз спиртного за обычную неделю и количество доз спиртного за пиковую неделю); 3. Рискованное поведение относительно алкоголя (злоупотребление алкоголем и частые запой).

Для анализа были задействованы такие методы, как обобщённые линейные модели и взаимодействия категорий «группа» и «время» в разделённых по половому признаку группах (табл. 5).

Анализ регрессии показал, что результатом программы BASICS среди студентов мужского пола стало уменьшение количества выпитого спиртного в каждом отдельном случае за типичную и пиковую недели по сравнению с теми, кто не участвовал в данной программе. Среди студентов мужского пола в контрольной группе уровень всех переменных ожидаемых результатов либо возрос, либо он оставался на одном и том же уровне в течение 6 месяцев с начала исследования, за одним исключением: студенты

мужского пола в контрольной группе отметили значительное уменьшение употребления спиртного за один случай потребления алкоголя.

У студентов мужского пола в экспериментальной группе был отмечен более высокий уровень употребления алкоголя на базисном этапе исследования, чем в контрольной группе. Но данные проверочного этапа показали, что уровень употребления алкоголя среди студентов мужского пола экспериментальной группы уменьшился. На проверочном этапе программы значительно меньше мужчин из экспериментальной группы отметили случаи частого злоупотребления алкоголем, чем в контрольной группе (44.3% против 50.4%, $p < 0.014$).

Случаи типичного и пикового употребления алкоголя снизились и среди студентов женского пола в обеих экспериментальной и контрольной группах. Женщины экспериментальной группы отмечали снижение уровня употребления спиртного по всем показателям, в то время как в контрольной группе уровень употребления спиртного не изменился. На проверочном этапе число женщин в экспериментальной группе, отметивших случаи частого злоупотребления алкоголем, снизилось на 10%, в то время как процент женщин в контрольной группе, отметивших случаи частого злоупотребления алкоголем, увеличился на 7%. Однако эти изменения не имели большой статистической значимости (табл. 6). Главными определителями результатов являлось взаимодействие категорий «время», «группа» и «время в группе». Отмеченное p -значение соответствовало p -значению взаимодействия категорий «группа» и «время».

Мы сравнили разницу среди результатов относительно употребления алкоголя, используя результаты теста AUDIT, с целью определения тех, кто получил наибольшую выгоду от программы. Употребляющие алкоголь были разделены на категории на основании результатов AUDIT (низкий уровень, 0–7; средний, 8–15; и высокий уровень употребления алкоголя, ≥ 16).

Анализ регрессии был использован для определения изменений по переменным ожидаемых результатов относительно категорий употребления алкоголя, полученных через 6 месяцев после начала программы. Программа вмешательства была наиболее эффективна в снижении употребления алкоголя среди употребляющих алкоголь в среднем количестве мужчин и женщин, по всем переменным ожидаемых результатов (табл. 6). Смешанные результаты были получены относительно высокого уровня употребления алкоголя. Среди мужчин, употребляющих алкоголь на высоком уровне, не произошло изменений в процентном отношении числа употребляющих алкоголь в больших дозировках и количества выпитого спиртного за один раз и за пиковую неделю.

Таблица 6

Сравнительная характеристика результатов изучения употребления алкоголя в контрольной и экспериментальной группах

Результат	Мужчины			Женщины		
	Контрольная группа (среднее значение минимальной площади) Ч=305	Эксперимент. группа (среднее значение минимальной площади) Ч=813	Р-значение	Контрольная группа (среднее значение минимальной площади) Ч=201	Эксперимент. группа (среднее значение минимальной площади) Ч=577	Р-значение
Типичное кол-во выпитого*	-0.098	0.694	0.0002	0.119	0.445	0.053
Пиковое кол-во выпитого*	0.577	0.890	0.365	0.326	0.666	0.269
Типичная неделя: кол-во*	0.113	1.829	0.037	0.766	0.910	0.836
Пиковая неделя: кол-во*	-0.534	2.117	0.064	-0.010	1.736	0.078
Единичн. случаи запоя**	0.6 %	5.1 %	0.119	1.3 %	2.1 %	0.882
Частые запой**	-1.6 %	6.3 %	0.014	-3.3 %	4.3 %	0.079

* Линейная регрессия показателей результатов

** Логистическая регрессия показателей результатов

Однако, в целом студенты мужского пола продемонстрировали снижение уровня злоупотребления алкоголем. Среди женщин, употребляющих алкоголь на высоком уровне, не произошло изменений в употреблении количества спиртного за типичную и пиковую недели. Тем не менее, результаты показали снижение уровня злоупотребления алкоголем и запоев среди сильно пьющих женщин.

Среди студентов категории наименьшего риска контрольной группы употребление алкоголя либо увеличилось, либо осталось на том же уровне среди мужчин и женщин по всем категориям, связанным с употреблением алкоголя. Следует заметить, что процент женщин, чрезмерно злоупотребляющих алкоголем, и процент мужчин и женщин, которые довольно часто злоупотребляют алкоголем, значительно увеличились спустя шесть месяцев после программы вмешательства ($p < 0.01$, $p < 0.03$ соответственно - табл. 7).

Таблица 7

Изменения показателей участников экспериментальной группы в категориях умеренного и высокого риска (AUDIT 8–15, >16), на этапе набора группы и на проверочном этапе

AUDIT (8-15) Общее Ч=805, Мужчины (ч)=497 Женщины (ч)=308**				AUDIT (>16) Общее Ч=187, Мужчины (ч)=116, Женщины (ч)=71**		
	При наборе Прибл. (Доверительный интервал 95%)	Проверочный этап. Прибл. (Доверительн. интервал 95%)	Р- значение	При наборе Прибл. (Доверительн интервал 95%)	Проверочный этап.Прибл. (Доверительн интервал 95%)	Р- значение
Типичное выпитого						
Мужчины	8.7 (8.5, 9.0)	8.0 (7.7, 8.2)	<0.001	11.7 (11.1, 12.3)	10.4 (9.8, 11.0)	<0.001
Женщины	6.0 (5.7, 6.3)	5.3 (5.0, 5.7)	<0.001	7.7 (6.9, 8.5)	6.7 (5.9, 7.5)	0.018
Пиковое # выпитого						
Мужчины	12.4 (12.0, 12.8)	11.2 (10.8, 11.6)	<0.001	15.3 (14.3, 16.2)	14.7 (13.8, 15.7)	0.332
Женщины	8.1 (7.6, 8.6)	7.0 (6.5, 7.5)	<0.001	10.0 (8.7, 11.3)	8.7 (7.5, 9.9)	0.080
Общее # выпитого за типичную неделю						
Мужчины	21.0 (20.1, 22.0)	19.0 (18.1, 20.0)	<0.001	33.2 (30.0, 36.4)	29.6 (26.4, 32.8)	0.016
Женщины	13.6 (12.4, 14.8)	11.9 (10.7, 13.1)	0.005	21.8 (17.8, 25.9)	19.1 (15.0, 23.2)	0.153
Общее # выпитого за пиковую неделю						
Мужчины	30.5 (29.0, 31.9)	28.2 (26.7, 29.6)	0.002	48.6 (43.1, 54.0)	45.2 (39.8, 50.7)	0.267
Женщины	20.1 (18.3, 22.0)	17.6 (15.7, 19.4)	0.006	34.2 (27.2, 41.1)	28.2 (21.3, 35.1)	0.121

** Недостающие значения для каждой переменной были отмечены в 3% от общего числа наблюдений

Обсуждение

В США злоупотребление алкоголем продолжает оставаться одной из приоритетных проблем в области общественного здоровья. Как показывают приведенные выше данные, для определения групп высокого риска довольно эффективно и удобно привлекать в подобные программы тех студентов, которые нарушают политику относительно употребления алкоголя на кампусе.

Студенты, нарушающие данную политику, как правило, имеют тенденцию к большему употреблению алкоголя, чем их сверстники. По результатам данного исследования программа вмешательства, которая предоставляет участникам всю информацию о действии алкоголя на организм и использует мотивационное интервьюирование для изменения поведения, снижает уровень высокого употребления алкоголя среди её участников.

Таблица 8

Изменения в уровне злоупотребления алкоголем и частых запоев по половому признаку и измерению риска по AUDIT

отметили злоупотребления алкоголем - %					
		При наборе Прибл. (Доверительный интервал 95%)	Проверочный этап (Доверительный интервал 95%)	Отношение шансов (Доверительный интервал 95%)	Р-значение
Результат AUDIT 0-7 (Ч= 398)	Мужчины (ч=200)	40.8 (34.2, 47.7)	36.0 (29.7, 42.9)	0.82 (0.57, 1.16)	0.26
	Женщины (ч=198)	42.4 (35.7, 49.4)	51.9 (44.9, 58.7)	1.46 (1.08, 1.97)	0.01
	Взаимодействие *				0.014
Результат AUDIT 8-15 (Ч=805)	Мужчины (ч=497)	91.7 (89.0, 93.9)	85.3 (81.9, 88.1)	0.52 (0.36, 0.76)	<0.001
	Женщины (ч=308)	87.0 (82.8, 90.3)	80.2 (75.4, 84.3)	0.60 (0.42, 0.88)	0.008
	Взаимодействие *				0.587
Результат AUDIT 16+ (Ч= 187)	Мужчины (ч=116)	93.9 (87.8, 97.1)	93.9 (87.8, 97.1)	1.0 (0.39, 2.58)	1.0
	Женщины (ч=71)	97.2% (89.4, 99.3)	83.1 (72.6, 90.0)	0.14 (0.03, 0.61)	0.008
	Взаимодействие				0.021
отметили частые запои - %					
		При наборе Прибл. (Доверительный интервал 95%)	Проверочный этап (Доверительный интервал 95%)	Отношение шансов (Доверительный интервал 95%)	Р-значение
Результат AUDIT 0-7 (Ч= 398)	Мужчины (n=200)	9.1 (6.5, 12.6)	13.4 (10.2, 17.4)	1.54 (1.04, 2.28)	0.03
	Женщины (n=198)	7.6 (5.3, 10.7)	11.2 (8.4, 14.9)	1.54 (1.04, 2.28)	0.03
	Взаимодействие *				0.477
Результат AUDIT 8-15 (Ч=805)	Мужчины (n=497)	59.9 (56.0, 63.6)	51.4 (47.5, 55.3)	0.71 (0.60, 0.83)	<.001
	Женщины (n=308)	54.9 (50.3, 59.5)	46.4 (41.9, 51.0)	0.71 (0.60, 0.83)	<.001
	Взаимодействие *				0.932
Результат AUDIT 16+ (Ч= 187)	Мужчины (n=116)	80.4 (74.0, 85.5)	68.2 (61.0, 74.7)	0.52 (0.35, 0.78)	0.002
	Женщины (n=71)	77.0 (69.8, 82.9)	63.7 (55.9, 70.8)	0.52 (0.35, 0.78)	0.002
	Взаимодействие				0.884

* Взаимодействие категорий «время» и «пол» в обобщенной линейной модели частых запоев по категориям «время» и «пол».

Результаты данного исследования показывают, что проведение программы BASICS среди студентов, нарушающих политику относительно употребления алкоголя на кампусе, эффективно снизило показатели рискованного употребления алкоголя среди мужчин и женщин, в особенности среди мужчин. За одинаковый промежуток времени уровень употребления алкоголя среди студентов мужского пола экспериментальной группы уменьшился по всем показателям, в то время как употребление алкоголя либо увеличилось, либо осталось на том же уровне среди студентов мужского пола в контрольной группе. Показатели употребления алкоголя среди студентов мужского пола экспериментальной группы на базисном этапе исследования были более высокими, чем среди студентов мужского пола в контрольной группе. Через шесть месяцев после начала программы уровень употребления алкоголя среди мужчин снизился, но данный уровень был равен или слегка превышал уровень употребления алкоголя среди их сверстников контрольной группы. Это означает, что мужчины, направленные для участия в программе, являлись сильно пьющими. Несмотря на то, что в результате участия в программе употребление алкоголя среди таких мужчин снизилось, оно все еще оставалось на опасном уровне через шесть месяцев после начала программы. Среди студенток экспериментальной группы отмечалось снижение уровня употребления спиртного по всем показателям, в то время как в контрольной группе уровень пикового и типичного употребления спиртного также снизился. Также как и у мужчин, среди женщин отмечено снижение употребления алкоголя с течением времени, однако уровень употребления ими алкоголя также оставался на опасном уровне даже через шесть месяцев после начала программы.

В целом программа вмешательства оказала положительное влияние на поведение студентов, употребляющих алкоголь на среднем и высоком уровнях. Программа BASICS была разработана для тех, у кого употребление алкоголя находится на низком и среднем уровнях, но полученные данные предполагают, что она была эффективна и среди тех, у кого употребление алкоголя находится на довольно высоком уровне. Кроме того, среди тех, кто мог быть отсеян на начальном этапе программы по результатам теста AUDIT по причине низкого уровня употребления алкоголя (<8), отмечался рост употребления алкоголя через шесть месяцев после начала программы. Данный вывод предполагает, что программа вмешательства может не подходить для некоторых категорий студентов, употребляющих алкоголь, кто по результатам теста AUDIT не может быть отобран для участия в программе BASICS.

Ограничения

Данное исследование изучает проведение программы вмешательства BASICS в естественной среде. Представители университета считают, что будет неэтично отказать в участии в данной доказательной программе студентам группы повышенного риска в отношении употребления алкоголя. Кроме того, правила, принятые на кампусе, и юридические процедуры сделали невозможным рандомизированный отбор студентов в экспериментальную и контрольную группы (даже в том случае, если контрольная группа будет участвовать в чисто образовательной программе). Следовательно, для соблюдения правил и процедур, принятых на кампусе, мы провели квази-экспериментальное исследование, где контрольная группа была сходна с экспериментальной.

Уровень участия в проверочном этапе исследования был довольно низким для экспериментальной и контрольной групп (67% и 78% соответственно), но данный уровень был отмечен и в других подобных исследованиях [28]. Мы не имели достаточно времени для общения со студентами-участниками на базовом и проверочном уровнях исследования. Мы отправили напоминания по электронной почте тем студентам, кто не заполнил анкеты, и позвонили им по телефону с целью получить большее количество ответов.

Между экспериментальной и контрольной группами существовали различия. Женские группы были более похожи между собой, чем мужские. Хотя исследование учитывает умеренное влияние пола [20,28–30], данные результаты следует интерпретировать с некоторой осторожностью.

Несмотря на то, что наши выводы свидетельствуют о снижении уровня употребления алкоголя среди мужчин, необходимо повторное проведение исследования с целью определения потенциальных ошибок, привнесённых регрессией к среднему значению или уровнем дифференциального отсева между группами и полами.

Техника мотивационного интервьюирования (МИ) могла использоваться по-разному тремя специалистами по вопросам предупреждения алкогольной и наркотической зависимости, которые проводили программу. Но, несмотря на различия в проведении МИ, специалисты могли повлиять на результаты исследования. Описание результатов данного влияния выходит за рамки настоящей работы.

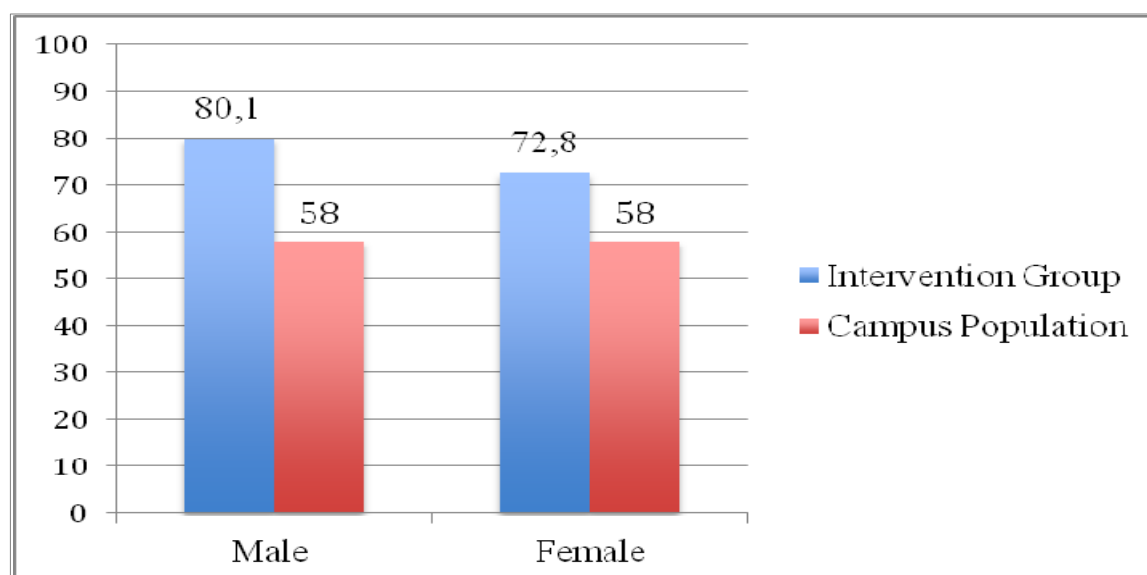


Рис. 2. Уровень чрезмерного злоупотребления алкоголем среди студентов, направленных на участие в программе (отмечены голубым цветом), и среди общего студенческого населения (отмечены розовым цветом) по половому признаку (голубым цветом отмечены студенты мужского пола, розовым цветом отмечены студенты женского пола).

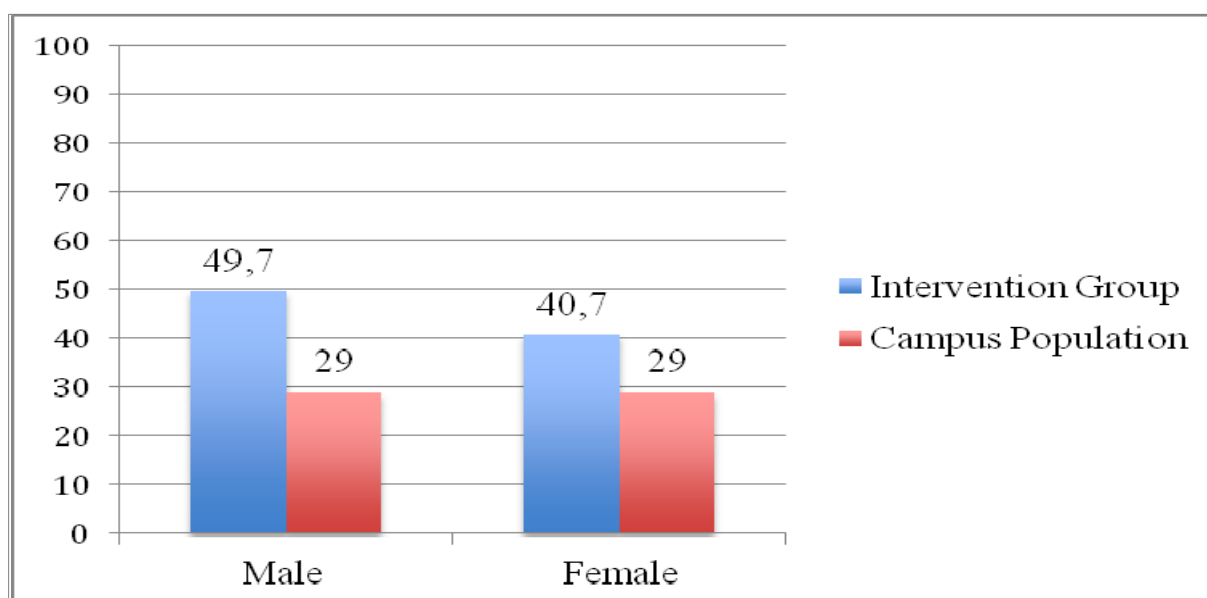


Рис. 3. Уровень чрезмерного злоупотребления алкоголем среди студентов, направленных на участие в программе (отмечены голубым цветом), и среди общего студенческого населения (отмечены розовым цветом) по половому признаку (голубым цветом отмечены студенты мужского пола, розовым цветом отмечены студенты женского пола).

Заключение

Программа BASICS, анализируемая в данной статье, является одной из крупнейших в стране. Ежегодно более 1000 студентов проходят через данную программу. Настоящая статья – одна из первых работ, в которой изучается эффективность проведения программы вмешательства со студентами, направленными на обязательное участие в ней. Результаты данного исследования показывают, что проведение программы BASICS может снизить уровень употребления алкоголя, особенно среди тех, кто употребляет алкоголь умеренно и в рискованно больших дозировках. По причине ограничения средств, выделяемых на различные проекты, для университетов сегодня особенно важно выбирать программы с доказанной эффективностью. Результаты данного исследования показывают, что программа вмешательства BASICS была довольно эффективна в снижении употребления алкоголя среди студентов колледжей. Техническая поддержка на кампусе может быть необходима для проведения программы с наибольшей эффективностью.

Данная программа основывается на персонализированной оценке и учитывает готовность каждого индивидуального участника к переменам. Таким образом, резонно предположить, что для достижения большей эффективности необходимы определенные изменения данной модели в условиях другой культуры.

В России высокий уровень употребления алкоголя среди российских граждан напрямую связан с высоким уровнем смертности [31]. Более того, исследования показывают, что настоящий уровень смертности, связанный с употреблением алкоголя, существенно недооценён. Леон и коллеги показали, что обобщение данных проведенных ими исследований по отношению ко всему населению России приведет к росту числа случаев смерти среди мужчин трудоспособного возраста за период с 2003 по 2005 г. на 170,000 [32]. Установлено, что несчастные случаи, насилие и алкогольные отравления являются наиболее распространёнными причинами смерти, связанными с употреблением алкоголя [33]. Для снижения смертности и других последствий употребления алкоголя в России необходимо проведение программ вмешательства с целью предотвращения чрезмерного употребления алкоголя. В данной статье приводятся результаты оценки доказательной программы, разработанной с целью снижения уровня употребления алкоголя среди студентов университетских колледжей группы риска.

Несмотря на то, что уровень употребления алкоголя среди студентов, участвовавших в данной программе, снизился, они продолжают употреблять спиртное в довольно опасных количествах. Дальнейшие исследования необходимы для определения

эффективности других дополнительных программ, направленных на ещё большее снижение уровня употребления алкоголя.

От авторов. Данное исследование финансировалось Администрацией отдела Психологического Здоровья и Проблем алкогольной и наркотической зависимости, Центра лечения алкогольной и наркотической зависимости, Грант номер П117268 и Модельной Грантовой программой Министерства Образования США, Грант номер Q184N080015. Авторы данного исследования выражают благодарность Дайэн Федорчак за помощь в сборе данных и Гуошу Юан и Иве Гоулдвотер за помощь в анализе собранных данных.

Литература

1. Хингсон, Р. У., Жа, У., Уэйцмэн, Е.Р. Масштабы и тенденции смертности и заболеваемости в результате употребления алкоголя среди американских студентов колледжей в возрасте от 18 до 24 лет: с 1998 по 2005 гг. *J Stud Alcohol and Drugs*. 2009;16 (Приложение):12–20.
2. Уэчслер, Х., Нелсон, Т.Ф. Запой и американские студенты: Что стоит за пятью дозами? *Psychol Addic Beh*. 2001;15:287–291.
3. Джонстон Л. Д., О'Мэлли П.М., Бэкман Дж.Г., Шуленберг Дж.Е. Мониторинг будущих национальных результатов употребления наркотиков среди подростков: Обзор основных выводов, 2004. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse; 2005. NIH Publication No. 05–5726
4. Портер Дж. Р. Рост числа связанных с алкоголем арестов на кампусе. Хроники Высшего Образования. 27 октября 2006
5. Национальный Центр по проблемам зависимости и злоупотребления наркотическими веществами. Теряя лучшие и яркие личности: Злоупотребления наркотическими веществами в колледжах и университетах. Комиссия по проблемам злоупотребления наркотическими веществами в колледжах и университетах; Columbia University: 2007Т
6. Национальный Институт по вопросам злоупотребления алкоголем и алкоголизма. Призыв к действию: Изменения в культуре употребления спиртного в колледжах США. Bethesda, MD: Author; 2002. NIH Pub. No. 02–5010.
7. Андерсон, Д. С. и Гадалето, А. (2001). Результаты исследования 2000 года по употреблению алкоголя в колледжах: Сравнительный анализ с результатами 1997 года и результатами базисного этапа исследования. Fairfax, VA: Center for Advancement of Public Health, George Mason University.
8. Кэри, К.Б., Скотт-Шелдон, Л.А. Дж., Кэри, М., ДеМартины, К.С. Индивидуальные вмешательства с целью снижения употребления алкоголя среди студентов колледжей: Метааналитический обзор. *Addict Behav*. 2007;32:2469–2494.
9. Димефф, Л. А., Баер, Дж. С., Кивлэхэн, Д. Р., Мэрлэтт, Г. А. Короткие скрининги на алкоголь и программы вмешательства среди студентов колледжей: Методы снижения риска. New York: Guilford Press;1999.
10. Кивлэхэн, Д. Р., Мэрлэтт, Г. А., Фромм, К., Коппел, Д. Б., и Уилльямс, Е. Вторичное предотвращение употребления алкоголя среди пьющих студентов: Оценивание программы тренинга по выработке навыков противостояния алкоголю. *J Consult Clin Psychol*. 1990;58:805–810.
11. Баер, Дж. С., Мэрлэтт, Г. А., Кивлэхэн, Д. Р., Фромм, К., Лэример, М., Уилльямс, Е. Экспериментальная проверка трех методов снижения риска употребления алкоголя среди молодежи. *J Consult Clin Psychol*. 1992;60:974–979.
12. Мэрлэтт, Г.А., Баер, Дж.С., Кивлэхэн, Д. Р., Димефф, Л. А., Лэример, М. Е., Куигли, Л. А., Сомерс, Дж.М., Уилльямс, Е. Скрининг и короткие программы вмешательства среди студентов колледжей группы риска относительно употребления алкоголя: Результаты двухлетнего проверочного оценивания. *J Consult Clin Psychol*. 1998;66(4):604–15.
13. Борсари, Б., Кэри, К. Б. Влияние короткой мотивационной программы вмешательства на пьющих студентов колледжей. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68(4):728–733.
14. Робертс, Л. Дж., Нил, Д. Дж., Кивлэхэн, Д. Р., Баер, Дж. С., Мэрлэтт, Г. А. Изменения индивидуального алкогольного поведения в результате короткой программы вмешательства среди студентов колледжей: Клиническая важность в плане предотвращения. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68(3):500–505.
15. Баер, Дж.С., Кивлэхэн, Д. Р., Блюм, А.У., МакНайт, П., Мэрлэтт, Г. А. Короткая программа вмешательства среди сильно пьющих студентов колледжей: Результаты четырехлетней проверки и история исследования. *Am J Public Health*. 2001;91(8):1310–16.

16. Лэример, М. Е., Тернер, А. П., Андерсон, Б. К., Фадер, Дж. С., Килмер, Дж. Р., Палмер, Р. С., Кронс, Дж. М. Оценивание работы коротких программ вмешательства с членами студенческих мужских организаций. *J Stud Alcohol*. 2001;62(3): 370–380.
17. Мерфи, Дж. Г., Дачник, Дж. Дж., Вучинич, Р. Е., Дэвисон, Дж. У., Карг, Р. С., Олсон, А.М., Смит, А. Ф., Коффи, Т.Т. Относительная эффективность коротких мотивационных программ вмешательства на пьющих студентов колледжей. *Psychol of Addict Behav*. 2001;15(4):373–79.
18. Лэример, М. Е., Кронс, Дж. М. Идентификация, предотвращение и лечение: Обзор индивидуальных стратегий по снижению высокого употребления алкоголя среди студентов колледжей. *J Stud Alcohol*. 2002;(Прил. 14),148–163.
19. Лэример, М. Е., Кронс, Дж. М. Новая информация об идентификации, предотвращении и лечении: Личностно направленные стратегии по предотвращению употребления алкоголя среди студентов колледжей. 1999–2006. *Addict Behav*. 2007;32(11): 2439–2468.
20. Уолтерс, С. Т., Нейборс, С. Отчеты по вмешательствам относительно злоупотребления алкоголя в колледжах: Что, почему и для кого? *Addict Behav*. 2005;30:1168–1182.
21. Лэример, М. Е., Кронс, Дж. М., Ли, С., Килмер, Дж. Колледж как место проведения коротких программ вмешательства. *Alcohol Res Health*. 2005;28(2):98–104.
22. Роллник, С. и Миллер, У. Р. Что такое мотивационное интервьюирование? *Behav Cog Psych*, 1995;23:325–334.
23. Буш, К., Кивлэхэн, Д. Р., МакДоннел, М.Б. АУДИТ анкета проверки употребления алкоголя: Эффективный тест короткого скрининга на выявление проблемного употребления алкоголя. *Arch Internal Med*. 1998;3:1789–1795.
24. Коллинс, Р. Л., Паркс, Г. А., Мэрлэтт, Г. А. Социальные детерминанты употребления алкоголя: Влияние социального общения и статуса в обществе на употребление алкоголя. *J Consult Clin Psychol*. 1985;53:189–200.
25. Уэчслер, Х., Ли, Дж. Е., Куо, М., Сейбринг, М., Нелсон, Т. Ф., Ли, Х. Тенденции в злоупотреблении алкоголем в колледже в период проведения мер по предотвращению употребления алкоголя: Выводы исследования по употреблению алкоголя в колледжах, проведенного Гарвардской Школой Общественного Здоровья: 1993–2001. *J Am Coll Health*. 2002;50:203–217.
26. Администрация Национальной Дорожной и Транспортной Безопасности. Вычисление количества содержания алкоголя в крови. Вашингтон, Отдел Транспорта, 1994.
27. Ву, Л., Пиловски, Д. Дж., Шлегер, У. Е., Хэсин, Д. Связанные с употреблением алкоголя проблемы здоровья и использование лечебных услуг студентами колледжей. *Psychiatr Serv*. 2007;58:192–200.
28. Лэример, М. Е., Ли, С. М., Фабиано, П. М., Старк, С. Б., Фини, М., Килмер, Дж. Р., Гейснер, Ай. М. и др. Рассылка по почте персонализированных отчетов по результатам программ предотвращения употребления алкоголя в колледжах: Рандомизированное клиническое исследование. *J Consult Clin Psychol*. 2007;75(2):285–293.
29. Сондерс, Дж. Б., Кипри, К., Уолтерс, С. Т., ЛяФорж, Р. Г., Лэример, М. Е. Методы использованные короткими программами вмешательства относительно рискованного употребления алкоголя среди молодежи. *Alcohol Clin Exp Res*. 2004;28:322–329.
30. Коллинс, С. Е., Кэри, К. Б., Сливински, М. Дж. Разосланные персонализированные нормативные отчеты коротких программ вмешательства среди сильно пьющих студентов колледжей. *J Stud Alcohol*. 2002;63: 559–567.
31. Стикли, А., Разводовски, И., МакКи, М. Алкогольная смертность в России: Историческая перспектива. *Public Health* 12:20–26.
32. Леон, Д., Владимир С., и Мартин М. Алкоголь и российская смертность: Продолжающийся кризис. *Addiction* 104:1630–1636.
33. Заридзе, Д., Бреннан, П., Борехэм, Дж., Борода, А., Карпов, Р., Лазарев, А., Конобеевская, И. и др., (2009). Алкоголь и причины смертности в России: Ретроспективное исследование типа «Случай-Контроль» 48,557 смертей среди взрослого населения. *The Lancet*, 373:2201–2214.

Дж. Муза¹, В. Ю. Мишекурин², Н.Н. Никитина²

КУРЕНИЕ И ПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ МАТЕРЬЮ КАК ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВЕС НОВОРОЖДЁННЫХ

Университет штата Массачусетс, Амхерст, США¹

Новгородский государственный университет им. Ярослава Мудрого, В. Новгород, РФ²

Резюме

В статье рассматривается взаимосвязь между потреблением алкоголя и курением матерей до и во время беременности и весом их новорождённых в Великом Новгороде. Результаты исследования показали, что матери, которые потребляли одну или более порций алкоголя в неделю в течение трёх месяцев до наступления беременности, с большей вероятностью рожали детей с низким весом, по сравнению с женщинами, которые не употребляли алкоголь в этот период.

Ключевые слова: употребление алкоголя, курение, вес новорожденных, беременность, женщины.

Введение

Низкий вес новорождённых является всё возрастающей глобальной проблемой, одинаково актуальной как для США, так и для РФ. В 1999 г. 7% новорождённых в США имели низкий вес. В 2002 г. этот показатель возрос до 7,8%. Количество новорождённых, родившихся с низким весом в РФ, также возросло: в 1990 г. 5,3% новорождённых в России имели низкий вес при рождении, в 2007 г. этот показатель возрос до 6,0% [1]. Исследуя факторы риска низкого веса новорождённых среди различных групп населения, важно правильно понимать их взаимосвязь и разрабатывать целевые профилактические программы.

Низкий вес является важнейшим фактором, влияющим на неонатальную смертность, и оказывает значительное влияние на смертность после родов. Во время первых четырёх недель жизни младенцы с низким весом имеют вероятность умереть почти в 40 раз больше, чем младенцы с нормальным весом при рождении [13]. Выжившие младенцы имеют в дальнейшей жизни большой риск в неврологическом статусе, проявлении врожденной патологии, нарушении деятельности дыхательной системы и проблемами с физическим и психическим развитием [12]. Поэтому, для профилактики проблем здоровья, очень важно выявить и понять взаимосвязь между низким весом при рождении и факторами риска, способствовавшими возникновению данной проблемы.

При курении женщин во время беременности токсические химикаты, включая никотин, синильную кислоту и угарный газ, поступают в кровяной поток, оттуда в сосуды

плаценты и попадают непосредственно в плод. Токсины истощают запас кислорода плода, и, как прямое следствие, развивается внутриматочная задержка роста плода, что приводит к низкому весу плода при рождении [9,14]. При употреблении женщиной алкоголя во время беременности, плод подвергается воздействию химикатов, таких как этанол и ацетальдегид [6]. Эти токсины препятствуют всасыванию питательных веществ плодом, нарушают развитие и рост клеток, синтез ДНК и клеточное строение, что может привести к замедлению роста и низкому весу при рождении [6].

Так как уровни потребления алкоголя в России и США различаются, можно наблюдать и различную взаимосвязь между этими факторами и весом при рождении. Данная проблема изучается в обеих странах. Примером такого исследования среди российских женщин является работа Гржибовски и др., опубликованная в 2004 г. [3].

Необходимо дальнейшее изучение этой проблемы для улучшения понимания взаимосвязей между факторами риска (например, потребление алкоголя и курение) и весом новорождённых среди женщин, представляющих различные группы населения, с целью разработки профилактических мер, специфичных для той или иной группы.

В данном исследовании изучалась взаимосвязь между потреблением алкоголя среди женщин до и во время беременности, а также весом новорождённых в городе Великий Новгород, областном центре Северо-Западного Федерального округа России.

Методы

В исследовании принимали участие женщины, родившие одного ребенка в период с 1 июня 2010 г. по 31 августа 2012 г. в областном перинатальном центре. Участники исследования были отобраны из женщин, находившихся в течение пяти дней после родов в стационаре перинатального центра, а также во время первого после родов визита в женскую консультацию или детскую поликлинику. В выборку не входили женщины ВИЧ-инфицированные, а также больные туберкулезом, сердечно-сосудистыми или онкологическими заболеваниями, так как существует возможность влияния данных заболеваний на процессы метаболизма алкоголя и табака.

Матерям раздавались анкеты, переведённые с английского языка на русский. Женщины были проинформированы о конфиденциальности анкетирования, а также о конечной цели проведения исследования – охране здоровья младенцев. Административный персонал медицинских учреждений, врачи, а также участницы исследования с энтузиазмом откликнулись на проведение данного исследования. Всего было роздано 200 анкет, при этом отклик составил 90,5% - 181 анкета. Шесть анкет были исключены из выборки, при этом пять анкет – по причине отсутствия информации в заполненной анкете относительно некоторых факторов риска и окончательного статуса.

Одна анкета была заполнена ВИЧ-инфицированной матерью и не соответствовала критериям выборки. Окончательный размер выборки включал 175 женщин. Частота и количество употребляемого алкоголя и курения измерялись при помощи адаптированной анкеты Системы Мониторинга Оценки Риска Беременности (PRAMS) Федерального Центра США по борьбе с заболеваниями (CDC). Вес ребенка при рождении, также как и информацию о потенциальных факторах риска, участницы указывали в анкете сами.

Демографические факторы включали возраст матери, её занятость, образовательный уровень и семейный статус. Факторы медицинского анамнеза включали наличие анемии, высокого артериального давления, количество предшествующих родов в анамнезе, срок предыдущих родов, индекс массы тела, дату первого визита к врачу во время настоящей беременности. «Другие медицинские показатели» включали преэклампсию, дефицит фолиевой кислоты, избыточный вес, недостаточный вес, астму, сердечные заболевания и проблемы со здоровьем во время предшествующих беременностей. Психосоциальные и физические факторы включали информацию об отношениях женщины со своим партнёром и семьей, финансовом состоянии, жилищных условиях, а также о наличии семейных конфликтов во время настоящей беременности. Выбор данных показателей объясняется тем, что в литературе эти факторы были идентифицированы как потенциально известные и способные оказать влияние на результаты исследования взаимосвязи между потреблением алкоголя, курением и низким весом при рождении [4].

Методы анализа данных

Ковариаты были кросс-табулированы с такими дихотомичными параметрами, как потребление алкоголя и статус курения (табл. 1). Ковариаты включали демографические факторы, медицинский анамнез и другие медицинские показатели, физические и психологические факторы, срок постановки на учёт по настоящей беременности, частоту курения, а также их взаимодействие при совместной встречаемости. Когда в таблицах было более пяти граф, использовался критерий хи-квадрат и соответствующие р-значения для оценки наблюдаемого распространения кросс-табуляций по сравнению с ожидаемым распространением. Когда размер клеток был ниже пяти, использовался точный критерий Фишера и соответствующие р-значения.

Мы использовали неоткорректированную линейную регрессию для моделирования взаимосвязи между потреблением алкоголя и весом новорождённых, а также курением и весом новорождённых (табл. 2). Неотрегулированная линейная регрессия породила бета-коэффициент, стандартную ошибку, и р-значение.

Мультивариативная линейная регрессия использовалась для моделирования взаимоотношения между потреблением алкоголя и весом при рождении (табл. 2). Точно также, мультивариативная линейная регрессия использовалась для моделирования взаимосвязи между статусом курения и весом новорождённых (табл. 2). Мультивариативная линейная регрессия произвела бета-коэффициент, стандартную ошибку, и p -значение. Искажающие факторы изучались путём составления моделей с присутствием каждого ковариата и без такового. Ковариаты, которые изменили оценку на 15% или больше из-за потребления алкоголя и статуса курения, соответственно, были оставлены в модели как неизвестные факторы, способные повлиять на результаты исследования.

Результаты

На вопрос о частоте потребления алкоголя получены следующие ответы: о потреблении алкоголя в течение двух предшествующих лет упоминали 61% женщин; об употреблении алкоголя до или во время беременности сообщили 37% женщин; о потреблении алкоголя во время трёх месяцев, предшествующих беременности -- 46% женщин; 13% женщин употребляли алкоголь во время последних трёх месяцев беременности; 5% женщин сообщили о чрезмерном потреблении алкоголя во время последнего триместра беременности.

На вопрос о частоте курения получены следующие ответы: о курении в течение двух лет, предшествующих беременности, сообщили 34% женщин; о курении до или во время беременности сообщили 14% женщин; о курении во время трёх месяцев, предшествующих беременности, сообщили 32% женщин; о курении во время последнего триместра беременности сообщили 18% женщин. Все женщины, которые сообщили о курении во время последнего триместра беременности, имели опыт курения до беременности.

Вес новорождённых варьировался от 1050 граммов до 4800 граммов, при этом средний вес составлял 3212 граммов (стандартное отклонение = 581 граммов).

Связь демографических и поведенческих факторов, а также факторов здоровья с потреблением алкоголя и курением, как дихотомическими переменными, представлена в таблице 1. Образовательный уровень женщин ассоциировался как с потреблением алкоголя, так и со статусом курения ($p=0.03$, и $p<0.01$).

Таблица 1

Распространение потребления алкоголя и статус курения до или во время беременности

	Потребление алкоголя				p*	Статус курения				p*
	Да		Нет			Да		Нет		
	(N=82)		(N=93)			(N=57)		(N=118)		
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Демографические показатели										
Возраст матери					0,34					0,91
≤ 25 лет	37	45	41	45		25	44	53	45	
26-35 лет	41	50	41	45		28	49	54	46	
≥ 36 лет	4	5	10	11		4	7	10	9	
Семейное положение										0,40
Не замужем/Разведена	7	9	9	10	>0.99	7	12	9	8	
Замужем/состоит в связи	75	92	84	90		50	88	109	92	
Образование					0,03					0,01
Средняя школа или менее	31	38	51	55		37	67	45	38	
Высшее образование или ученая степень	50	62	41	45		18	33	73	62	
Занятость					0,19					0,23
Нет	13	16	23	25		15	26	21	18	
Да	69	84	70	75		42	74	97	82	
Медицинские показатели										
Индекс массы тела					0,87					0,01
нормальный	52	64	52	62		25	46	79	71	
недостаточный вес/избыточный вес	29	36	32	38		29	54	32	29	
Способность к деторождению					0,65					0,74
Первые роды	50	61	53	57		35	61	68	58	
≥ 2 предшествующих родов	32	39	40	43		22	39	50	42	
Медицинские показатели										
Анемия					0,18					0,87
Нет	39	48	54	58		31	54	62	53	
Да	43	52	39	42		26	46	56	47	
Высокое кровяное давление					0,29					0,50
Нет	67	82	82	88		47	82	102	86	
Да	15	18	11	12		10	18	16	14	
Преэклампсия					>0.99					0,30

Нет	77	94	88	95		52	91	113	96	
Да	5	6	5	5		5	9	5	4	
ИППП					0,01					0,46
Нет	67	82	88	95		49	86	106	90	
Да	15	18	5	5		8	14	12	10	
Другие проблемы со здоровьем					0,15					0,37
Нет	73	89	75	81		46	81	102	86	
Да	9	11	18	19		11	19	16	14	
Физические и физиологические										
Стресс					>0.99					>0.99
Нет	78	95	88	95		54	95	112	95	
Да	4	5	5	5		3	5	6	5	
Пренатальный уход										
Срок беременности во время постановки на учет по беременности					0,41					0,33
≤ 1 месяц	26	32	37	40		18	32	45	38	
2-3 месяца	40	49	36	39		24	42	52	44	
≥4 месяца	16	20	19	21		15	26	20	17	
пассивное курение										
Наличие правил о курении в доме					0,57					0,01
курение запрещено	52	63	58	62		27	47	83	70	
курение разрешено иногда	21	26	20	22		18	32	23	19	
Курение всегда разрешено	9	11	15	16		12	21	12	10	
Воздействие нескольких факторов										
Потребленный алкоголь до или во время беременности										0,05
Нет						24	42	69	58	
Да						33	58	49	42	
<i>*Подсчитанный двухсторонним тестом Фишера</i>										

Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), ассоциировались с потреблением алкоголя ($p=0.01$). Среди женщин, которые потребляли алкоголь, 18% имели ИППП по сравнению с 5% женщин, которые не употребляли алкоголь.

Женщины, которые не курили, имели отрицательное отношение к курению внутри своего жилища ($p<0.01$). Было выявлена значительная взаимосвязь между потреблением алкоголя и курением ($p=0.05$). Другие факторы не ассоциировались с потреблением алкоголя или курением.

Потребление одной или более порции алкоголя в неделю на протяжении трёх месяцев до начала беременности незначительно ассоциировалось с более высоким весом новорождённого по сравнению с не употреблением алкоголя (стандартное отклонение = 239 граммов; среднеквадратическая ошибка = 128 граммов; $p=0.06$) (табл. 2).

Таблица 2

Линейная регрессия веса при рождении в зависимости от потребления алкоголя и курения

	Неоткорректированный			Откорректированный*		
	Коэффициент Регрессии (β)	SE	p	Коэффициент Регрессии (β)	SE	p
	(г)	(г)		(г)	(г)	
Потребление алкоголя						
Употребленный алкоголь до или во время беременности						
Нет	Референт			Референт		
Да	119	88	0,18	159	92	0,09
Употребленный алкоголь за последние 2 года						
Нет	Референт			Референт		
Да	47	90	0,61	50	95	0,60
Среднее количество порций** алкоголя в неделю за 3 месяца, предшествующие беременности						
Нет	Референт			Референт		
Менее одного напитка в неделю	63	98	0,52	86	101	0,39
Более одной порции в неделю	239	128	0,06	324	134	0,02
Употребляли одну или более порции алкоголя в неделю в последний триместр беременности						
Нет	Референт			Референт		
Да	-188	130	0,15	-141	130	0,28
Выпили 4 или более порции алкоголя за один присест (2 часа) один или более раз, за 3 месяца, предшествующие беременности						
Нет	Референт			Референт		
Да	-31	97	0,75	28	102	0,78
Выпили 4 или более порции алкоголя за один присест (2 часа) один или более раз за последние 3 месяца беременности						
Нет	Референт			Референт		
Да	-181	199	0,36	-55	202	0,79
Курение						
Курили до или во время беременности						
Нет	Референт			Референт		
Да	-163	93	0,08	-147	94	0,12
Курили за последние 2 года						
Нет	Референт			Референт		
Да	-140	92	0,13	-139	93	0,14
Курили сигареты в течение 3 месяцев, предшествующих беременности						
Нет	Референт			Референт		
от 1-5 сигареты	-315	143	0,03	-244	148	0,10
от 6 до 10 сигарет	-91	125	0,47	-86	127	0,50
11 или более сигарет	-79	175	0,65	-128	180	0,48
Курили сигареты во время последнего триместра беременности						
Нет	Референт			Референт		
Да	-264	114	0,02	-217	115	0,06
*С учетом потребления алкоголя, курения, возраста матери, ИППП, др. Проблем со здоровьем, сроком постановки на учет по беременности.						
** Одна порция равна 1 бокалу вина, или 1 рюмке водки, или 1 бокалу (банке) пива, или 1 рюмке коньяка, или одному стакану коктейля						

По сравнению с воздержанием от употребления алкоголя, потребление одной или более порции алкоголя во время последних трёх месяцев беременности незначительно ассоциировалось с более низким весом новорождённого (стандартное отклонение = 188 граммов; среднеквадратическая ошибка = 130 граммов; $p=0.15$). Чрезмерное употребление алкоголя во время последних трёх месяцев беременности незначительно ассоциировалось с разницей в среднем весе новорожденного ($p=0.36$).

Анализ зависимости курения и веса новорождённого показал, что курение менее чем 1-5 сигарет в течение трех месяцев, предшествовавших беременности, значительно ассоциировалось с более низким средним весом новорожденного, по сравнению с отказом от курения (стандартное отклонение = 315 грамм; среднеквадратическая ошибка = 143 грамма; $p=0.03$) (табл. 2). Также, курение во время последних трёх месяцев беременности значительно ассоциировалось с более низким средним весом новорождённого, по сравнению с отказом от курения (стандартное отклонение = 264 грамма; среднеквадратическая ошибка = 114 граммов; $p=0.02$).

Женщины, которые употребляли одну или более порций алкоголя в неделю за три месяца до начала беременности, рожали младенцев с весом в среднем на 324 грамма больше, чем женщины, которые не употребляли алкоголь в этот период (без учета времени постановки на врачебный учет по беременности, курения, инфекций, передаваемых половым путем и других проблем со здоровьем; стандартное отклонение = 324 грамма; среднеквадратическая ошибка = 134 грамм; $p=0.02$) (Таблица 2). Откорректированный анализ зависимости между потреблением алкоголя и весом новорождённого показал, что женщины, которые употребляли одну или более порций алкоголя в неделю во время последних трёх месяцев беременности, рожали младенцев со средним весом на 141 граммов меньше, чем женщины, которые не употребляли алкоголь в этот период, хотя эти результаты не имели статистической значимости (стандартное отклонение = 141 грамм; среднеквадратическая ошибка = 130 грамм; $p=0.28$).

После учёта потребления алкоголя, возраста матери, ИППП, других проблем со здоровьем, а также временем постановки на учёт по беременности, не было значительной разницы между средним весом новорождённого у курящих и некурящих матерей (табл. 2). С учётом неизвестных факторов, которые могли исказить результаты исследования, женщины, которые курили во время последних трёх месяцев беременности, рожали младенцев с весом в среднем на 217 граммов меньше, чем младенцы, рождённые у женщин, которые не курили в это время, хотя эти результаты не являются статистически значимыми (стандартное отклонение = 217 грамм; среднеквадратическая ошибка = 115 грамм; $p=0.06$) (табл. 2). С учётом неизвестных факторов, которые могли исказить

результаты исследования, женщины, которые курили до или во время беременности, рожали младенцев с весом в среднем на 147 грамм меньше, чем младенцы, которые родились у женщин, которые не курили в это время, хотя эти результаты не являются статистически значимыми (стандартное отклонение = 147 грамм; среднеквадратическая ошибка = 94 грамма; $p=0.12$) (табл.2).

Дискуссия

В этом перекрёстном исследовании среди матерей Великого Новгорода мы обнаружили, что матери, которые потребляли одну или более порций алкоголя в неделю во время трёх месяцев, предшествующих началу беременности, рожали младенцев с большим весом, чем женщины, которые не употребляли алкоголь в это время, после учёта возраста матери, наличия ИППП, других проблем со здоровьем, а также временем постановки на учёт по беременности. Нами также выявлена следующая зависимость: вес новорожденных у женщин, которые потребляли одну или более порций алкоголя во время последнего триместра беременности, был незначительно больше, чем вес новорожденных у женщин, которые не употребляли алкоголь в этот период, но эти результаты не имеют статистическую значимость.

Без учёта неизвестных факторов, которые могли исказить результаты исследования, мы наблюдали, что женщины, которые курили во время трёх месяцев, предшествующих беременности, или во время последнего триместра беременности, рожали новорождённых с меньшим весом, чем женщины, которые совсем не курили в этот период. Мы не обнаружили значительной разницы в весе новорождённых у матерей, которые курили до или во время беременности, по сравнению с весом новорождённых у некурящих матерей, учитывая возраст матери, наличие ИППП, других проблем со здоровьем, а также времени постановки на учёт по беременности. Мы обнаружили, что младенцы, рождённые у матерей, которые курили во время последнего триместра беременности, весили меньше, чем рождённые у матерей, которые не курили в этот период, с учетом неизвестных факторов, которые могут исказить результаты исследования.

Результаты этого исследования соответствуют результатам предшествующих исследований, которые предполагают, что курение до и во время беременности может повлиять на низкий вес новорождённого [3, 7, 10, 14]. Предшествующие исследования обнаружили непостоянство результатов о взаимосвязи материнского потребления алкоголя и веса новорождённых [2, 3, 5, 8]. Результаты этого исследования соответствовали результатам двух других исследований, которые обнаружили обратную взаимосвязь между потреблением алкоголя матерью во время беременности и весом

новорождённого [2, 5]. Наши результаты соответствуют результатам одного исследования, в котором обнаружена положительная взаимосвязь между потреблением алкоголя до беременности и весом новорождённого [3]. Наши результаты также схожи с данными, представленными в публикации Марискаль и др., где вес новорожденных у малопьющих матерей был незначительно выше, чем у остальных новорожденных [8].

Относительно нулевые результаты данного исследования могут объясняться потенциальным недостатком дизайна исследования, включая ошибки случайной выборки и низкую статистическую силу для обнаружения разницы в весе новорождённых из-за малого размера выборки. Эти недостатки описываются ниже.

Возможно, что женщины недооценили количество употреблённого алкоголя или выкуренных сигарет. Эти неточные данные могут возникнуть из-за того, что женщины стыдятся подобного поведения до или во время беременности. Таким образом, оценка воздействия потребления алкоголя, курения и их влияния на вес новорождённых будет недостаточно ясной. Так как женщины были заверены в том, что анкеты являются конфиденциальными, мы полагаем, что вероятность недифференцированной погрешности классификации воздействия является минимальной.

В результате использования метода случайного отбора может возникнуть ошибка выборки в перекрёстном исследовании. В этом исследовании матерям было роздано 200 анкет, а собрано 181 заполненная анкета. Всего шесть анкет не были использованы из-за недостающих данных или по критерию включения в исследование. Таким образом, участие составляло 91%. Возможно, что матери, которые употребляли алкоголь и курили до или во время беременности и родили младенцев с низким весом, имели более низкую вероятность участия в исследовании из-за чувства вины по поводу возможной ответственности за негативные показатели здоровья своего ребенка. Если это имело место, то наши результаты были бы значительно занижены. Так как процент участия женщин в нашем исследовании был высокий, возможность ошибки выборки, повлиявшей на результаты, является минимальным.

Вывод

Данное исследование показало, что вес новорождённых у российских женщин, которые потребляли одну или более порцию алкоголя в неделю за три месяца до начала беременности, имел вероятность быть более высоким, чем у новорождённых, чьи матери не употребляли алкоголь в этот период (с учетом возраста матери, наличия ИППП, других проблем со здоровьем матери, а также временем постановки на учёт по беременности). Исследование показало, что с учётом неизвестных факторов, которые могли исказить результаты исследования, вес новорождённых, родившихся у курящих матерей, был

незначительно ниже, чем вес новорождённых у матерей, которые не курили. Из-за небольшого размера выборки, результаты этого исследования должны интерпретироваться как первоначальные. Необходимо проведение дальнейшего исследования, чтобы понять взаимосвязь между курением, потреблением алкоголя и весом новорождённых у этой группы российских женщин. Так как потребление алкоголя и курение среди беременных российских женщин широко распространено, важно развивать целевые программы общественного здоровья для сокращения такого поведения во время беременности до минимума для снижения риска низкого веса новорожденных.

Литература

1. Барриентос и др. (2011). С. Новорожденные с низким весом (процент родов). Индекс Мунди. Информация была получена 1 сентября 2011 г. с адреса <http://www.indexmundi.com/>.
2. Боргес и др. (1993). Потребление алкоголя, низкий вес новорожденных, и преждевременные роды в национальном опросе пристрастия к алкоголю (Мексика). *International Journal of Addictions*, 28(4), 355–368.
3. Гржибовски и др. (2004). Жилищные условия, восприятие стресса, курение и алкоголь: показатели роста плода в Северо-Западной России. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 83(12), 1159–1166.
4. Институт медицины. *Профилактика низкого веса новорожденных*. Вашингтон, Округ Колумбия: Национальная Академия Прессы, 1985.
5. Джаддое и др. (2007). Умеренное потребление алкоголя во время беременности и риск низкого веса новорожденного и преждевременных родов: изучение поколения R. *Annals of Epidemiology*, 17(10), 834–840.
6. Лундберг и др. (1997). Низкое и умеренное употребление алкоголя во время беременности и замедление вутриматочного роста, низкий вес новорожденного, и преждевременные роды. *Annals of Epidemiology*, 7(7), 498–508.
7. Маджи, Б. Д., Хатис, Д. и Кивел, Н. М. (2004). Роль курения в низком весе новорожденного. *Journal of Reproductive Medicine*, 49[1], 23–27.
8. Марискаль и др. (2006). Употребления алкоголя во время беременности и риск низкого веса новорожденного. *Annals of Epidemiology*, 16(6), 432–438.
9. Мэтьюс, Т. Дж. (2001). Курение во время беременности в 90-е г.г. *National Vital Statistics Reports*, 49(7): 1-14. Информация была получена October 6, 2011 с адреса <http://www.nmcphc.med.navy.mil/bumed/tcat/Tobacco/smoking%20during%20prg%20CDC%201990s.pdf>.
10. Оджима и др. (2004). Роль курения среди населения в низком весе новорождённых в Японии. *Pediatrics International*, 46(3), 264–267.
11. Олсон и др. (1997). Оценка медицинского учета показателей новорожденного со слов матери и событий, связанных с беременностью: отчет детской онкологической группы, *American Journal of Epidemiology*, 145[1], 58–67.
12. Панет, Н.С. (1995). Проблема низкого веса новорожденных. *Future Child*, 5[1], 19–34.
13. Главный Врач США. Последствия курения для здоровья женщин: отчет. Вашингтон: Департамент здоровья и социальных вопросов США, Служба общественного здоровья, Офис помощника Секретаря, ответственного за здравоохранение, Офис курения и здоровья, 1980. Информация была получена с адреса <http://profiles.nlm.nih.gov/ps/access/NNBBRV.pdf>.
14. Вентура и др. (2003). Тенденции и вариации курения во время беременности и низкий вес новорожденных: свидетельства из свидетельств о рождении, 1990-2000. *Pediatrics*, 111(5), 1176–1180.

Араева Н.¹, Бьюкенен Д.,¹ Неваленная А.

ОБЩЕСТВЕННАЯ ПОЛИТИКА, ГОЛОСА И ОТВЕТЫ ГРАЖДАН НА СНИЖАЮЩУЮСЯ РОЖДАЕМОСТЬ В ПОСТ-СОВЕТСКОЙ РОССИИ

*Университет штата Массачусетс, Амхерст, США¹
Стокгольмский университет, Центр изучения равенства в области здоровья (CHESS)*

Резюме. Проанализированы государственные документы в области семейной политики, а также анализ интервью у жительниц Пскова и Великого Новгорода. Анализ показал, что ценности, декларированные в государственных документах, не всегда разделяются гражданами, которые также имеют другую точку зрения на пути решения проблемы низкой рождаемости в стране. Структурные изменения, ведущие к большему гендерному равенству, а также предоставление более качественного среднего образования со стороны государства были бы более эффективными подходами к решению проблемы.

Ключевые слова: семейная политика государства, низкая рождаемость, структурные изменения, гендерное равенство.

Россия испытывает беспрецедентный упадок численности населения из-за повышения уровня смертности и одновременного снижения уровня рождаемости. О данной проблеме часто отзываются как о «демографическом кризисе», основываясь на наблюдениях, что Российская Федерация может терять в среднем от 750000 до 1 миллиона людей в год. Социолог Антонов [1] назвал ситуацию «процессом депопуляции». В докладе ООН говорится, что к 2050 г. население может снизиться от 141 миллиона до 116 миллионов. Если эти тенденции будут продолжаться, это будет чревато негативными последствиями для экономической, политической и социальной стабильности страны. В своём послании Федеральному Собранию Российской Федерации в 2006 г. Президент Владимир Путин заявил, что снижение численности населения «является самой острой проблемой» внутренней политики, стоящей перед страной [2].

Целью этой статьи является сравнение обоснования демографической политики, представленного Российским правительством, с мнениями обычных граждан по поводу сути проблемы, а также мер, которые необходимо предпринять. Политические меры никогда не являются нейтральными мерами, выработанными только на основе научных данных об экономической эффективности; они также формируются социальными и политическими ценностями. В своей книге «Политический парадокс: Искусство принятия политических решений», Стоун [3] подчеркивает, что «сущностью ведения политики является борьба из-за идей. При принятии политического решения важным для политического сообщества являются не сами факты, а то, что они означают». Стоун

выявляет три ключевых вопроса дизайна политики, которые продвигают дебаты о различных вариантах: определение проблемы, цели и методы решения проблем. Стоун полагает, что ценности влияют на постановку проблемы, а это, в свою очередь, влияет на то, какие методы кажутся приемлемыми.

Данная статья состоит из трёх частей. В первой части даётся обзор моделей демографической политики в разных странах и рассматриваются различные ценности, которые отражены в постановке проблемы, целях и путях решения проблемы. Вторая часть представляет собой анализ относительно новой меры, принятой в России, такой как «материнский капитал», а также ценностей, которые эта мера отражает. В заключительной части приводится анализ интервью с молодыми российскими женщинами относительно их видения проблемы и тех факторов, которые они считают важными при принятии решения о том, чтобы завести детей. Статья завершается обсуждением вопросов сходства и различия между намерениями государства с одной стороны, и озвученными нуждами родителей – с другой.

Различные виды демографической политики. Для того, чтобы оценить диапазон политических мер, доступных государству для реагирования на понижающиеся уровни рождаемости, мы начнём с описания трёх моделей семейной политики. Эти модели представлены как «идеальные типы» по Вэберу, для подчеркивания контрастов среди различных альтернатив, с приведением примеров, иллюстрирующих то, как различные подходы были реализованы.

Исследователи политики идентифицировали несколько моделей семейной политики. Готье [4, 5] определяет четыре модели семейной политики:

1) пронаталистскую, 2) протрадиционную, 3) проэгалитарную и 4) просемейную, характеризующую политикой невмешательства со стороны государства. Чернова [6] описывает три модели, действующие в различных системах социального государства. Здесь мы синтезируем эти анализы, и, следуя Черновой [6], определяем их как консервативные, либеральные, и социально-демократические проблемы. Основные характеристики этих моделей приводятся в таблице 1.

Консервативная модель. В консервативной модели главной проблемой, которая ведёт к снижению рождаемости, является эрозия семейных ценностей и распад традиционной нуклеарной семьи, что отражается в растущих уровнях разводов и семей с одним родителем. Таким образом, государственная политика направлена на сохранение и поддержку традиционной семьи, с гендерным разделением труда между мужчиной-добытчиком семьи и женщиной-домохозяйкой. Хотя государственная политика предоставляет материальную поддержку матерям, чтобы они ухаживали за своими

детьми, она не нацелена на сокращение барьеров для женщин с детьми вернуться на работу. Таким образом, предоставление детских яслей ограничено, что делает разрешение конфликта между семьей и работой сложной.

Либеральная модель. В либеральной модели проблема низкой рождаемости объясняется экономическими трудностями в семье. Таким образом, для увеличения уровней рождаемости целью политики правительства является обеспечение социальной и

Таблица 1

Модели семейной политики

	Консервативная	Либеральная	Социально-демократическая
Определение проблемы	Кризис моральных/семейных ценностей, что привело к распаду традиционной нуклеарной семьи. Молодые люди становятся все более эгоистичными.	Женщинам с ограниченным достатком трудно воспитывать детей. Одиноким матери (овдовевшие, разведенные или никогда не бывшие замужем) испытывают трудности для того, чтобы обеспечить семью. Женщины не могут работать, чтобы поддержать себя и свои семьи, пока не отправят детей в ясли.	1. Вопрос того, есть ли «проблема». Иметь меньше детей является «естественной» тенденцией, так как люди стремятся ко все большей автономии. 2. До тех пор, пока есть проблема, именно благодаря неравенству в «двойной нагрузке», противоречие между равенством на рабочем месте и семейной патриархией; отцы не хотят честной доли домашней работы.
Цели	Восстановление моральных ценностей; восстановление традиционных гендерных ролей («добытчик», «домохозяйка»); обратные тенденции в числе разводов, и одиноких родителей, больше матерей решает быть домохозяйками, чтобы заниматься воспитанием детей дома.	Сократить реальный и представляемый страх бедности как барьер к тому, чтобы иметь детей; все меньше детей живут в бедности; расширить доступ к контрацепции.	Гендерное равенство; одинаковое разделение семейных и рабочих обязанностей.
Методы решения	Объявить поддержку религиозным организациям; программы по сексуальному образованию основаны на принципе «только воздержания»; отрицание прав гомосексуалистов; безразличие к неравенству в оплате	Обеспечение временной финансовой помощи; расширение предоставления яслей для детей	Расширенные равные родительские отпуска; высокий доступ к яслям (таким образом, матери и отцы могут вернуться на работу, когда пожелают)

финансовой поддержки семьям, чтобы облегчить воспитание детей. Этот подход характеризуется минимальным вмешательством государства в «частную» сферу семейной жизни, такую как семейный статус или гендерные роли.

Социально-демократическая модель. В социально-демократической модели главной проблемой, которая снижает рождаемость, является гендерное неравенство. Таким образом, целью семейной политики является укрепление и расширение принципа гендерного равенства как в области родительства, так и в профессиональной сфере.

Таким образом, решением проблемы является предоставление возможности обоим родителям сочетать профессиональные и семейные роли. Таблица 1 обобщает различия в разных типах семейной политики.

Семейная политика в России. В 2001 г. в ответ на значительный упадок численности населения, Российское правительство разработало документ, который называется «О концепции демографического развития Российской Федерации на период до 2015 года» (Далее-Концепция) [7]. Концепция является нормативным документом, представляющим официальную политику правительства в области демографии в стране. Этот документ служит в качестве основы для дополненной версии, называемой «Концепция Демографической политики в Российской Федерации на период до 2025 года», которая была принята в 2007 г. [8].

В соответствии с Концепцией, целью является «стабилизация населения и создание условий, необходимых для последующего демографического роста» [7]. Для достижения этой цели государство должно решить необходимость иметь политику поощрения рождаемости и усиления семей. Для удовлетворения этих нужд, концепция объявляет о следующих целях политики:

- создать систему социальных и личных ценностей, ориентированных на семью, поощрять людей иметь двоих или несколько детей;
- улучшать жилищные стандарты, уровень и качество семейной жизни;
- создать эмоционально-экономическую обстановку, благоприятную для рождения, ухода и образования детей в семьях, имеющих несколько детей [7].

Язык, используемый в Концепции, предполагает, что увеличение уровня рождаемости связано с увеличивающимся престижем официально зарегистрированных браков и семейных ценностей. Например, в Концепции говорится о растущей практике неофициально зарегистрированных браков и семейных ценностей: «в 2000 году каждый четвёртый ребёнок был рождён вне брака». Как отмечено выше, конкретные политические меры, которые были приняты, были в основном направлены на улучшение материального положения семей во время рождения ребёнка, а также семей с маленькими детьми.

«Материнский капитал» – официальное название пособия – сводится к трём целям: 1) улучшение жилищных условий, 2) оплату образования детей, 3) накопления на материнском пенсионном счёте. Мать может распорядиться этим пособием только по достижении ребёнком трёх лет. Это условие было введено для того, чтобы не поощрять женщин, которые могли бы отказаться от ребёнка, после того, как они получают пособие [9].

Сразу же после принятия Концепции, 2008 г. был объявлен «Годом семьи», и соответственно, эта мера была направлена на «усиление института семьи и продвижение семейных ценностей». Мероприятия, проводившиеся в рамках «Года семьи», были направлены на «формирование духовной и моральной культуры молодых родителей, продвижение семейных ценностей и ответственного родительства». Среди мероприятий этого года были также всероссийские фестивали семьи и конкурсы, направленные на усиление семейных ценностей [10].

Взгляды граждан. Методы. В данном исследовании мы изучили то, насколько ценности, отражённые в официальных государственных мерах Российского Правительства, соответствуют взглядам граждан, которые наиболее прямым образом затронуты этими мерами, в частности, молодых беременных женщин или женщин, недавно родивших детей. В какой степени, по их мнению, правительственные меры отражали их нужды и взгляды по поводу рождения детей? Для того, чтобы оценить, насколько хорошо официальная политика совпадает с взглядами граждан по поводу природы явления, мы разработали полуструктурированные интервью для оценки определения проблемы, целей и методов решений. Мы использовали процесс целевой выборки, направленной на женщин репродуктивного возраста. Для получения более широкого диапазона взглядов граждан, участники были рекрутированы в двух провинциальных городах одинакового размера – Пскове и Великом Новгороде. Эти города представляют типичные российские города, в отличие от главных метрополий – Москвы и Санкт-Петербурга. Псковская область известна как наиболее социально-, культурно- и политически консервативный регион в России, в то время, как Новгород исторически оставался открытым и восприимчивым к новым идеям [11].

Мы провели 22 индивидуальных интервью с женщинами 25–50 лет. Интервью были записаны на диктофон, а файлы были перенесены на ноутбук в конце каждой сессии. Аудиофайлы были транскрибированы, а транскрипты сохранены в надёжном месте. Личные идентифицирующие данные были уничтожены для того, чтобы невозможно было идентифицировать каждого индивидуального субъекта исследования. Имена были изменены, чтобы защитить анонимность респондентов.

Интервью были проанализированы при помощи стандартных методов контентного анализа, начиная с чтения транскриптов множество раз для полного понимания хода разговора [12]. Каждый транскрипт был закодирован независимо от членов исследовательской команды. На первом этапе анализа интервью были прослушаны с целью понятия содержания интервью – поверхностной темы топиков. Независимо идентифицированные коды затем были сравнены, и, в случае их сходства, были объединены в единичные категории через обсуждение для достижения консенсуса. На втором этапе исследовательская команда индуктивно синтезировала первичные коды в главные категории. В конечном счёте, используя процесс постоянного компаративного анализа, связи между кодами и темами были интегрированы и сжаты в финальные кодирующие схемы.

Результаты. Пять главных тем возникло из интервью: 1) позитивное восприятие политики «материнского капитала»; 2) озабоченность по поводу его финансовой адекватности; 3) озабоченность по поводу более широкой социальной структуры; 4) изменение взглядов вследствие модернизации и 5) другие проблемы.

Начнём с того, что идеальным количеством детей, по мнению женщин, является два ребенка; никто не высказал желания иметь более трёх детей. Главной причиной заведения первого ребенка был биологический эссенциализм, такое мнение, что жизнь женщины не может быть полноценной, если она не родила ребенка: «Это та необходимость, которую имеет каждая женщина от природы» (Елена, 35 лет). Одна респондентка описывает реакцию других по поводу той новости, что у неё будет ребенок: «Все были рады. «Пора, [у тебя есть] профессия, образование – тебе это нужно сейчас» (Светлана, 36 лет).

Там, когда желание иметь первого ребенка казалось несвязанным с государственными мерами, новая мера, такая как «материнский капитал», казалось, могла повлиять на планы иметь второго ребенка. Многие респонденты сказали, что женщины хотят иметь второго ребенка, чтобы достичь идеального числа детей в семье: «Один ребенок не является семьей» (Анна, 39 лет). Вопросы и озабоченность по поводу практической возможности иметь второго ребенка занимала мысли многих респондентов.

Позитивные взгляды. *Позитивные взгляды относительно такой меры, как «материнский капитал»:* Многие респонденты прокомментировали, что они видят больше беременных женщин сейчас, чем раньше. «Я думаю, что многие люди хотят иметь детей в наши дни. Я вижу много беременных женщин везде. Мои подруги все вдруг забеременели» (Эльвира, 33 года). «Шесть лет назад не было так много женщин. И я вижу многих таких женщин, когда они ведут за руку одного ребенка в детский сад, а другой – у

них в животе» (Катя, 32 года). Некоторые корреспонденты связывали рост рождаемости с правительственными мерами: «Я думаю, что настоящая ситуация является результатом государственной политики» (Катя, 32 года).

На вопрос о том, что респонденты думают о политике материнского капитала, многие респонденты выразили удовлетворение, особенно по сравнению с неполучением вообще никаких средств: «Материнский капитал – даже маленькая часть – является помощью» (Светлана, 36 лет). «Я думаю, что он лучше, чем вообще ничего» (Эльвира, 33 года).

Незначительное воздействие. Хотя многие женщины ценят финансовую поддержку, материнский капитал не считался главным фактором, влияющим на решение иметь ещё одного ребенка. Он рассматривался как «дополнительный кирпич», дополнительный аргумент в защиту тех, кто мог сомневаться. Материнский капитал мог оказать влияние на принятие решения теми женщинами или семьями, которые «сомневались, или «да» или «нет», в таких случаях он мог сыграть роль. Если есть сомнения, то, «да» (Светлана, 36 лет). «Он не был ведущим критерием... Это был дополнительный «кирпич».

Напротив, некоторые женщины сказали, что он не имел никакого эффекта: «Мне это непонятно. Эта мера ничего для меня не значит... Я не решусь рожать только из-за этого... Я не думаю, что она эффективна» (Оксана, 28 лет).

Озабоченность по поводу адекватности. Адекватность пособия. Что касается целей политики материнского капитала, многие респонденты сказали, что его сумма была недостаточной: «Для образования ребёнка, ещё слишком рано. С ценами, которые растут, неизвестно... Для улучшения жилищных условий, ну, сумма не та... Мне кажется, что данная мера недостаточна сама по себе» (Анна, 39 лет).

Жилищные условия. Для большинства женщин жильё было самой насущной нуждой. Несколько женщин, которые уже имели одного ребенка, сказали, что хотели бы завести еще одного, но только тогда, «когда у нас будет свое жильё. Если бы оно у нас было, мы бы завели второго ребенка сразу же» (Оксана, 28 лет). Точно так же: «Я думаю, что иметь 2–3 детей идеально, [но] Вам необходимо достаточно просторное жильё» (Анна, 39 лет).

Всё же, после признания того, что сумма была неадекватной, многие заявили, что они будут использовать это пособие для улучшения своих жилищных условий: «Хотя сумма очень небольшая, конечно, если что-то добавить, тогда, может быть, что-то можно получить» (Ирина, 25 лет).

Озабоченность по поводу более широкой социальной структуры. Озабоченность по поводу блага ребенка. Все респонденты подчеркивали, что воспитание ребенка является сложным процессом, сводящимся не просто к удовлетворению базовых материальных потребностей. Воспитание ребенка фокусируется, прежде всего, на привитии моральных ценностей: «Чувство ответственности, чувство долга – важны моральные качества, доброта» (Катя, 32 года). Там, где государство предлагает ощутимую поддержку при рождении, женщины выразили озабоченность по поводу будущего ребёнка, когда он будет подрастать, что требует качественного дошкольного образования, качественной медицинской помощи и хорошего образования.

После моральных ценностей, респонденты отметили, что обеспечение хорошего образования важно для детей. «Важно воспитать хорошего человека, важно то, что ты ему дашь сейчас... Также дать хорошее образование», «Без образования он не сможет обеспечить себя» (Эльвира, 33 года).

Недостаток мест в детских садах. Женщины выразили озабоченность по поводу качества дошкольного образования и недостатка мест в детских садах. Недостаток мест в государственных детсадах стал острой проблемой. «Я думаю, главным образом из-за материальной стороны, так как с детсадами трудно. Моя подруга недавно родила и уже стала в очередь на место в детском саду» (Анна, 39 лет). «Я получала пособие до тех пор, пока моему сыну не исполнилось 1,5 года. После этого, нет поддержки и нет мест в детсадах – где же логика [здесь]?» (Оксана, 28 лет).

Даже когда детские сады доступны, качество образовательных программ остается низким. «В детских садах нет ни хороших воспитателей, ни хорошего питания... Был один случай – ребёнок вместе с садиком поехал за город. Вечером моя дочь поехала забирать своего сына, а ребёнок весь грязный, а воспитательница – пьяная» (Валентина, 50 лет).

Обеспечение качества образования детей. Новой нагрузкой на плечи женщины, дополнительно к ролям жены, домохозяйки и добытчицы, ложится необходимость предоставления дополнительного образования ребенка. Плохое качество школ, наряду с повышающимися академическими требованиями для того, чтобы в будущем начать успешную профессиональную карьеру, заставляет матерей также выступать в качестве репетиторов для своих детей. Женщины описывали свой типичный трудовой день с ухода за своим ребёнком – его кормлением, выводом на прогулку, игр с ним; всё это сопровождалось такими обязанностями, как готовка, уборка, стирка вещей; а затем помощь своим детям в выполнении домашнего задания. Ожидается, что женщины исполняют свои традиционные роли домохозяйки и ухода за членами семьи, сейчас

же у них появилась новая роль. «Когда ты приходишь домой, нужно готовить, поужинать, вымыть посуду, *а также* проследить, чтобы ребёнок сделал домашнее задание» (Елена, 35 лет). «Когда я прихожу с работы домой, я даю ему 2 часа на отдых. После этого он выполняет домашнее задание и учит устные уроки» (Светлана, 33 года).

Меняющиеся взгляды на модернизацию. *Нагрузка двойной роли.* Женщины выразили своё разочарование по поводу «двойной нагрузки» выполнения традиционных ролей домохозяйки и ухода за членами семьи, в то же время работая на полную ставку. Гендерные роли российских женщин, когда они ответственны за домашние дела, и в то же время продолжать работать, создаёт так называемую «вторую смену» для женщин: сначала работа вне дома, затем дома.

Многие обязанности женщин – уход за членами семьи, работа, репетиторство для своих детей – являются более трудными при низком вовлечении мужчин в «частную сферу» воспитания детей[13]. Сейчас многие женщины сочетают свои профессиональные обязанности с семейными, независимо от того, есть ли у них муж-«добытчик». «Муж, конечно, это большая помощь – моральная, материальная и физическая, но если вдруг что-то случится [например, развод], ты должна надеяться только на себя», «Я понимаю, что моя жизнь изменится, что мои планы изменятся... Я чётко себе представляла, что у меня нет помощников» (Катя, 32 года).

Тенденции в «правильном» времени завести первого ребёнка. Женщины выразили различные взгляды на правильное время завести ребенка. Некоторые хотят начинать рано. Одна женщина, у которой ребёнок родился, когда ей было 25 лет, сказала, что «Было поздно заводить второго ребенка» (Окасана, 28 лет). Другая сказала: «Я помню, когда я рожала ребёнка в первый раз, я считалась «старой» матерью, потому что вокруг меня были 16–17 летние» (Анна, 39 лет). Для многих женщин, у которых я взяла интервью, «правильным» возрастом завести первого ребенка является период от 21 до 25 лет.

Для других, тем не менее, «правильный» возраст для первого ребёнка смещается в последние годы. Женщины видят тенденцию откладывать рождение детей до того, как женщина не начнет свою профессиональную карьеру. Как сказала одна из респондентов: «Как сказать? Люди моего возраста [36 лет], например, хотят иметь больше детей, они хотят иметь второго или третьего ребёнка. Что касается молодых людей, они амбициозны; они хотят сначала иметь карьеру. У молодых людей есть другие интересы, помимо того, чтобы заиметь детей. Мы жили по-другому» (Светлана, 36 лет). «Сейчас больше женщин начинают рожать в более старшем возрасте» (Анна, 39 лет).

Тенденции во взглядах на определение «семьи». Несколько респондентов имели традиционные взгляды на то, что желание иметь ребёнка связано со статусом женщины:

«Да, моя дочь хотела бы иметь ещё одного ребёнка» (Валентина, 50 лет, о своей незамужней дочери, у которой есть 1 ребёнок). Тем не менее, многие из тех, кто давал интервью, обозначили, что разнообразие типов семей и гендерных ролей (за пределами традиционных ролей) становятся более популярными в России, отражая глобальные демографические тенденции. Женщины все имели личный опыт с самыми разными типами семей, за пределами обычной формы семьи (жена-домохозяйка, муж-добытчик и дети). Было упомянуто много других видов: семьи, состоящие из матери и двух детей, с «мужем, который приходит и уходит»; «гражданский брак»; вторая беременность с новым партнером после развода; и т. д.

Другие вопросы. *Сомнения по поводу государственных обещаний.* Все женщины знали о правительственной помощи семьям, но обсуждение новой политики «материнского капитала» выявила много сомнений и неопределённостей по поводу данной меры. Во-первых, не все женщины знали точные положения закона, например, сумму денег, ограничения на использование, и т. д. Различные условия, которые правительство наложило на доступ и использование денежной суммы, заставило женщин сомневаться в его ценности и использовании. «Не так легко получить [сертификат на Материнский капитал]». Несколько женщин выразили скептицизм по поводу того, что деньги будут там, когда они в конечном итоге решат ими воспользоваться: «Ими нельзя воспользоваться, пока ребенок не вырастет. Никто не верит, что эти деньги ещё там будут. Какая от этого польза? Эти деньги лежат где-то в банке» (Эльвира, 33 года).

Дискуссия. Результаты предшествующего анализа показывают, что семейная политика в России не совсем чётко вписывается ни в одну из отдельных моделей. Формулировка Концепции была основана и, в то же время, являлась реакцией на Советский опыт. Она развилась из специфичных исторических обстоятельств своего времени. Многие заинтересованные агенты – политические лидеры, НПО, религиозные организации, профессиональные общества, средства массовой информации, и т. п. повлияли на её разработку. Семейная политика в России отражает многие конфликтные порывы, которые участвовали в её разработке. Тем не менее, можно сделать несколько обобщений.

Концепция является результатом сочетания консервативной риторики и либеральных политических мер. В то время, как в языке документа проскальзывает сетование по поводу числа детей, родившихся вне брака, и необходимости развития ориентированных на семью личных и социальных ценностей, особые политические меры фокусируются на улучшении экономических условий женщин, таких, как предоставление им отпуска по уходу за ребёнком, субсидирования стоимости пребывания ребёнка в

детсаде или предоставление кредита на покупку жилища. Несмотря на аккуратные формулировки, признающие важность гендерно-сбалансированной семейной политики, Концепция фокусируется главным образом на женщинах как матерях [6]. Хотя Концепция отрицает необходимость «усиления семей», в ней нет положений, направленных на мужчин как отцов. На самом деле, Концепция предполагает новые взаимоотношения между матерями и отцами. Для решения социальных проблем, стоящих перед государством, таких, как угроза экономических трудностей, связанных с низкой рождаемостью, государство предлагает женщинам контракт, «материнский капитал» в обмен на рождение детей. Данная политическая мера означает, что государство узурпирует традиционные роли отцов, так как государство становится новым добытчиком для женщины и её детей [4]. Выполняя новую роль, правительство действует с позиций тяжелорукого патернализма в том, что ограничивает варианты использования материнского капитала женщинами.

Интервью также отразили разные взгляды, хотя они более склонялись к либерально-прогрессивному концу спектра моделей, описанных выше. В то время, как несколько людей заявили, что женщина должна быть, прежде всего замужем, чтобы иметь детей, намного больше женщин были озабочены тем, чтобы быть независимыми. Они приветствовали финансовую поддержку, особенно, когда основными нуждами их были улучшение жилищных условий. Многие мечтают о том, чтобы иметь двух детей, и рады данному пособию, хотя и скромному, и полагают, что с его помощью смогут иметь более просторное и удобное жильё.

Тем не менее, в то время, когда государство принимает меры, направленные на улучшение экономической ситуации женщин сразу же после рождения, многие женщины были озабочены долгосрочными нуждами воспитания ребенка. Они хотят хорошее образование для своих детей, но боятся, что семейные субсидии не будут адекватными для решения социальных структурных проблем, как в количестве, так и в качестве мест в образовательных учреждениях. Почти все сказали, что им нужно сохранять баланс между работой и обязанностями по воспитанию ребенка. Многие детсады были закрыты в 1990 гг., а количество мест в существующих детсадах недостаточно. В то время как многие женщины хотят быть финансово независимы, доступность и качество дошкольного образования представляет серьезную проблему, которую необходимо решать.

Взгляды на гендерные роли указывают ещё на одно несоответствие между политикой правительства и взглядами женщин. Неравенство двойной нагрузки постоянно вызывало у женщин разочарование. В то время как правительство поощряет

традиционные семейные роли, женщины приветствуют любые типы семейных отношений. Никто из женщин не высказывал интереса к традиционной нуклеарной семье.

В заключение мы обнаружили сходство ценностей, которые содержались в правительственной политике и взглядах рядовых граждан, в то же время, были значительные несоответствия. Голоса женщин призывали к большему гендерному равенству и большим инвестициям в качественное образование.

Литература

1. Антонов, А. (1999). Демографическое будущее России: Депопуляция навсегда? Социологические исследования, 3: 80–86.
2. Путин, В. Послание Федеральному Собранию Российской Федерации от 11 мая 2006 г. (информация с вэбсайта получена 20 октября 2011 года) . <http://www.rg.ru/2006/05/11/poslanie-dok.html>
3. Стоун, Д. *Политический парадокс: Искусство принятия политических решений*. New York: W. W. Norton & Company, 2001.
4. Готье, А. (1998). Государство и семья: Научный анализ семейной политики в индустриальных странах. Oxford University Press.
5. Готье, А. (2007). Воздействие семейной политики на рождаемость в индустриальных странах: ревью литературы. *Population Research and Policy Review* 26 (3): 323–346.
6. Чернова, Ж. Семейная политика в Европе и России: гендерный анализ. – СПб. : Норма, 2008.
7. О концепции демографического развития Российской Федерации до 2015 года <http://www.minzdravsoc.ru/docs/go> (информация с вэбсайта получена в мае 2008 г.)
8. Концепция демографической политики Российской Федерации до 2025 года <http://demoscope.ru/weekly/wnigi/konceptsiya/konceptsiya25.html> (информация с вэбсайта получена 15 октября, 2011 г.)
9. Федеральный Закон Российской Федерации № 256–ФЗ от 29 декабря, 2006 «О дополнительных мерах по государственной поддержке семей с детьми» <http://www.rg.ru/2006/12/31/roditelyam-dok.html> (информация с вэбсайта получена с сайта 29 мая 2008 г.)
10. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 2008 года №170–р «Об одобрении Плана мероприятий по реализации в 2008–2010 гг. Концепции демографической политики РФ на период до 2025 г.» <http://www.minzdravsoc.ru/docs/government/rasp/0/?print=1> (информация с вэбсайта получена 15 октября 2011 г.)
11. Петро, Н. (2006). Сказка о двух регионах: Новгород и Псков как модели символического развития. *The Journal of Socio-economics* 35: 946–958.
12. Майлз, М., Хуберман, М. (1994). *Качественный анализ данных: Расширенный учебник*, Издание второе. Sage Publications, Thousand Oaks, California.
13. Роткирх, А., Темкина А. (2007). Советские гендерные контракты и их трансформация в современной России // Российский гендерный порядок: социологический подход: коллективная монография. СПб.: Издательство современного университета в Санкт–Петербурге, 169–200.
14. Ривкин-Фиш, Мишель. (2010). Пронатализм, гендерная политика и возобновление поддержки семьи в России: к феминистской антропологии “Материнского капитала.” *Slavic Review* 69 (3): 701–72.

В. В. Глущенко

СИТУАЦИЯ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ У ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ

*Новгородский государственный университет им. Ярослава Мудрого,
Великий Новгород, РФ*

Актуальность. Термин «гиперкинетическое расстройство» использован в международной классификации болезней для обозначения широко распространённого в

детском возрасте «синдрома нарушения внимания с гиперактивностью» (СНВГ) [1, 3, 7, 8]. Систематическое исследование литературы, проведённое в 2007 г. Harvard University показало, что потенциальное распространение СНВГ в мире составляет 5,29% [2, 5, 10]. Авторы отмечают наличие данного синдрома у 11 % детей и 16,8% амбулаторных пациентов психиатра в США; 3% детей в Великобритании (Office for National Statistics Survey, 2000); до 10% детской популяции в России [1, 3, 4, 5]. Причём указывается, что распространенность СНВГ существенно зависит от наличия сопутствующих психологических проблем и заболеваний [6, 7, 9]. К долговременным последствиям детской гиперактивности причисляют злоупотребление алкоголем и наркотиками во взрослом возрасте, в тоже время у родителей с алкоголизмом, асоциальной психопатией и аффективными расстройствами чаще, чем среди населения, дети страдают СНВГ [2,6]. На устойчивость проблемы указывают исследования семейной наследственности по гиперкинетическому синдрому, сохранение на протяжении жизни импульсивности, порывистости в поведении [4]. Учитывая совокупность биологических, семейных и социальных составляющих синдрома, в качестве его проявления рассматриваются конфликтность и любые патологические формы поведения, независимо от возраста [5]. СНВГ – это полиморфный психопатологический хронический синдром, который классифицируется в МКБ-10 в разделе эмоциональных и поведенческих расстройств, начинающихся обычно в детском и подростковом возрасте, но сохраняющихся на протяжении жизни [1,7]. Однозначно принято, что СНВГ это биопсихосоциальная проблема, при которой главные этиологические факторы – биологические, а основные прогностические – психосоциальные, причём, с точки зрения социальных проблем, заметнее всего трудности контроля за поведением. Недостаточность социального опыта, необходимого для успешного социального функционирования и для осуществления позитивной социальной роли ребёнка, формируется, в том числе, условиями семейного воспитания. Различные неблагоприятные влияния, приводящие к лишению значимых для социально-психологического развития ребёнка факторов, в психологии обозначаются понятием «психическая депривация».

Результаты исследования. Нами была изучена ситуация семейного воспитания 194 подростков 13–16 лет с СНВГ, получающих психотерапевтическое лечение в Новгородском психоневрологическом диспансере. В обследуемой группе детей были выделены следующие формы психической депривации:

– когнитивная (депривация значений) при слишком изменчивой, хаотичной структуре внешнего мира без чёткого упорядочения и смысла, которая не дает возможности понимать, предвосхищать и регулировать происходящее извне;

- эмоциональная (депривация эмоционального отношения), при недостаточной возможности опыта для установления эмоционального отношения;
- социальная (депривация идентичности), при ограничении возможности для усвоения самостоятельной социальной роли.

Для диагностики уровня и вида депривации проанализированы и дифференцированы уровни социального развития ребёнка в области общения, в сфере детских эмоциональных переживаний, при формировании дружественных привязанностей к ровесникам, в сфере овладения речью, в области когнитивного развития, в сфере личности и самосознания детей.

Выявлено, что в группе пациентов с СНВГ присутствуют депривационные условия воспитания в $46,9 \pm 5,0\%$ случаев, в том числе: неадекватность заботы и контроля со стороны родителей ($11,2 \pm 3,2\%$), эмоциональная заброшенность детей ($9,2 \pm 0,3\%$), отсутствие обучающего и игрового опыта у ребенка ($7,1 \pm 0,3\%$), внутрисемейный разлад между взрослыми ($19,4 \pm 1,3\%$). У детей с СНВГ отмечались умеренные нарушения социального функционирования (60–51 баллов по шкале оценки социального функционирования) [1,7], проявляющихся в школьной неуспеваемости, ограниченности социальных интересов, трудностях в семейных взаимоотношениях, конфликтах со сверстниками и учителями. Следует отметить наличие у 32,1% пациентов нарушения эмоционально-личностного отношения к отдельным предметам, обучению в целом, педагогам, а также перспективам, связанным с учёбой. Дисфункция когнитивной сферы проявилась в низкой работоспособности пациентов. При этом в деятельности ребёнка отмечались проблемы с целеполаганием, в приёме и осмыслении задачи, планировании выполнения задания, умении пользоваться помощью.

Эмоциональные нарушения у $28,6 \pm 2,4\%$ пациентов проявлялись в рамках депрессивного расстройства, при котором отмечались нарушения работоспособности в течение значительной части учебного года. Наблюдалась прямая связь между неуспеваемостью и чрезвычайными ситуациями в семье (развод родителей, смерть близкого родственника), катастрофическими ситуациями: по 6,12 % конфликты между родителями и изменение места жительства в категории беженцев; в 4,08% пожар, дорожно-транспортное происшествие, наводнение, нападение собаки. Реакции носили характер затяжного эмоционально-вегетативного расстройства. У $22,0 \pm 3,3\%$ пациентов эмоциональная напряжённость сочеталась с неконтролируемым выражением разнообразных эмоций. Отмечались единичные регрессивные феномены в виде эпизодов энуреза. У $12,6 \pm 1,6\%$ пациентов в семье отмечалась хроническая алкоголизация одного из родителей, дети из данных семей имели низкую работоспособность, что проявлялось в

школе в виде периодов неуспеваемости по отдельным предметам. Присутствовали жалобы на частые головные боли в структуре невротического или неврозоподобного состояния, клинически проявляющегося в эпизодах эмоционально-поведенческой дисфункции (страхи, тики, заикание). К особенностям нарушений эмоциональной сферы у данной группы пациентов следует отнести сочетание депрессивного настроения с беспокойством, раздражительностью, несдержанностью, гневливостью. Знания, умения и академические навыки не соответствовали получаемому образованию, что расценивалось как следствие неблагополучной семейной ситуации. Нарушения поведения проявлялись в виде излишней двигательной активности, в отсутствии усидчивости на уроках, избегании заданий, требующих усидчивости, утрате контроля за учебной деятельностью, применении специальных усилий, направленных на учёбу, утомляемость с отказом от учебной деятельности, дезорганизации дневного распорядка, снижении контроля побуждений, произвольной регуляции деятельности, изменении адекватного реагирования на социальные ограничения, конфликты с учителями и соучениками.

В соответствии с многоосевой системой классификации МКБ–10 для детей с ММД, обнаруживших гиперкинетическое расстройство, [1] диагноз строился следующим образом:

Ось 1. Клинический психиатрический синдром:

F90. Гиперкинетическое расстройство.

Ось 2. Расстройства психологического развития:

F81.3. Смешанное расстройство развития учебных навыков (37,6%).

F82. Специфическое расстройство развития двигательных функций (11,8%).

F83. Смешанное специфическое расстройство развития (28,4%).

F89. Неспецифические расстройства развития (21,9%).

Ось 3. Сохранный интеллектуальный уровень.

Ось 4. Соматические или неврологические заболевания:

G93.4. Энцефалопатия неуточнённая.

Ось 5. Сопутствующие аномальные психосоциальные ситуации (54,7%):

Z55.8. Нестабильность в школе.

Z55.4. Плохая адаптация к учебному процессу, конфликты с учителями и соучениками.

Z62 Проблемы, связанные с воспитанием ребёнка ($46,9 \pm 5,0$), из них:

Z62.0. Неадекватность заботы и контроля со стороны родителей ($11,2 \pm 3,2$).

Z62.4. Эмоциональная заброшенность детей ($9,2 \pm 0,3$).

Z62.5. Отсутствие обучающего и игрового опыта у ребёнка ($7,1 \pm 0,3$).

Z63.8. Внутрисемейный разлад между взрослыми ($19,4 \pm 1,3$).

Ось 6. Оценка социального функционирования:

Код 60-51. Умеренные нарушения (школьная неуспеваемость, ограниченность социальных интересов, трудности в семейных взаимоотношениях, конфликты со сверстниками и учителями).

Заключение. При попытке объединить в единую систему психологическое функционирование и ситуацию воспитания детей в семье, феномен СНВГ в контексте, интересующем клинициста, являясь диагностическим признаком, отражает внешние проявления нарушенного механизма социализации. Поэтому СНВГ можно расценить как некоторую совокупность признаков, свидетельствующих о дезинтеграции личностно-психологических особенностей ребёнка в ситуации патогенного воспитания. Комплексный учёт характеристик состояния ребёнка по диагностическим векторам позволяет индивидуализировать диагностическую и прогностическую оценки, оптимизировать на этой основе тактику реабилитационных мероприятий в отношении конкретного больного.

Литература

1. Рори Никол Практическое руководство по детско-юношеской психиатрии. Британский подход: Пер. с англ.- Екатеринбург: УралИНКО, УралЦДИ, 2001. – 224с.
2. Baeyens D., Roeyers H., Demeyere I. et al. Attention-deficit/ hyperactivity disorder (ADHD) as risk factor for persistent nocturnal enuresis in children: A two-year follow-up study // *Acta Paediatr.* –2005. –Vol.94,N11. – P.1619–1625.
3. Barkley, R. A. Attention deficit hyperactive disorder: A handbook for diagnosis and treatment (3rd ed.)- New York: Guilford Press, – 2006. –688p.
4. Bellgrove M. A., Hawi Z., Gill M., et al. The cognitive genetics of attention -deficit/hyperactivity disorder (ADHD): sustained attention as candidate phenotype // *Cortex.* – 2006. – Vol.42,N6. – P. 838–845.
5. Biederman J., Faraone S. Attention –deficit hyperactivity disorder // *Lancet.* – 2005. –Vol.366. – P. 237–248.
6. Bloschi L., Depressed children: The role of the family // *Int. J. Psychology*, 1996. – v.31,issues 4. –P.146.
7. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4-th Ed. – Washington, 1994.
8. Helmerich R. Historical Definitions and Nomenclatures of the Label “ADHD”: An Investigatin into Attention- deficit and Hyperactivity Behavior through Time.-Wisconsin-Stout: The Graduate School University of Wisconsin-Stout, 2006. – 106p.
9. Redmond S. M., Thompson H. L., Goldstein S. Psycholinguistic profiling differentiates specific language impairment from typical development and from attention- deficit/ hyperactivity disorder // *J.Speech. Lang. Hear Res.* – 2011. – Vol.54,N 1. – P.99–117.
10. Skounti M., Giannoukas S., Dimitriou E., et al. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in schoolchildren in Athens, Greece.Association of ADHD subtypes with social and academic impairment // *Atten.Defic.Hyperact. Disord.* – 2010. – Vol.2,N 3. – P.127–132.

Б. Б. Фишман, Ю. М. Родионова, П. В. Стариков

**КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА БЛИЖАЙШЕГО
ОКРУЖЕНИЯ БОЛЬНОГО С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ИНСУЛЬТОМ НАХОДЯЩИХСЯ
В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ВО ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ (ДОМАШНИХ)
УСЛОВИЯХ**

*Новгородский государственный университет им. Ярослава Мудрого,
Великий Новгород, РФ*

Резюме. Представлены особенности психического статуса ближайшего окружения больного мозговым инсультом находящегося в восстановительном периоде в домашних условиях.

Ключевые слова: мозговой инсульт, реабилитация на дому, психический статус ближайшего окружения.

Актуальность проблемы. В Российской Федерации средний показатель смертности от сосудистых заболеваний мозга в 2008 г. составил 283,1 случаев на 100 тысяч жителей, что в 5 раз превышает аналогичный показатель в странах Европы – членах ЕС (62,3 на 100 тысяч населения в год). В структуре общей смертности в России доля инсульта составляет 21,4% [Гусев Е.И., 2003]. Летальность в остром периоде инсульта в нашей стране достигает 35%, увеличиваясь на 12–15% к концу первого года после перенесенного инсульта, инвалидность после инсульта составляет 3,2 на 1000 населения, а к труду возвращается не более 20% больных [Виленский Б. С., 2002, Варакин Ю. Я., Суслина З. А., 2007]. В РФ достоверные статистические данные о частоте новых случаев инсульта, и смертности от него, до настоящего времени отсутствуют. Так, например, показатели смертности от цереброваскулярных заболеваний по данным Регистров, превышают аналогичные показатели официальной статистики в 2,5–3,0 раза [Скворцова В. И., 2002]. Как отмечает Варакин Ю. Я. (1998), Верещагин Н. В. (2001) около 16% больных умирает в течение первого года после инсульта, всего лишь 10% восстанавливаются, 25% восстанавливаются с минимальными нарушениями, 40% имеют выраженные нарушения, 10% требуют постоянного ухода, у многих развивается повторный инсульт в течение первого года. Особенности таких больных являются, как правило, пожилой возраст старше 70 лет, госпитализированные больные находятся в очень тяжёлом состоянии (более 60% – тяжёлое и среднетяжёлое состояние), высока

частота развития повторного инсульта. Среди них основной причиной смертности является именно повторный инсульт в 70% случаев.

Больные, пережившие инсульт не могут впоследствии вернуться к привычной жизни, теряют трудоспособность или надолго прикованы к постели. Инсульт изменяет социально-экономическое положение семьи и существенно влияет на экономику страны. Заболевшие требуют постоянного ухода, который обеспечивают родственники пострадавшего, либо немногочисленные реабилитационные центры.

Организация восстановительного лечения постинсультных пациентов также остается на низком уровне и требует качественного улучшения и реорганизации. Поэтому, необходимы действенные меры по поиску путей совершенствования реабилитации пациентов после инсульта. Однако до сих пор, несмотря на практическую и теоретическую актуальность проблемы, в литературе недостаточно работ, посвященных мультидисциплинарному подходу к организации помощи больным с инсультом. Практически отсутствуют исследования, описывающие ближайшее окружение постинсультного больного. Вышесказанное определяет актуальность данной работы, её цели и задачи.

Цель исследования – комплексная оценка психического статуса ближайшего окружения больного с церебральным инсультом, находящихся в восстановительном периоде во внебольничных (домашних) условиях.

Материалы и методы

Методом простой случайной выборки в соотношении 1:4 выбран 281 пациент, выписанный в 2009 г. из неврологического отделения ММУ «Первая городская клиническая больница» Великого Новгорода после острого периода церебрального инсульта, для прохождения восстановительного периода на дому, из них 215 городских жителей и 66 – сельских. В конце острого периода заболевания был оценён неврологический статус (оценка независимости больного в повседневной жизни с помощью индекса Бартел (Barthel ADL Index), всем респондентам была предложена психометрическая методика для выявления отношения к собственной болезни ТОБОЛ. Стратификация произведена по полу, типу МИ, возрасту, длительности заболевания и месту поселения. Оценён психологический статус ближайшего окружения больного (281 родственник), среди которых одновременно дана оценка их социального статуса и отношения к больному, изучен с помощью опросника Ч. Д. Спилбергера – Ю. Л. Ханина уровень реактивной и личностной тревожности, определён индекс агрессивности и враждебности по данным шкалы Басса–Дарки, оценено качество жизни по опроснику SF-36 (Short Form), предложенному Ware J.E.& Sherbourne C.D. По сформированной базе

данных выполнены аналитические исследования с разработкой математических моделей зависимости реакции ближайшего окружения, его качества жизни от состояния больного.

Результаты собственного исследования. Для определения системы интеркорреляционных связей между параметрами, характеризующими группы наблюдений, нами осуществлён корреляционно–регрессионный анализ, визуализированный при помощи тернарных графиков с расчётом аппроксимирующих уравнений. Установлено, что между показателями возраста, длительности случая наблюдения и величиной индекса Бартел существует различная математическая зависимость с учетом диагноза, пола и места поселения пациентов. Отмечено значение возраста в реабилитационном периоде при оценке мужчин, проживающих в городской местности. При оценке типа отношения к собственной болезни независимо от пола, типа МИ, места жительства у больных мозговым инсультом, находящихся в позднем реабилитационном периоде, проходящем в домашних условиях, сформировался доминантный апатический тип. Вторым по рангу является неврастенический тип. Среди женщин отмечается наличие комбинации типов. На фоне доминантного апатического и неврастенического типов среди них отмечается наличие сенситивного, паранойяльного и эгоцентрического типов. Вместе с тем, приведенные в главе данные указывают на многообразие встречающихся типов отношения к собственной болезни у пациентов, зависящих от типа мозгового инсульта, пола и места проживания. С наибольшей частотой среди пациентов встречается апатический (17,1%), неврастенический (14,6%), паранойяльный (14,6%), сенситивный (12,2%), тревожный и ипохондрический (по 9,8%), эгоцентрический и эйфорический (по 7,3%), обсессивно-фобический (4,9%) и эргопатический тип (2,4%).

Показано (табл.1), что, оценивая основные составляющие индекса Басса–Дарки, среди ближайшего окружения наиболее значимыми показателями являются чувство вины и вербальная агрессия. Можно отметить, что индекс агрессивности значительно ниже нормы ($21,0 \pm 4,0$). Одновременно индекс враждебности, независимо от пола, превышает норму ($6,0-7,0 \pm 3,0$). Тем самым, представленные данные весьма отчётливо констатируют доминантный характер враждебности по отношению к больным, находящимся в восстановительном периоде, осуществляемого непосредственно в домашних условиях. Очевидно, подобное отношение связано с состоянием больного, лишённого возможности к самообслуживанию. Трёхмерная модель позволила выявить значимые статистические различия, могущие быть отражёнными в виде характеристики взаимосвязи между величиной индекса агрессии и враждебности, полом и значениями индекса Бартел по величине аппроксимирующей линейной функции:

Таблица 1

Гендерные различия индекса враждебности и агрессивности

Индекс враждебности	
Мужчины	$Z=1,5663+3,857*x - 0,379*y - 0,243*x*x + 0,034*x*y - 0,02*y*y$
Женщины	$Z=1,296+1,755*x+0,611*y - 0,068*x*x - 0,0005*x*y - 0,034*y*y$
Индекс агрессивности	
Мужчины	$Z=18,385+0,065*x - 0,914*y - 0,045*x*x + 0,112*x*y - 0,028*y*y$
Женщины	$Z=9,826 - 0,651*x + 0,656*y - 0,009*x*x + 0,065*x*y - 0,038*y*y$

Зная значения показателя индекса Бартел, пол больного по представленным моделям можно рассчитать уровень агрессии и враждебности по отношению к больному.

Проведёнными нами исследованиями установлено, что независимо от типа мозгового инсульта, места поселения и пола лиц, занятых уходом за больными, среди них выражена высокая степень личностной тревожности (ЛТ), превышающей 45–50 баллов.

Комплексная оценка всех параметров, оказывающих влияние на значения ЛТ, показала, что на величину ЛТ оказывает влияние значения индекса Бартел, тип МИ, а также место поселения. Подобная оценка может быть отражена в виде математической модели, позволяющей по одному из показателей рассчитать остальные показатели.

Таким образом, приведённые данные показали, что на отношение ближайшего окружения к больному МИ оказывает влияние его возможность к самообслуживанию, что вызывает тревожность и, в первую очередь, чувство вины перед больным. Оказание помощи больному затруднено из-за отсутствия специальной психологической и медицинской подготовки (учитывая тип отношения к собственной болезни у больного).

При оценке качества жизни (КЖ) ближайшего окружения больного мозговым инсультом установлено, что общее состояние здоровья ближайшего окружения находится в пределах 45–55 баллов. При сравнительном анализе с учётом места поселения КЖ в сельской местности составляет в среднем 50,23 балла, в городе – 50,8 балла. Социальное функционирование (SF) наименее выражено в сельской местности при уходе за мужчинами, больными ВМК (36,13 балла) и женщинами, больными ВМК, проживающими в городе (38,5 балла). В тоже время по средним показателям SF составил в городе 42,3 балла, в сельской местности – 42,9 балла. Приведённые данные по интенсивности боли не являются характерными для лиц, занятых уходом за больными МИ, и поэтому представлены максимальным количеством баллов. Так средний показатель лиц, проживающих в городской местности, составил 62,5 балла, в сельской – 61,9 балла.

Диапазон колебаний составил от 56,5 балла до 74,58 балла. Физическое функционирование (PF), или физическая активность лиц, занятых уходом за больным МИ напрямую связана с физическим состоянием пациента. Чем хуже состояние больного, тем больше усилий требует он по уходу и наоборот. По нашим данным величина PF наиболее высока в городской местности (64,9 балла) при 53,7 балла в сельской местности. Самое высокое значение физического функционирования отмечено при уходе за мужчинами, больными ВМК (77,5 балла), проживающих в городе, и женщин, больными ВМК (65 балла), проживающих в сельской местности. Наименее выражена величина PF среди лиц, занятых обслуживанием больных ВМК (40,63 балла), проживающих в сельской местности.

При оценке ролевого функционирования (RP), обусловленного физическим состоянием наибольшие проблемы со здоровьем отмечены среди сельских жителей (37,3 балла) при 48 баллах среди горожан. Наименее низкие баллы, а значит и наибольшие проблемы с физическим здоровьем отмечены у лиц, занятых уходом за больными мужчинами, больными ВМК (15,63 балла) и ИИ (35,23 балла) проживающих на селе. В тоже время среди аналогичных больных, живущих в городе, величина RP составила 62,5 балла (больные ВМК) и 43,83 балла (больные ИИ). Среди лиц, занятых уходом за женщинами, величина RP составила в среднем 45 баллов независимо от места проживания и типа МИ с небольшим преимуществом в баллах среди лиц, проживающих в сельской местности.

Таким образом, показатели RP значительно хуже, чем оценка непосредственно физического состояния.

При оценке жизненной активности можно отметить наличие более низких средних показателей среди сельских жителей (48,7 балла); среди городских – 53,9 балла. Наименее низкие баллы, а значит и наибольшие проблемы с физическим здоровьем отмечены у лиц, занятых уходом за больными мужчинами, больными ВМК (41,25 балла), и женщинами, больными ИИ (47,04 балла), проживающих на селе. Среди сельских жителей наиболее подавлено ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием. Подобное явление связано с неподготовленностью ближайшего окружения к длительному периоду восстановления, особенно двигательных функций у больных МИ, недостаточностью медицинского обслуживания на селе.

В тоже время психическое здоровье с учётом места поселения не носит значительных различий (величина МН среди сельских жителей составляет 55,5 балла, среди горожан – 58,6 балла). Наиболее высокие баллы отмечены среди лиц, занятых уходом за женщинами, больных ВМК, независимо от места поселения.

При оценке суммарного физического компонента здоровья выявлено, что независимо от типа МИ, места проживания и пола лиц, занятых уходом за больными МИ, величина суммарного физического компонента здоровья находится в одном статистическом коридоре, за исключением лиц, занятых уходом за мужчинами, больных МИ и проживающих в сельской местности. Очевидно, это связано с ролью мужчин в семье, проживающей в сельской местности. Аналогичное место в семье занимают женщины, проживающие в городе (39,18 балла среди лиц, занятых уходом за женщинами, больных ВМК).

Следовательно, больные, оставленные на прохождение восстановительного периода на дому, оказывают значительное влияние на суммарный физический компонент здоровья лиц, занятых уходом за ними. Причина заключается в отсутствии условий для ухода и знаний у данных лиц, что значительно утяжеляет процесс прохождения реабилитации. Наиболее страдает в процессе реабилитации на дому суммарный психический компонент здоровья среди ближайшего окружения больного. Состав лиц, оказывающих уход за больными, представлен, как правило, родственниками, которые вынуждены ежедневно наблюдать за немощным состоянием родного человека, и не в состоянии оказать ему помощь в полном объеме. Наиболее выражен данный процесс в сельской местности. Поэтому, данный показатель указывает на невозможность прохождения восстановительного периода на дому, и требует организации специализированных отделений на селе – при участковых больницах, в городе – при больницах сестринского ухода или реабилитационных отделениях сосудистых центров. Подтверждается сделанный вывод при проведении специального анализа с применением тау-статистики Кендалла с учетом Z-теста.

Таким образом, представленные данные указывают на значительное ухудшение качества жизни среди лиц, занятых уходом за больными мозговым инсультом в восстановительном периоде.

Литература

1. Бурлачук Л. Ф. Индивидуально-психологические особенности больных сердечно-сосудистыми заболеваниями в процессе их социальной адаптации / Л. Ф. Бурлачук, Е. Ю. Коржова // Психол. журнал. 1992. Т. 13. № 3. С. 112–120.
2. Варакин Ю. Я. Эпидемиологические аспекты профилактики острых нарушений мозгового кровообращения: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1994.
3. Верещагин Н. В. Регистры инсульта в России: – результаты и методологические проблемы / Н. В. Верещагин, Ю. Я. Варакин // Журнал неврологии и психиатрии (приложение «Инсульт»). 2001. Т. 1. С. 34–40.
4. Виленский Б. С. Инсульт: профилактика, диагностика и лечение. – СПб, 2002. – 397 с.
5. Гусев Е. И. Эпидемиология инсульта в России / Е. И. Гусев, В. И. Скворцова, Л. В. Стаховская // Журн. неврологии и психиатрии. Прил. Инсульт. 2003. № 8. С. 4–8.
6. Скворцова В. И. Вторичная профилактика инсульта / В. И. Скворцова, И. Е. Чазова, Л. В. Стаховская. М.: ПАГРИ, 2002.

7. Суслина З. А. Сосудистые заболевания головного мозга: Эпидемиология. Основы профилактики / З. А. Суслина, Ю. А. Варакин, Н. В. Верещагин М.: МЕД пресс-информ. 2006. 256 с.

Л. В. Любомирова, Е. Н. Рожков

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ПО ПРОБЛЕМАМ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ С ЦЕЛЬЮ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

*Новгородский государственный университет им. Ярослава Мудрого,
Великий Новгород, РФ*

Резюме. Волонтерское объединение студентов Медицинского колледжа МПК НовГУ «Молодые – молодым» занимается профилактикой наркомании, алкоголизма, курения и ВИЧ-инфицирования в молодежной среде.

Ключевые слова: профилактика, информированность, наркомания, алкоголизм, курение, ВИЧ-инфицирование, молодежная среда.

Эта работа является частью профессиональной подготовки будущих медиков. Она даёт студентам колледжа возможность укрепить профессиональные навыки, получить дополнительную информацию, реализовать свои творческие способности, продемонстрировать самостоятельность и социальную активность. Студенты медицинского колледжа работают по программе «Молодёжь против химической зависимости и ВИЧ-инфицирования», используя принцип «peer education».

В состав волонтерского объединения входят лучшие студенты колледжа, самые активные, целеустремлённые, амбициозные. Или они становятся такими, попав в ряды волонтеров.

Созданное в 1999 г. преподавателем спецдисциплин Людмилой Любомировой волонтерское объединение «Молодые – молодым» из дополнительной формы обучения превратилось в самобытное социально-творческое явление.

Сейчас в работе студенческого волонтерского объединения «Молодые – молодым» находятся 3 проекта:

- ❖ Школа волонтеров
- ❖ Школы здорового образа жизни
- ❖ «Арт-профилактика»

С 2004 г. работает Школа волонтеров, в рамках которой волонтеры объединения обучают своих сверстников из немедицинских учебных заведений Великого Новгорода и

Новгородской области работе по профилактике химической зависимости и ВИЧ-инфицирования.

С 21 декабря 2011г. началась регулярная работа волонтеров и руководителей объединения «Молодые – молодым» в рамках Школы здорового образа жизни. Теперь каждую неделю «Молодые – молодым» проводят занятия по профилактике химической зависимости и ВИЧ-инфицирования в одной из школ Великого Новгорода. В программе занятий – актуальная информация о заболеваемости в России, в мире и в Новгородской области, творческие работы волонтеров, интерактивные эпизоды (тренинг).

За первые три месяца работы в составе Школы здорового образа жизни занятия с участием волонтеров состоялись в школах № 8, 10, 14, 16, 23, 25, 27, 31, 33, гимназиях №1, 2, 3, в педагогическом лицее эта работа продолжается и в этом году.

Мало сообщить сверстникам сведения медицинского характера, нужно добиться эмоционального переживания проблемы. И сделать это нужно так, чтобы не потерять ни достоверности, ни полноты содержания.

Метод, который используют волонтеры, называется «Арт-профилактика», суть которого в полноценном объединении ресурсов образовательных, медицинских и творческих учреждений на постоянной основе.

Если арт-терапия стремится отвлечь человека от наркотиков, табака, алкоголя, то арт-профилактика, наоборот, заставляет пристальнее рассмотреть эти явления, обнажить механизм их действия, поставить эмоциональный барьер пагубным привычкам.

А это невозможно без помощи специалистов самого высокого уровня.

С первых лет «Молодые – молодым» работают в контакте со специализированными учреждениями, посещают больницы и реабилитационные центры. Хороший пример – сотрудничество с Центром по профилактике и борьбе со СПИД «Хелпер».

Совместными усилиями были проведены яркие, эмоционально насыщенные акции такие, как «Урок письма о СПИДе», серия социальной рекламы «По данным центра «Хелпер», театрализованное представление–мистерия «Схватка со СПИДом».

Опыт такого сотрудничества и лёг в основу проекта «Арт-профилактика». Его подробности изложены в сборнике методических материалов, который составили руководители объединения Людмила Любомирова и Евгений Рожков на основе опыта работы объединения «Молодые – молодым». Считаем, что такой опыт будет полезен нашим коллегам.

В рамках проекта «Арт-профилактика» волонтеры скомпоновали лучшие видеоматериалы своей коллекции, которую собирали несколько поколений студентов,

снабдили их комментариями специалистов, педагогов, врачей, общественных деятелей, добавили собственные рассуждения и вопросы.

И весь этот информационный массив записали на DVD, выложили в Интернет на собственном сайте. И назвали такую акцию «Видеоквилт» по аналогии с одним из символов борьбы со СПИДом – лоскутным полотнищем квилтом.

Необходимость такой акции диктовалась возросшей активностью, так называемых СПИД-диссидентов, утверждающих, что никакого СПИДа нет, что ВИЧ – это мистификация, выдумка фармацевтических компаний в погоне за прибылью.

Это далеко не безобидная ситуация. Под влиянием СПИД-диссидентов некоторые ВИЧ-инфицированные беременные женщины отказываются от назначенного лечения и подвергают своих детей опасности появиться на свет неизлечимо больными.

«Видеоквилт» поддержали:

- о председатель комитета по охране здоровья населения Новгородской области Г. В. Михайлова,
- о главный врач центра «Хелпер» С. А. Бузунова,
- о ректор Новгородского государственного университета В.Р. Вебер,
- о начальник отделения Управления федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков по Новгородской области А. Г. Митюнов,
- о зав кафедрой инфекционных болезней Института медицинского образования НовГУ Г.С. Архипов.

В рамках проекта «Арт-профилактика» была подготовлена мистерия «Схватка со СПИДом» (15 мая 2011 г).

Накануне очередного занятия Школы волонтеров по теме «Колледжи Новгородской области – антитабачная зона» волонтеры провели выборочное анкетирование студентов колледжа по проблеме курения. Само занятие состоялось 17 апреля 2012 г. Волонтеры показали обновленную версию театрализованного представления «Но можно не курить».

Смысловым центром занятия стало обсуждение проекта Федерального закона «Об ограничении вреда здоровью населения вследствие употребления табака», внесенного на рассмотрение в Государственную Думу Российской Федерации.

Это один из самых жестких законопроектов по борьбе с курением, и у него наверняка найдется немало противников. Значит, огромную роль будет играть общественное мнение. Поэтому волонтеры постарались разъяснить слушателям основные положения этого документа, используя видеоматериалы, таблицы, развернули дискуссию,

представили различные точки зрения, активно вовлекая в обсуждение слушателей Школы волонтеров.

Для них волонтеры подготовили специальный информационный пакет, который позволяет провести подобную акцию самостоятельно в своих учебных заведениях. В Медицинском колледже такая акция состоялась 31 мая 2012 г. – во Всемирный день без табака. И в апреле 2012 г. состоялось **первое полноценное** воплощение идеи проекта «Арт–профилактика»!

Специалисты Муниципального автономного учреждения культуры «Городской центр культуры и досуга имени Н. Г. Васильева» обратились к волонтерам объединения «Молодые – молодым» с предложением провести совместную молодежную профилактическую акцию «Забей!» на летней эстраде кремлевского парка. 28 апреля 2012 г. состоялась премьера «Убить дракона». 20 мая на той же площадке волонтеры показали новую версию этого представления, посвященную Международному дню памяти умерших от СПИДа. 26 июня в Городском центре культуры и досуга прошла еще одна совместная акция «Спорт, молодость, грация – против наркотиков» для подростков-волонтеров и учреждений культуры, посвященная Международному дню борьбы с наркотиками.

Нетрудно заметить, насколько повысилась эффективность работы волонтеров в результате сотрудничества с Центром культуры и досуга имени Васильева. За два месяца – три акции с участием не менее 500 зрителей! Это и есть цель проекта «Арт–профилактика».

Новый учебный год начался с Дней открытых дверей волонтерского объединения «Молодые – молодым» (8 ноября 2012 г.). 22 ноября 2012 г. состоялось занятие Школы волонтеров по теме «Знать ВИЧ/СПИД – значит жить».

Всемирный день борьбы против СПИДа волонтеры объединения «Молодые – молодым» превратили в месячник. Это объясняется тревожной эпидемиологической ситуацией по ВИЧ/СПИДу в России и в Новгородской области. По темпам роста заболеваемости Новгородская область в этом году занимает первое место в Северо-Западном регионе. В рамках месячника было проведено анкетирование новгородских школьников и студентов.

Цель данного исследования – выявить уровень информированности по проблеме ВИЧ–инфицирования в молодежной среде.

Гипотеза – показатели прироста ВИЧ–инфекции в молодежной среде могут быть снижены, если активно внедрять разнообразные методы первичной профилактики ВИЧ–инфекции среди старшеклассников и студентов.

В соответствии с целью и гипотезой поставлены следующие задачи:

1. Исследовать уровень информированности, определить в каких вопросах по инфекционному заболеванию имеется недостаток знаний.
2. На основании результатов исследования, определить в каких учебных коллективах требуется коррекция знаний по вопросам ВИЧ–инфицированности.

Для решения поставленных задач использовались следующие методы:

1. Изучение материалов
 - а) ЮНЭЙДС о борьбе с ВИЧ–инфекцией в России
 - б) Европейского плана действий по ВИЧ/СПИД на 2012–2015 гг.
 - в) Статистических данных эпидемической ситуации по ВИЧ–инфекции на административных территориях Новгородской области за 2012 г.

Вопросы и результаты анкетирования:

Таблица 1

Анкета для проверки знаний по проблеме ВИЧ/СПИДа

(указать номер ответа)

№	Утверждение	«верно» 1	«неверно» 2	«не знаю» 3
1.	Многие ВИЧ–инфицированные люди могут выглядеть и чувствовать себя здоровыми			
2.	ВИЧ–инфицированные всегда заражают других, если выглядят и чувствуют себя здоровыми			
3.	ВИЧ–инфекцию можно лечить			
4.	ВИЧ–инфекцию можно вылечить			
5.	ВИЧ передается через сперму, вагинальный секрет, кровь, грудное молоко			
6.	ВИЧ передается через слюну, слезы, пот.			
7.	ВИЧ передается при поцелуях, через рукопожатие			
8.	Можно заразиться ВИЧ–инфекцией, делая татуировку, пирсинг			
9.	ВИЧ–инфицированная женщина не может родить здорового ребенка			
10.	Некоторые насекомые передают ВИЧ			
11.	ВИЧ–инфекция выявляется только путем лабораторного исследования			
12.	Отрицательный результат лабораторного исследования всегда говорит об отсутствии инфекции			
13.	ВИЧ–инфицированные не всегда выглядят больными			
14.	Можно заразиться ВИЧ, если есть пищу, приготовленную ВИЧ–инфицированным человеком			
15.	ВИЧ–инфицированный ребенок может посещать детский сад и школу			
16.	Женщины реже заражаются ВИЧ–инфекцией, чем мужчины			
17.	Можно обследоваться на ВИЧ–инфекцию анонимно и бесплатно			
18.	Можно заразиться ВИЧ, если пить из одного стакана с ВИЧ–инфицированным			
19.	Сейчас чаще всего заражаются ВИЧ–инфекцией половым путём			
20.	В развитых странах высокая заболеваемость ВИЧ–инфекцией			
21.	В России заболеваемость ВИЧ–инфекцией снижается			
22.	Сейчас в группу риска по ВИЧ–инфекции входят все			

Таблица 2

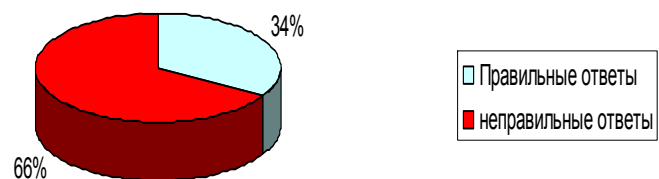
Итоговые данные с указанием номеров ответов, вызвавших наибольшие затруднения у респондентов

	Анketируемые учреждения	Количество участников	Количество неправильных ответов	Номера вопросов, вызвавших затруднение
1.	ГУСЭ (Государственный университет сервиса и экономики)	36	345 (44%)	2,4,10,12,13,15,16,20,22
2.	МАОУ СОШ №2	101	637 (29%)	2,9,10,12,13,16,20,21,22
3.	МАОУ СОШ №4	18	121 (31%)	2,13,12,20,22
4.	МАОУ СОШ №13	123	1072 (40%)	2,9,10,12,13,16,20,21,22
5.	МАОУ СОШ №10	38	316 (38%)	2,9,12,13,15,16,20,21,22
6.	МАОУ СОШ №22	47	261 (25%)	2,13,20
7.	Вечерняя школа	103	978 (43%)	2,9,12,13,15,16,20,21,22
8.	Гимназия №2	174	84 (21%)	2,12,13,16,20
9.	Гимназия «Квант»	40	358 (41%)	2,9,10,11,12,13,15,16,20,22
10.	Гимназия «Новоскул»	118	884 (34%)	2,3,9,10,13,16,20
11.	Химико-индустриальный техникум	157	774 (22%)	2,9,10,12,13,20,21
12.	Гуманитарно-экономический колледж	132	1334 (46%)	2,9,10,12,15,16,18,20,21,21,22
13.	Медицинский колледж	124	1110 (41%)	2,9,10,11,12,13,15,16,19,20,21
14.	Строительный колледж	60	711 (54%)	2,9,10,11,12,13,15,16,20,21,22

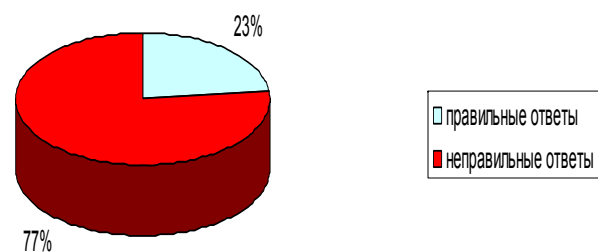


Рис. 1. Анализ результатов анкетирования

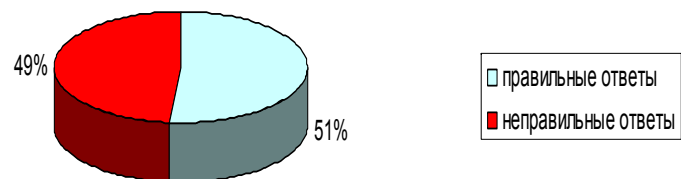
Утверждение №2
"ВИЧ-инфицированные всегда заражают других, если выглядят и чувствуют себя здоровыми."



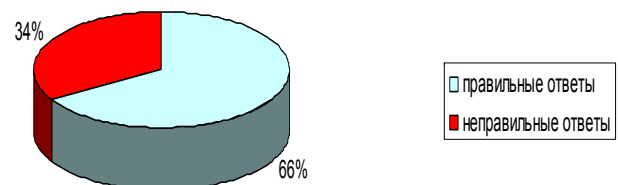
Утверждение №13
"Вич-инфицированные не всегда выглядят больными."



Утверждение №12
"Отрицательный результат лабораторного исследования всегда говорит об отсутствии инфекции."



Утверждение №15
"ВИЧ-инфицированный ребенок может посещать детский сад и школы."



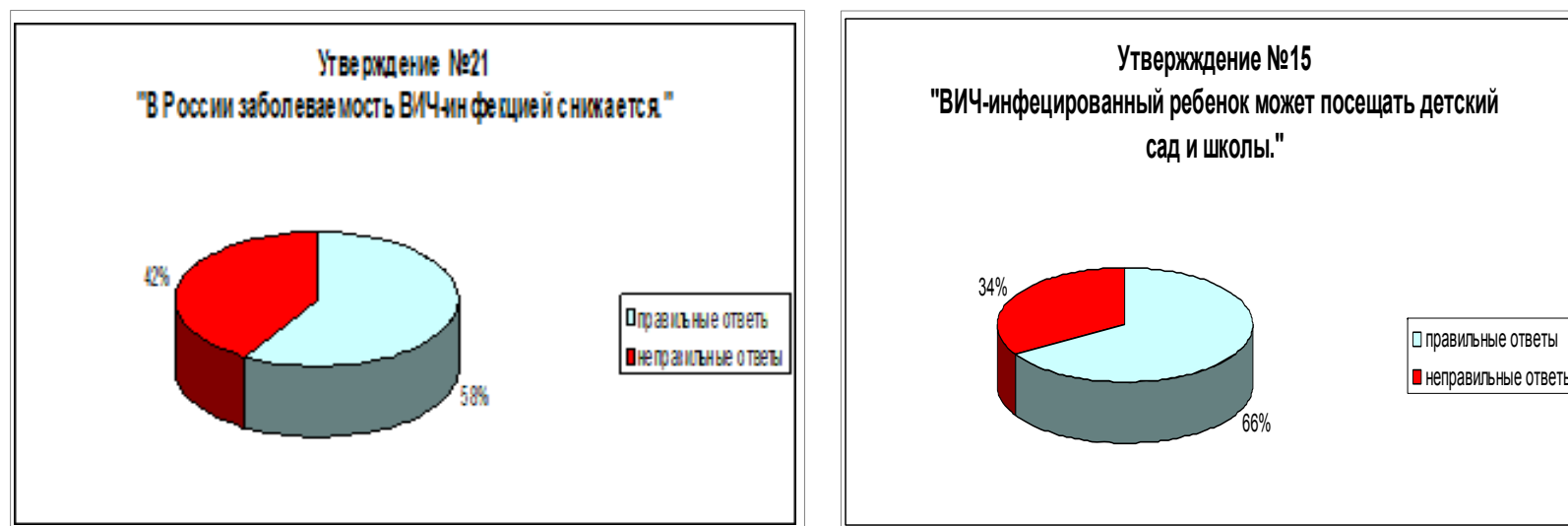


Рис. 2. Вопросы, которые вызвали наибольшие затруднения у всех анкетированных.

Выводы по данному исследованию:

1. Исследование показало, что недостаточность знаний по проблеме ВИЧ-инфекции имеется во всех анкетированных учреждениях.
2. По результатам анкетирования определен круг вопросов по информированности ВИЧ-инфицирования, на которые необходимо обратить внимание при проведении профилактической работы.

СОДЕРЖАНИЕ

Вебер В. Р. Предисловие.....	3
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ	
Лисицин В. И., Архипова Е. И., Залилов Р. Ю., Бьюкенен Д., Араева Н. Разработка совместной образовательной программы для подготовки специалистов по общественному здоровью и здравоохранению в рамках российско–американского проекта.....	4
Прошина Л. Г., Григорьева М. В., Фёдорова Н. П. Оптимизация самостоятельной работы студентов на морфологических дисциплинах для повышения качества образования с позиций новых образовательных стандартов.....	14
Залилов Р. Ю., Лисицин В. И., Босхонджиев А., Лебедева Н. А. Уровневая система подготовки по медицинским специальностям в новгородском и массачусетском университетах: совместная образовательная программа.....	19
Никитина Н. Н., Архипова Е. И. Эффективность новых программ по ФГОСУ по дисциплинам кафедры микробиологи, иммунологии и инфекционных болезней.....	25
ГЛОБАЛЬНОЕ И ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ	
Бьюкенен, Дэвид Р. Взаимодополняющие роли общественного здравоохранения и медицины в системе оказания медицинской помощи США.....	28
Азовцева О. В., Архипов Г. С., Бузунова С. А., Архипова Е. И. Эпидемия ВИЧ-инфекции и принципы организации ее профилактики.....	40
Лисицин В. И., Федченко П. Ю. Региональные тенденции и динамика основных причин смертности населения.....	55
Карбон, Елена Т., Бьюкенен, Дэвид Р. Практическое применение метода исследования с участием местного населения для борьбы с хроническими неинфекционными заболеваниями.....	66
Линовски, Сэлли А., Ди Фульвио, Глория Т. Программа снижения злоупотребления алкоголем среди студентов.....	78
Муза, Дж., Мишекурин В. Ю., Никитина Н. Н. Курение и потребление алкоголя матерью как факторы, влияющие на вес новорождённых.....	99
Араева Н., Неваленная А., Бьюкенен, Дэвид Р. Общественная политика, голоса и ответы граждан на снижающуюся рождаемость в пост-советской России.....	111
Глущенко В. В. Ситуация семейного воспитания у подростков, страдающих гиперкинетическим расстройством.....	122
Фишман Б. Б., Родионова Ю. М., Стариков П. В. Комплексная оценка психического статуса ближайшего окружения больного с церебральным инсультом находящихся в восстановительном периоде во внебольничных (домашних) условиях.....	127
Любомирова Л. В., Рожков Е. Н. Информированность по проблемам ВИЧ-инфицирования в молодежной среде с целью формирования здорового образа жизни.....	133

**МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОБЛЕМ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ. РОССИЙСКИЕ И
АМЕРИКАНСКИЕ ПОДХОДЫ К РЕШЕНИЮ ПРОБЛЕМ**

Сборник статей в рамках российско-американского проекта
«Продвижение теории и знаний в науках общественного здоровья по вопросам глобального
общественного здоровья»

Подписано к печати 18.12.2012 г. Формат 60×84/8

Гарнитура Times New Roman.

Усл.печ. л. 8,3. Тираж 300 экз. Заказ № 182

Отпечатано в ЗАО «Новгородский технопарк».

173003, Великий Новгород, ул. Б. Санкт-Петербургская, 41

Тел. (816 2) 73-17-05