

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОДВИЖЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ

Материалы III Международной
научно-практической конференции
(Гомель, 21 октября 2010 года)

Основан в 2006 г.

Выпуск 3

Гомель
ГомГМУ
2010

Средний возраст первого употребления спиртного для студентов как из города, так и из села составил 14,7 лет. Для наибольшей доли респондентов, независимо от проживания до поступления, первым в жизни алкогольным напитком стало шампанское. Первокурсникам из городов впервые предлагали алкоголь чаще родители или друзья, студенты из сельской местности чаще пробовали алкоголь впервые по собственной инициативе, дома. Более половины опрошенных (несколько чаще — жители города) употребляли алкогольные напитки в течение последнего месяца, причем городские ребята предпочитали пиво («чтобы расслабиться», «для большего развлечения», «для здоровья»), студенты из села — водку («из-за семейных праздников», «для поддержки хорошего тоста»). Небольшая часть первокурсников (3 %, все — жители села) ответили, что употребляют алкоголь из-за неудач в университете.

Последствия употребления алкоголя, согласно ответам первокурсников, статически значимо не отличались у проживающих до поступления в городе и в селе, за исключением такого, как сексуальный контакт, чаще указываемый студентами из города (6 % городских студентов и 1,3 % первокурсников из села, $\chi^2 = 5,53$, $p = 0,02$). В то же время студенты из села чаще подвергались насилию со стороны пьяного человека (8 % сельских студентов и 3,6 % городских, $\chi^2 = 4,2$, $p = 0,04$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Ferguson, G. M. Self-esteem among Jamaican children: exploring the impact of skin color and rural/urban residence / G. M. Ferguson, Cramer // Journal of Applied Developmental Psychopathology — 2007. — № 28. — P. 345–359.
2. Киселышина, О. А. Социально-экономические факторы, детерминирующие приобщение российских подростков к потреблению психотропных веществ / О. А. Киселышина // Интернет-конференция «Дети и молодежь» / Федеральный образовательный портал «Экономика. Социология. Менеджмент». Государственный университет — Высшая школа экономики, лаборатория гендерных проблем Института социально-экономических проблем народонаселения РАН. Исследовательский комитет «Социология здоровья и здравоохранения» Российского общества социологов (РОС). Институт социологии РАН, Москва, 01.03. — 04.04.2010. — [Электронный ресурс]. — 2010. — Режим доступа: <http://www.ecsocman.edu.ru/db/msg/334891.html>. — Дата доступа: 01.04.2010.
3. Wills, T. A. Stress and smoking in adolescents: a test of directional hypotheses / T. A. Wills, J. M. Sandy, A. M. Yaeger // Health Psychology. — 2002. — № 21. — P. 122–130.
4. Social image factors as motivators of smoking initiation in early and middle adolescence / J. Barton [et al.] // Child development. — 1982. — № 53. — P. 1499–1511.

УДК 613.96:316.356.2

МЕДИЦИНСКАЯ И ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ШКОЛЬНИКОВ СТАРШИХ КЛАССОВ КАК ИНДИКАТОР МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ СЕМЬИ, ВОСПИТЫВАЮЩЕЙ ПОДРОСТКА

Тищенко Е. М., Сурмач М. Ю.

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Здоровье детей и подростков — актуальная медико-социальная проблема для Беларуси. Известно, что ранняя выявляемость заболеваний у детей во многом зависит от своевременного обращения к врачам-специалистам. По данным опроса российских школьников [1], 78 % родителей с высшим образованием (в сравнении с 60 % родителей с незаконченным средним образованием) всегда обращаются к врачам в случае острых заболеваний либо обострения хронических заболеваний у ребенка, своевременно и полностью выполняют его рекомендации. В целом же медицинская активность родителей по мере взросления ребенка падает. Так, если 84 % родителей 7-летних детей в России всегда обращаются к врачам при острых заболеваниях ребенка и обострениях хронических заболеваний, то к 13 годам число таких родителей снижается до 69 % [1].

По данным Российского мониторинга экономического положения и здоровья, в ходе которого была получена информация о состоянии здоровья, образе и условиях жизни 815 детей в возрасте 14–17 лет [2], было установлено, что физически активные подростки (особенно мальчики) с меньшей вероятностью курят и потребляют алкоголь. Такая связь может быть

рода, так и проживания рвокурсни из сельской лес полови тки в тече слабиться», а семейных (3 %, все —

статически ключением городских гуденты из тудентов и

G. M. Ferguson,
ек потреблению
порта «Эконо-
юлем Институ-
равоохранения»
ре]. — 2010. —

Yaeger // Health
development. —

В
ГО

я Белару-
т своеувре-
ников [1],
онченным
ий либо
ляют его
и ребенка
рачам при
дам число
в ходе ко-
15 детей в
[особенно
жет быть

объяснена тем, что подростки, занимающиеся физическими упражнениями, имеют тенденцию следовать и другим полезным для здоровья привычкам [3]. Еще одна гипотеза, связывающая физическую активность и отказ от потребления ПАВ, заключается в том, что время, проведенное за занятием спортом, не оставляет времени для привычек, негативно склоняющихся на здоровье [4]. Эта проблема особенно актуальна в России, где в связи с резким уменьшением числа внешкольных детских и юношеских учреждений, завышенней платой за дополнительные образовательные услуги большинство подростков испытывает избыток свободного времени [5]. Проведение досуга без особых занятий, по данным российских авторов, является основным времяпровождением современной молодежи: многие подростки затруднились сказать, чем занимаются в свободное время; среди ответов преобладали такие, как «гуляю», «сиджу дома», «ничего не делаю» [6].

На основании материалов, полученных при анкетировании школьников 10–11 классов общеобразовательных школ г. Гродно, проанализированы особенности медицинской и физической активности и характера досуга учащихся. Опрошено 172 девочки и 128 мальчиков 16–18 лет. Опросник разработан на основании анкеты «Ankieta dot. zachowan zdrowotnych młodziezy szkolnej, Uniwersytet Szczecinski, Zaklad Wychowania Zdrowotnego».

Данные опроса показали, что в течение последнего года 26 % опрошенных девочек не были у врача, а 2 % получали лечение в условиях стационара. Половина мальчиков ни разу в течение последнего года не были у врача. Среди причин обращения к врачу большинство (каждый четвертый) отмечали вирусные респираторные инфекции, 6 % школьников называли хронические заболевания. Большая часть девочек (76 %) в случае заболевания всегда обращается к врачу, 17 % — лечатся сами, 4 % — просто не идут в школу, 3 % опрошенных девочек считают, что болезнь пройдет сама. 56 % мальчиков при плохом самочувствии обращаются к врачу, 38 % — лечатся сами, 6 % — просто не идут в школу.

Каждая пятая опрошенная девочка в течение последнего года единожды обращалась к стоматологу, каждая шестая — дважды, а 4,5 % девочек обращались за стоматологической помощью более четырех раз. При этом 21 % опрошенных девочек обращались за помощью к стоматологу, когда у них болел зуб, а 55 % опрошенных — профилактически. Треть учащихся мальчиков посещает стоматолога менее 1 года раз в год. Каждый второй посещает стоматолога с профилактической целью. Двое из трех девочек-респондентов чистят зубы два раза в день, каждая шестая чистит зубы только один раз в день, а 4 девочки — всегда после еды. Трое из четырех опрошенных мальчиков чистят зубы 2 и более раз в день, оставшаяся ¼ часть чистит зубы один раз в день.

Активный отдых выбирают лишь 41 % школьников, а 59 % школьников предпочитают пассивный отдых. Более половины (55 %) мальчиков предпочитают активный отдых, 45 % — пассивный. Активный отдых выбирают лишь 30 % девочек, а остальные 70 % предпочитают пассивный отдых. Каждая четвертая считает себя физически неактивной. Остальные считают себя физически активными. Из них 6 % респондентов плавают, 9 % — занимаются аэробикой, 5 % — бегают, 1,1 % — занимаются йогой, 14 % — ездят на велосипеде, 23 % предпочитают пешие прогулки, а 42 % девочек считают себя активными, так как занимаются по дому. Почти 88 % мальчиков считают себя физически активными. Из различных видов физической активности большая часть выбирает бег 30 %, пешие прогулки 30 %, езду на велосипеде 28 %, плавание — 19 %.

Таким образом, как медицинская, так и физическая активность школьников не соответствует уровню, необходимому для поддержания и укрепления здоровья. Причем медицинская активность девочек выше, чем мальчиков, физическая — ниже. Так, каждая четвертая девочка и каждый третий-второй мальчик прибегают к самолечению. Каждая шестая девочка и четверть мальчиков чистят зубы только один раз в день. Почти две трети старшеклассников выбирают пассивный отдых, чаще девочки.

Следовательно, необходимы меры, направленные на изменение поведения старшеклассников по отношению к здоровьесбережению, в том числе на повышение их медицинской и физической активности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Health, P. Association between physical activity and other health behaviors in a representative sample of US adolescents / P. Health // American Journal of Public Health. — 1996. — № 11. — Vol. 86. — P. 37–42.
2. Physical fitness effects on substance abuse risk factors and use patterns / T. R. Collingwood [et al.] // J. Drug Educ. — 1991. — № 21. — P. 178–208.
3. Кислицина, О. А. Социально-экономические факторы, детерминирующие приобщение российских подростков к потреблению психоактивных веществ / О. А. Кислицина // Интернет-конференция «Дети и молодежь» / Федеральный образовательный портал «Экономика. Социология. Менеджмент». Государственный университет — Высшая школа экономики, лаборатория гендерных проблем Института социально-экономических проблем народонаселения РАН. Исследовательский комитет «Социология здоровья и здравоохранения» Российского общества социологов (РОС). Институт социологии РАН. Москва. 01.03. — 04.04.2010. — [Электронный ресурс]. — 2010. — Режим доступа: <http://www.csocman.edu.ru>. — Дата доступа: 01.04.2010.

УДК 613.953

ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Толстая Е. В.

Учреждение образования

«Международный государственный экологический университет им. А. Д. Сахарова»
г. Минск, Республика Беларусь

На состояние здоровья ребенка (а впоследствии и взрослого) влияют состояние здоровья родителей до зачатия (у больных родителей не могут рождаться здоровые дети); воздействия на яйцеклетку или сперматозонд (например, алкоголь, радиационное или химическое воздействие); течение беременности у матери; течение родов (преждевременные или запоздалые и т. д.). Возраст матери до 18 лет и старше 35 лет считается неблагоприятным для рождения здорового ребенка [1].

Формирование здоровья в раннем детском возрасте начинается во внутриутробном периоде. Негативное влияние на него оказывают патологические состояния и болезни матери во время беременности: анемия, наличие и обострение хронической патологии, наличие инфекционных (паразитарных) заболеваний, токсикоз первой и (или) второй половины беременности, угроза ее прерывания, многоплодие, фетоплacentарная недостаточность с развитием кислородного голодания, изменения в структуре плаценты (например, кальциноз) и т. д. [1, 2].

В последнее время постоянно увеличивается количество экологических факторов, оказывающих неблагоприятное воздействие на внутриутробное развитие плода. К ним относится загрязнение воздуха как атмосферы, так и жилых помещений (рабочих мест). Отрицательное воздействие оказывают водные поллютанты, а также хлорирование воды. Известно, что дифференцировка органов и систем запускается и регулируется гормонами. Присутствие же ксенобиотиков-эффекторов эндокринной системы (лекарственные эстрогены, хлорогеновые пестициды, полихлорированные бифенилы, диоксины и фураны, алкилфенолы) может изменять процесс дифференцировки и нарушить формирование репродуктивной системы. Тяжелые металлы (например, свинец и молибден) вызывают токсическое повреждение головного мозга. К внутриутробному повреждению головного мозга ведет и употребление в больших дозах спиртного во время беременности (этанол тормозит миграцию клеток ЦНС с последующим недоразвитием головного мозга), а также курение (в табачном дыме имеются такие липофильные соединения, как ароматические углеводороды) [1, 2].

Сложность процесса развития от момента зачатия до взрослого состояния предполагает существование уязвимых (критических) периодов повышенной чувствительности к факторам окружающей среды. Воздействия в критические периоды развития ребенка могут вести к постоянному и необратимому повреждению органов и систем организма: неправильное эмбриональное развитие с формированием врожденных пороков, торможение роста, снижение коэффициента интеллектуального развития (IQ), ранняя половая зрелость, уменьшение ЖЕЛ и т. д.

Критические периоды бывают как во время внутриутробного периода, так и в онтогенезе после рождения. Негативные воздействия в критические периоды внутриутробного