

Так в 11–14 лет девочки достоверно крупнее мальчиков ($p < 0,05$), а к 15–17 годам масса тела мальчиков достоверно выше таковой у девочек ($p < 0,05$). Прирост массы тела у девочек к 15–17 годам значительно отставал от такового у мальчиков (9,24 кг и 14,81 кг, соответственно). Отставание от возрастных норм средних широт нарастало с возрастом как у мальчиков, так и у девочек.

Согласно мнению ряда авторов [Гребнева Н.Н. и др., 2001] изменение массы тела и ее дефицит у обследованных школьников можно рассматривать как неблагоприятную тенденцию и один из факторов риска функциональных отклонений у относительно здоровых детей.

Таким образом, выявленная региональная особенность может свидетельствовать о том, что у Гродненских детей сформировалась и генетически закрепилась программа темпов роста, которая наиболее оптимальна в условиях Западного региона Беларуси.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ, КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ ГОЛОВНОГО МОЗГА, В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Сидорович Е.Г., Авдей С.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра неврологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Г.М. Авдей

Качество жизни (КЖ) – отражает эмоциональное, социальное и физическое благополучие человека, его способность функционировать в соответствии с обычными жизненными задачами [4]. Важна и совокупность представлений пациента о болезни, т.е. внутренняя картина болезни (ВКБ) [2, 3].

Цель исследования: оценить психоэмоциональное состояние, КЖ и определить типы отношения к болезни у пациентов, перенесших инфаркт головного мозга (ИМ), в восстановительном периоде с целью дифференцированного подхода к назначению лечебных мероприятий.

Материал и методы исследования. Обследовано 12 больных мужского пола с ИМ в каротидном бассейне в восстановительном периоде (до 1 года) в возрасте от 54 до 66 лет (средний возраст – $58,8 \pm 1,96$ лет). Все больные проходили реабилитационные мероприятия (сосудистую, метаболическую терапии, массаж, лечебную гимнастику, физиопроцедуры).

Психоэмоциональное состояние оценивали по шкалам: Бека – депрессию, Малковой-Чертовой – астению, Спилберга-Ханина – ситуативную и личностную тревожность [1]. Анализ качества жизни проводили с помощью русской версии опросника Medical Outcome Study Short Form (SF-36); внутренней картины болезни по личностному опроснику Бехтеревского института (ЛОБИ) [1].

Результаты исследования. У всех больных установлены легкие депрессивные расстройства ($15,0 \pm 2,98$), слабая астенция ($61,3 \pm 8,21$), средний уровень ситуативной тревожности ($35,2 \pm 3,27$) и высокие значения личностной тревожности ($48,8 \pm 3,83$). Физическая активность пациентов ограничивалась состоянием их здоровья ($41,7 \pm 3,20$), но, их физическая способность выполнять бытовую работу была достаточной ($145,8 \pm 3,45$). Имеющаяся головная боль у этих пациентов несколько ограничивала их способность заниматься повседневной деятельностью ($40,2 \pm 2,89$). Выявлены невысокие оценки общего состояния здоровья ($39,2 \pm 3,67$) и жизненной активности ($45,8 \pm 4,0$). Не смотря на имеющиеся неврологические симптомы, социальная активность больных была высокой ($64,6 \pm 2,98$), что указывало на достаточную эмоциональную и физическую их способность общаться с другими людьми, выполнять бытовую работу ($222,2 \pm 5,67$). Субъективная оценка эмоционального состояния этих пациентов была чуть выше среднего ($54,7 \pm 3,12$) и выявляла наличие депрессивных и тревожных переживаний. В целом, установлена диссоциация между низким физическим компонентом здоровья ($41,0 \pm 2,0$) и достаточно высокой психологической активностью ($80,5 \pm 3,11$).

У 8 (67%) пациентов обнаружены следующие типы отношения к болезни: паранойяльный, эйфорический, сенситивный, неврастенический тип.

Таким образом, у всех больных, перенесших инфаркт головного мозга, в восстановительном периоде установлены изменения в психоэмоциональном состоянии в виде легких депрессивных и астенических расстройств, среднего уровня ситуативной и высоких показателей личностной тревожности; ограничение физической активности с низкой оценкой общего состояния и низким уровнем физического компонента здоровья; высокий психопатологический компонент здоровья за счет достаточной социальной активности больных и эмоциональной их способности выполнять бытовую работу; паранойяльный, эйфорический, сенситивный, неврастенический типы отношения к болезни. Исследование КЖ и ВКБ важно для целенаправленной ориентации в выборе профилактических и лечебных мероприятий.

Литература:

1. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии /А.Н. Белова. - Руководство для врачей. – М: Медкнига, 2004. – 456 с.
2. Добровольский А.В. Клинические особенности ишемической болезни сердца и внутренняя картина болезни /А.В. Добровольский // Журн. неврологии и психиатрии. – 2000. – N 1. – С. 23 – 27.
3. Лурия А.Р. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания /А.Р. Лурия - М., 1977. – 213 с.
4. Румянцева С.А. Энергокоррекция и качество жизни при хронической ишемии мозга /С.А. Румянцева, Е.В. Силина. – М.: Медкнига, 2007. – 60 с.

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ РЕАЛИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ СТРАТЕГИЙ ЦЕНООБРАЗОВАНИЯ

Старанович А.П.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гуманитарных наук

Научный руководитель – старший преподаватель Рындова О.Н.

Сегодня в условиях меняющейся экономической ситуации и жестокой конкуренции на рынке, тонкость определения цены на товар является необычайно актуальной, и она все больше опирается на психологическую оценку потребителя.

В мире бизнеса укрепилась психология, при которой индивидуальные коммерческие организации чаще всего занимаются ценообразованием в рамках “манипулирования” денежными единицами мелкого достоинства. Главная причина этого заключается в том, что человек склонен видеть так: 99 рублей дешевле, чем 100 рублей, а всё что после запятой в восприятии человека значение не имеет.

Еще одним популярным способом привлечения потребителей являются так называемые вводные предложения. Представьте, что на рынке появился новый товар. Часто он лучше продается, когда сопровождается бесплатным приложением или подарком. Еще больше потребителей привлекает увиденная перечеркнутая первоначальная цена, а рядом – другим цветом указана новая, более низкая. Если бы потребители были совершенно рациональны в своих реакциях на различия в ценах, та же самая абсолютная ценовая разность всегда порожидала бы одну и ту же поведенческую реакцию. Однако факты показывают, что это не всегда бывает так. Рассмотрим две ситуации.

Ситуация 1. Вы заказали в магазине стиральную машину за 600. По пути из магазина домой, вы встречаете своего друга, который купил такую же за 360 у.е. в другом магазине.

Ситуация 2. Вы заказали в автосалоне машину за 12 000 у.е. По пути из салона домой, вы встречаете свою подругу, которая сообщает, что подобный автомобиль можно купить за 11 760 у.е. в другом автосалоне.

Вопрос: в какой из двух ситуаций вы бы отменили текущий заказ и сделали новый? Так как в обоих случаях можно сэкономить 240, совершенно рациональный покупатель принял бы одно и то же решение в обоих случаях. Действительность же показывает, что при ответе на данный вопрос 89% деловых людей согласились бы поменять продавца в ситуации 1 и только 52% готовы сделать так в ситуации 2. Причина таких различий в том, что 240 кажутся намного большей разницей в цене при покупке в 600, чем при покупке в 12 000, поскольку 240 от цены 600 составляет 60%, а от цены 12 000 – только 2%.