

Медицинские науки

**«БОЛЕЗНИ СОЦИАЛЬНОГО
НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ»
НАСЕЛЕНИЯ
УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

Ермолаева С.В.

*ГОУ ВПО «Ульяновский
государственный университет»,*

Ульяновск,

e-mail: erm_iv@mail.ru

Из множества показателей заболеваемости ни один не дает целостного представления о состоянии здоровья населения. Для решения этой проблемы в международных сопоставлениях используют два взаимодополняющих подхода. Первый – оценка состояния здоровья через демографические показатели долголетия и ранней смертности детей, синтезирующие многие аспекты качества жизни (здоровья, об-

раза жизни, доходов населения и условий жизни). Второй – использование показателей распространенности социально-обусловленных заболеваний, в том числе туберкулеза и ВИЧ/СПИДа. Эти болезни – индикатор социального неблагополучия, низкого уровня жизни и слабого санитарно-эпидемиологического контроля в регионах [3].

Заболеваемость «болезнями социального неблагополучия», инфекционного и неинфекционного характера, вызывает особую тревогу в России. Уровень заболеваемости инфекциями «социального неблагополучия» остается высоким, несмотря на снижение, регистрируемое по некоторым из них в последние годы [4]. По данным федерального статистического наблюдения в России в 2009 году зарегистрировано 3,25 миллионов больных, из которых около 82% – это больные алкоголизмом, 17% – больные наркоманией и 1,2% – пациенты с токсикоманией [1].

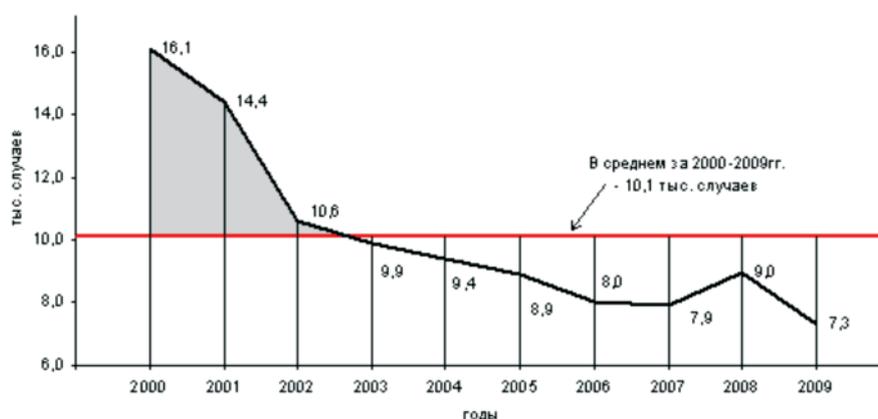


Рис. 1 Динамика «болезней социального неблагополучия» (в целом по области за 2000-2009, тыс. случаев)

Само обозначение «болезни социального неблагополучия» имеет скорее публицистический, чем медико-биологический характер и, в силу данного обстоятельства, является «условно-рабочим» определением группы отдельных заболеваний: активный туберкулез; венерические заболевания (сифилис, гонорея, трихомониаз); ВИЧ-инфекцию; алкоголизм (включая алкогольные психозы); наркоманию и токсикоманию; психические расстройства и расстройства поведения (включая психозы, состояния слабоумия и умственную отсталость).

Медики и ученые-исследователи признают за этой группой болезней высокую степень латентности, что, с одной стороны, весьма затрудняет их выявляемость и, с другой стороны, снижает достоверность, точность и полноту данных, которыми могут оперировать аналитики.

Наконец, восприятие феномена «болезней социального неблагополучия» в массовом сознании не всегда адекватно отражает реальное состояние: сказывается, в частности, влияние СМИ, стремящихся зачастую дать «сенсационно – крикливую» оценку действительности.

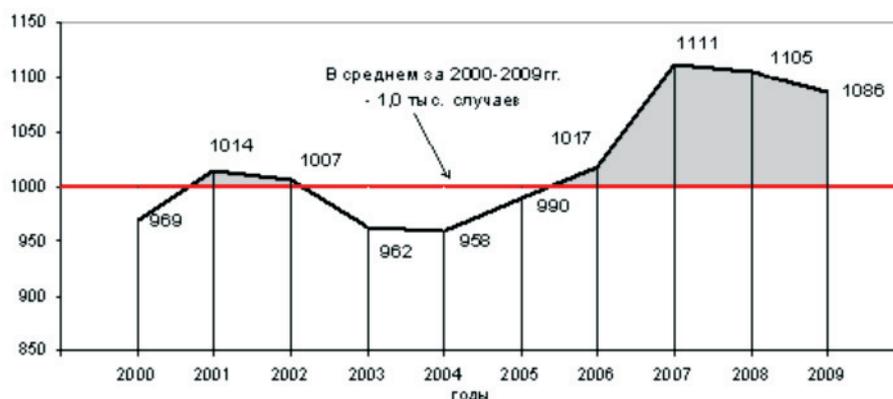


Рис. 2. Динамика заболеваемости активным туберкулёзом (в целом по области за 2000-2009, количество случаев)

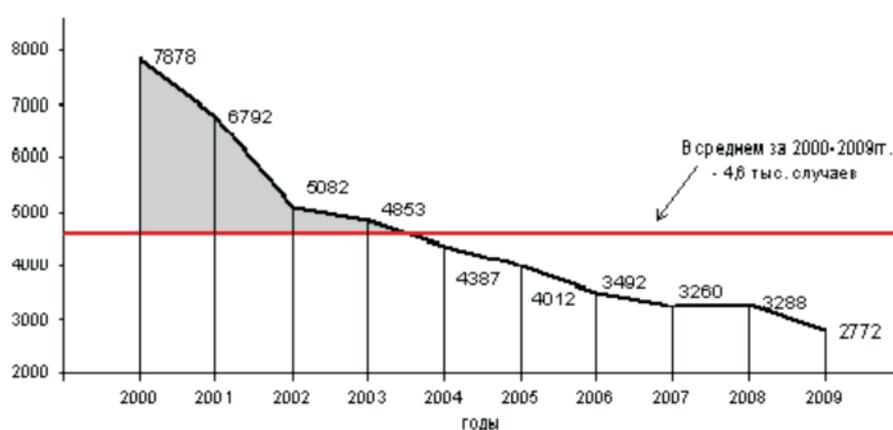


Рис. 3. Динамика венерических заболеваний (в целом по области за 2000-2009, количество случаев)

Суммарное количество (допуская большую условность объединения столь разнохарактерных заболеваний) по Ульяновской области с 2000 по 2009 сократилось более чем наполовину, точнее на 54,9%. В наибольшей степени – примерно на 87% – сократилось количество выявленных случаев наркомании и токсикомании; на 65% – венерических заболеваний и ВИЧ-инфекции. Значительно меньше сократилось количество выявленных случаев (с соответствующими диагнозами) алкоголизма и алкогольных психозов (на 32%), психических расстройств и расстройств поведения (на 19%). На этом фоне резким диссонансом выглядит рост выявленных случаев активного туберкулеза (с 2000 по 2009 по области их количество увеличилось на 12%). Но все это – лишь регистрируемые количества.

Анализируя данные отражающие ежегодные изменения в количестве соответствующих заболеваний, то можно обнаружить и некото-

рые существенные различия в динамике тех или иных заболеваний. Так, тенденцию к ежегодному, хотя и неравномерному сокращению имеют венерические заболевания, заболевания алкоголизмом и алкогольными психозами, случаи наркомании и токсикомании. Динамика выявленных случаев других заболеваний имела уже иной характер.

Количество выявленных по области случаев ВИЧ-инфекции на 80-130% превышали свой среднегодовой (за 2000-2009) показатель в 2000-2001 и в 2008. Аналогично, количество психических расстройств и расстройств поведения превышало свой среднегодовой показатель (за тот же период) в 2001 и в 2004-2005.

Определенный диссонанс (и, вместе с тем, определенную дополняющую корректировку) к вышеизложенному вносит рассмотрение динамики совершенно иного показателя, а именно – количества больных, состоящих под наблюдением с соответствующим диагнозом.

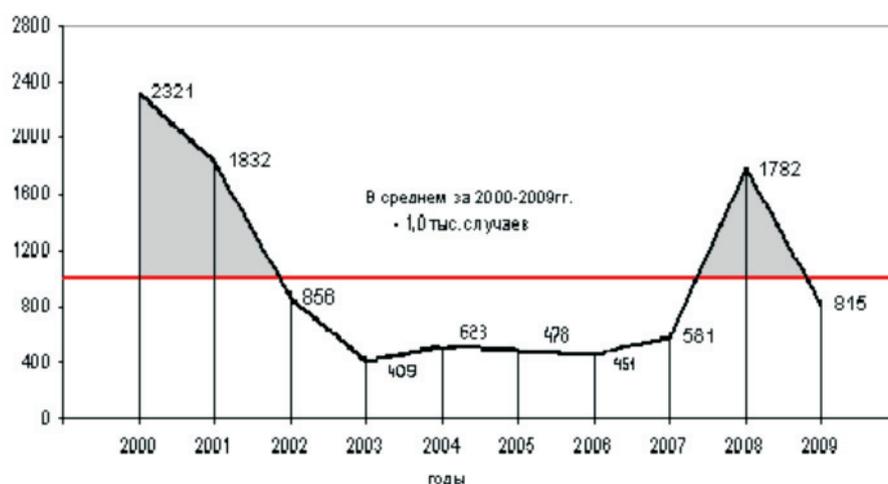


Рис. 4. Динамика заболеваемости ВИЧ-инфекцией (в целом по области за 2000-2009, количество случаев)

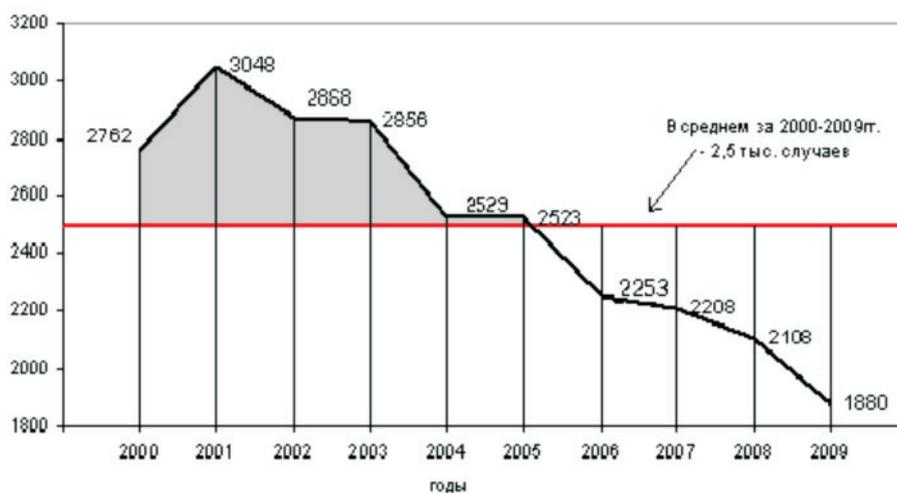


Рис. 5. Динамика заболеваемости алкоголизмом (в целом по области за 2000-2009, количество случаев)

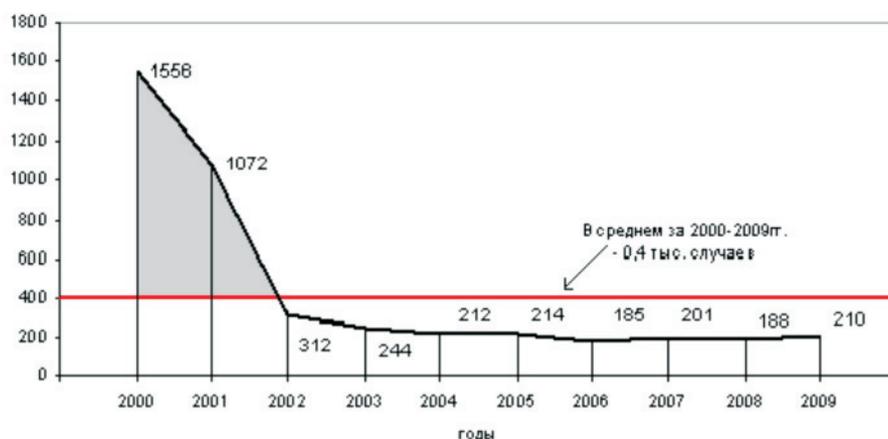


Рис. 6. Динамика наркомании и токсикомании (в целом по области за 2000-2009, количество случаев)

Здесь можно уже говорить (достаточно условно, конечно) не только о «впервые зарегистриро-

ванных случаях», а о более серьезном характере заболеваемости, почти хроническом ее уровне.

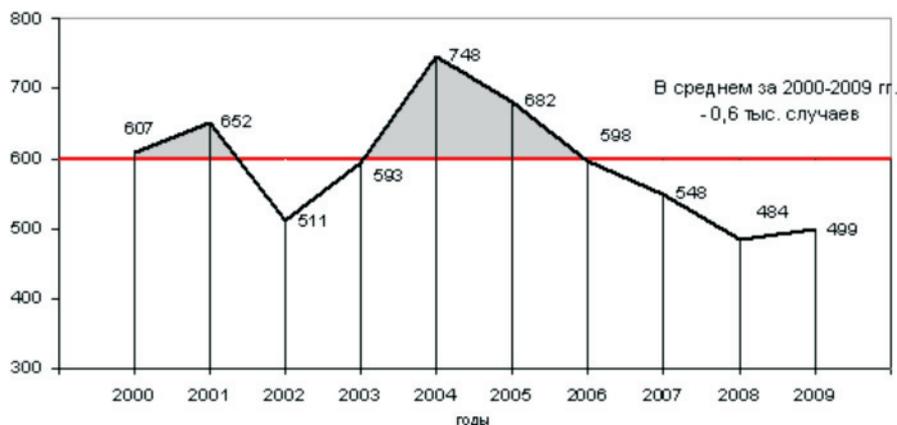


Рис. 7. Динамика психических расстройств
(в целом по области за 2000-2009, количество случаев)

Сопоставляя динамику двух показателей (количество заболеваний с впервые установленным диагнозом и количество больных, находя-

щихся под наблюдением), можно итоговые данные представить в виде следующей таблицы (таблица).

Данные о количестве заболеваний с впервые установленным диагнозом и количество больных, находящихся под наблюдением (2008 в % к 2000):

Виды заболеваний	Впервые установленный диагноз	Больные, состоящие на учете
Активный туберкулез	114,0	73,5
Сифилис и гонорея	41,7	36,5
ВИЧ-инфекция	76,8	550,0
Алкоголизм и алкогольные психозы	76,3	136,2
Наркомания и токсикомания	12,1	105,0
Психические расстройства и расстройства поведения	79,7	88,3
ВСЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ	55,6	112,9

Чем можно пояснить контрастность (как по темпам, так и по направленности динамики) у большинства показателей, представленных в вышеуказанной таблице?

Во-первых, той же латентностью рассматриваемых заболеваний, о которой уже говорилось ранее.

Во-вторых, относительной длительностью протекания данных заболеваний (а в ряде случаев и их «необратимостью»).

В-третьих, наконец, тем, что выявление (регистрация, диагностика) отдельных заболеваний может иметь порой характер «одноразовых кампаний».

Из 6 выделяемых (групп) заболеваний у 4 наблюдается разнонаправленная динамика по 2 вышеозначенным показателям:

– с ростом заболеваемости активным туберкулезом сократилось количество больных, состоящих на учете;

– при сокращении количества выявленных случаев ВИЧ-инфекции, алкоголизма и алкогольных психозов, наркомании и токсикомании выросло количество больных, состоящих на учете с соответствующими диагнозами.

Таким образом, по результатам исследования можно сделать следующие выводы:

♦ В течение всего рассматриваемого периода заметно сократилось общее количество регистрируемых «болезней социального неблагополучия» среди населения Ульяновской области.

♦ Происходит «аккумуляция» количества больных, состоящих на учете «профильных» медицинских учреждений (наркомания и алко-

голизм, ВИЧ-инфекция и венерические заболевания, туберкулез, психические расстройства), что отражается в некотором их численном приросте.

♦ Направленность и темпы динамики рассмотренных «болезней социального неблагополучия» существенно различаются по отдельным видам заболеваний.

Данное научное исследование выполнено при финансовой поддержки Российского гуманитарного научного фонда (региональный грант № 10-06-21608a/B).

Список литературы

1. Голикова Т.В. России впервые зарегистрировано снижение числа наркозависимых людей...: Глава Минздравсоцразвития России на Президиуме Правительства РФ – 25 октября 2010 г. – Режим доступа: URL:<http://www.minzdravsoc.ru/health/prevention/23> (дата обращения 30.11.2010).

2. Здравоохранение в Ульяновской области: Стат. сб. / Ульяновскстат. – Ульяновск, 2009. – 109 с.

3. Здоровье населения и здравоохранение из раздела «Социальные услуги: здравоохранение, образование, жилищно-коммунальное хозяйство» Социальном атласе российских регионов (Руководитель проекта – Н.В. Зубаревич) / сайт Независимого института социальной политики. URL: http://atlas.socpol.ru/overviews/social_sphere/index.shtml (дата обращения 30.11.2010).

4. Щербакова Е. Борьба с «болезнями социального неблагополучия» не всегда эффективна – растет число ВИЧ-инфицированных, остается высоким уровень заболеваемости туберкулезом и педикулезом // Демоскоп Weekly: Электронная версия бюллетеня Население и общество Института демографии Государственного университета – Высшей школы экономики. – № 331 – 332. – 28 апреля – 18 мая 2008. – URL:<http://demoscope.ru/weekly/2008/0331/barom03.php> (дата обращения 30.11.2010).

Инновационные направления в педагогическом образовании

Педагогические науки

ФУНКЦИИ САМОРЕАЛИЗАЦИИ БУДУЩЕГО ПЕДАГОГА В ЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНО- ЛИЧНОСТНОМ САМОРАЗВИТИИ

Базаева Ф.У.

*ГОУ ВПО «Чеченский государственный педагогический институт», Грозный,
e-mail: fubazaeva@mail.ru*

Как убедительно показывают исследования Н.В. Борисовой, Н.М. Борытко, С.А. Валомеева, Г.А. Медяник, И.А. Шаршова и др., самореализация составляет одну из сторон жизнедеятельности человека и занимает значимое место в его саморазвитии. Большинство исследователей полагают что *целью* современного воспитания в вузе должна стать подготовка человека, который обладает гуманитарным мировоззренческим потенциалом, способностями к профессиональной, социальной и интеллектуальной самореализации и демонстрирует компетентность в выполнении профессиональной деятельности.

Рассматривая категорию самореализации можно выделить два аспекта: внутренний – личностный аспект, по которому самореализация рассматривается как состояние, цель или результат, которые можно достичь в ходе личностного роста и развития человека как субъекта собственной жизни и внешний – деятельностный аспект, когда самореализация рассматривается как процесс или средство достижения жизненного успеха, в том числе и в профессиональной сфере.

Основные функции профессионально-личностной самореализации могут быть поняты исходя из учета специфики деятельности человека, многообразия отношений и общения, возможностей его саморазвития.

Рефлексивная функция самореализации будущего учителя опирается на стремление человека осознанно и творчески преобразовывать себя и окружающий мир. Самореализация побуждает будущего учителя к анализу причинно-следственных связей, рефлексии получаемых знаний, обеспечивая их глубокое и сознательное усвоение, при этом они становятся средствами дальнейшего профессионально-личностного саморазвития.