

Н.В. Чернышева, М.Ф. Рзянкина

Совершенствование медико-социальной помощи учащимся в системе начального профессионального образования

Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, e-mail: ozd_fesmu@mail.ru

Резюме

Авторами представлены данные сравнительного анализа первичной заболеваемости и смертности подростков г. Хабаровска и Хабаровского края за период 2004-2008 гг. Представлены особенности патологической пораженности, физического развития и образа жизни подростков профессиональных училищ и общеобразовательных школ. Предложена оптимизированная модель организации медико-социальной помощи подросткам.

Ключевые слова: демография, подростки, смертность, заболеваемость, образ жизни, медико-социальная помощь.

N.V. Chernisheva, M.F. Rziankina

The perfection of medical-social aid by the adolescents in system of initial vocational training

Far Eastern State Medical University, Khabarovsk

Summary

The authors present the results of the analysis of disease and of death among adolescents in Khabarovsk territory during the period of 2004-2008. Features of point-prevalence, physical development and the life style of adolescents of professional and secondary schools are presented. The optimized model of organization the medical-social aid for the adolescents is offered.

Key words: demography, adolescences, death, disease, life style, the medical-social aid.

Введение

Подготовка специалистов среднего звена в системе начального профессионального образования (НПО) в последние годы представляет одну из актуальных проблем кадровой политики государства. Однако в связи с прогрессирующим ухудшением здоровья подрастающего поколения все чаще поднимаются вопросы, связанные с пригодностью учащихся к овладению будущей профессией и их способностью работать по специальности [1,3]. Результаты Всероссийского социологического обследования учащихся НПО дали основание для выделения

учащихся профессиональных училищ в особую социальную категорию [2].

Цель исследования: на основании изучения особенностей состояния здоровья подростков профессиональных училищ обосновать и разработать мероприятия по оптимизации организации им медико-социальной помощи.

Материалы и методы исследования

Проведен сбор и анализ материалов официальной статистики, отчетных форм лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), управления здравоохранения и отдельные архивные материалы судебно-

медицинской экспертизы. Проведена выкопировка сведений из «Медицинской карты ребёнка» (форма №026/у-2000), «Справки для поступающих» (форма №086-у), систематизированы данные углубленных медицинских осмотров. Проанализированы сплошным методом исследования первичная заболеваемость и смертность подростков, выборочным - заболеваемость по данным профилактических медицинских осмотров.

Проведено комплексное клиническое исследование учащихся ПУ г. Хабаровска, включающее объективный осмотр, антропометрию и физиометрию.

В основу психологического исследования типов личности были взяты патохарактерологические особенности подростков. Полученные результаты оценивались совместно со штатными психологами обследуемых училищ.

Изучены медико-социальные особенности учащихся, включающие диагностику самосохранительного поведения, образа жизни и оценки состояния организации медицинской помощи подросткам. В связи с этим проведен социологический опрос (анкетирование) учащихся, их родителей, врачей первичного звена здравоохранения. Проанализированы особенности образа жизни учащихся, факторы риска и субъективная оценка ими своего здоровья

Выборочная совокупность формировалась на основе случайной выборки (анкетирование врачей, родителей). Объектом наблюдения явились 632 учащихся четырех профессиональных училищ г. Хабаровска и общеобразовательных школ.

Использовались методы: клинический, социологический, информационно-аналитический, психологический, медико-демографический, статистический и сравнительного и системного анализа.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась путем

расчета относительных и средних величин, ошибок репрезентативности, определения степени достоверности полученных результатов. Достоверным считался уровень величины при $p < 0,05$.

При оценке динамики заболеваемости и смертности использованы эпидемиологические методы. Количественная оценка тенденций многолетней динамики проводилась посредством расчёта темпа среднегодового прироста.

Результаты обсуждения

При анализе показателей, характеризующих здоровье подростков г. Хабаровска, в сравнении с аналогичными показателями в Хабаровском крае за период 2004-2008 гг., установлено, что на фоне снижения удельного веса подростков 15-17 лет в структуре детского населения (2004-2008 гг. с 9,1% до 6,6%) отмечается достоверный рост первичной заболеваемости.

Как по краю, так и по городу в структуре первичной заболеваемости три первых ранговых места занимает патология органов дыхания (47%), травмы и отравления (12%), болезни кожи и подкожной клетчатки (8%). Качественных изменений в структуре за наблюдаемый период не зарегистрировано. Отмечается рост болезней нервной системы в 2008 году относительно 2005 года в 1,3 раза.

На последних ранговых местах и по краю и по городу отмечались новообразования, болезни крови и системы кровообращения (менее 1%). При рассмотрении структуры смертности этой же категории подростков от медицинских управляемых причин обращает внимание, что патология этих систем является ведущей в качестве причинных факторов смертности. Это, возможно, свидетельствует о несвоевременной и некачественной диагностике этих болезней.

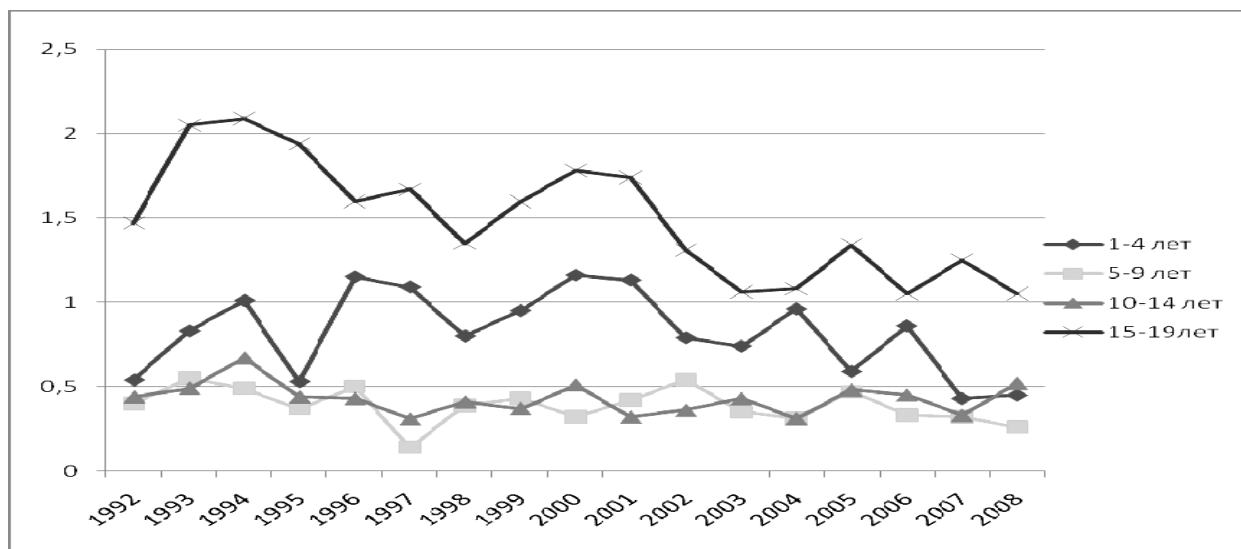


Рис.1. Динамика показателей общей смертности населения 1-19 лет в г. Хабаровске за период 1992-2008 г.г., на 100 тыс. населения данного возраста

Дальневосточный регион формирует полюс неблагополучия, который определяется внешними причинами смерти. В динамике показателей, как общей смертности, так и смертности от внешних причин подростков, наметились положи-

тельные тенденции, но интенсивность их сохраняется по-прежнему на высоком уровне. За последние годы уровень общей смертности подростков в 15-19 лет, в 3-4 раза превышал показатели в др. возрастных группах (рис.1, 2).

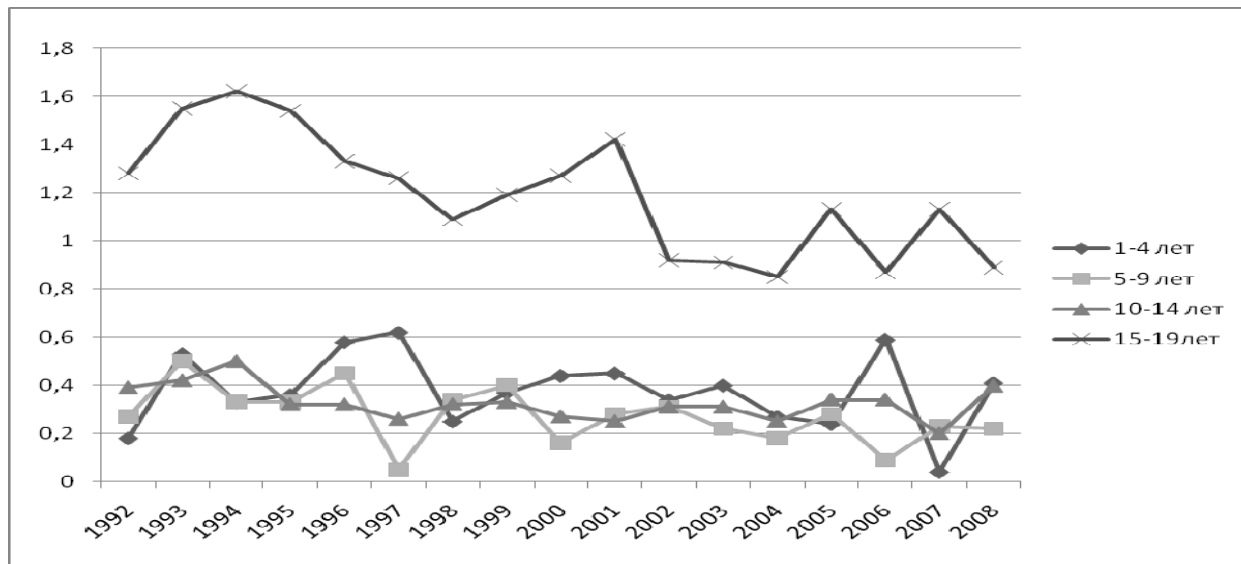


Рис.2. Динамика показателей смертности от внешних причин населения 1-19 лет в г. Хабаровске за период 1992-2008 г.г., на 100 тыс. населения данного возраста

Отмечается преобладание доли внешних немедицинских причин с максимальными показателями у подростков 15-19 лет (82%). В структуре внешних причин смертность от ДТП занимает ведущие позиции во всех возрастных груп-

пах и доля её с возрастом увеличивается – в 10-14 лет - 20%, в 15-19 лет – 25%. Что касается гендерных различий, то в структуре общей и внешней смертности детей и подростков на протяжении всего

периода наблюдения в 2 раза чаще умирали мальчики ($p < 0,001$).

Анализ структуры детской смертности выявил сохраняющийся высокий удельный вес смерти детей от насильственных причин, доля которых увеличивается с возрастом. Суицидальное поведение начинает реализовываться в группе подростков 10-14 лет. А в группе 15-19-летних, в сравнении младшими подростками, она увеличивается в 5,5 раз и занимает второе место после дорожно-транспортных происшествий (ДТП) (а в крае - первое место). Удручающе выглядит структура внешних причин смерти среди подростков 15-19 лет г. Хабаровска, где самоубийства занимают вторую позицию, а среди краевых показателей - первое место. На фоне положительных тенденций смертности подростков от убийств и самоубийств высокая интенсивность внешней смертности поддерживается за счет роста смертности в ДТП у детей во всех возрастных группах с максимальными показателями у подростков 15-19 лет. Следовательно, в Хабаровском крае, на фоне снижения показателей общей смертности и смертности от внешних причин, отмечается неблагоприятная ситуация со смертностью детей и подростков в ДТП.

Оценивая воздействиеотягающих обстоятельств, нами проанализированы результаты химического исследования крови умерших подростков в 2002-2009 гг., согласно которым, у 13,5% мальчиков 10-14 лет зарегистрировано наличие алкоголя. Что касается девочек, то у них показатели были в 2 раза выше, чем у мальчиков ($p < 0,001$).

В старшей возрастной категории подростков содержание алкоголя установлено у каждого второго погибшего подростка. Большинство умерших имели вторую степень алкогольного опьянения.

Доказано, что патологическая пораженность школьников была в 4,3 раза выше, чем учащихся профессиональных училищ (ПУ) (2950 на 1 тыс. населения против 679,8 на 1 тыс.). В обеих сравниваемых группах преобладала хроническая патология над функциональной (71% в ПУ и 64% в школах). При этом лидирующее положение в структуре у подростков ПУ и школ занимает патология костно-мышечной системы (600 и 183,3 на 1 тыс. соответственно), на втором и третьем ранговых местах у подростков ПУ - патология нервной системы и болезни глаз (106,7 и 99,7 на 1 тыс. соответственно), а у школьников - патология органов дыхания и болезни глаз (500 и 475 на 1 тыс. соответственно). Анализируя результаты оценки патологической пораженности, распределения подростков по группам здоровья до и после проведения комплексной оценки состояния здоровья, нами установлено искажение истинной информации о заболеваемости учащихся училищ. Так, после проведения углубленного исследования количество хронических заболеваний в 3,6 раза превышало таковые, полученные при анализе первичной документации, а категория здоровых детей встречалась в 8 раз реже (рис.3). Таким образом, значительная разница показателей, возможно, объясняется дефектами организации медицинского обслуживания данного контингента в г. Хабаровске, что снижает качество и информативность полученных результатов медицинских осмотров. Оценка ФР подростков с использованием центильных таблиц показала, что отклонения в физическом развитии 1,3 раза чаще у учащихся ПУ ($44,4\% \pm 1,89\%$), в сравнении с учащимися СОШ ($17 \pm 1,53\%$, $p < 0,001$), с преобладанием микросоматического типа у девушек училищ в 7,5 раз.

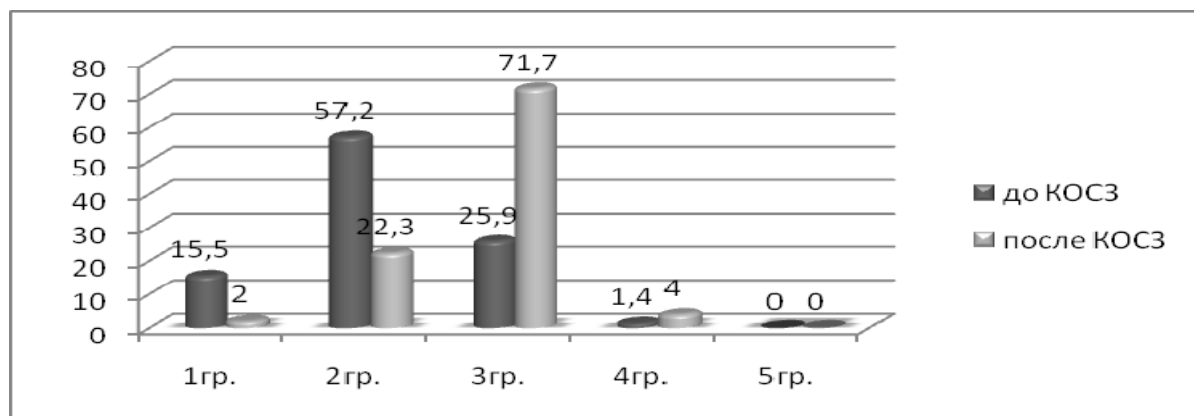


Рис 3. Сравнительные данные по группам здоровья подростков НПО до и после проведения комплексной оценки состояния здоровья (КОСЗ), (%)

У каждого третьего подростка ПУ ($32,4 \pm 1,86\%$) и у каждого пятого школьника ($18,9 \pm 1,6\%$) имеет место дисгармоничное развитие за счет недостаточной или избыточной массы тела (у учащихся ПУ в 1,7 раз чаще, $p < 0,001$). Вышеизложенное является предиктором низкого уровня годности юношей к военной службе, трудового и репродуктивного потенциала подростков, формирования у них хронической патологии.

Выявлено существенное преобладание лиц с акцентуированными особенностями, как среди учащихся ПУ ($88,6\%$), так и среди школьников ($98,4\%$). Доля акцентуированных подростков варьирует в зависимости от профиля обучения. Среди подростков всех ПУ преобладал шизоидный тип акцентуаций (23%), среди школьников - гипертимный ($25,4\%$). Распространенность акцентуаций обосновывает необходимость владения врачами образовательных учреждений методиками оценки психического здоровья с целью ранней диагностики отклонений и их своевременной психологической коррекции.

С целью поиска путей оптимизации медико-социального обслуживания учащихся ПУ проведена диагностика самосохранительного поведения подростков, установлены статистически значимые различия образа жизни подростков учащихся школ и ПУ. Ведущие проблемы подростков и их семей в значительной

степени связаны с образом жизни, девиантным поведением, ассоциированным с употреблением психоактивных веществ. В неполных семьях проживают две трети учащихся (69%). 70% считают себя здоровыми, в то время как первую группу имеют только 2% учащихся. Здоровый образ жизни ведут лишь $28,2 \pm 2,7\%$ учащихся ПУ, а в иерархии ценностей здоровье занимает восьмую позицию из одиннадцати. К врачам своевременно обращается лишь $30 \pm 2,7\%$. Низкая двигательная активность (до 10 мин/день) у трети подростков ПУ ($29,7 \pm 2,7\%$), $17 \pm 2,3\%$ подростков имеют дефицит сна. Утреннюю зарядку делают $39,2 \pm 2,9\%$. Недостаточная частота приема пищи отмечается у каждого четвертого учащегося ($25 \pm 2,6\%$).

Алкоголизация и табакокурение носит массовый характер. Подавляющее большинство подростков, учащихся ПУ курят (66%). Из них регулярно курят 40% , в то время как регулярно курящих школьников достоверно меньше ($28,7 \pm 4,1\%$ против $11,4 \pm 1,9\%$, $p < 0,001$). Учащиеся ПУ приобщаются к курению в возрасте до 10 лет ($31,4 \pm 3,1\%$). Большая часть (87%) учащихся ПУ не отрицает своего пристрастия к алкоголю. Первая проба алкоголя среди учащихся ПУ была предпринята ещё до 10 лет в $11,7 \pm 2,2\%$ случаев. Среди употребляющих алкоголь, 32% входят в «группу риска», т.е. употребляют алкоголь часто; наиболее массо-

вое приобщение к алкоголю – «пик приобщения» приходится на возраст 13-14 лет, у школьников - 15-16 лет. Часто употребляют алкоголь $31,9 \pm 2,8\%$ учащихся. Причем делают это в 1,7 раз чаще, чем школьники того же возраста ($18,8 \pm 2,6\%$; $p < 0,01$). Наркотики употребляли $26,5 \pm 2,6\%$ учащихся ПУ и $12,5 \pm 2,2\%$ учащихся школ ($p < 0,001$).

Значительная часть подростков характеризуется ранней сексуальной активностью ($80,3 \pm 2,4\%$ учащихся ПУ и $28,6 \pm 3,1\%$ школьников, $p < 0,001$), низким уровнем медицинской активности и знаний о своем здоровье, использованием неквалифицированных источников информации о сексуальном и репродуктивном здоровье (более 50% - друзья, до 40% - средства массовой информации, 4% врачи). Средний стартовый возраст вступления во взрослую жизнь 15-16 лет – 58,3%.

Проведенные исследования показали несостоятельность медицинского направления системы профориентации, факт низкой степени участия медицинских работников в профориентационной деятельности - врачи школ занимались ею в 7,4% случаев, врачи поликлиник - в 14%.

На фоне негативных тенденций состояния здоровья подростков-учащихся ПУ установлено несоответствие потребностей в медико-социальной помощи и фактической организации её в ЛПУ первичного звена здравоохранения: в учреждениях НПО ни один медицинский кабинет не имеет лицензии, в поликлиниках упразднены подростковые кабинеты, отсутствуют социальные работники, детские гинекологи, андрологи, юристы. Кадровая ситуация осложняется дефицитом узких специалистов, принимающих участие в проведении плановых медицинских осмотрах вплоть до их полного отсутствия в части ПУ.

Отмечается низкая укомплектованность врачами (69% в 2009г.) и средним медицинским персоналом (за период 2005-2009гг. - 29-41%) ООМПОУ. При

оценке профессиональной деятельности отмечается отсутствие квалификационной категории у каждого второго врача и у 70% средних медицинских работников.

Социологический опрос врачей первичного звена здравоохранения, родителей и самих учащихся, проведенный в целях обоснования путей совершенствования медико-социальной помощи подросткам показал, что положительно отнеслись к передаче подростков 15-17 лет в детские поликлиники $68,9 \pm 4,6\%$ врачей, но испытывают желание работать с ними всего 24% врачей. Отчасти это связано с тем, что считают себя достаточно подготовленными к работе с подростками только $31,1 \pm 4,6\%$ респондентов. Наибольший дефицит знаний врачи испытывают по вопросам социально-правового сопровождения подростков ($37,8 \pm 4,9\%$), особенностям подросткового периода ($71,1 \pm 4,5\%$). Большинство специалистов (80%) основные недостатки в результатах работы детских поликлиник с подростками связывают с низкой медицинской активностью семьи, а 50% с неуккомплектованностью кадрами. О необходимости введения в штаты поликлиник медицинского психолога высказались $62 \pm 4,9\%$ врачей, социального работника $47 \pm 5\%$, подросткового терапевта $29 \pm 4,5\%$ респондентов. Необходимость внедрения электронного «паспорта здоровья подростка» поддерживают 69% врачей и 87% родителей.

Считают, что медицинские осмотры полноценны лишь $16 \pm 3,7\%$ врачей и 20% родителей, что степень удовлетворения современных потребностей подростков в медико-социальной помощи хорошая - только 30% врачей. 15% врачей отметили, что учащиеся ПУ совсем не обращаются к ним за медицинской помощью. По данным анкетирования 18% подростков ПУ признали, что никуда не обращаются в случае заболевания.

Считают, что детская поликлиника привлекает молодых людей 44% врачей. Сами подростки отметили, что предпочли

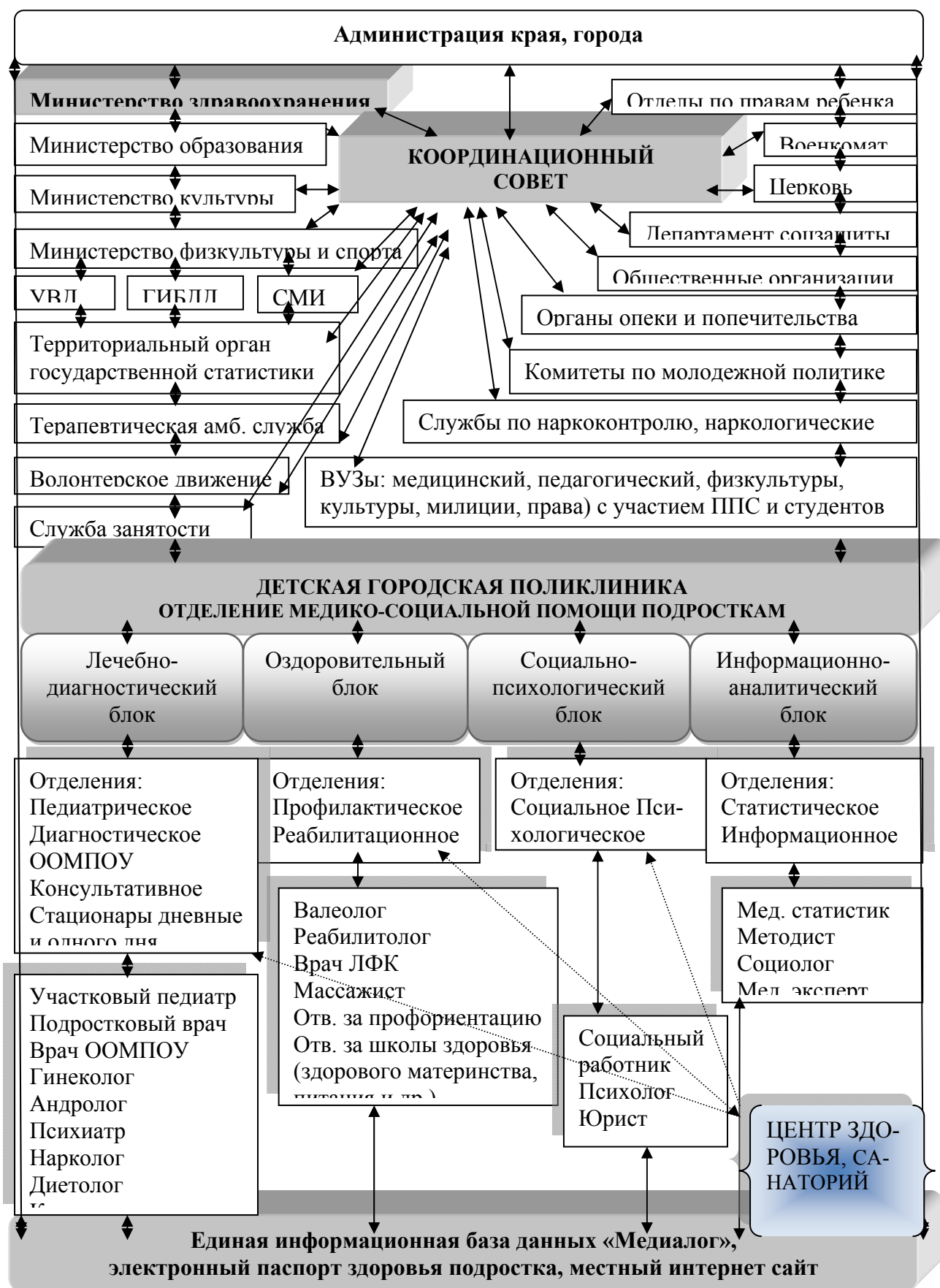


Рис. 4 Структурно-организационная схема отделения медико-социальной помощи учащимся ПУ).

бы получать медицинскую помощь в поликлинике для взрослых ($42,2 \pm 3\%$ учащихся ПУ и $13,3 \pm 3,3\%$ школьников) и специальном подростковом центре (отделении) ($53,3 \pm 3,4\%$ и $32,9 \pm 2,8\%$).

Низкая информированность в отношении факторов, негативно влияющих на здоровье (30% никогда не получали рекомендаций по ЗОЖ), неудовлетворительное состояние здоровья (первую группу здоровья имеют только 2%, третью - 71% учащихся ПУ), дефекты медицинского обслуживания обуславливают целесообразность совершенствования адресной медико-социальной помощи подросткам.

На основе полученных результатов анализа фактического состояния и данных социопроса нами предложена оптимизированная структурно-организационная схема-модель отделения организации медико-социальной помощи подросткам ПУ, в том числе, и с учетом межведомственного взаимодействия (рис.4). Модель включает четыре блока: медицинский, оздоровительный, социально-психологический и информационно-аналитический. Применение компьютерных технологий («МедIALOG», местный интернет-сайт, электронный паспорт здоровья) позволит соблюдать принципы этапности, преемственности в работе, а так же профилактической и социальной направленности помощи детям. Мероприятия по оптимизации медико-социальной помощи подросткам ПУ включают ряд направлений – структурно-организационные изменения медицинского обеспечения учащихся, развитие, совершенствование и внедрение в практику информационных технологий, усиление профилактического и социального направления в части формирования потребностей в ЗОЖ, создание координационного совета для консолидации межведомственного взаимодействия. Вышеизложенное позволит полноценно организовать медицинское обслуживание подростков, объединить деятельность

систем образования, здравоохранения, административных органов и других ведомств, является перспективным направлением в сохранении здоровья учащихся подростков – основного трудового, репродуктивного потенциала на ближайшую перспективу развития региона.

Выводы

1. Установлено, что на фоне снижения удельного веса подростков 15-17 лет в структуре населения (2004-2008 гг. с 9,1% до 6,6%, $p < 0,001$) отмечается достоверный рост первичной заболеваемости при среднегодовом темпе прироста 15,4%. В структуре её три первых ранговых места занимает патология органов дыхания (47%), травмы и отравления (12%) и болезни кожи и подкожной клетчатки (8%). Качественных изменений в структуре за наблюдаемый период не зарегистрировано.

2. Отмечается положительная динамика общей смертности и смертности от внешних причин подростков, но интенсивность показателей по-прежнему высока и превышает таковые по РФ. Доказано преобладание доли внешних немедицинских причин с максимальными показателями у подростков 15-19 лет (82%). В структуре внешних причин смертности в ДТП занимает ведущие позиции во всех возрастных группах.

3. Доказано, что патологическая пораженность школьников в 4,3 раза выше, чем учащихся училищ (2950 на 1 тыс. населения против 679,8 на 1 тыс.). В обеих группах преобладает хроническая патология над функциональной (71% в училищах и 64% в школах). Лидирующее положение в структуре у подростков училищ и школ занимает патология костно-мышечной системы (600 и 183,3 на 1 тыс. соответственно), на втором и третьем ранговых местах у подростков ПУ - патология нервной системы и болезни глаз (106,7 и 99,7 на 1 тыс. соответственно), а у школьников - патология ор-

ганов дыхания и болезни глаз 500 и 475 на 1 тыс. соответственно).

4. Установлено, что отклонения в физическом развитии 1,3 раза чаще у учащихся ПУ ($44,4\% \pm 1,89\%$) в сравнении с учащимися школ ($17 \pm 1,53\%$, $p < 0,001$), с преобладанием микросоматотипа у девушек училищ. Дисгармоничное развитие у учащихся ПУ в 1,7 раз чаще, чем у школьников ($32,4 \pm 1,86\%$ и $18,9 \pm 1,6\%$ соответственно, $p < 0,001$).

5. Выявлено существенное преобладание лиц с акцентуированными особенностями, как среди учащихся ПУ ($88,6 \pm 1,41\%$), так и среди школьников ($98,4 \pm 6,2\%$). Среди подростков всех ПУ преобладал шизоидный тип акцентуаций ($23 \pm 2,12\%$), среди школьников - гипертимный ($25,4 \pm 5,48\%$), что обосновывает необходимость владения врачами методиками оценки психического здоровья с целью своевременной психологической коррекции отклонений.

6. Установлены статистически значимые различия в образе жизни подростков. У учащихся училищ достоверно чаще, чем у школьников встречаются факторы риска, связанные с несоблюдением принципов здорового образа жизни и употреблением психоактивных веществ. Здоровый образ жизни ведут лишь треть учащихся училищ ($28,2 \pm 2,7\%$), а в общей структуре ценностей здоровье занимает восьмую позицию из одиннадцати. К врачам своевременно обращается лишь 30%. Утреннюю зарядку делают $39,2 \pm 2,9\%$. Низкая двигательная активность - у каждого третьего подростка ($29,7 \pm 2,7\%$), каждый пятый ($17,5 \pm 2,3\%$) подросток имеет дефицит сна. Недостаточная частота приёма пищи отмечается у четверти ($25 \pm 2,6\%$) учащихся.

7. На фоне негативных тенденций состояния здоровья подростков-учащихся училищ установлено несоответствие потребностей в медико-социальной помощи и фактической организации её в учреждениях первичного звена здравоохранения: в профессиональных училищах ме-

дицинские кабинеты не имеют лицензии, упразднены подростковые кабинеты в поликлиниках, отмечается низкая укомплектованность врачами (69%) и средним медицинским персоналом (37%) отделений организации медицинской помощи детям и подросткам в образовательных учреждениях, отсутствуют социальные работники, детские гинекологи, андрологи, юристы. Отсутствие единого методологического подхода к организации медицинского обслуживания учащихся подростков не позволяет сохранить и укрепить здоровье подростков училищ.

8. Предложена оптимизированная модель организации медико-социального обслуживания подростков, в том числе и учащихся в учреждениях начального профессионального образования с учетом межведомственного взаимодействия. Применение информационных технологий (единая информационная база данных «Медиалог», местный интернет-сайт, электронный паспорт здоровья подростка) позволит соблюдать принципы этапности, преемственности в работе, а так же принципов профилактической и социальной направленности в организации медицинского обслуживания подростков.

Источники литературы

1. Альбицкий, В.Ю. Смертность подростков в Российской Федерации / В.Ю. Альбицкий, А.Е. Иванова, А.Г. Ильин, Р.Н. Терлецкая, Е.В. Антонова // Российский педиатрический журнал. – 2009. – №3. – С. 4-9.
2. Баранов, А.А. Смертность детского населения России (тенденции, причины и пути снижения) / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий – 3-е изд., перераб. и доп. - М.: Союз педиатров России, 2009. – 392 с.
3. Супрун, С.В. Региональные особенности и современные тенденции смертности подростков / С.В. Супрун // Педиатрия. – 2005. – №5. – С.101-104.

Координаты для связи с автором:

Чернышева Наталия Витальевна - - e-mail: ozd_fesmu@mail.ru

ВОЗ.ЗДВР

ВЕСТНИК ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА РОССИИ

ВОЗ.ЗДВР

ВЕСТНИК ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА РОССИИ