

жизни в условиях Перинатального центра при соблюдении таких условий, как раннее выявление нарушений и раннее начало коррекционной работы с ребенком на основе индивидуального дифференцированного подхода в зависимости от уровня развития ребенка и структуры имеющихся нарушений у детей с перинатальной патологией, а также комплексное междисциплинарное воздействие с активным вовлечением родителей в коррекционный процесс. Разработанная региональная модель медико-социальной и психолого-педагогической помощи детям первого года жизни успешно применяется в системе профилактики перинатальной патологии и коррекции нарушений развития и может быть ре-

комендована к внедрению в работу перинатальных центров.

Литература

1. Архипова Е.Ф., Семенова К.А. Восстановительное лечение детей с перинатальным поражением нервной системы и детским церебральным параличом. - М., 2008. С. 142-185.
2. Баранов А.А. Состояние здоровья детей в Российской Федерации / А.А. Баранов // Педиатрия. - 2012. - №3. - С. 9-14.
3. Зелинская Д.И. Основы детской реабилитации / Д.И. Зелинская // Педиатрия. - 2012. - №3. - С. 15-20.
4. Психолого-акмеологические условия развития детей первого года жизни с психомоторными нарушениями / Е.В. Подворная, Т.В. Карасева, Н.П. Фетискин, В.С. Ступак. - Иваново: ОАО «Издательство «Иваново», 2011. - 220 с.
5. Разенкова Ю.А. Служба ранней помощи

как форма оказания психолого-педагогической и медико-социальной помощи семьям с проблемными детьми младенческого и раннего возраста / Ю.А. Разенкова // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. - 2010 - №2. - С. 35-44.

6. Ступак В.С. Организация динамического наблюдения детей с перинатальными поражениями ЦНС и их последствиями в условиях территориального перинатального центра / В.С. Ступак, О.М. Филькина, Л.П. Чичерин. - Иваново: «Издательство МИК», 2009. - 216 с.

7. Фрухт Э.Л., Тонкова-Ямпольская Р.В. Некоторые особенности развития и поведения детей с перинатальным поражением нервной системы / Э.Л. Фрухт, Р.В. Тонкова-Ямпольская // Российский педиатрический журнал. - 2001. - №1. - С. 9-13.

8. Eizenberg L. The psychosocial health of the child: a global view / L. Eizenberg // Int. Child Health. - 1996. - Vol. 7, № 3. - P. 7-18.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ. ПРОФИЛАКТИКА

И.П. Луцкан, Н.В. Саввина, А.Д. Саввина

ВЛИЯНИЕ СПОРТА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ШКОЛЬНИКОВ КАК КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

УДК 796.01

Целью проведенного исследования явились изучение влияния интенсивной физической нагрузки на показатели качества жизни юных спортсменов г. Якутска 10-18 лет, и сравнение параметров качества жизни (КЖ) спортсменов и их ровесников, не занимающихся спортом. Юные спортсмены оценивают КЖ по шкалам психосоциального функционирования выше, чем их здоровые сверстники, не занимающиеся спортом. У юных спортсменов высокие показатели физического и социального функционирования во всех представленных видах спорта, что подтверждает высокую мотивацию к занятиям спортом и получаемое удовлетворение, значимость дополнительного образования для социализации детей, в сравнении со сверстниками, не занимающимися спортом. Высокие показатели КЖ детей, занимающихся спортом, подтверждают эффективность мероприятий профилактической медицины.

Ключевые слова: юные спортсмены, детско-юношеская спортивная школа, интенсивная физическая нагрузка, качество жизни.

The purpose of the conducted research was studying of influence of intensive physical activity on indicators of life quality of young sportsmen in Yakutsk 10-18 years, and comparison of parameters of life quality of young sportsmen and their coevals who are not going in for sports. Young sportsmen estimate quality of life on scales of psychosocial functioning higher, than their healthy contemporaries who are not going in for sports. At young sportsmen high indicators of physical and social functioning in all presented sports that confirms high motivation to playing sports and gained satisfaction, the importance of additional education for socialization of children, in comparison with the contemporaries who are not going in for sports. High indicators of life quality of children who are going in for sports, confirm efficiency of actions of preventive medicine.

Keywords: young sportsmen, children's and youth sports school, intensive physical activity, quality of life.

Актуальность. Основной предпосылкой для серьезных перемен в спортивной сфере стало усиленное внимание государства к улучшению качества жизни и благосостоянию россиян, укреплению здоровья и развитию детей, вопросам создания материально-технической базы спорта, к значимости спорта как важного фактора для реше-

ния многих социальных и экономических задач. Одной из основополагающих задач государственной политики является создание условий для развития физической культуры и спорта, привлечения прежде всего детей, подростков и молодежи к активному образу жизни, к занятиям спортом.

Охрана здоровья детей является приоритетным направлением педиатрии. Одной из важнейших составляющих профилактической медицины считают физическую культуру и спорт [3]. Систематические физические тренировки способствуют формированию гармоничной личности, укреплению здоровья детей и подростков. На сегодняшний день формирование здорового образа жизни и гармоничного развития подрастающего поколения

рассматривается в ряду национальных приоритетов.

Изучение качества жизни детей является новым актуальным направлением междисциплинарных исследований в отечественном здравоохранении [2, 4, 5, 7]. Исследование качества жизни в педиатрии – перспективный метод оценки состояния здоровья, позволяющий дополнить традиционное клинично-лабораторное и инструментальное обследование субъективным мнением ребенка о своем благополучии [1]. Особый интерес и актуальность представляет изучение качества жизни детей 8-18 лет. Данный период развития характеризуется существенными изменениями в физиологии и психологии ребенка, появлением у детей новых интересов, привязанностей,

ЛУЦКАН Иван Петрович – ст. препод. Медицинского института СВФУ им. М.К. Аммосова, педагог Дворца детского творчества г. Якутска, Lutskan@mail.ru; **САВВИНА Надежда Валерьевна** – д.м.н., проф., зав. кафедрой ИПОВ СВФУ им. М.К. Аммосова, nadvsavvina@mail.ru; **САВВИНА Анастасия Дмитриевна** – к.м.н., зав. поликлиники ГБУ РС(Я) «Детская городская больница».

формированием собственных взглядов, адаптацией к учебе в школе в новой социальной среде, увеличением нагрузок и личной ответственности.

Цель исследования: оценка качества жизни юных спортсменов 10 - 18 лет г. Якутска в зависимости от вида спорта и сравнение с качеством жизни их здоровых ровесников, не занимающихся спортом.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие воспитанники Детско-юношеских спортивных школ №1, 3, 4 г. Якутска, занимающиеся в учебно-тренировочных группах (более 3 лет занятия спортом) и группах спортивного совершенствования (более 5 лет занятия спортом). Выбор ДЮСШ определен тем, что в этих учреждениях культивируются более 10 видов спорта, наиболее массовыми из которых являются легкая атлетика, спортивные единоборства, спортивные игры. В исследовании приняли участие юные спортсмены 11-18 лет ($n = 235$) и их родители ($n = 235$). Для сравнительного анализа использованы данные А.Д. Саввиной [6]. Критерием включения в исследование были отсутствие у спортсменов на момент исследования острого заболевания, жалоб и возраст. Оценка качества жизни детей проведена с применением международного общего опросника Pediatric Quality of Life Inventory – PedsQL™4.0 (Varni et al., USA, 2001) [8].

Юные спортсмены распределены на группы по 3 видам спорта. 1-ю группу составили спортивные игры (футбол), $n=79$. Игровые виды спорта, или спортивные игры, характеризуются большой физической и нервно-психологической нагрузкой, наличием сложнокоординационных движений, элементов единоборства на фоне интенсивного игрового мышления при значительной нагрузке на верхние и нижние конечности, а также постоянным чередованием интенсивной мышечной деятельности и отдыха.

2-я группа – спортивные единоборства (вольная борьба, бокс), $n=105$. Спортивные единоборства, характерной чертой которых при расходовании энергии является непостоянный циклический уровень физических нагрузок, зависящих от конкретных условий соперничества и достигающих иногда очень высокой интенсивности.

3-я группа – циклические виды спорта (бег), $n=51$. Циклические виды спорта требуют преимущественного проявления выносливости. В них сочетается скоростная выносливость с хорошей координацией движений.

Инструмент состоит из 23 вопросов, объединенных в следующие шкалы: «физическое функционирование» (ФФ), «эмоциональное функционирование» (ЭФ), «социальное функционирование» (СФ), «ролевое функционирование – жизнь в школе/детском саду» (РФ). В процессе перекодирования данных могут быть получены следующие суммарные баллы: суммарный балл физического компонента качества жизни (включает шкалу ФФ), суммарный балл психосоциального функционирования (суммарная шкала эмоционального, социального и ролевого функционирования), а также оценивается суммарная шкала (общий балл по всем шкалам опросника).

Общее количество баллов после процедуры перекодирования (перевод необработанных данных в баллы качества жизни) рассчитывается по 100-балльной шкале: чем выше итоговая величина, тем лучше качество жизни ребенка.

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программы SPSS (версия 13.0) путем расчета средних величин (среднее арифметическое, стандартное отклонение, ошибка средней) с учетом доверительных интервалов. Проводились следующие математические расчеты: оценка и сравнение средних величин изучаемых параметров; для сравнения средних значений выборок использовались t-тест для независимых выборок (тест Стьюдента), t-тест для

зависимых выборок, однофакторный дисперсионный анализ (тест ANOVA).

При значимом результате дисперсионного анализа применялись апостериорные тесты множественного сравнения (многократный t-тест без альфа-коррекции (LSD-тест), тест Дункана, Tukey HSD), с помощью которых выявлялись группы, значимо отличающиеся друг от друга. Различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Установлено, что у воспитанников ДЮСШ проводится от 4 до 6 тренировок в неделю. Продолжительность одной тренировки у юных спортсменов составляет 1,5-2 ч, из них у 68% одна тренировка в день, у 32% – 2. Суммарная продолжительность тренировок юных спортсменов составляет 9-12 ч в неделю.

Максимальное число баллов выявлено по шкале социального функционирования во всех группах ($91,2 \pm 10,2$, $91,6 \pm 9,6$ и $94,4 \pm 8,6$, $p > 0,05$) по ответам детей и родителей ($91,6 \pm 11,1$, $92,7 \pm 9,5$ и $93,5 \pm 9,8$, $p > 0,05$), а наиболее низкий балл был получен по шкале РФ у юных спортсменов ($79,3 \pm 13,3$, $80,2 \pm 14,4$ и $81,9 \pm 13,0$, $p > 0,05$) по ответам детей и родителей (табл.1, 2). Родители оценили ролевое функционирование на 5,4-7,2% ниже ($p > 0,05$), что отражает беспокойство родителей по поводу обучения, трудностей, испытываемых ребенком в школе, возможно и за счет пропусков занятий из-за соревнований.

Таблица 1

Сравнительная характеристика показателей КЖ юных спортсменов 10-18 лет ($n = 235$) в зависимости от вида спорта ($M \pm \sigma$; по ответам детей)

Показатель КЖ	Спортивные игры ($n = 79$)	Спортивные единоборства ($n = 105$)	Легкая атлетика ($n = 51$)	p
ФФ	$86,0 \pm 10,1$	$85,6 \pm 15,6$	$84,7 \pm 12,3$	$p > 0,05$
ЭФ	$80,0 \pm 14,5^*$	$86,2 \pm 12,9^*$	$83,6 \pm 17,2$	$p < 0,05$
СФ	$91,2 \pm 10,2$	$91,6 \pm 9,6$	$94,4 \pm 8,6$	$p > 0,05$
РФ	$79,3 \pm 13,3$	$80,2 \pm 14,4$	$81,9 \pm 13,0$	$p > 0,05$
ПСФ	$83,5 \pm 9,2$	$86,0 \pm 9,6$	$86,6 \pm 10,0$	$p > 0,05$
Общий балл	$84,1 \pm 8,6$	$85,9 \pm 9,5$	$86,0 \pm 9,2$	$p > 0,05$

Примечание. В таблицах $p > 0,05$ – статистически достоверной разницы между группами не получено, $*p < 0,05$ – статистически значимая разница между группами.

Таблица 2

Сравнительная характеристика показателей КЖ юных спортсменов 10-18 лет ($n = 235$) в зависимости от вида спорта ($M \pm \sigma$; по ответам родителей)

Показатель КЖ	Спортивные игры ($n = 79$)	Спортивные единоборства ($n = 105$)	Легкая атлетика ($n = 51$)	p
ФФ	$83,6 \pm 11,2$	$83,9 \pm 12,8$	$83,7 \pm 8,7$	$p > 0,05$
ЭФ	$77,5 \pm 14,3$	$81,3 \pm 15,2$	$81,4 \pm 16,7$	$p > 0,05$
СФ	$91,6 \pm 11,1$	$92,7 \pm 9,5$	$93,5 \pm 9,8$	$p > 0,05$
РФ	$73,6 \pm 15,9$	$75,3 \pm 14,7$	$77,3 \pm 14,2$	$p > 0,05$
ПСФ	$80,9 \pm 10,8$	$83,1 \pm 10,9$	$84,1 \pm 11,1$	$p > 0,05$
Общий балл	$81,6 \pm 9,9$	$83,3 \pm 10,5$	$83,9 \pm 8,9$	$p > 0,05$

Таблица 3

Сравнительная характеристика показателей КЖ юных спортсменов 10-18 лет (n = 105) в зависимости от вида спортивного единоборства (M±σ; M; по ответам детей)

Показатель КЖ	По ответам детей		По ответам родителей		p
	Боксеры (n = 48)	Борцы (n = 57)	Боксеры (n = 48)	Борцы (n = 57)	
ФФ	88,1±10,6	83,1±13,6	83,3±12,0	84,0±12,4	p>0,05
ЭФ	77,0±14,6**	89,7±10,3**	75,5±11,2*	82,3±15,8*	p<0,03, p<0,05
СФ	90,0±12,9	91,5±10,7	90,3±12,1	94,1±7,3	p>0,05
РФ	76,8±15,7*	84,5±13,1*	76,9±14,5	77,6±13,3	p<0,05
ПСФ	81,2±12,3*	88,5±8,4*	80,6±7,6	84,6±10,6	p<0,05
Общий балл	82,9±11,0	87,2±9,5	81,5±7,2	84,5±10,8	p>0,05

** p<0,03 – статистически значимая разница между группами.

Таблица 4

Сравнительная характеристика показателей КЖ юных спортсменов 10-18 лет и их здоровых ровесников, не занимающихся спортом (M±σ; по ответам детей)

Показатель КЖ	Юные спортсмены (n = 235)	Здоровые ровесники-неспортсмены (n = 103)	p
ФФ	85,4±12,6	85,4±10,3	p>0,05
ЭФ	83,2±14,8*	70,6±19,6*	p<0,05
СФ	92,4±9,4	88,2±13,5	p>0,05
РФ	80,4±13,5*	74,4±15,8*	p<0,05
ПСФ	85,3±9,6*	79,0±12,9*	p<0,05
Общий балл	85,3±9,1*	79,6±11,4*	p<0,05

Таблица 5

Сравнительная характеристика показателей КЖ юных спортсменов 10-18 лет и их здоровых ровесников, не занимающихся спортом (M±σ; по ответам родителей)

Показатель КЖ	Юные спортсмены (n = 235)	Здоровые ровесники – не-спортсмены (n = 103)	p
ФФ	83,7±10,9	80,3±12,3	p>0,05
ЭФ	80,1±15,4*	73,0±15,8*	p<0,05
СФ	92,6±10,1*	86,8±14,1*	p<0,05
РФ	75,4±14,9	75,6±16,1	p>0,05
ПСФ	82,7±10,9*	77,5±12,*	p>0,05
Общий балл	82,9±9,7	78,2±11,3	p>0,05

По ответам детей по шкале ЭФ качество жизни детей, занимающихся спортивными единоборствами, достоверно выше КЖ детей, занимающихся спортивными играми (+7,7%, p<0,05). По ответам родителей достоверных различий не выявлено.

Таким образом, разрыв между социальным и ролевым функционированием составил 13,0-13,3% по ответам детей и 17,3-19,6% по ответам родителей.

В целом родители оценивают качество жизни детей несколько ниже, чем сами дети по всем шкалам функционирования (p>0,05).

При сравнительном анализе показателей КЖ юных спортсменов, занимающихся боксом и вольной борьбой, также выявлены достоверные различия по шкале ЭФ как по ответам детей (77,0±14,6 против 89,7±10,3, p<0,03), так и по ответам родителей (75,5±11,2 против 82,3±15,8, p<0,05), и РФ (76,8±15,7 против 84,5±13,1, p<0,05) по ответам детей (табл.3). Обращает внимание разрыв между параметрами КЖ по шкалам физического и эмоционального функционирования, социального и ролевого функционирования у юных спортсменов по ответам детей, и по шкалам СФ – РФ у детей 13-18 лет (28,6-18,6%).

При проведении сравнительного анализа показателей КЖ юных спортсменов (табл. 4, 5) с данными Саввиной А.Д. [6] выявлены достоверные высокие показатели по шкале ЭФ (83,2±14,8 против 70,6±19,6) и РФ (80,4±13,5 против 74,4±15,8) по ответам детей (+15,2%, p<0,05) и родителей (+8,9%, p<0,05). Таким образом, у детей, занимающихся спортом, выявлены достоверно высокие показатели КЖ по шкале психосоциального функционирования (+8,0%, p<0,05) и общего балла (+7,2%, p<0,05) по ответам детей.

Родители юных спортсменов достоверно выше оценивают КЖ своих детей по шкалам эмоционального (+9,7%, p<0,05), социального (+6,7%, p<0,05) и психосоциального функционирования (+6,7%, p<0,05). Согласно данным ряда исследований, родители не всегда достаточно информированы о ежедневной жизнедеятельности ребенка, особенно его психосоциальном функционировании [1, 7].

Заключение. Таким образом, юные спортсмены оценивают КЖ выше, чем их здоровые сверстники, не занимающиеся спортом, по шкалам эмоционального, социального, ролевого и психосоциального функционирования.

У юных спортсменов высокие показатели физического и социального функционирования во всех представленных видах спорта, что подтверждает высокую мотивацию к занятиям спортом и получаемое удовлетворение, значимость дополнительного образования для социализации детей, в сравнении со сверстниками, не занимающимися спортом. Высокие показатели КЖ детей, занимающихся спортом, подтверждают эффективность мероприятий профилактической медицины. Применение показателя качества жизни как критерия эффективности профилактических мероприятий способствует улучшению качества оказания медицинской помощи детскому населению.

Литература

1. Альбицкий В.Ю. Новый подход к комплексной оценке состояния здоровья детей с использованием критерия качества жизни / В.Ю. Альбицкий, И.В. Винярская // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2007. – № 5. – С. 16-17.

Albitsky V. J. A new approach to a complex assessment of a state of health of children with use of criterion of quality of life / V. J. Albitsky, I.V.Vinyarskaya // Problems of social hygiene, health care and medicine history. – 2007. – No. 5. – P. 16-17.

2. Баранов А.А. Методология изучения качества жизни в педиатрии / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий, И.В. Винярская. – М.: Союз педиатров России, 2008. – 16 с.

Baranov A.A. Methodology of studying of quality of life in pediatrics / A.A. Baranov, V.Yu. Albitsky, I.V.Vinyarskaya. – M.: Union of pediatricians of Russia, 2008. – 16 p.

3. Дембо А.Г. Спортивная кардиология / А.Г. Дембо, Э.В. Земцовский. – М.: Медицина, 1989. – 165 с.

Dembo A.G. Sports cardiology / A.G. Dembo, E.V.Zemtsovsky. – M.: Medicine, 1989. – 165 p.

4. Недошивин А.О. Исследование качества жизни и психологического статуса больных с хронической сердечной недостаточностью / А.О. Недошивин, А.Э. Кутузова // Сердечная недостаточность. – 2001. - №4. - С. 148-151.

Nedoshivin A.O. Research of quality of life and the psychological status of patients with chronic cardiac failure / A.O. Nedoshivin, A.E. Kutuzov // Cardiac failure. – 2001. - No. 4. – P. 148-151.

5. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик.

– М.: «Олма-Пресс Звездный мир», 2002. – 320 с.

Novick, A.A. Management on research of quality of life in medicine / A.A. Novick. – М.: «Olma-Press Star world», 2002. – 320 p.

6. Саввина А.Д. Качество жизни и пути совершенствования медико-социальной помощи детям с целиакией: автореф. дисс. ...канд. мед. наук / А.Д. Саввина. – Хабаровск, 2009. – 24 с.

Savvina A.D. Quality of life and a way of improvement of the medico-social help to children with celiac disease: Avtoref. disser. ... cand. medical sciences / A.D. Savvina. – Khabarovsk, 2009. – 24 p.

7. Татьяна А.Ю. Оценка качества жизни и состояния здоровья подростков с помощью адаптированного вопросника TACQOL: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.Ю. Татьяна. – М. – 1994. – 24 с.

Tatkova A.Yu. An assessment of quality of life and a state of health of teenagers by means of the adapted questionnaire TACQOL: Phd diss. ... / A.Yu. Tatkova. – М., 1994. – 24 p.

8. Varni J., Seid M., Knight T. The PedsQL™ Generic Core Scales: sensitivity, responsiveness, and impact on clinical decision-making / J. Varni, M. Seid, T. Knight // Journal of Behavioral Medicine. – 2002. – Vol. 25. – P. 175–193.

С.Л. Бакшеева

РОЛЬ СЕМЬИ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ЭВЕНКИИ

УДК 616-058.81:613.1/7:312.6 (571.512)

Целью нашего исследования стало изучение здоровья семей, проживающих на северных территориях Красноярского края. На примере коренного и пришлого населения Эвенкии проведен анализ социального статуса и здоровья семей. Проведенное исследование позволило определить предикторы плохого здоровья коренного и пришлого населения северных территорий Красноярского края. Это материальное неблагополучие семей, плохие взаимоотношения в семье и неблагоприятный социальный профиль.

Ключевые слова: здоровье, семья, северные территории.

Studying of health of the families living in northern territories of Krasnoyarsk region became the purpose of our research. On an example of the indigenous and non-indigenous population of Evenkii the analysis of the social status and health of families is carried out. The conducted research has allowed to define predictors of bad health of the indigenous and non-indigenous population of northern territories of Krasnoyarsk region: financial trouble of families, bad relationships in a family and an adverse social profile.

Keywords: health, a family, northern territories.

В настоящее время семья становится главной сферой социальной работы, средством стабилизации общества и его дальнейшего развития. В рамках этой деятельности работают три основных социальных института: социальная защита населения; образование населения; охрана здоровья населения. Создаются новые структуры, вырабатываются технологии, формы и методы работы с семьями [1,2]. Одним из приоритетов семьи является состояние здоровья ее членов. В исследованиях И.Б. Назаровой [4] отмечается, что ухудшения здоровья многие респонденты связывают с изменением их жизни в целом: потеря постоянно оплачиваемой работы, увольнения, выход на пенсию и т.д.

Особо актуально проблема здоровья стоит в семьях коренного и пришлого населения Эвенкии, людей, проживающих на отдаленных северных территориях, где человек становится заложником экономической ситуации. Большинство семей коренного населения должны мириться с плохими жилищными, санитарными и небезопасными экологическими условиями, недоеданием и неграмотностью. Социально-экономические особенности северных сельских районов и отсутствие возможности полной

реализации программы государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью снижает уровень обращаемости и госпитализации, в результате чего прогрессируют процессы накопления хронической патологии

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 444 чел. в возрасте от 18 до 67 лет. Для проведения исследования была разработана анкета, которая содержала вопросы социально-гигиенического и демографического характера. Анализ анкет позволил получить информацию о семейно-бытовых условиях жизни, материальном достатке и психологическом климате в семье, отношении к своему здоровью. Согласно самооценке респондентами состояния собственного здоровья и подхода к интерпретации групп здоровья, предложенного Ю.П.Лисициным [3], все обследованные лица распределялись по группам здоровья следующим образом:

I (здоровые) – лица, указавшие на отсутствие заболеваний, отличное самочувствие;

II (практически здоровые, с факторами риска) – лица, оценившие в целом свое здоровье как хорошее и редко имеющие острые заболевания;

III (больные в состоянии компенсации) – лица, оценившие свое здоровье как удовлетворительное и имеющие частые острые заболевания или ощущающие чувство нездоровья;

IV (больные в состоянии декомпен-

сации) – лица, имеющие хронические заболевания и оценившие свое здоровье в целом как плохое.

При трактовке корреляционных зависимостей учитывали, что чем выше цифра группы здоровья, тем хуже состояние здоровья респондентов, т.е. прямая корреляционная зависимость будет свидетельствовать об отрицательном влиянии фактора на здоровье, обратная – о положительном.

Результаты и обсуждение. Среди обследованных лиц с I группой здоровья не было выявлено, ко II группе здоровья было отнесено 26,3±2,1% респондентов, к III группе – 65,8±2,3, к IV группе – 7,9±1,3%.

Анализ частоты заболеваний на 100 обследованных лиц выявил определенную их зависимость от группы здоровья. Наименьшая частота встречаемости заболеваний наблюдается у респондентов со II группой здоровья. Исключение составляют болезни органов пищеварения, которые отмечались почти у каждого второго респондента (45,3±4,6), и сердца и сосудов – у каждого третьего (29,1±4,1). У респондентов с III группой здоровья чаще встречаются заболевания сердца и сосудов (40,4±2,9), органов дыхания (30,1±2,7), ЛОР-патология (34,9±2,8) и болезни мочеполовой системы (33,2±2,7). Максимальная частота встречаемости заболеваний отмечена у представителей IV группы здоровья, особенно костно-мышечной (91,4±4,7), сердечно-сосудистой (54,3±8,4) систем и глаз