

Литература

1. Казначеев В.П. Здоровье нации, просвещение, образование. М.; Кострома, 1996.
2. Современный словарь по психологии / Авт.-сост. В.В. Юрчук. Минск, 2000.
3. Нарзулаев С.Б., Пешков В.Ф., Попов Г.Н. и др. Адаптивное физическое воспитание. Томск, 2002.
4. Блинков Ю.А. и др. Основы формирования полноценной жизнедеятельности детей с ограниченными возможностями. М.; Курск, 1996.
5. Левченко И.Ю. Патопсихология: теория и практика. М., 2001.
6. Корсаков С.С. Курс психиатрии. М., 1901.

УДК 796.01:61; 796.01:57

И.И. Диамант, В.Ф. Околелов, И.А. Трифонова

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ИНВАЛИДНОСТИ В ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Томский государственный педагогический университет

Неблагоприятная эколого-гигиеническая обстановка в Томской области нашла отражение в динамике показателей заболеваемости и инвалидности за 1991–2003 гг. Уровень общей заболеваемости вырос на 31,8 %, число людей с хронической патологией увеличилось на 54,2 %. Диспансеризация 2002 г. выявила отклонения в состоянии здоровья детей в возрасте от 0 до 18 лет в 60,3 % случаев. Особые опасения внушает увеличение на 30 % среди них заболеваний туберкулезом. На начало 2004 г. в области был зарегистрирован 53 371 инвалид. Городские жители составили 62,3 %, сельские – 37,7 %. Увеличилось число инвалидов 1-й и 2-й групп, что свидетельствует об ухудшении здоровья населения. Основной причиной инвалидности является группа «общее заболевание». Первое место занимают сердечно-сосудистые заболевания, на втором – онкологические, на третьем – последствия травм, отравлений, на четвертом – заболевания костей и мышц, на пятом – туберкулез. Уровень детской инвалидности возрос на 24,6 %. В городе лидируют врожденные аномалии развития, на селе – психические расстройства у детей.

Изучение динамики медико-демографических процессов в Томской области за период 1991–2003 гг. позволило выявить крайне негативные тенденции развития. Острыми проблемами здоровья населения являлись низкий уровень рождаемости, высокая смертность, сокращающаяся средняя продолжительность жизни.

С начала 90-х гг. наблюдалось сокращение общей численности населения области, прирост жителей городов при убыли числа жителей сельской местности. Общие показатели воспроизводства населения территории отличались от российских и окружающих: рождаемость в 2001 г. превышала соответствующий коэффициент по Российской Федерации (9,6–9,1), но была ниже, чем в Сибирском федеральном округе (9,6–10,0). С 1999 г. наметилась тенденция к

росту рождаемости (в 2000 г. повышение коэффициента на 0,3, в 2001 – на 0,2, в 2002 – на 0,8, в 2003 – на 0,1). Естественная убыль населения Томской области по прогнозным расчетам Госкомстата России (2002 г.) будет сохраняться до 2016 г. [1].

При изучении изменения возрастного состава населения области отмечена тенденция к старению населения (к 2002 г. доля людей в возрасте 65 лет и старше превышала 10 % общей численности населения, за текущее десятилетие численность жителей пенсионного возраста увеличилась на 25,8 тыс. человек, или на 16,8 %).

Одним из экономических последствий старения населения стало значительное увеличение показателя демографической нагрузки или коэффициента иждивенчества. В целом по области на начало 2002 г. нагрузка на трудоспособное население складывалась ниже, чем в среднем по России (в РФ коэффициент демографической нагрузки, т.е. число лиц младше и старше трудоспособного возраста на 1000 человек трудоспособного населения 648 человек, в Томской области – 545, в городе Томске – 468 человек).

Среди экологических факторов, оказывающих негативное влияние на здоровье населения в Томской области, выделяются следующие: резко континентальный климат с отрицательной среднегодовой температурой; наличие значительного спектра загрязняющих веществ в атмосфере воздуха с преобладающим распределением вредных выбросов в местах, где плотность населения наибольшая. Широкое развитие на территории области имеют предприятия нефтегазодобывающего комплекса, в непосредственной близости от областного центра располагается Сибирский химический комбинат, обуславливающий распространение на территории очагов радиоактивного загрязнения. Средняя часть области (справа и слева от бассейна реки Оби, где в основном болотистые местности)

является местом падения отделяемых частей ракетносителей.

Высокая природная концентрация в подземной воде железа, марганца и аммиака, низкая эффективность работы имеющихся станций водоочистки в городских поселениях и слабая защищенность водоносных горизонтов от загрязнения с поверхностных территорий питьевого водоснабжения в сельской местности обуславливают низкое качество водопроводной воды.

Неблагоприятное воздействие эколого-гигиенических факторов и возрастно-половой состав населения Томской области определяли уровень здоровья населения. Это нашло отражение в показателях заболеваемости и инвалидности.

Общая заболеваемость в области достаточно высока, на территориях Сибирского федерального округа более высокий уровень выявлен только в Алтайском крае. По показателю заболеваемости детей Томская область занимала «лидирующее» положение в округе. Уровень общей заболеваемости увеличился в период 1991–2003 гг. на 31.8 % (с 1 277.0 до 1 682.8 в расчете на 1000 человек населения). Рост заболеваемости у лиц с «впервые в жизни» установленным диагнозом за этот же период составил 15.2 %, уровень хронической патологии вырос на 54.2 %.

По количеству травм и отравлений показатели Томской области аналогичны соседним территориям, по всем остальным классам болезней заболеваемость в Томской области выше как по округу, так и в среднем по Российской Федерации. Уровень травматизма как одной из ведущих причин инвалидности и смертности населения Томской области ниже, чем по России, а также по Сибирскому федеральному округу (77.9 на 1000 жителей).

Наиболее существенно уровень заболеваемости вырос среди детей до 14 лет (на 8.4 %). При диспансеризации 2002 г. было осмотрено 225 240 детей в возрасте от 0 до 18 лет (98.5 % детского населения области), отклонения в состоянии здоровья выявлены у 60.3 % детей [2].

Из социально обусловленных болезней был отмечен рост заболеваемости туберкулезом среди детей (при расчете на 100 000 населения возрос за год с 21.3 до 27.7, т.е. на 30 %). Анализ динамики уровня заболеваемости в районах области выявил 4 района с показателями, традиционно превышающими средний по области: Тегульдетский (2 547.9), Асиновский (2 308.7), Томский (1 901.1), Молчановский (1 758.9), а также города Стрежевой (1 747.6) и Томск (1 729.7).

Одним из важнейших факторов, влияющих на здоровье граждан, является уровень жизни населения [3]. Величина прожиточного минимума за IV квартал 2003 г. составила 2 481 р.,

соотношение среднедушевого денежного дохода и прожиточного минимума для населения в этот же период – 237.5 %. Анализируя распределение среднедушевых денежных доходов за 12 месяцев 2002 и 2003 гг., выявлено, что на долю 10 % наименее обеспеченного населения приходится 1.8 % денежных доходов. Уровень доходов пожилых людей в Томской области нередко не достигает прожиточного минимума, как во многих регионах.

Уровень инвалидности населения является показателем для характеристики здоровья граждан и зависит от уровня заболеваемости, удельного веса лиц пенсионного возраста в населении территории, уровня и качества лечебно-профилактической помощи в регионе [4]. Динамика роста уровня первичной инвалидности взрослого и детского населения Томской области за период с 2000 по 2003 г. представлена на рисунке.



Динамика первичной инвалидности по Томской области за 2000–2003 гг.

На начало 2004 г. на учете в органах социальной защиты населения состоял 53 371 инвалид (из них 26 226 мужчин и 23 144 женщины старше 18 лет). Наблюдался рост первичной инвалидности (в 1999 г. на 15 %, в 2001 г. на 16.7, в 2002 г. на 5.4, в 2003 г. на 4.8, интенсивный показатель первичной инвалидности достиг 75.3).

Среди признанных инвалидами впервые постоянно преобладали городские жители над сельскими. Среднее соотношение их за 4 года в процентах составило 62.3 % к 37.7 %. Интенсивный показатель первичной инвалидности составил в 2003 г. 82.8 на 10 000 жителей. Это может указывать на «оседание» инвалидов в сельской местности, об общей тенденции к хронизации заболеваний у сельских жителей в пожилом и старческом возрасте. Выявлены районы с ежегодным высоким показателем первичного выхода на инвалидность: Томский, Асиновский, Зырянский, Колпашевский, Каргасокский и г. Стрежевой.

К позитивным явлениям можно отнести выявленное в 1999–2002 гг. снижение доли граждан в трудоспособном возрасте, впервые признанных инвалидами, с 72.7 % до 54.1 %. Рост количества инва-

лидов пенсионного возраста отмечен с 27.3 % до 46.0 %. Такие же тенденции наблюдались и у сельских жителей. Изучение распределения по полу выявило преобладание мужчин в среднем в 1.3 раза.

Проведенный анализ распределения в зависимости от тяжести инвалидности свидетельствовал об увеличении в 2000–2003 гг. доли инвалидов I группы (с 12.2 до 12.9 %) и инвалидов II группы (с 51.6 до 53.6 %), что свидетельствовало об утяжелении характера инвалидности.

Причиной установления инвалидности у большей части граждан (около 90 %) явилось «общее заболевание», в 1.5–4.2 % – «инвалидность с детства», в 2.5–3.5 % – «инвалидность вследствие трудового увечья или профзаболевания», в 0.5–0.7 % – «военная травма».

Первое ранговое место среди нозологических форм традиционно заняли болезни системы кровообращения (37.5 %), второе – онкопатология (15.3 %), третье место – последствия травм, отравлений, воздействия других внешних причин, в том числе производственные травмы (9.1 %), четвертое место – болезни костно-мышечной системы (6.8 %), пятое место – туберкулез (6.3 %), что несколько отличается от распределения ранговых мест в стране.

В Российской Федерации туберкулез занимает 8-е ранговое место, болезни костно-мышечной системы – 3-е ранговое место.

Высокий удельный вес устанавливаемых I и II групп, только у пятой части инвалидов определялась III группа.

При сравнении динамики уровня заболеваемости злокачественными новообразованиями и первичной инвалидности по онкопатологии не выявлено прямой пропорции. Заболеваемость по названному классу на 100 000 населения в анализируемом периоде увеличилась на 16.7 %, тогда как первичная инвалидность снизилась в 2002 г. на 10.3 %.

Первичная инвалидность вследствие такой социально значимой патологии, как туберкулез, на территории Томской области за анализируемый период стабильно высокая, выше, чем в Российской Федерации (соответственно 3.8 к 3.2), в среднем впервые инвалидами признавались 356 больных с различными формами туберкулеза.

При анализе других классов болезней, явившихся причиной установления инвалидности впервые, обращает на себя внимание снижение на 53.6 % инвалидности вследствие профессиональных заболеваний.

Уровень детской инвалидности в Томской области является важным показателем здоровья населения, индикатором отношения общества к здоровью детей и отражает степень качества оказания медицинской помощи детям. В Томской области с 2000 по 2003 г. Государственной службой медико-соци-

альной экспертизы освидетельствовано 11 074 ребенка до 18 лет. Количество детей, обратившихся в МСЭК, росло (с 2 481 до 3 092, или на 24.6 %). Категория «ребенок-инвалид» устанавливалась от 85.9 % обращений для определения инвалидности в 2000 г. до 91.3 % в 2002 г. При расчете общего уровня детской инвалидности на 10 000 детского населения отмечался устойчивый рост: от 90.0 до 122.3.

Уровень первичной инвалидности у детей Томской области 24.2–24.9 на 10 000 детского населения, что ниже такового в Российской Федерации. В каждом отчетном году число городских детей преобладало над сельскими. Среди первично признанных инвалидами лидировала возрастная группа детей от 8 до 14 лет, второе место у детей самой младшей группы от 0 до 3 лет, на третьем месте – подростки от 15 до 17 лет, на четвертом – дети от 4 до 7 лет. Во все годы в каждой возрастной группе отмечено преобладание детей мужского пола (приблизительно в 1.4 раза).

При сопоставлении структуры первичной инвалидности у городских и сельских детей выявлены существенные различия. В городе преобладали врожденные аномалии развития, в селе – психические расстройства.

Передача полномочий по проведению медико-социальной экспертизы детей до 18 лет от учреждений здравоохранения в службу медико-социальной экспертизы способствовала увеличению объема и улучшению качества освидетельствований [5]. Представленный статистический материал отражает состояние инвалидности в Томской области и является информационной базой для разработки мероприятий по профилактике инвалидности и медико-социальной реабилитации инвалидов на уровне субъекта Российской Федерации. Созданное государственное учреждение «Государственная служба медико-социальной экспертизы в Томской области», объединило в своем составе 16 бюро, из них 1 главное, 6 межрайонных, 2 педиатрических, 4 специализированных и 3 общего профиля в районах области.

В Государственной службе медико-социальной экспертизы в Томской области разработана и эксплуатируется программа «Медико-социальная экспертиза», которая формирует единый комплексный банк данных об инвалидах всех возрастов и отвечает на все вопросы, связанные с объемом реабилитационных услуг. Внедрение автоматизированного формирования документов медико-социальной экспертизы с одновременным созданием банка данных об инвалидах позволило повысить эффективность труда, создать условия для полного анализа потребностей инвалидов в мерах социальной защиты.

Поступила в редакцию 18.12.2006

Литература

1. Проблемы законодательного обеспечения социальной защиты инвалидов в Российской Федерации // Аналитический вестник Совета Федерации ФЗ РФ. 2003. № 4 (197).
2. Инструктивные и методические материалы по установлению инвалидности у детей. М., 1996.
3. Социально-бытовая и трудовая реабилитация инвалидов / Под ред. А.И. Осадчих. М., 1997.
4. Классификации и временные критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы. М., 1997.
5. Постановление Правительства РФ «О внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 13 августа 1996 г. № 966» от 26 октября 2000 г. № 820.

УДК 377; 796/744; 616-003.9

В.Ф. Пешков

ФОРМИРОВАНИЕ КАЧЕСТВ ЛИЧНОСТИ ПЕДАГОГОВ ПО ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ В АСПЕКТЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Томский государственный педагогический университет

Эталонным критерием в выборе приоритетных личностных качеств, которые необходимо воспитывать у будущего педагога по физической культуре в аспекте его полифункциональной, здоровьесформирующей, восстановительно-профилактической деятельности, были взяты данные оценок экспертов. В качестве экспертов выступили 16 педагогов педагогических вузов высшей квалификации, доктора и кандидаты педагогических наук и 21 педагог-практик, работающие в сфере физической культуры и спорта и имеющие высшую квалификационную категорию.

На этапе обработки данных экспертных оценок были выполнены следующие задачи:

- определен коэффициент согласованности мнений экспертов;
- методом математической статистики рассчитаны основные статистические характеристики;
- методом ранговых оценок определены приоритетные качества личности педагога по физической культуре восстановительно-профилактической направленности.

При разработке анкет личностные качества педагогов были сгруппированы по трем признакам: по отношению к профессиональной деятельности; по отношению к детям, занимающимся физической культурой; по отношению к себе.

Анализ экспертных оценок педагогов педагогических вузов и педагогов-практиков, работающих в сфере физической культуры и спорта, выявил по большинству характеристик одинаковую позицию по вопросу, какие качества личности надо воспитывать у педагога по физической культуре в аспекте его полифункциональной здоровьесформирующей восстановительно-профилактической деятельности. Из девяти качеств, характеризующих отношение

личности к профессиональной деятельности в первые пять рангов, согласно оценкам, включены последовательно наиболее важные, по их мнению, качества личности: 1) дисциплинированность; 2) ответственность; 3) трудолюбие; 4) творчество; 5) конкурентность.

На 6–9-е ранговые места, согласно экспертным оценкам, поставлены высокая работоспособность, стремление зарабатывать достойную зарплату, предприимчивость и стремление создавать положительный фон деятельности.

Из девяти качеств, характеризующих отношение педагога по физической культуре к детям, занимающимся физической культурой и спортом, в первые пять рангов вошли следующие качества личности: 1) справедливость; 2) уважение; 3) доброта; 4) готовность оказать помощь; 5) гуманность.

Последующие 6–9 ранговых мест на основании экспертных оценок получили качества: тактичность, сопереживание, отзывчивость, благодарность.

В первые пять наиболее важных качеств личности, характеризующих педагога по физической культуре и спорту, экспертами педагогического университета и сферы физической культуры и спорта включены: 1) целеустремленность; 2) стремление быть социально, психологически и физически здоровыми; 3) результативность деятельности; 4) готовность к самообразованию; 5) рефлексивность.

Ранжирование экспертных оценок выявило, что 6–9-е ранговые места заняли личностные качества: стремление к самовоспитанию, оптимизм, настойчивость, инициативность.

Студенты, зачисленные на обучение по специальности «Физическая культура и спорт» со специализацией «Спортивная подготовка», «Физическая культура и спорт» с дополнительной специальностью