

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЛЕЧЕНИИ, О ЗНАЧЕНИИ ФИЗИОПРОФИЛАКТИКИ

¹ А.И.Шпаков, ² В.В.Войтов, ³ З.Кубиньска, ³ К.Заворски,
² О.А.Глебович, ² М.Б.Конон, ⁴ Г.Н.Хованская

¹ Гродненский государственный университет имени Янки Купалы,
ул. Ожешко, 22, 230025, г. Гродно, Республика Беларусь

² Унитарное предприятие «Санаторий «Неман-72»»,
ул. Санаторная, 23, 230031, г. Гродно, Республика Беларусь

³ Государственная высшая школа имени Папы Римского Иоанна Павла II
в г. Бяла-Подляска, 95/97, Sidorska, 21-500, г. Бяла-Подляска, Республика Польша

⁴ Гродненский государственный медицинский университет,
ул. М.Горького 80, 230009, г. Гродно, Республика Беларусь

Введение. При выборе санатория пациенты используют две главные мотивации: пребывание с целью лечебно-оздоровительного туризма (первичная физиопрофилактика) и прохождение курса лечения (вторичная физиопрофилактика).

Цель работы – изучение с учетом мотивации пребывания в санатории уровня осведомленности пациентов о методах физиопрофилактики неинфекционных заболеваний (НИЗ).

Материал и методы исследования. Проведен медико-социологический опрос 101 отдыхающего в санатории «Неман-72» (Беларусь). Все респонденты были разделены на 2 группы (пациенты, прибывшие в санаторий с целью лечения хронических заболеваний (59,4%), и отдыхающие, избравшие в основном туристский мотив с профилактической направленностью (40,6%).

Результаты и обсуждение. Обе группы респондентов отличались по некоторым демографическим показателям (место жительства, образование, возраст). Состояние своего здоровья большинство из них оценило как хорошее (71,3%) или слабое и очень слабое (25,7%), при том, что в первой группе так ответили 43,3% респондентов. У респондентов были диагностированы хронические сердечно-сосудистые заболевания и нарушения опорно-двигательного аппарата. Пациентами-респондентами названы основные факторы риска, представляющие наибольшую опасность для здоровья. Среди них: курение и злоупотребление алкоголем, дефицит физической активности и дистресс (по мнению представителей второй группы). Для пациентов санатория характерен относительно высокий уровень информированности о НИЗ (патология сердечно-сосудистой системы и опорно-двигательного аппарата), а также о применении методов физиопрофилактики при этих заболеваниях.

Выводы. Санаторно-курортное лечение, занимая важное место в общей системе мер по сохранению и укреплению здоровья населения, наряду с оздоровительными мероприятиями, способно повысить осведомленность граждан о факторах риска и методах физиопрофилактики, что, в свою очередь, способствует снижению заболеваемости хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ). Сочетание санаторно-курортного лечения как части практического здравоохранения и пребывание в санатории с целью лечебно-оздоровительного туризма повышают информированность населения о мероприятиях, формирующих культуру здоровья и повышающих уровень знаний о физиопрофилактике и ее применении.

Ключевые слова: санаторий; лечение; физиопрофилактика; туризм.

Введение

Санаторно-курортная деятельность – направление современного здравоохранения, включающее элементы лечения, реабилитацию, а также первичную и вторичную физиопрофилактику [1].

Ее основу составляют социально и научно обоснованные прогрессивные принципы: профилактическая и реабилитационная направленность, преемственность между амбулаторно-диагностическими, стационарными и санаторно-курортными

учреждениями, высокая квалификация и специализация оказываемой физиотерапевтической помощи [2]. Особое место в лечении и профилактике отводится физическим факторам, как природным (климат, солнце, воздух, вода), так и получаемым искусственно, что, в конечном итоге, и формирует дефиницию физиотерапии. Тесно связанная с ней физиопрофилактика предполагает оздоровление, предупреждение заболеваний человека и их обострений путем применения физических методов, в особенности естественных факторов внешней среды [3, 4].

Современная физиопрофилактика основывается на хорошо известной способности физических факторов повышать общую сопротивляемость и реактивность организма, а также на возможности устранять тот или иной фактор риска возникновения заболевания [5]. В широком понимании, физиопрофилактика – это предотвращение болезней цивилизации, процессов старения и инвалидности посредством улучшения эргономических показателей жизнедеятельности, физической активности и поведения, направленного на сохранение и укрепление здоровья [6].

Первичная физиопрофилактика используется для повышения сопротивляемости организма и развития адаптационных возможностей к неблагоприятным внешним факторам, улучшения работоспособности. Вторичная – применяется у пациентов с целью предупреждения обострений и дальнейшего прогрессирования заболевания, укрепления организма, более быстрого восстановления нормальной жизнедеятельности и трудоспособности. Если среди механизмов первичной физиопрофилактики исключительно важную роль играет феномен перекрестной адаптации, то вторичную физиопрофилактику можно рассматривать как один из компонентов медицинской реабилитации [7].

Для более широкого внедрения физиотерапии и физиопрофилактики применяются мероприятия по формированию здоровьесберегающего тренда, мировоззрения по организации собственного жизненного пространства, стереотипов питания, организации труда и отдыха и прочих паттернов с целью ориентирования населения на санаторно-курортное оздоровление и предупреждение социально значимых заболеваний. Считается, что именно санаторно-курортные учреждения располагают наибольшими возможностями первичной и вторичной физиопрофилактики [8].

На современном этапе развития санаторно-курортной сферы сформировались два подхода к использованию санаторной услуги: признание санаторно-курортной индустрии частью практиче-

ского здравоохранения (вторичная физиопрофилактика) и рассмотрение поездки в санаторий как формы лечебно-оздоровительного туризма (первичная физиопрофилактика). Опросы отдыхающих показывают некоторое ослабление интереса к медицинской составляющей [9]. И если еще 20 лет назад приоритетной была лечебно-оздоровительная направленность, то в настоящее время все больше проявляется преобладание сочетания мотива отдыха и профилактики [10–12].

Успешный опыт проведения физиопрофилактики в санаторно-курортных условиях все более отчетливо доказывает медицинскую и экономическую эффективность оздоровительных мероприятий и первичной профилактики практически здоровых лиц, нуждающихся в квалифицированном восстановлении функциональных резервов, и пациентов, которым показан курс медицинской реабилитации и вторичной профилактики для повышения профессиональной надежности и долголетия на основе преимущественного применения природных и искусственных физических факторов и кинезотерапии.

Цель работы заключалась в изучении уровня осведомленности о методах физиопрофилактики и поведения, направленного на сохранение и укрепление здоровья, среди лиц, проходящих санаторно-курортное лечение. Задача исследования – сравнение уровня знаний о неинфекционных заболеваниях (НИЗ), процессе старения, инвалидизации и возможностях физиопрофилактики двух групп отдыхающих, отличающихся субъективной оценкой мотивации приезда в санаторий. Работа выполнена в рамках совместного белорусско-польского научного проекта «Физиопрофилактика и ее роль в образе жизни различных категорий населения Польши и Беларуси».

Материал и методы исследования

Проведен медико-социологический опрос отдыхающих гродненского санатория «Неман-72» (Республика Беларусь). При помощи специально разработанной авторской анонимной анкеты опрошен 101 респондент (34 мужчины и 67 женщин) в возрасте от 28 до 76 лет с разделением на две группы. Первую составили пациенты, которые указали в анкете цель приезда в санаторий – лечение хронических заболеваний (59,4%; 37 женщин и 23 мужчины), вторую – отдыхающие, приехавшие с туристским мотивом (для отдыха, знакомства и расширения знаний о регионе пребывания, для повышения медицинских знаний и профилактики (40,6%; 30 женщин и 11 мужчин).

Кроме осведомленности о факторах риска, представляющих опасность для здоровья, и дей-

ствий, предпринимаемых для сохранения и укрепления здоровья, оценивался уровень информированности об основных методах первичной и вторичной физиопрофилактики, практически используемых респондентами, а также оценивалось стремление получить новые знания о физиопрофилактических мероприятиях.

Обработка данных выполнена с использованием стандартных функций статистической вычислительной среды R и электронных таблиц Microsoft Excel. Все полученные результаты проверены на нормальность распределения. В связи с тем, что распределение по возрасту оказалось отличным от нормального (Shapiro-Wilk $W=0,96$ $p=0,003$), для обеспечения единства методологии применялись непараметрические методы анализа данных. Количественные параметры представлены средними значениями балльных оценок, качественные – процентными долями. В сравнительном анализе количественных показателей применялись рекомендуемые статистические тесты (критерий Стьюдента при симметричном (нормальном) распределении переменных, U-критерий Манна-Уитни при асимметричном распределении). Распределение качественных переменных представлено в процентном соотношении вместе с 95% доверительными

интервалами, а статистические сравнения были выполнены с использованием независимых анализов Chi-square (хи-квадрат). Критический уровень значимости (p) при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05.

Результаты и их обсуждение

Обе группы интервьюируемых имели некоторые отличия по месту жительства, образованию и возрасту. Во второй группе преобладали жители областных центров и городов и отдыхающие, имевшие высшее образование. Средний возраст респондентов составил $50,9 \pm 13,3$ лет, медиана – 52 года. В первой группе пациенты были достоверно старше по возрасту $57,0 \pm 10,9$, медиана – 57 лет против $42,0 \pm 11,4$, медиана – 39 лет – во второй группе ($p < 0.05$) (табл. 1).

Состояние своего здоровья на момент анкетирования большинство респондентов (71,3%) оценило как хорошее, 25,7% – как слабое и очень слабое. Полностью здоровыми себя считали 3,0% анкетированных. Среди представителей первой группы на слабое и очень слабое здоровье указали 43,3% при отсутствии таковых во второй группе.

На рис. 1 представлено в сравнении отношение к ведущим факторам риска, которые, по мнению респондентов обеих групп, представляют наи-

Таблица 1

Демографические показатели анкетированных (все, кроме возраста, выражены в абсолютных данных, процентах и 95% ДИ)

Показатели		Группа 1 (n=60)	Группа 2 (n=41)	Все вместе (n=101)
Средний возраст, лет		$57,0 \pm 10,9$	$42,0 \pm 11,4^*$	$50,9 \pm 13,3$
Место жительства	Областной центр	13 (21,7)	13 (31,7)**	26 (25,7)
	Районный центр или небольшой город	36 (60,0)	26 (63,4)	62 (61,4)
	Сельская местность	11 (18,3)	2 (4,9)**	13 (12,9)
Семейное положение	Замужем / женат	51 (85,0)	34 (82,9)	85 (84,2)
	Вдова / вдовец и проживает одна / один	9 (15,0)	7 (17,1)	16 (15,8)
Образование	Среднее	19 (31,7)	7 (17,1)	26 (25,7)
	Среднее специальное	18 (30,0)	4 (9,8)	22 (21,8)
	Высшее	21 (35,0)	29 (70,7)**	50 (49,5)
Частота пребывания в санатории, раз	Первый раз	11 (18,3)	28 (68,3)**	39 (38,6)
	1–3 раза	31 (51,7)	10 (24,4)**	41 (40,6)
	4 и более раз	18 (30,0)	2 (7,3)**	20 (20,8)
Субъективная оценка состояния здоровья	Очень хорошее	0	3 (7,3)	3 (3,0)
	Хорошее	34 (56,7)	38 (92,7)	72 (71,3)
	Слабое и очень слабое	26 (43,3)	0	26 (25,7)
Наличие хронических неинфекционных заболеваний	Сердечно-сосудистой системы	36 (64,3)	9 (22,5)**	45 (44,6)
	Опорно-двигательного аппарата	14 (25,0)	22 (55,0)**	36 (35,6)
	Нет болезней	0	9 (22,5)	9 (19,8)

* – различия между группами достоверны ($p < 0.05$) по U-критерию Манна-Уитни;

** различия между группами достоверны ($p < 0.05$) по результатам теста (χ^2) Chi-square test.

большую опасность для здоровья. 68,3% анкетированных указали на недостаток физической активности, 62,4% – нерациональное питание, 68,3% – курение, 57,4% – злоупотребление алкоголем, 26,7% – неустойчивость к стрессам, а 32,7% – пребывание в постоянном стрессе.

При сравнении установлены достоверные отличия по выбору значимости факторов риска. Так, во второй группе преобладает мнение о ведущем влиянии на здоровье дефицита физической активности, постоянное нахождение в состоянии стресса и неустойчивость к стрессовым воздействиям. Большинство респондентов заявили, что они сознательно стараются использовать знания о профилактике, применяя ее принципы на практике. Приехавшие в санаторий для лечения и реабилитации, в первую очередь, указали на достоверный вред курения и злоупотребления алкоголем, не отдавая особого предпочтения дефициту физической активности и негативному влиянию стресса.

На вопрос о предпринимаемых действиях для сохранения здоровья, ответы распределились следующим образом (рис. 2): ведение здорового образа жизни и рационализация питания – 61,4%, достаточное время сна – 31,7%, противодействие зависимостям – 25,7%, способность противопо-

ставить себя стрессу – 27,7%, улучшение взаимоотношений с другими людьми – 15,8% и оптимистический подход к жизни – 21,8%.

Наблюдаются отличия и в уровне осведомленности о физиопрофилактике. Представители первой группы склоняются к ее определению как совокупности различных действий, применяемых в тот момент, когда заболевание возникает и начинает развиваться, с целью лечения и предотвращения неблагоприятных последствий (вторичная физиопрофилактика). Представители же второй группы воспринимают физиопрофилактику как предупреждение болезней до их начала, основанное на осведомленности о факторах риска и правилах сохранения и укрепления здоровья.

Большинство респондентов считают, что увеличение информированности о вышеуказанных проблемах позволит в будущем снизить вероятность возникновения ситуаций, угрожающих здоровью. Однако, готовность углублять свои знания по тематике, связанной со здоровьем, отметили только 5,9% респондентов. В качестве источников для расширения знаний по физиопрофилактике 13,9% опрошенных отметили медицинскую литературу, 54,5% – средства массовой информации и Интернет, по 35,6% – знания

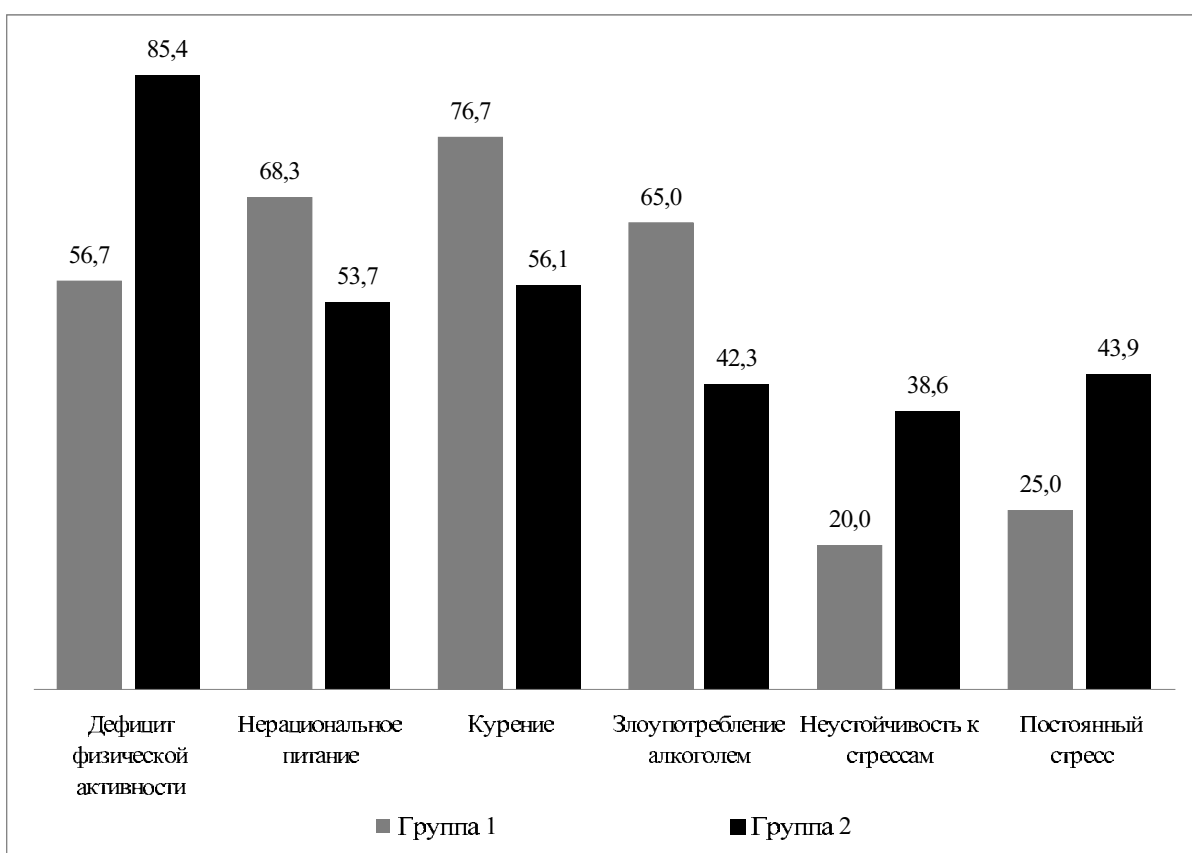


Рис. 1. Факторы, представляющие наибольшую опасность для здоровья, по мнению представителей обеих групп

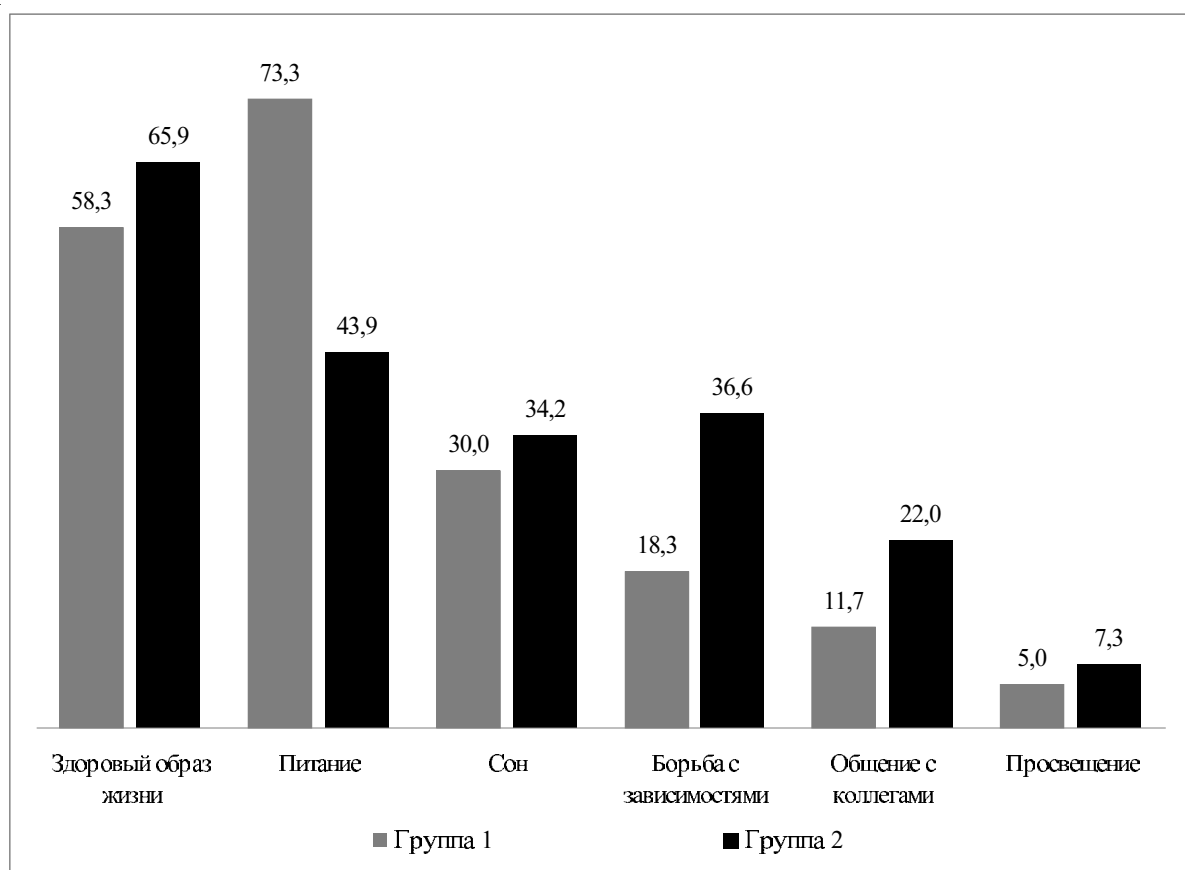


Рис. 2. Действия, предпринимаемые респондентами, для сохранения здоровья

друзей, знакомых, а также близких родственников. 70,9% респондентов указали на ведущую роль медицинских работников в донесении информации до населения. Представители второй группы в 2 раза чаще называли средства массовой информации и Интернет как источники для расширения своих познаний по физиопрофилактике. Представители первой группы в 2 раза чаще прислушивались в этих вопросах к мнению родственников, знакомых и друзей. В 80% случаев (против 56,1% во второй группе) представители первой группы называли беседы с врачом как основной источник знаний о здоровье и методах физиопрофилактики. Информация о профилактических мероприятиях, предоставленная непосредственно членами семьи и друзьями, считается наиболее существенной среди представителей первой группы. В целом 68,3% анкетированных указали, что знают об использовании тех или иных методов физиопрофилактики близкими людьми. Причем среди представителей первой группы этот показатель достигал 78,3% ($p < 0.05$), что может указывать на выраженность беспокойства о собственном здоровье и более тесное общение родственников на темы, связанные с сохранением здоровья. Представители второй группы свою

осведомленность связывают, в основном, с информацией из Интернета.

Большой блок вопросов был посвящен практическому использованию методов первичной и вторичной физиопрофилактики для предупреждения неблагоприятного воздействия факторов риска на здоровье (табл. 2), в том числе, определялись осведомленность о болезнях цивилизации, особенностях процесса старения и инвалидизации и знания о применении физиопрофилактических методов (табл. 3).

Осведомленность анкетированных о распространенных НИЗ, особенностях процесса старения и инвалидности, а также применении физиопрофилактических методов для их предупреждения отличается невысоким уровнем.

Для пациентов, прибывающих в санаторий для продолжения лечения, в сравнении с выбирающими отдых в санатории вместе с туристской составляющей, характерен высокий уровень информированности о заболеваниях сердечно-сосудистой системы и опорно-двигательного аппарата, а также о применении методов физиопрофилактики при этих заболеваниях. Однако, эта группа пациентов характеризуется сравнительно низким уровнем знаний о болезнях центральной нервной системы (депрессия, неврозы, зависимости) и неже-

Частота применения естественных и искусственных физических факторов физиопрофилактики

Факторы / оценка частоты	Группа	Да, систематически	Да, время от времени	Только спорадически	Скорее нет	Нет	P*
Дополнительная физическая активность (прогулки, скандинавская ходьба, езда на велосипеде, гимнастика и др.)	I + II	36 (35,6)	42 (41,6)	12 (11,9)	8 (7,9)	3 (3,0)	<0.05
	I	15 (25,0)	26 (43,3)	11 (18,3)	5 (8,3)	3 (5,0)	
	II	21 (51,2)	16 (39,0)	1 (2,4)	3 (7,3)	0	
Гидротерапия (плавание, душ Шарко, гидромассажные процедуры и лечебные ванны)	I + II	7 (6,9)	26 (25,7)	28 (27,7)	22 (21,8)	18 (17,8)	>0.05
	I	4 (6,7)	13 (21,7)	15 (25,0)	19 (31,7)	9 (15,0)	
	II	3 (7,3)	13 (31,7)	13 (31,7)	3 (7,3)	9 (22,0)	
Применение излучений: лазерное, биопронные лампы, лампы Solux	I + II	4 (4,0)	8 (7,9)	12 (11,9)	22 (21,8)	55 (54,5)	>0.05
	I	1 (1,7)	4 (6,7)	8 (13,3)	17 (28,3)	30 (50,0)	
	II	3 (7,3)	4 (9,8)	4 (9,8)	5 (12,2)	25 (61,0)	
Температурное воздействие в виде криотерапии, термотерапии (сухая сауна, паровая баня, теплые компрессы)	I + II	6 (5,9)	11 (10,9)	21 (20,8)	16 (15,8)	47 (46,5)	>0.05
	I	1 (1,7)	8 (13,3)	17 (28,3)	10 (16,7)	24 (40,0)	
	II	5 (12,2)	3 (7,3)	4 (9,8)	6 (14,6)	23 (56,1)	
Пелоидотерапия (грязелечение): грязевые обертывания, парафиновые аппликации, грязевые, рассольные ванны	I + II	5 (5,0)	25 (24,8)	23 (22,8)	8 (7,9)	40 (39,6)	<0.001
	I	2 (3,3)	22 (36,7)	19 (31,7)	3 (5,0)	14 (23,3)	
	II	3 (7,3)	3 (7,3)	4 (9,8)	5 (12,2)	26 (63,4)	
Массаж: виды лечебного и релаксирующего массажа	I + II	21 (20,8)	47 (46,5)	16 (15,8)	5 (5,0)	12 (11,9)	>0.05
	I	15 (25,0)	29 (48,3)	10 (16,7)	2 (3,3)	4 (6,7)	
	II	6 (14,6)	18 (43,9)	6 (14,6)	3 (7,3)	8 (19,5)	
Пребывание за городом и другие виды рекреационного туризма	I + II	39 (38,6)	47 (46,5)	15 (14,9)	0	0	>0.05
	I	25 (41,7)	27 (45,0)	8 (13,3)	0	0	
	II	14 (34,1)	20 (48,8)	7 (17,1)	0	0	
Эргономика с точки зрения правильной ходьбы, при подъеме (перемещении) тяжестей, предупреждения падений, напряжения и повреждений позвоночника	I + II	4 (4,0)	11 (10,9)	10 (9,9)	15 (14,9)	60 (60,4)	>0.05
	I	1 (1,7)	5 (8,3)	8 (13,3)	10 (16,7)	36 (60,0)	
	II	3 (7,3)	6 (14,6)	2 (4,9)	5 (12,2)	25 (61,0)	
Прохождение регулярных периодических медицинских осмотров	I + II	65 (64,4)	30 (29,7)	6 (6,0)	0	0	>0.05
	I	38 (63,3)	21 (35,0)	1 (1,7)	0	0	
	II	27 (65,9)	9 (22,0)	5 (12,2)	0	0	

* различия между группами достоверны (p<0.05) по результатам теста Хи-квадрат.

лением использовать при развитии изменений в ЦНС методов физиопрофилактики.

Выводы

Разработка теоретических и практических аспектов оптимизации санаторно-курортного обеспечения, оздоровления и медицинской реабилитации на базе современных лечебно-восстановительных учреждений является актуальным и перспективным направлением в здравоохранении.

Санаторно-курортное лечение, занимая важное место в общей системе мер по сохранению и укреплению здоровья населения, наряду с оздо-

ровительными мероприятиями, способно повысить осведомленность граждан о факторах риска и методах физиопрофилактики и снизить заболеваемость хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ).

Признание санаторно-курортного лечения частью практического здравоохранения, а также рассмотрение пребывания в санатории как формы лечебно-оздоровительного туризма повышают информированность населения о мероприятиях, направленных на формирование культуры здоровья, знаний о физиопрофилактике и ее применении.

Осведомленность респондентов о болезнях цивилизации (БЦ), особенностях процесса старения (ПС) и инвалидности (И) и уровень применения физиопрофилактических методов по предупреждению БЦ, ПС и И

Болезни, процесс старения, инвалидность	Группа	Знания о БЦ, ПС, И			Применение физиопрофилактики для предупреждения болезней, лечения и реабилитации		
		Да	Нет	Хочу узнать больше	Да	Нет	Хочу знать и применять
Сердечно-сосудистой системы (инфаркт, инсульт, гипертензия, атеросклероз)	I + II	75 (75,2)	19 (18,8)	6 (5,9)	53 (52,5)	35 (34,7)	13 (12,9)
	I	49 (81,7)	7 (11,7)	4 (6,7)	39 (65,0)*	15 (25,0)*	6 (10,0)*
	II	27 (65,9)	12 (29,3)	2 (4,9)	14 (34,1)	20 (48,8)	7 (17,1)
Опорно-двигательного аппарата (дегенерация суставов, остеопороз)	I + II	76 (75,2)	18 (17,8)	7 (6,9)	55 (54,5)	34 (33,7)	12 (11,9)
	I	47 (78,3)	9 (15,0)	4 (6,7)	38 (63,3)*	19 (31,7)	3 (5,0)*
	II	29 (70,7)	9 (22,0)	3 (7,3)	17 (41,5)	15 (36,6)	9 (22,0)
Дыхательной системы (хроническая обструктивная болезнь легких, астма)	I + II	34 (33,7)	65 (64,4)	2 (2,0)	7 (6,9)	87 (86,1)	7 (6,9)
	I	16 (26,7)	42 (70,0)	2 (3,3)	7 (11,7)	50 (83,3)	3 (5,0)
	II	18 (43,9)	23 (56,1)	0	0	37 (90,2)	4 (9,8)
Центральной нервной системы (депрессия, неврозы, зависимости)	I + II	25 (24,8)	45 (44,6)	31 (30,7)	1 (1,0)	70 (69,3)	30 (29,7)
	I	10 (16,7)*	35 (58,3)*	15 (25,0)*	1 (1,7)	47 (78,3)*	12 (20,0)*
	II	15 (36,6)	10 (24,4)	16 (39,0)	0	23 (56,1)	18 (43,9)
Метаболический синдром (ожирение, сахарный диабет II типа)	I + II	38 (37,6)	19 (18,8)	44 (43,6)	25 (24,8)	31 (30,7)	45 (44,6)
	I	19 (31,7)	9 (15,0)	32 (53,3)	14 (23,3)	17 (28,3)	29 (48,3)
	II	19 (46,3)	10 (24,4)	12 (29,3)	11 (26,8)	14 (34,1)	16 (39,0)
Процессы старения (снижение физической и психосоциальной активности)	I + II	35 (34,7)	16 (15,8)	50 (49,5)	18 (17,8)	39 (38,6)	44 (43,6)
	I	17 (28,3)*	6 (10,0)*	37 (61,7)*	7 (11,7)	22 (36,7)	31 (51,7)
	II	18 (43,9)	10 (24,4)	13 (31,7)	11 (26,8)	17 (41,5)	13 (31,7)
Инвалидность	I + II	15 (14,9)	75 (75,2)	10 (9,9)	3 (3,0)	79 (79,2)	18 (17,8)
	I	8 (13,3)	46 (76,7)	6 (10,0)	2 (3,3)	46 (76,7)	12 (20,0)
	II	7 (17,1)	30 (73,2)	4 (9,8)	1 (2,4)	34 (82,9)	6 (14,6)

* различия между группами достоверны (p<0.05) по результатам теста Хи-квадрат

Перспективное направление санаторно-курортной деятельности – мероприятия, формирующие у населения культуру здоровья, мотивацию к здоровому образу жизни, уверенность в своем здоровье для оптимизации первичной и вторичной профилактики неинфекционных заболеваний, предупреждения инвалидности и преждевременного старения.

Литература

1. Лимонов, В.И. Специфика санаторно-курортной деятельности в условиях рыночной экономики / В.И.Лимонов // Фундаментальные исследования. – 2016. – №9-2. – С.373–378.

2. Колпаков, А.С. Современное состояние и перспективы развития санаторно-курортной отрасли / А.С.Колпаков // Кто есть Кто в медицине. – 2017. – №2 (85). – С.22–24.

3. Сафроненко, В.А. Физиотерапия и физиопрофилактика: учеб.-метод. пособие / В.А.Сафроненко, М.З.Гасанов. – Ростов-на-Дону: Изд-во РостГМУ, 2015. – 107 с.

4. Physiotherapy methods in prevention of falls in elderly people / M.Gajos [et al.] // Journal of Education Culture and Society. – 2016. – No.1. – S.92–102.

5. Абрамович, С.Г. Физиотерапия: национальное руководство / С.Г.Абрамович, В.Б.Адиллов, П.В.Ан-

типенко; под ред. Г.Н.Пономаренко. – М.: ГЭО-ТАР-медиа: АСМОК, 2014. – 864 с.

6. *Kubinska, Z.* Preventive Physical Therapy as a Health Need and Service. Theoretical Background / Z.Kubinska, K.Zaworski // *Fizjoterapia*. – 2018. – Т.18, No.2. – С.58–68.
7. *Lubecki, M.* The Polish model of rehabilitation accepted and recommended by WHO / M.Lubecki // *Hugeia Public Health*. – 2011. – Vol.46, No.4. – P.506–515.
8. *Лепехина, Т.Л.* Курортное лечение как форма инвестирования в капитал здоровья / Т.Л.Лепехина, Ю.В.Карпович, М.С.Оборин // *Вестник Пермского университета*. – 2015. – №4 (27). – С.123–131.
9. *Ветитнев, А.М.* Организация санаторно-курортной деятельности: учебное пособие / А.М.Ветитнев, Я.А.Войнова. – М.: Федеральное агентство по туризму, 2014. – 272 с.
10. *Решетников, Д.Г.* Современные особенности развития и территориальной организации санаторно-курортного хозяйства Беларуси / Д.Г.Решетников, А.Г.Траскевич // *Труды факультета международных отношений*. – 2011. – Вып.II. – С.102–113.
11. *Кружалин, В.И.* Тенденции развития фундаментальных и прикладных исследований в туризме и рекреации / В.И.Кружалин // *Вестник РМАТ*. – 2011. – №3. – С.23–30.
12. *Оборин, М.С.* Социально-экономические условия и функции санаторно-курортной системы региона как фактор создания маркетинговой стратегии развития рынка санаторно-курортных услуг / М.С.Оборин // *Вестник Астраханского государственного технического университета. Серия «Экономика»*. – 2015. – №2. – С.49–56.

AWARENESS OF SANATORIUM PATIENTS ABOUT THE IMPORTANCE OF PHYSIOPROPHYLAXIS

¹ A.I.Shpakov, ² V.V.Voitov, ³ Z.Kubinska, ³ K.Zaworski, ² O.A.Glebovich, ² M.B.Konon, ⁴ G.N.Khovanskaya

¹ Yanka Kupala State University of Grodno, 22, Ozheshko Str., 230023, Grodno, Republic of Belarus;

² Unitary enterprise “The health resort “Neman-72””, 23, Sanatornaya Str., 230031, Grodno, Republic of Belarus;

³ Pope John Paul II State School of Higher Education in Biala Podlaska, 95/97, Sidorska, 21-500, Biala Podlaska, Republic of Poland; ⁴ Grodno State Medical University, 80, M.Gorky Str., 230009, Grodno, Republic of Belarus

Introduction. When choosing a sanatorium, patients use two main motivations: health tourism (primary physioprophyllaxis) and treatment (secondary physioprophyllaxis).

Objective: to study the level of patient awareness of the methods of physioprophyllaxis of non-communicable diseases (NCD), taking into account the motivation for staying in a sanatorium.

Material and research methods. A medical and sociological survey of patients (n=101) was conducted in the sanatorium “Neman-72” (Belarus). All the respondents

were divided into 2 groups: those who arrived at the sanatorium for the treatment of chronic diseases (59.4%) and vacationers (tourists with a preventive focus – 40.6%).

Results and discussion. The groups of respondents differed in demographic indicators (place of residence, education, age). 71.3% of the patients rated their health as good as good, 25.7% – as weakly or very weakly (43.3% of the respondents of the first group). Patients' diseases were the following: chronic cardiovascular diseases, disorders of the musculoskeletal system. The main risk factors that pose the greatest danger to health (named by patients) are smoking, alcohol and low level of physical activity and distress (representatives of the second group). The patients of the sanatorium are characterized by a high level of awareness about non-communicable diseases (pathology of the cardiovascular system and musculoskeletal system) and about the methods of physioprophyllaxis in these diseases.

Conclusion. Sanatorium-resort treatment is important in the system of measures to preserve and strengthen the health of the population; it is able to increase awareness of citizens about risk factors and methods of physioprophyllaxis, which help to reduce morbidity. Sanatorium-resort treatment raises awareness of the population about therapeutic and preventive measures, forms a culture of public health and raises the level of knowledge about physioprophyllaxis and its application.

Keywords: health resort; treatment; physioprophyllaxis; tourism.

Сведения об авторах

Шпаков Андрей Иванович, канд. мед. наук, доцент; УО «Гродненский государственный университет имени Янки Купаль», кафедра теории и методики физической культуры, доцент; тел.: (+37529) 7831034; e-mail: shpakov@grau.by.

Войтов Виталий Витальевич, канд. мед. наук; УП «Санаторий «Неман-72»», главный врач; тел.: (+37529) 2927570; e-mail: vitalyv@tut.by.

Кубиньска Зофья (Kubinska Zofia), доцент; Государственная высшая школа имени Папы Римского Иоанна Павла II в г. Бяла-Подляска, кафедра физиотерапии, доцент; e-mail: zofiakubinska@wp.pl.

Заворски Камил (Zaworski Kamil), Государственная высшая школа имени Папы Римского Иоанна Павла II в г. Бяла-Подляска, кафедра физиотерапии, старший преподаватель; e-mail: kamil_zaworski@wp.pl.

Глебович Оксана Антоновна; УП «Санаторий «Неман-72»», зам. главного врача по медицинской части; тел.: (+37529) 2866676.

Конон Марина Борисовна; УП «Санаторий «Неман-72»», врач-кардиолог; тел.: (+37529) 7865871.

Хованская Галина Николаевна, канд. мед. наук, доцент; УО «Гродненский государственный медицинский университет», кафедра медицинской реабилитации, доцент; e-mail: galinahov@yandex.ru.

Поступила 05.05.2019 г.