



Научно-издательский центр «Социосфера»
Учреждение Российской Академии Образования
«Институт психолого-педагогических проблем детства»
Витебский государственный медицинский университет

**СОЦИАЛЬНЫЕ НАУКИ И ОБЩЕСТВЕННОЕ
ЗДОРОВЬЕ: ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ,
ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ,
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕШЕНИЯ**

Материалы международной научно-практической конференции
20–21 апреля 2011 года

**Пенза – Москва – Витебск
2011**

УДК 316.334:61+159.9:61
ББК 60.5
С 69

С 69 Социальные науки и общественное здоровье: теоретические подходы, эмпирические исследования, практические решения: материалы международной научно-практической конференции 20–21 апреля 2011 года. – Пенза – Москва – Витебск: Научно-издательский центр «Социосфера», 2011. – 140 с.

Редакционная коллегия:

Ушакова Оксана Семеновна, доктор педагогических наук, профессор, заведующая лабораторией развития речи и творческих способностей Учреждения Российской Академии Образования «Институт психолого-педагогических проблем детства».

Яблонский Михаил Федорович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой судебной медицины Витебского государственного медицинского университета.

Девярых Сергей Юрьевич, кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии и педагогики Витебского государственного медицинского университета.

Кириллов Иван Львович, кандидат психологических наук, доцент, заместитель директора по научной работе Учреждения Российской Академии Образования «Институт психолого-педагогических проблем детства».

В сборнике представлены научные статьи преподавателей вузов, соискателей и аспирантов, в которых рассматриваются проблемы здоровья как социальной ценности, достижения и перспективы общественного здравоохранения, социально-психологические аспекты болезни, здоровья и медицины. Освещаются вопросы педагогики здоровья и педагогических технологий здоровьесбережения, социально-медицинские аспекты сексуальности, гендера и репродукции.

ISBN 978-5-91990-019-1

УДК 316.334:61+159.9:61
ББК 60.5

© Научно-издательский
центр «Социосфера», 2011.
© Коллектив авторов, 2011.

СОДЕРЖАНИЕ

I. ЗДОРОВЬЕ КАК СОЦИАЛЬНАЯ ЦЕННОСТЬ. ЛИЧНОСТЬ И ЗДОРОВЬЕ

Динабург С. Р.

Слово о здоровье как аспект антропологического дискурса6

Бережанский П. В., Бережанская Ю. С.

Здоровье как объект исследования в медицине9

Мишин В. А., Галиева Р. Д.

Современные стандарты социального здоровья населения.....10

Пихтилева Н. Н.

Здоровье населения как условие
социально-экономического развития
современной России: региональный аспект 12

Григорьева Н. О.,

Абумуслимова Е. А., Баймаков Е. А.

Особенности влияния наличия
хронических заболеваний
на качество жизни городских жителей 14

Павленко Е. В.

Влияние средств массовой информации
на формирование ценностного отношения
человека к своему здоровью 15

Григорьева Н. О., Зелионко А. В.

Медицинская информированность населения мегаполиса 19

II. ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В МИРЕ И В СТРАНЕ: ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Bosco GodwinRaj Lawrence, Devyatykh S. Yu.

Medicine, law and politics 21

Миронова С. А.

Туберкулёз – глобальная проблема современности24

Салихова А. Ф., Фархутдинова Л. М.,

Салихова А. В., Байбурина Г. Г.

Ожирение как глобальная проблема современности27

Монд О.-Л.

Теория и практика здоровьесбережения голоса вокалистов.....32

Королёв Н. Н., Ермолаева Ю. Н., Ермолаев Д. О.

Результаты социологического опроса
молодых специалистов с высшим медицинским образованием
в учреждениях здравоохранения36

Ustelemova M. S., Lenski S.V.

Up-to-day requirements
to the placing of resuscitation department in megapolis..... 38

Давлетшин Ф. А. Профилактика заболеваний населения с временной утратой трудоспособности в г. Казани	40
Давлетшин Ф. А. Меры профилактики социально-гигиенических факторов риска здоровью подростков в республике Татарстан	43
Ермакова Г. А. К вопросу о проведении биохимического скрининга с целью выявления несовершеннолетних потребителей ПАВ (по результатам анонимного экспресс-тестирования учащихся общеобразовательных учреждений г. Краснодара)	47
Панихина А. В., Портнов А. А. Вредные привычки студентов города Чебоксары и способы их профилактики	53
Алшинова Л. Е. Молодёжный центр здоровья: комплексный подход к здоровью....	57
Востроушкина Е. В. Роль социального работника в социально-психологической реабилитации пожилых людей в условиях геронтологического центра.....	63
Денисова Е. И. Проблемы организации стоматологической помощи гражданам Российской Федерации пожилого и старческого возраста	66

III. СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БОЛЕЗНИ И ЗДОРОВЬЯ. ПСИХОЛОГИЯ НА СЛУЖБЕ ЗДОРОВЬЯ

Медведева Н. Р., Весёлкина Е. И., Рожкова М. С. Социально-психологические аспекты социологии медицины.....	70
Балтина В. С. Контроль сознания в деструктивных психокультах	74
Ялома Н. А. Синдром выгорания и стресс в деятельности педагогов дошкольных образовательных учреждений и служащих банка	79
Ткаченко Г. А., Сафронова Л. В. Использование символдрамы в психотерапии онкологических больных	82
Яблонский М. Ф., Тетюев А. М. Социально-психологические эффекты применения метода деловой игры в преподавании судебной медицины	87

IV. ПЕДАГОГИКА ЗДОРОВЬЯ И ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ

Короткова О. В., Пугачева Н. Б.

Сущностная характеристика
здоровьеформирующего образования..... 91

Зыкова Л. Г.

Здоровьесбережение детей
в дошкольном образовательном учреждении 98

Техты В. В.

Проблема здоровьесбережения
детей школьного возраста (исторический аспект)100

Сметанин Н. И.

Игра как один из методов
этнопедагогических технологий здоровьесбережения КМНС.....102

Техты В. В.

Использование средств осетинской народной педагогики
в ходе реализации программы «Здоровое поколение»106

Короткова О. В., Пугачёва Н. Б.

Здоровьеформирующее образование:
опыт, проблемы, прогнозы109

V. СЕКСУАЛЬНОСТЬ, ГЕНДЕР, РЕПРОДУКЦИЯ И ЗДОРОВЬЕ

Мусина А. А., Онгарбаева А. Л.

Уровень физического и полового развития
детей региона с развитой чёрной металлургией 126

Берестенко Е. Д., Азбука И. Н.,

Архипова О. Г., Ростовцева А. А.

Репродуктивное поведение
девушек-студенток Тульской области.....128

Картышева С. И., Дудченко Ю. Н.

Влияние факторов нездорового образа жизни
на формирование репродуктивного здоровья
девушек-подростков 131

Девярых С. Ю.

Использование презерватива
сексуально активными юношами и девушками 133

Батрак Н. В., Герасимов А. М.

Анализ эффективности применения нагрузочной пробы
на скрытую гиперпролактинемию
в восстановлении фертильности 135

План международных конференций, проводимых
вузами России, Азербайджана, Армении, Белоруссии,
Казахстана, Ирана и Чехии на базе НИЦ «Социосфера»
в 2011 году 137

I. ЗДОРОВЬЕ КАК СОЦИАЛЬНАЯ ЦЕННОСТЬ. ЛИЧНОСТЬ И ЗДОРОВЬЕ

СЛОВО О ЗДОРОВЬЕ КАК АСПЕКТ АНТРОПОЛОГИЧЕСКОГО ДИСКУРСА

С. Р. Динабург

**Пермский государственный технический университет,
г. Пермь, Россия**

Summary. The article presents four views on health as part of anthropological discourse. This is a non-biological, wide-norms, psychosomatic and spiritual aspects. Understanding of health is closely related to bodiness, spirituality and human nature.

Key words: bodiness, constitutional type, health, psychosomatic, spirituality.

Не будет преувеличением сказать, что для современности тема здоровья – болезная тема. С одной стороны, сегодня как никогда трудно быть здоровым: проблемы, связанные с трудностями организации нормального – с точки зрения МКБ-10 [7] – образа жизни (стресс, конфликты, недостаток отдыха, переутомление и пр.) и составляют наш образ жизни. С другой стороны, сам концепт здоровья представляется утопичным. Так, по определению ВОЗ (1948), "здоровье – это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов", и в широком смысле – это возможность организма адаптироваться к новым условиям с минимальными затратами ресурсов и времени [3], что в резюмируется житейской мудростью – «здоровых людей нет, есть недообследованные».

Можно констатировать, что традиционный медицинский дискурс не «про здоровье», а «про болезнь». За исключением космонавтов, спортсменов и крупных политиков, в отношении которых решаются медицинские задачи укрепления здоровья и профилактики, объекты медицины – это «больные», «пациенты» (букв. – «те, кто терпят») и «поступившие на излечение». «Именно болезнь остаётся единственной научно-теоретической проблемой медицины» [6]. При этом во всеобъемлющий Международный классификатор болезней и проблем, связанных со здоровьем [7], включены не только беременность и роды, но и нарушения, возникающие после медицинских процедур, симуляция и расстройства от неустановленных причин. Парадоксальным образом, это продолжение тезиса Ф. Ницше о том, что оболочка земли заражена болезнью, одна из этих болезней называется человек.

Здоровье же – предмет скорее антропологического дискурса, в континууме, например, прагматического, деятельностного полюса

(здоровье как «способность к делу», выражение работо- или трудоспособности) и метафизического полюса, когда оно «органически сливается с тремя основополагающими универсалиями человеческого рода – с истиной, добром и красотой» [6]. В свою очередь, и это рассмотрение – в потоке социокультурных смыслов, дискурса о телесности и духовности.

Отметим некоторые аспекты этих дискурсов в отношении здоровья:

1. Небиологические основания здоровья как новые парадигмы в самой медицине. Если в медицинском смысле ключевыми позициями в понимании здоровья являются способности к гомеостазу и адаптации, то в биологическом смысле – они же дают только выживание одних и непременную гибель других (на уровне отдельных особей, популяций и т. д.), при этом добрый доктор Айболит – не что иное как антропогенный фактор давления на природу. Можно сказать, что здоровье индивида – это человеческое, слишком человеческое, и тогда возможно два подхода в его понимании. Первый – нормальная жизнедеятельность человека вне-адаптивна по биологическим критериям [6], поскольку именно тогда возможны стабильность, свобода от телесности и комфорт сверхчеловека, которого медицина с её технологиями всячески ограждает от собственно биологической среды (гомеостаз и адаптация в рамках «второй природы»). Второй подход может рассматривать «болезнь», её симптомы как часть здорового процесса сопротивления, адаптации, трансформации в рамках естественной пластичности процессов, в противовес болезни-разрушению. Тогда жизнь может быть неудобна и драматична, это выбивает человека из привычной колеи, но в свете подлинных, экзистенциальных человеческих ценностей совершенно нормально (в этом смысле любовь – тоже болезнь).

Можно указать и третий подход, где критерием здоровья будут такие небиологические категории, как «живость», «витальность» и «грация».

2. Нормативный плюрализм – нельзя не заметить, что «коридор норм» становится шире, как в статистическом, так и ценностном смысле. Так, современная медицинская синдромология считает чётко выраженным конституциональным типом, отличным от популяционной нормы (нормы большинства), то, что для прежней медицины – лишь патология и аномалия развития, (а в глазах обывателя – уродство), например, т. н. «синдром Дауна» [2]. Каждый из нас, согласно этому подходу, принадлежит какому-то конституциональному типу, и в отношении типа, а не индивидуума, и представляют интерес прогнозы и нормы.

3. Психосоматический подход, как конвергенция двух концепций, существовавших на протяжении всей истории медицины – холистической и психогенной. «Каждый телесный процесс подвергается

ется прямому или косвенному воздействию психологических стимулов, ... психо-соматический подход предлагает новое понимание организма как целостного механизма»[1]. Болезни, роль психологических факторов в генезисе которых считается доказанной, имеют название «святой семёрки» («holly seven») и этот круг расширяется – частота психосоматических расстройств, по данным ВОЗ, достигает 50 % [5]. Поскольку традиционное лечение психосоматозов зачастую симптоматическое и пожизненное, новый уровень психосоматической медицины связан с усмотрением закона духовной (а не только психологической) детерминации здоровья [6].

4. Духовное, божественное включает и болезненное, а нормальность – один из видов болезни. «Болезненные события и образы нашей психической жизни требуют, чтобы их исследовали не в терминах норм, выводимых из телесной природы или из метафизических идеалов ... Нашим нормам следует самим иметь нечто общее с материалом, который мы желаем понять, им самим нужно обладать способностью к патологизации. ... Наш путь подражания богу – лежит через болезнь, немощь, нездоровье. Более того, именно этот недуг архетипа может быть и сестрой милосердия для нашего самораздвоения и заблуждений, для наших душевных ран и экстремальных состояний, обеспечивая им соответствующий способ выражения, оправдания и переживания смысла»[8].

Антропологический дискурс в отношении здоровья, таким образом, создает возможность «раскрытия неожиданных горизонтов собственной сущности человека, восстановления контакта с его онтологическими основами»[4].

Библиографический список

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. – М.: Ин-т общегуманитарных исследований, 2006. – 336 с.
2. Богданов Н. Н. Типология индивидуальности. – М.: Ин-т общегуманитарных исследований, 2004. – 384 с.
3. Большой психологический словарь / сост. Мещеряков Б., Зинченко В., – М.: Олма-пресс, 2004. – 672 с.
4. Брачули И. Я. Антропологический дискурс и постсоветское пространство // Человек постсоветского пространства. Сб. материалов конференции. – Выпуск 3. – СПб.: Санкт-Петербургское философское общество, 2005. – С. 128–131.
5. Куликов С. А. Основы психосоматики. – СПб.: Речь, 2005. – 288 с.
6. Лисеев И. К., Шаталов А. Т. Философия здоровья. – М.: ИФ РАН, 2001. – 356 с., http://www.i-u.ru/biblio/archive/liseev_filosofija/04.aspx
7. Международная классификация болезней. – <http://www.mkb10.ru>
8. Хиллман Дж. О необходимости аномальной психологии: Ананке и Афина. – Интернет-ресурс: <http://www.jungland.ru/node/652>

ЗДОРОВЬЕ КАК ОБЪЕКТ ИССЛЕДОВАНИЯ В МЕДИЦИНЕ

П. В. Бережанский, Ю. С. Бережанская
Ярославская государственная медицинская академия
Минсоцразвития, г. Ярославль, Россия

Summary. Medical science is a highly differentiated system of scientific knowledge where human body is the main object for examination. The research of a disease should not start with pathophysiological changes but with awareness and realization of the background from which this disease has developed. To provide the safety of human health - is the main objective of Medical Science.

Key words: nosology, disease, population, microcirculation, criteria of health.

Современная наука, в частности медицина, представляет собой высоко дифференцированную систему научного знания. В ней на человека как объект направлен весь потенциал исследователя. Но зачастую данный потенциал исчерпывается углублением в патологию конкретного заболевания, что представляется ошибочным и несовершенным, т. к. понятие «Здоровье» является отправной точкой для жизни человека и его социальной адаптации. Это в свою очередь объясняет его социально-биологическую сущность и образует определённый пласт социально-исторических «изменений», который, расширяясь, меняет отношение, мировоззрение и методы научного познания.

Если здоровье первично по отношению к болезни, значит для любого врача-исследователя является важным понимание того, что определённые состояния здоровья как индивида, так и популяции являются благоприятным фоном для развития болезни.

При анализе современной отечественной и зарубежной медицинской литературы было выявлено, что многие ведущие учёные рассматривают микроизменения в организме (например, на уровне капиллярного русла) как стохастическую систему. Микроизменения сосудистых характеристик, возможность вхождения лейкоцита в микрососуд и образование вследствие этого микростаза, что ведёт к изменению других характеристик, по их мнению, подчиняются случайному закону.

При анализе состояния капиллярного русла детей грудного и раннего возраста с помощью современных систем анализа цифровых изображений и сбора катамнестических данных на предмет развития аллергопатологии, было выявлено, что некоторые дети имеют «должную норму» для развития аллергических заболеваний. Т. е. для определённой нозологии должны существовать надёжные критерии здоровья, которые должны приводить клинически мыслящего врача к теории, из которой можно логически вывести веро-

ятность развития конкретной патологии, определить прогноз, и, конечно же, постараться предотвратить риск развития болезни.

Перефразируя А. С. Залманова, отметим, что глубинная медицина – это тайная мудрость человеческого организма. Глубинная медицина – это не только понятие микропроцессов, но и более «глубочайшее знание» о взаимосвязи этих процессов, и, как отмечал И. И. Мечников, эти знания являются возможностью создать гармоническое равновесие всех частей организма, что ясно раскрылось в его теории «ортобиоза».

Анализ фона, на котором развилась патология, знание патогенетических механизмов, адекватное восприятие клинической картины, проведение дифференциального диагноза является гарантом выздоровления пациента и неотъемлемой частью как клинической медицины, так и теоретической, в частности, как часть процесса образования врача.

Поэтому чрезвычайно важно начинать познавать теорию какого-либо заболевания с теории «относительного здоровья», ведь главной задачей медицины является сохранение здоровья здорового человека.

СОВРЕМЕННЫЕ СТАНДАРТЫ СОЦИАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

В. А. Мишин, Р. Д. Галиева
Казанский (Приволжский) федеральный университет,
г. Казань, Россия

Summary. The content of the criterion of socio-economic efficiency can be defined as an increase in human longevity by improving the welfare and the free, all-round development of every member of society.

Key words: quality of life, assessment of quality of life, a set of indicators of quality of life management.

Социальное здоровье – основной признак, жизненно важное свойство человеческой общности, её естественное состояние, отражающее индивидуальные приспособительные реакции каждого члена общности людей и способность всей общности в конкретных условиях наиболее эффективно осуществлять свои социальные и биологические функции. В различных социально-экономических, эколого-гигиенических, природных условиях параметры общественного здоровья могут существенно отличаться друг от друга [1]. Это обстоятельство позволяет говорить о разном качестве общественного социального здоровья населения.

Социальное здоровье также характеризует жизнеспособность всего общества как социального организма и его возможности не-

прерывного гармоничного роста и социально-экономического развития. Уровень социального здоровья населения служит наиболее ярким и всеобъемлющим показателем условий его жизни и одновременно зависит от них.

В современный стандарт уровня жизни входят показатели, характеризующие занятость и социальную защиту населения, индивидуальный статус и свободу личности, этико-правовые, социально-медицинские нормы, уровень образования и культуры, обеспечение граждан основными материальными и духовными благами, в том числе санитарно-природоохранными [3]. Огромное значение имеет самосохранительное поведение населения – отношение людей к своему здоровью и здоровью своих близких [2].

Таким образом, на научном и практическом уровне наличие связи между материальным благополучием и не только физическим, но и социальным здоровьем населения не вызывает сомнений.

На социальное здоровье населения влияют также и внешние условия – компоненты природной среды: приземный слой атмосферы со всеми происходящими в нём процессами и явлениями; природные поверхностные и подземные воды; почвенный покров; геологическое строение территории; растительность и дикие животные [4].

Состояние социального здоровья существенным образом зависит от того, как живут люди, какие блага и в какой мере они используют, каково качество их жизни. Качество жизни характеризует степень удовлетворения материальных и культурных потребностей людей.

Анализ различных интерпретаций определения категории «социальное здоровье населения» показывает, что она является сложным комплексным феноменом общественной жизни, каждый из структурных элементов которого выступает отражением экономических, социальных, политических, правовых, идеологических отношений, складывающихся в обществе, а потому понимаемый как социальное благополучие населения в целом.

Библиографический список

1. Венедиктов Д. Д. Общественное здоровье: пути оценки и прогнозирования // Общественные науки и здравоохранение. – М.: Наука, 1987 – С.54.
2. Новиков Ю. В. «Экология, окружающая среда и человек». – М.: Гранд, 2008.
3. Прохоров Б. Б. «Экология человека». – М.: Академия, 2010. – 320 с.
4. Тапилина В. С. Социально-экономический статус и здоровье населения // Социологические исследования – № 3. – 2004. – С. 126–137.

ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ КАК УСЛОВИЕ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ: РЕГИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ

Н. Н. Пихтилева
Волгоградский государственный университет,
г. Волгоград, Россия

Summary. The author analyses the role of health in the process of socio-economic development of the Russian region. Health depends on a number of positive and negative factors. The forming healthy lifestyle as the basis for health is a problem of social institutions.

Key words: socio-economic development, health, the value of health, healthy lifestyle, a social institution.

Социально-экономическое развитие России зависит от ряда факторов, в числе которых рыночный (структура регионального рынка), производственный (способ организации производства), качество населения и др. Качественные характеристики населения включают в себя состояние здоровья, уровень образования и культуры, доходы. Важнейшим показателем качества населения, на наш взгляд, является здоровье как залог успешного социально-экономического развития индивида, общества, региона, страны.

Состояние здоровья зависит от множества факторов. В настоящее время здоровье находится под угрозой в связи с ростом влияния негативных факторов (стрессов, приверженности к вредным привычкам, слабой физической активности и др.). Анализ последних статистических данных [1], позволяет предположить, что здоровье рассматривается российским населением только как инструмент достижения финансового благополучия. Важно, что факторы риска оказываются причиной возникновения ряда заболеваний и смерти. Так, социальное противоречие заключается в том, что, несмотря на социальную значимость здоровья, в обществе не сформирована ценность здоровья.

Цель настоящей работы – выявление способов формирования ценности здоровья среди населения на примере Волгоградской области. В рамках работы выделены два индикатора здоровья – это образ жизни и уровень заболеваемости. Чем ниже степень соблюдения здорового образа жизни, тем выше показатели заболеваемости отдельными видами заболеваний, и наоборот. Этот тезис частично подтверждается данными авторского эмпирического исследования, проведенного в Волгограде в феврале – марте 2009 г. (n = 400) на тему «Практики сохранения здоровья в современном российском обществе».

В результате социологического исследования было выявлено, что 59 % респондентов не соблюдают режим питания; 64 % не зани-

маются физической культурой (еженедельно); 35 % курят; 30 % регулярно употребляют крепкие спиртные напитки; около 40 % не обращаются за оказанием медицинских услуг в учреждения здравоохранения. Очевидно, что степень распространения среди населения здорового образа жизни невысокая, следовательно, очевидна и низкая ценность здоровья. При этом следует подчеркнуть, что население Волгограда и области, при сохранении общероссийской тенденции, характеризуется высоким уровнем заболеваемости (около 72 % от всего населения в 2009 г.). Важно, что группой причин нарушения здоровья являются неинфекционные заболевания (678,7 на 1 тыс. человек населения области) [2], которые часто оказываются результатом образа жизни.

Полученные данные, несмотря на то, что отражают специфику региона, в значительной степени характерны для всей страны.

На основании вышеизложенного, можно сделать вывод, что здоровье населения Волгограда и области находится под угрозой. Основной причиной угрозы, на наш взгляд, является несоблюдение здорового образа жизни. Формирование здорового образа жизни населения – задача социальных институтов, поскольку благодаря им обеспечивается процесс социализации, в течение которого происходит усвоение и трансляция социальных норм, ценностей, традиций, связанных со здоровьем. Речь идёт прежде всего об институтах семьи, образования, здравоохранения, СМИ. Реализация проектов в данном направлении возможна только на основе социально-ориентированного подхода (с учётом гендерных и возрастных особенностей разных групп населения).

Подводя итог вышесказанному, можно заключить следующее. В российском обществе очевидна низкая ценность здоровья, что проявляется в высоком уровне заболеваемости населения, несоблюдении здорового образа жизни. Важная роль в обеспечении здоровья принадлежит социальным институтам. Социальная значимость здоровья обусловлена его важной ролью для социально-экономического развития региона и страны в целом.

Библиографический список

1. Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс] /<http://www.gks.ru>
2. Регионы России. Социально-экономические показатели. 2010 // Стат. сб. – М.: Росстат, 2010. – С. 324–325. [Электронный ресурс] /<http://www.gks.ru>

ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ НАЛИЧИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ГОРОДСКИХ ЖИТЕЛЕЙ

Н. О. Григорьева, Е. А. Абумуслимова, Е. А. Баймаков
Санкт-Петербургская государственная медицинская
академия им. И. И. Мечникова, г. Санкт-Петербург, Россия

Summary. Health, as one of the factors of quality of life, in turn, is the result of the impact of the various elements of both external and internal environment. The article investigated quality of life in indices of the population. Information that characterizes a degree of dependence between an individual health level and an individual's wellness has been analyzed. Typical relations have been found out the direct dependence between somatic health level and wellness.

Key words: health, quality of life, urban population.

Жизненный опыт современных пациентов и их близких, практический опыт врачей, теоретические и прикладные знания научных и социальных работников свидетельствуют о том, что влияние заболевания на здоровье человека не исчерпывают количественные характеристики. Целостный подход к здоровому и больному человеку, осознание множественных и взаимовлияющих аспектов его телесных, умственных и душевных (эмоциональных) проявлений, и определил поле исследований, получившее название качество жизни.

С целью анализа и выявления факторов, влияющих на качество жизни городских жителей, нами было обследовано 200 человек, проживающих в Санкт-Петербурге. Исследование проводилось с использованием опросника по качеству жизни ED-5Q. Среди опрошенных несколько преобладали женщины (55,5 %) преимущественно в возрасте до 30 лет (63,0 %). В структуре занятости преобладала доля граждан, занимающихся интеллектуальной деятельностью (54,0 %).

Полученные данные показали, что треть опрошенных (34,0 %) считает себя совершенно здоровыми, 31,5 % обследованных иногда болеет острыми формами заболеваний и более четверти реципиентов (28,5 %) имеют хронические заболевания, причём 19,6 % из них часто обращаются за медицинской помощью (5,5 % от общего числа обследованных). Результаты исследования свидетельствуют, что доли пациентов, имеющих хронические заболевания, колеблются в интервале 4,5 % – 9,0 %.

Влияние состояния здоровья на качество жизни неоспоримо. Так, среди пациентов, считающих себя совершенно здоровыми, выявлена наибольшая доля практически удовлетворенных качеством жизни (82,4 %). Среди респондентов, отмечающих наличие острых заболеваний, доля удовлетворённых составила 73,3 %, а среди имеющих хроническую патологию – 43,9 %. Полученные нами дан-

ные также указывают, что наличие хронических заболеваний в большей степени оказывает негативное влияние на субъективную оценку респондентами своего здоровья. При шкальной оценке состояния здоровья пациентами было выявлено достоверное различие ($t > 2$) между оценочными баллами в группах респондентов, по-разному оценивающих своё здоровье: средний балл в группе считающих себя совершенно здоровыми составил $82,8 \pm 11,9$, в группе болеющих острыми заболеваниями – $76,9 \pm 12,4$ баллов, а имеющие хронические заболевания в среднем оценили своё здоровье на $61,0 \pm 14,4$ баллов.

На основании данных проведённого исследования можно сделать вывод о негативном влиянии наличия хронических заболеваний на субъективную оценку здоровья и оценку качества жизни городскими жителями. Следовательно, организационные мероприятия, ведущие к снижению уровня хронических заболеваний среди населения, будут способствовать повышению удовлетворённости населения качеством жизни, что является одной из основных целей правительственных национальных программ в области здравоохранения и социального развития.

ВЛИЯНИЕ СРЕДСТВ МАССОВОЙ ИНФОРМАЦИИ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЦЕННОСТНОГО ОТНОШЕНИЯ ЧЕЛОВЕКА К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ

Е. В. Павленко

**Уральский государственный педагогический
университет, г. Екатеринбург, Россия**

Summary. This article contains the analysis of structure of concept "attitudes to health ". Besides this the question on influence of mass media on formation of the valuable attitude of the person to the health is considered. The conclusion about negative influence of mass media is done.

Key words: mass media, health, attitude to health, valuable.

Здоровье человека имеет биологическую основу, однако оно не может сводиться исключительно к констатации отсутствия у субъекта физических дефектов, симптомов заболевания, недомогания. Здоровье характеризуется даром возможности для человека в осуществлении полноценной, не стеснённой в своей свободе жизни: реализации своего потенциала, социальных функций, общения с окружающими и т. д. В преамбуле устава ВОЗ здоровье определяется как состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только как отсутствие болезней и физических дефектов. Здоровье определяется как социально-обусловленное явление. Немаловажную роль в нём играет генетика, окружающая

среда (в частности экологическая ситуация в регионе), состояние системы здравоохранения. Однако ключевую роль здесь играет образ жизни человека, его социально-экономические, социально-демографические и поведенческие характеристики.

Поведение во многом определяется отношением человека к своему здоровью. Понятие отношения к здоровью впервые было описано в 1989 г. отечественными исследователями, в частности И. В. Журавлёвой [1]. Она определяет данное понятие как сложившуюся на основе имеющихся у индивида знаний оценку собственного здоровья, осознание его значения, а так же действия, направленные на изменение состояния здоровья [2, с.37]. Выделяется несколько разновидностей данного понятия, так, по степени активности можно выделить активное и пассивное отношение к здоровью; по формам проявления выделяют позитивное, нейтральное и негативное отношение; по степени адекватности принципам здорового образа жизни: адекватное (самосохранительное) и неадекватное (саморазрушительное) поведение. По мнению И. В. Журавлёвой, структура понятия «отношения к здоровью» включает следующие компоненты: 1) оценка состояния здоровья; 2) отношение к здоровью как к одной из основных жизненных ценностей; 3) деятельность по сохранению здоровья. На наш взгляд, отношение человека к своему здоровью формируется под воздействием различных факторов, например личное окружение индивида, его воспитание, практики поведения, воспроизводимые членами семьи, кругом ближайших знакомых или эмоциональное восприятие человеком собственного здоровья, отражающее переживания и чувства, испытываемые по поводу его состояния. В данном контексте важными являются понятия переживания и опыта.

Немаловажный фактор – это информированность в сфере здоровья. Показатель информированности многоэлементный. Предметом информированности являются знания: о вреде для здоровья некоторых привычек, о факторах риска наиболее распространённых заболеваний; о перенесённых заболеваниях, о противопоказанных лекарствах; о методах оказания первой помощи; об элементах гигиенической культуры и т. п. Только имея представление об уровне информированности и гигиенической культуры индивида, можно оценить уровень осознанности его самосохранительного поведения. Кроме того, показатель информированности служит индикатором эффективности функционирования в отношении здоровья таких социальных институтов, как здравоохранение, семья, школа, средства массовой информации [8].

В настоящее время основными источниками информирования являются медицинские учреждения и средства массовой информации. Причём последние, по данным исследований, имеют большое влияние на формирование отношения человека к своему здоровью

[3, с. 8]. Стоит отметить, что общество с низкой медицинской информированностью граждан – это благоприятная почва для различного рода манипуляций с массовым сознанием в сфере здоровья. Отличительной особенностью средств массовой информации в настоящее время является то, что они руководствуются в своей деятельности исключительно коммерческими интересами: любая реклама и информация о здоровье, даже если она наносит вред человеку, может появиться в СМИ. Так, например, реклама медикаментов сулит человеку, при приёме одной таблетки, избавление от боли и т. д. Приём медикаментов – это лёгкий способ заглушить боль, к которому человек быстро привыкает, особенно в настоящее время, когда нет времени проходить обследование у специалистов. Невнимание к сигналам, которые подает организм, приводит к серьёзным нарушениям в его работе. И на эту линию поведения хорошо ложится рекламная стратегия заботы и облегчения тягот жизни современного человека: «место действующего субъекта занимает вещь, которая создана, чтобы сделать всё за человека, без его особых усилий. Она в форме крема, таблетки, техники борется с лишним весом, морщинами, болезнями, облегчает симптомы болезни, делая их невидимыми и предоставляя индивиду возможность освободить время для более важных занятий – сна, еды, отдыха, построения карьеры» [3, с. 105].

Исследователями отмечается, что в современном мире акцент делается на внешней атрибутивной стороне здоровья. Красота зубов, волос, отсутствие боли, хорошее настроение. Человек желает житьсию же минуту, здесь и сейчас, оставаясь молодым и не желая выковылывать из себя нового человека [4, с. 23]. При низком уровне информированности населения в сфере здоровья можно отметить ещё один минус рекламы медикаментов (впрочем, и не только их), – её лояльность к употреблению человеком вредных веществ. Так, "подпорченное" алкоголем, курением, перееданием, обилием сладкого здоровье можно легко вернуть при помощи соответствующих средств [3, с. 105].

Другая сторона вопроса касается многообразия появляющейся в настоящее время информации носящей «разоблачительный» характер. Одной из наиболее популярных в настоящее время в СМИ является тема здоровья и заботы о нём. Причём эта информация носит подчас противоречивый характер. С одной стороны отрицается существование некоторых заболеваний (в частности ВИЧ), говорится о крайне неблагоприятной экологической ситуации, запущенном состоянии системы здравоохранения (как правило, на примере отдельных случаев халатности), вреде большинства продуктов питания и средств личной гигиены. С другой стороны, не предлагается никакой альтернативы. И это, на наш взгляд, негативно сказывается на формировании отношения человека к своему здоровью.

Это может привести к тому, что человек, смилившись с мыслью о том, что практически всё вокруг причиняет вред его здоровью, перестанет о нём заботиться.

Озвученная выше проблема может иметь несколько решений. Во-первых, это увеличение доли санитарного просвещения среди населения. Основными источниками информации заботы о здоровье должны стать учреждения здравоохранения и образования (в частности школы). Во-вторых, это увеличение ответственности, которую должны нести производители товаров и услуг (в т. ч. и СМИ), за ту информацию, которую они предоставляют своим потребителям.

Библиографический список

1. Журавлёва И. В., Шилова Л. С., Антонов А. И., Бабин Е.Б. Отношение человека к здоровью и продолжительности жизни / отв. ред. Журавлёва И. В. – М.: ИС РАН. – 1989.
2. Журавлёва И. В. Отношение к здоровью индивида и общества. – М.: Наука. – 2006. – 238 с.
3. Бурганова Л. А., Савельева Ж. В. Медикализация и эстетизация здоровья в рекламной коммуникации // Социологические исследования. – 2009. – № 8. – С. 100–107.
4. Липовецки Ж. Эра пустоты. Очерки современного индивидуализма. – СПб.: Владимир Даль. – 2001. – С. 23.
5. Шаповалова О. А. Какова роль СМИ в распространении информации о здоровье // Интернет-конференция Охрана здоровья: проблемы организации, управления и уровни ответственности (с 16.04.07 по 15.06.07). URL: <http://www.ecsocman.edu.ru/db/msg/308431.html> (дата обращения: 15.11.2010).
6. Шаповалова О. А. Средства массовой информации как механизм формирования ценностного отношения населения к своему здоровью: теоретико-методологические основы анализа // Социология медицины. – 2008. – № 2. – С.15–19.
7. Смирнов Ф. П. Информационный вирус малодетности и бездетности // Интернет-конференция «Охрана здоровья: проблемы организации, управления и уровни ответственности» (с 16.04.07 по 15.06.07). URL: <http://www.ecsocman.edu.ru/db/msg/307969.html> (дата обращения: 21.10.2010).
8. Журавлёва И. В. Информированность в сфере здоровья и источники ее формирования // Интернет-конференция «Охрана здоровья: проблемы организации, управления и уровни ответственности» (с 16.04.07 по 15.06.07). URL: <http://www.ecsocman.edu.ru/text/16206960/> (дата обращения: 27.01.2011).

МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМИРОВАННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ МЕГАПОЛИСА

Н. О. Григорьева, А. В. Зелионко

Санкт-Петербургская государственная медицинская
академия им. И. И. Мечникова, г. Санкт-Петербург, Россия

Summary. Medical knowledge is one of important conditions of saving of human health. This research was carried out by a method of questioning with the help of specially developed questionnaire. As a result of research the population has been divided into 3 groups on level of medical knowledge (high, average, low). It has been established that high level of medical knowledge provides formation of healthy behavior that promotes decrease in incidence of widespread diseases caused by various risk factors.

Key words: medical knowledge, healthy behavior, risk factors.

Медицинская информированность (МИ) и грамотность в сфере здоровья являются важными и неотъемлемыми условиями сохранения здоровья человека. Отсутствие знаний о факторах риска и здоровом образе жизни остаётся основной причиной широкого распространения болезней современности и высокой смертности.

Целью данной работы является исследование уровня МИ, санитарно-гигиенической грамотности, установок на здоровый образ жизни населения мегаполиса. В исследовании приняли участие 360 человек, проживающих в г. Санкт-Петербурге. Исследование проводилось по специально разработанной программе медико-статистического анализа. Оценка уровня МИ производилась в баллах, по основным вопросам, касающимся информированности о здоровье, санитарно-гигиенической грамотности, установок на здоровый образ жизни.

По уровню МИ всё население было разделено на 3 группы – с высоким (50,0 %), средним (31,0 %), и низким (19,0 %) уровнем. Основную массу исследуемых составили женщины (66,0 %), большинство респондентов (73,6 %) входили в возрастную группу моложе 29 лет. Среди лиц, обладающих низким уровнем МИ, преобладали мужчины (53,0 %), высоким и средним – женщины (63,0 % и 74,8 %). Больше половины исследуемых с высшим образованием имели высокий уровень МИ (61,7 %), средним специальным и начальным – средний и низкий уровень (66,4 % и 60,1 %). Удельный вес респондентов, имеющих хронические заболевания, составил 82,8 %, при этом половина из них (51,7 %) имели высокий уровень МИ. Лица, имеющие низкий уровень МИ, заболевали острыми формами заболеваний чаще (большинство – 72,3 % болеет от 2–3 до 4 и более раз в год), чем лица, обладающие высоким уровнем МИ (больше половины – 65 % болеет 1 раз в год и реже). Респонденты, обладающие

высоким уровнем МИ, при обращении в поликлинику в основном остаются удовлетворены качеством проведённого лечения (61,6 %).

Исследование показало, что 55,8 % исследуемых употребляет алкогольные напитки, в то время как основная часть респондентов не курят (68,6 %). При оценке уровня МИ выяснилось, что 93,3 % исследуемых знают о вреде курения, при этом продолжают курить 43,4 %. О вреде алкоголя информированы 94,2 % респондентов, из которых употребляют алкоголь минимум 1–2 раза в месяц 75,3 %. При этом большинство некурящих (73,4 %) и не употребляющих алкогольные напитки (64,8 %) респондентов имеют высокий уровень МИ.

Таким образом, установлено, что уровень медицинской информированности существенно влияет на состояние здоровья индивида. Высокий уровень МИ обеспечивает формирование здорового поведения, что способствует снижению заболеваемости, инвалидности и смертности населения.

II. ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В МИРЕ И В СТРАНЕ: ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

MEDICINE, LAW AND POLITICS

Bosco GodwinRaj Lawrence, Devyatykh S. Yu.
Vitebsk State Medical University, Vitebsk, Belarus

Summary. The article shows that institution of Health functions in concrete social context, and Medicine and Policy relations are regulated by rules of morality.

Key words: Medical Deontology, Social Ethics, Social Politics.

Medicine and politics are inextricably intertwined, and yet they are very different enterprises. Political conditions can have a dramatic effect upon life expectancy: famine, for example, is now believed to occur only in conditions where there are few freedoms, including that of information. In the modern state, the institutional arrangements under which medicine is practiced are determined by the central government, according to its political philosophy. Medical achievements, real or imagined, have often been used to make political points: the Dean of St Paul's, the Rev. Hewlett Johnson, once extolled blood transfusion as if it were unique to the Soviet Union, the thought of Mao Tse-Tung was once credited with astonishing medical powers, and not only by the Chinese, one visitor saw a political lesson in the absence of acne in Hanoi, and Cuba's health-care system has frequently been used to justify the revolution there. By contrast, the fact that by the end of Franco's rule in Spain, the Spanish population had one of the highest life expectancies in the world has rarely, if ever, been used to justify the nationalist rebellion, and quite rightly so.

Given that almost everyone finds it difficult to be politically even-handed, and resorts at some time to the rhetorical devices of suppression and suggestio falsi, to what extent should medical journals, especially those such as the NEJM, JAMA, BMJ and the Lancet that are designed for a general medical audience, indulge in ex cathedra political commentary? Should they confine themselves to severely technical matters such as the effect of enalapril on 12-year survival and life expectancy in patients with left ventricular systolic dysfunction, to take one example at random? If they cannot be expected to obey such a self-denying ordinance, how much political commentary should they indulge in, and what political philosophy, if any, they should espouse?

Even the idea that there are severely technical matters to which medical journals could theoretically confine themselves if they so wished has come under attack. For example, a recent editorial in the Lancet, written by the editor himself, suggests that the journals' choice of

subject matter for publication, as well as the membership of their editorial boards, is institutionally racist. This is because the research that they report is overwhelmingly about diseases that affect the richer part of the world's population, and their editorial boards are likewise drawn overwhelmingly from the developed world, though the journals are, or aspire to be, global in reach and are clearly very influential beyond their immediate borders. According to the editor of the *Lancet*, the staff of major medical journals are deeply unrepresentative of the world's population as a whole, and the contents of the journals unconcerned or insufficiently concerned with the medical problems that most people in the world face. The solution to this problem, in the editor's opinion, is systematic positive discrimination in favour of under-represented groups and medical subject matter.

Unfortunately discrimination in favour of one group of people on ethnic grounds is necessarily discrimination against another group of people on ethnic grounds. Thus the *Lancet*'s proposal could be described, by its own logic, as institutionally anti-Semitic if, as seems likely, a disproportionate number of eminent medical researchers whose work is currently being published, but would not be published under the new dispensation, are Jewish. The promotion of scientific work not on the basis of its intrinsic worth, but according to the ethnic or social category of its authors, is an idea with a very bad, indeed murderous, pedigree. Moreover, it is not possible to predict with any degree of accuracy the practical long-term consequences of any piece of research that at first sight seems far removed from current problems. It was a very long time before Vesalius's or Harvey's researches were of much practical benefit to mankind, but that is surely not to say that their publishers should have withheld publication and published something else instead. The *Lancet*'s proposal would result in the complete and short-sighted politicization of medical journals.

Doctors as a group have no more insight into political questions than other people of similar levels of intelligence and education, nor do they always agree with one another on political matters. They are interested in the health of their patients and in the public health as well, but are inclined to forget that there are other desiderata than longevity. While good health is obviously a blessing, it is not the only thing in life that is worthwhile. Indeed, it is now a commonplace of political philosophy that not all human goals are compatible: for example, the desire for excitement and that for safety. It does not follow, therefore, that because the prohibition or promotion of something would be good for health, it should be prohibited or promoted. This is something that medical journals in their political pronouncements are apt to forget. If a few people could be saved from drowning each year by the banning of swimming pools, it does not in the least follow that swimming pools should be banned.

The pronouncements of the major medical journals on broad political matters are inclined to be naïve, and often do not seem to recognize that other points of view are possible. Equality is almost always treated as if it were unequivocally a benefit, and reference is rarely if ever made in medical journals to the fact that one attempt to bring about equality, communism, resulted in up to 100 000 000 deaths in the twentieth century, an undesirable medical outcome if ever there was one.

Equality, equity, fairness and justice are often treated in medical journals as if they were synonymous, so that, for example, any increase in differences in outcome between social groups is taken ipso facto as evidence of increased injustice. Of course, such an increase might be the result of injustice; but then again, it might not be. Indeed, it might even be evidence of increased justice, if justice means that people receive their deserts. The fact that more burglars than law-abiding householders end up in prison is not evidence of systematic injustice. Equality, if it be equality of misery and impoverishment, does not have much to commend it. Moreover, justice, like health, while extremely important, is not the only good that human beings desire. Many things are important, but none is all-important. Civilization is not reducible to justice, and is ultimately more valuable than justice.

Likewise, the major medical journals, in their approach to the so-called Third World, almost invariably treat increased aid from the developed world as not merely desirable but as a moral imperative, a duty incumbent upon the rich. They seem unaware that there is a considerable body of opinion that, far from producing benefits, such aid actually worsens the plight of the Third World by the very kind of politicization of life that the journals favour. This is not to say that the view that aid should be increased should get no proper hearing, of course it should: but an awareness that another view is possible and intellectually respectable, with a considerable body of evidence to support it, would be welcome. You can read most of the major medical journals, for example, without realizing that many observers concluded that aid to Somalia prolonged and exacerbated rather than alleviated the civil war there. They might not have been right, but they were not stupid.

By their very nature, political questions do not admit of straightforwardly empirical answers. The person who values freedom more than longevity will suggest a different policy with regard to tobacco, licensing laws, speed limits and a host of other measures than a person who values longevity more than freedom. Neither of these two people can be proved correct by mere empirical evidence: the dispute cannot be settled in the way that the famous dispute between Platt and Pickering over the continuous or discontinuous distribution of blood pressure could (at least in theory) be settled. The distinction between the kingdom of ends and that of means may not be quite absolute, but it exists nonetheless.

If the principal purpose of medical journals is to communicate strictly medical information, if they are more concerned with the kingdom of means rather than those of ends, political material should form a relatively small proportion of the total material published in them, and it should be set aside in a clearly marked way. Moreover, the journals should act more as foray for debate on these contentious matters than (as at present appears) as bully pulpits from which unrepresentative people, the editors, can hold forth and claim to be speaking on behalf of the entire human race, when they do not even represent doctors. The political uniformity, indeed conformity, of most of the major general medical journals is dispiriting to observe, dull to read and will ultimately be counterproductive, as it will alienate a readership that is much more diverse in its viewpoint. There is more to be gained from debate than from preaching. The major medical journals of the western world badly need their own glasnost and perestroika.

Bibliography

1. Giddens, Anthony. Sociology: Fourth Edition. – Oxford: Polity Press, 2001. – 629 p.
2. Nettleton, Sarab. The Sociology of Health and Illness. – Cambridge: Polity, 1995. – 408 p.
3. Введение в биоэтику человека / сост. С. Ю. Девярых. – Витебск: ВГУ, 2003. – 32 с.

ТУБЕРКУЛЁЗ – ГЛОБАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОСТИ

С. А. Миронова

**Самарский государственный университет,
г. Самара, Россия**

Summary. In today's world there are a large number of infectious diseases that can cause terrible epidemics in the population. Tuberculosis remains one of the most pressing problems facing humanity. Treatment of tuberculosis is a serious problem. Therefore, the prevention is still the most effective way to prevent the spread of tuberculosis.

Key words: tuberculosis; drug resistance; treatment and prevention of tuberculosis.

Сегодня людям угрожают различные инфекционные заболевания, для которых медиками были разработаны и реализуются исследовательские программы, направленные на защиту людей от инфекций. Очевидно, что худшие условия жизни и плохое состояние здоровья некоторых групп населения, как в самых бедных, так и

развитых странах, создают условия для появления, становления и распространения инфекционных заболеваний.

Несмотря на огромный опыт человечества, большую опасность для людей всё ещё представляют такие инфекционные заболевания, как оспа и чума. Оспа сегодня может возродиться различными путями, в том числе «перейти» на людей от человекообразных обезьян [5]. Чума может быть занесена в популяцию людей из природных очагов, а её переносчиками являются крысы или другие грызуны [6]. Даже грипп сегодня может вызвать тяжёлые эпидемии или даже пандемии. Принимая во внимание, что примерно каждые 30 лет на планете появляются новые и более опасные мутантные формы гриппа, учёные ожидают прихода нового возбудителя, который может вызвать тяжёлую эпидемию.

Необходимо объединение усилий для противодействия угрозе возникновения эпидемий инфекционных заболеваний. Всемирная глобализация, и как следствие обострение современных демографических и экологических проблем в бедных странах мира способствуют возвращению и распространению инфекционных заболеваний, которые считались побеждёнными. Особое место в появлении инфекционных заболеваний занимают изменения социального статуса и поведения населения, например, за счёт распространения алкоголя и наркомании. На сегодняшний день одной из основных реальных проблем, стоящих перед человечеством, решение которой пока ещё не найдено, остаётся СПИД [3].

Кроме того, одним из страшнейших заболеваний, представляющим смертельную угрозу человечеству, является туберкулёз. Ежегодно от туберкулёза погибают 1,7 млн человек, а количество новых случаев заболевания по всему миру превышает 9 млн человек, что выше, чем когда-либо в истории. По некоторым свидетельствам туберкулёз существовал ещё в Древнем Египте, и с того времени он успел унести миллионы жизней [4].

Начиная с 50-х и до середины 80-х годов XX века с открытием химиотерапии заболеваемость туберкулёзом в наиболее развитых странах стабильно снижалась. Тем не менее, в конце прошлого века кривая заболеваемости сначала выровнялась, а затем началось новое массированное наступление туберкулёза.

Микобактерии, вызывающие развитие туберкулёза, способны поражать любой орган организма: бронхолегочный аппарат, мочеполовую систему, лимфатические узлы, спинной мозг, глаза, кости, суставы, кожу и т. д. Но чаще всего встречается туберкулез лёгких. Заражение происходит воздушно-капельным путём через кашель, чихание, разговор и при прочем тесном и длительном контакте с больным активной формой туберкулёза.

Для лечения туберкулёза применяют ряд препаратов, основными из которых являются изониазид, рифампицин, этамбутол,

пиразинамид, этионамид, канамицин и другие. Раньше этих лекарственных средств было достаточно для успешного излечения от туберкулёза.

Последние данные, проведённые под эгидой ВОЗ в различных регионах мира, свидетельствуют о существенном увеличении числа больных, инфицированных мультирезистентными (устойчивыми к лекарствам) штаммами микобактерий. Мультирезистентный туберкулёз – это наиболее опасная форма туберкулеза, при которой микобактерии становятся устойчивыми как минимум к 2 наиболее важным противотуберкулёзным препаратам: изониазиду и рифампицину. Кроме России, наибольший уровень лекарственно устойчивого туберкулёза наблюдается в странах Восточной Европы, Юго-Восточной Азии и в государствах бывшего Советского Союза. Лечение таких форм туберкулёза значительно затруднено и продлено по срокам приёма лекарственных средств, которые к тому же являются более редкими, дорогими и токсичными для пациентов, по сравнению с изониазидом и рифампицином.

В связи с таким широким распространением туберкулёза встает вопрос о факторах риска заражения. Безусловным фактором является длительный семейный или производственный контакт с больным бактериовыделителем. Кроме того, можно выделить следующие факторы риска: мужской пол, возраст от 31 до 50 лет, сопутствующие хронические неспецифические заболевания лёгких, сахарный диабет, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, наркомания, алкоголизм, бродяжнический образ жизни, психические заболевания, пребывание в местах лишения свободы [1, 2]. В последние годы проводятся исследования по изучению отрицательного влияния неблагоприятной экологической обстановки на развитие и течение туберкулёза. Химические вещества, присутствующие в атмосферном воздухе, вызывают в дыхательных путях повреждение, которые сопровождаются стойкой гиперемией слизистой оболочки бронхов и снижением её барьерной функции по отношению к бактериальной флоре. Существенное значение играет ещё и плотность населения, так как в условиях крупного промышленного мегаполиса возрастает роль случайной инфекции на улице, в то время как при низкой плотности населения основную роль играет семейный контакт.

Для предотвращения этой глобальной инфекции необходимо усилить меры профилактики. В настоящее время предупреждение туберкулёза ведётся с помощью тотальной БЦЖ-вакцинации при рождении. Повторные введения вакцины против туберкулёза осуществляются в дошкольный и школьный период. Для предупреждения распространения этого заболевания необходимо развивать и поддерживать сложившуюся систему ежегодных массовых флюорографических обследований взрослого населения, которые позволя-

ют диагностировать и начать лечение на ранних этапах заболевания, что является важным условием успешного излечения.

Т. о., профилактика туберкулёза, которая является основным способом снизить распространённость этого заболевания на основе прерывания процесса передачи возбудителя от больных людей здоровым, должна стать ближайшей и главной целью национальных программ здравоохранения многих стран мира.

Библиографический список

1. Влияние факторов риска на эффективность лечения больных туберкулёзом / И. С. Гельберг, С. Б. Вольф, В. С. Авласенко, Е. Н. Пигалкова. Материалы 7 Российского съезда фтизиатров. – М., 2003. – С. 243–244.
2. Корецкая Н. М. Факторы риска развития туберкулёза, особенности его выявления и течения // Проблемы туберкулёза, 2002. – № 8.
3. Малый В.П. ВИЧ. СПИД. Новейший медицинский справочник. – М.: Эксмо, 2009. – 672 с.
4. Anti-tuberculosis drug resistance in the world. Fourth global report WHO/HTM/TB/2008.394. World Health Organization, – Geneva, 2008.
5. Henderson D. A. Smallpox Virus Destruction and the Implications of a New Vaccine. // Biosecur Bioterror. – 2011. – № 3.
6. Josko D. Yersinia pestis: still a plague in the 21st century. // Clin Lab Sci. – 2004. – V. 17(1).

ОЖИРЕНИЕ КАК ГЛОБАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОСТИ

**А. Ф. Салихова, Л. М. Фархутдинова, А. В. Салихова,
Г. Г. Байбурина**

**Башкирский государственный медицинский университет,
г. Уфа, Россия**

Summary. Obesity is the global epidemic of the 21st century. Obesity can be accompanied by many other diseases. The attitude to excess weight differed in different historic epochs. Today new aspects of this disease are being investigated, and the treatment is modernized.

Key words: obesity, a dietary food, hyperglycemia index.

Ожирение – хроническое заболевание, характеризующееся отложением избытка жира в организме [3]. При современных темпах роста этого заболевания всё население экономически развитых стран к 2050 г. будет иметь ту или иную степень ожирения, поэтому в 1997 г. Всемирная организация здравоохранения признала ожирение глобальной эпидемией XXI века. В России на сегодняшний день распространённость ожирения и избыточной массы тела составляет около 50 % [3, 7].

Ожирению сопутствуют нарушения обмена веществ и целый спектр различных заболеваний. На фоне ожирения в 5 раз чаще развиваются атеросклероз, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, желчнокаменная болезнь, подагра, хроническая варикозная болезнь вен нижних конечностей. Ожирение – значимый фактор риска развития сахарного диабета, распространённость которого в последние годы так же неуклонно растёт. В 2009 г. Всемирная организация здравоохранения объявила сахарный диабет пандемией XXI века [5]. Кроме того, избыточный вес повышает риск развития онкологической патологии. Сердечно-сосудистые заболевания на фоне ожирения чаще осложняются развитием инфаркта и инсульта. Ожирение укорачивает жизнь пациента в среднем на 5–15 лет [3].

История вопроса

Долгое время голод и нелёгкий труд сопровождали человека на пути к цивилизации и считалось, что благородная полнота выделяет из толпы человека, который чего-то добился в жизни.

С развитием цивилизации появилась возможность обильного и изысканного питания. Первый медицинский совет по борьбе с лишним весом содержится в папирусе, относящемся к 1550 году до нашей эры, где полным людям рекомендовалось питаться пшеничными зёрнами и плодами бамии.

Проблема ожирения была хорошо известна в Древней Греции и Риме: Гиппократ – «отец медицины» (около 460 до н. э.) в книге "Диететика" указывал на необходимость ограничения питания [1]. В Древнем Риме люди, обладавшие излишним весом, подвергались штрафам.

Ибн-Сина (Авиценна, 980–1037 гг. н. э.) в своём труде "О режиме тела человека, натура которого несовершенна" даёт практические советы для снижения веса.

В мрачную эпоху средневековья, когда с учёными расправлялись посредством «святой» инквизиции, развитие науки не только резко затормозилось, но и было отброшено назад. Это отразилось и на представлениях об ожирении, которые в этот период под влиянием церкви носили совершенно противоречивый характер: голодание и аскетизм считались путём к достижению совершенства, одновременно ожирение было символом изобилия, богатства, красоты и божьей милости.

Начиная с XVII века ожирение стало рассматриваться как медицинская проблема. Впервые английский врач Томас Сиденхэм, а за ним эскулап из Голландии Малкольм Флеминг указали на то, что тучность можно считать болезнью, поскольку при ней затрудняются функции организма, существует опасность хандры, сокращающей жизнь [10].

В литературе появились описания случаев ожирения, вошедшие в историю. Один из известных литературных героев XIX века, страдающих ожирением – мистер Пиквик из "Записок Пиквикского клуба" Чарльза Диккенса. Так, благодаря Чарльзу Диккенсу появился синдром Пиквика, связанный с тяжёлой степенью ожирения. При этом синдроме органы брюшной полости из-за избытка жировой ткани давят на диафрагму, которая поднимается, сдавливает легкие и уменьшает их экскурсию. В результате нарушается газообмен и развивается выраженная гипоксия головного мозга. Человек становится вялым, заторможенным, сонливым. Повышение давления в лёгочных сосудах увеличивает нагрузку на сердце, что приводит к развитию сердечной недостаточности.

С XIX века проблеме питания и нарушения обмена веществ стали уделять всё больше внимания. Об ожирении как патологии писал В. Каллен (1808 г.): «Жир, являющийся частью человеческого тела, способствует красоте, но в избытке является болезнью и может быть причиной многих фатальных эффектов» [10]. Французский физиолог Ф. Мажанди (1826 г.) предположил существование центра голода в мозге, определил, что одних лишь калорий недостаточно для полноценной работы организма, этим заложив начало новой науки – диетологии, изучающей рациональное питание и его связь с жизнью и здоровьем. Немецкий химик Юстус фон Либих одним из первых составил список полезных продуктов [1].

В 1827 г. английский физиолог Уильям Прут определил, что в организме человека продукты питания распадаются на три группы органических соединений: углеводы, жиры и белки [1]. Рассел Читтенден измерил калорийную ценность каждой из этих групп. Вильям Бантинг в 1878 г. указал на вредность еды, содержащей много сахара и крахмала, которые в человеческом организме превращаются в жир [11]. В. Эбштейн, разработал диетическую схему для больных ожирением с ограничением углеводов и жиров, приближающуюся к современным схемам лечебного питания.

Во второй половине XIX в. появились клиники лечебного питания, получили развитие курорты и институты питания. Важнейшим вкладом в диетологию стали исследования физиологии пищеварения И. П. Павловым, получившим за открытия в этой области Нобелевскую премию (1904 г.), диетические рекомендации при различных заболеваниях, предложенные М. И. Певзнером (1922 г.).

В результате дальнейших исследований выяснилось, что ожирение связано с употреблением преимущественно легкоусваиваемых углеводов, которые вызывают большее повышение уровня сахара в крови (гипергликемию). Способность углеводов повышать уровень гликемии определяет их гликемический индекс, то есть чем легче усваиваются углеводы, вызывая гипергликемию, тем выше их гликемический индекс. Химическая или механическая обработка

продукта (рафинирование) приводит к увеличению гликемического индекса (например, булочки из муки высшего сорта имеют гликемический индекс 95, а хлеб из цельной муки – 35).

Абсолютное большинство продуктов, имеющих высокий гликемический индекс, вошли в рацион только последние несколько десятилетий. Три из них, которыми в настоящее время особенно злоупотребляют, не были известны в начале XVIII века: сахар, рафинированная мука высшего сорта и картофель [6].

До XVI века сахар был исключительно редким продуктом, поскольку стоил очень дорого. Потребление сахара в XVIII веке было менее одного килограмма в год на человека (для сравнения в наши дни – 50–60 кг в год на человека). Лишь с 1812 г., когда был открыт способ получения сахара из свёклы, он превратился в продукт широкого потребления, что привело к радикальному изменению в питании.

До 1870 г., когда была изобретена цилиндрическая мельница, хорошо просеянную муку могли себе позволить только очень состоятельные люди, остальные довольствовались хлебом из муки грубого помола, содержащей большое количество клетчатки. О пользе такой муки свидетельствует следующий исторический факт: в Дании в 1917 г. в целях экономии стали выпекать хлеб из муки грубого помола, что привело к снижению ожирения и смертности на 17 % [6].

В XVIII веке стал активно потребляться картофель, который был завезён из Америки ещё в XVI веке, но поначалу использовался как корм для домашних животных. Этот популярный ныне продукт по гликемическому индексу превосходит даже сахар. В XIX–XX вв. калорийное питание стало более доступным в связи с активным развитием животноводства и связанного с ним потреблением большего количества высококалорийного мяса и масла.

Достижения цивилизации, сделавшие доступным высококалорийное питание и позволившие снизить необходимость в физических нагрузках, способствовали тому, что в XX веке число больных, страдающих ожирением, стало катастрофически нарастать. В 1948 году ожирение получило самостоятельное место в международной классификации болезней. Сегодня известны случаи, когда масса тела человека достигает 300, 400 и даже 600 килограммов.

Исследования последних лет изменили представления о жировой ткани, как об органе служащем только для накопления энергетических субстратов и триглицеридов. Выяснилось, что жировая ткань продуцирует гормонально активные вещества – лептин, адипонектин и другие. Обнаружено, что при ожирении клетки жировой ткани, адипоциты, продуцируют медиаторы воспаления (цитокины), провоцирующие развитие фиброза в жировой ткани, что приводит к безуспешности терапии ожирения у некоторых больных, несмотря на адекватность проводимого лечения [9,2,5,4]. Сопровожд-

дающие ожирение дислипидемия, повышение уровня цитокинов влияют на функции и жизнеспособность бета-клеток поджелудочной железы, что негативно сказывается на секреции инсулина [5].

Лечение ожирения, как и лечение любого хронического заболевания, непрерывно, так как после достижения снижения массы тела усилия и пациента должны быть направлены на поддержание эффекта и предотвращение рецидивов заболевания. Основу лечения ожирения составляет лечебное питание.

Режим, направленный на снижение избыточной массы, должен выражаться в первую очередь в дефиците жиров и легкоусвояемых углеводов, поскольку именно они являются главным источником избытка калорий [3,2].

В комплексном лечении ожирения обязательны физические упражнения, поскольку они увеличивают энергозатраты и стимулируют липолиз. На фоне нагрузок повышается чувствительность тканей к инсулину и уменьшается гиперинсулинизм.

Медикаментозная терапия оправдана при отсутствии эффекта от немедикаментозного лечения, и не должна быть продолжительной.

У сверхтучных пациентов, т. е. у больных с морбидным ожирением, консервативные методы лечения практически к успеху не приводят. Поэтому в 50–60-х годах XX века из хирургии выделился целый раздел, посвящённый оперативному снижению массы тела у больных ожирением, названный «бариатрической хирургией» (baros (греч.) – тучный, весомый, тяжелый), которая развивается быстрыми темпами.

Следует подчеркнуть, что основной задачей любой операции по поводу ожирения является воздействие на течение связанных с ожирением заболеваний. Снижение массы тела способствует нормализации артериального давления, качества сна, нарушенного менструального цикла, а также уменьшению суставных и позвоночных болей, уровня гликемии, восстановлению детородной функции у тучных женщин, страдающих бесплодием [8].

Ожирение – хроническое заболевание, склонное к рецидивированию, поэтому необходимо изначально ориентироваться на сильное снижение массы тела и на поддержание достигнутого результата. Соблюдение диетических рекомендаций, адекватная физическая нагрузка, применение (по показаниям) медикаментозной терапии дают реальный шанс на долговременный успех и снижения риска сопутствующих патологий и их осложнений.

Библиографический список

1. Азимов А. Краткая история биологии. От алхимии до генетики. – М.: ЗАО Изд-во Центрполиграф, 2002. – 223 с.

2. Гинзбург М. М., Крюков Н. Н. Ожирение. Влияние на развитие метаболического синдрома. Профилактика и лечение. – М.: Медпрактика – М., 2002. – 128 с.
3. Дедов И. И., Мельниченко Г. А. Ожирение. Руководство для врачей. – М.: Миа. – 2004. – 456 с.
4. Косыгина А. В., Васюкова О. В. Новое в патогенезе ожирения: адипокины – гормоны жировой ткани // Проблемы эндокринологии. – 2009. – Т. 55. – № 1. – С. 44–50.
5. Мамедов М. Н. Диагностика, профилактика и лечение сахарного диабета и его осложнений (по материалам XX Всемирного конгресса Международной Федерации Диабета). – М.: ООО РГ «ПРЕ100», 2010. – 108 с.
6. Монтиньяк М. Ешьте и молодейте. – М.: ОНИКС, 1999. – 288 с.
7. Остроухова Е., Красильникова Е. Ожирение // Врач. – 2009. – №11. – С. 33–36.
8. Седлецкий Ю. И. Современные методы лечения ожирения. – Санкт-Петербург: ЭЛБИ-СПб, 2007. – 415 с.
9. Шварц В. Воспаление жировой ткани. Морфологические и функциональные проявления. Патогенетическая роль при сахарном диабете 2-го типа // Проблемы эндокринологии. – 2009. – Т. 55. – № 4. – С. 44–49; № 5. – С. 43–47.
10. Allison D. B., Downey M., Atkinson R. L. & et al. Obesity as a disease: A white paper on evidence and arguments commissioned by the Council of the Obesity Society. Obesity, 2008. – Vol. 16 (6). – P. 1161–1177.
11. Vickery H. B. 1944. Biographical memoir of Russell Henry Chittenden. Academy at the autumn meeting. – P. 57–104.

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ ГОЛОСА ВОКАЛИСТОВ

О.-Л. Монд

Театральный центр «АРТ-Вояж XXI век», г. Москва, Россия

Summary. Vocalist's health and voice saving are considered from the theoretical and practical points of view. Thus, a dynamic model of breath control, used in case of phonation, comprising four systems - generating, resonating, energizing and synergizing - is offered. Also two main directions of vocal health saving technologies development, based on a dynamic model are offered as well.

Key words: vocal health saving, dynamic model, mechanism of phonation, respiratory system, organs of phonation.

Для певца принцип «как вдохнул, так и спел» остаётся неизменным во все времена, при использовании любых вокальных стилей. Следствием неправильно организованного вдоха является неправильный выдох, который чреват негативными последствиями для голосовых связок. Поэтому управление дыханием – один из важнейших элементов здоровьесбережения голоса у певца.

Дыхательные мышцы делятся на вдыхательные, и те, что заведуют выдохом. Различают основные мышцы вдоха и вспомогательные, которые «включаются» в работу тогда, когда действие основ-

ных мышц не может справиться с задачей: обеспечить глубокий вдох. Мышцы, осуществляющие выдох, обеспечивают сжатие грудной клетки [1]. Вместе с диафрагмой они входят в понятие брюшного пресса. В интенсивном выдохе участвуют и мышцы, относящиеся к вдыхательным (диафрагма, межреберные мышцы, др.). Из всех вышеперечисленных групп мышц самоконтролю не поддаются лишь диафрагмальные мышцы и гладкая мускулатура бронхов и трахеи¹. Остальные не только контролируются, но и подлежат тренировке. До настоящего времени под их развитием у вокалистов понималось регулярное выполнение определённых дыхательных упражнений с фонацией и без. «Проработка» этих мышц в спортзале или фитнесклубе, где для этого созданы все условия, позволяет при целенаправленных занятиях добиться увеличения размеров грудной клетки в вертикальном, боковом и переднезаднем направлениях за счёт развития основных и вспомогательных дыхательных мышц. А специальные упражнения для мышц гортани, мимических и жевательных мышц – эффективно управлять процессом фонации.

Интересную теоретическую модель целостной работы органов фонации предлагает в своих работах проф. Н. И. Жинкин [3]. Автор представляет функционирование певческого аппарата как деятельность трёх систем: генераторной, резонаторной и энергетической. Эти системы имеют два уровня управления: произвольный и непроизвольный. Произвольный касается органов, имеющих поперечно-полосатый тип мышечной организации, а непроизвольный – гладкомышечный.

Генераторная система объединяет голосовые связки, щели и затворы полости рта. Эти два источника генерации обеспечивают дифференцировку звуков на тональные и шумовые. К резонаторной системе относятся ротовой и глоточный (носоглоточный) резонатор. Также к ним относятся придаточные пазухи черепа, а вместе они составляют верхний резонатор (в отличие от нижнего, к которому относятся гортань, трахея, лёгкие). Эти резонаторные звенья обеспечивают статику речи – набор постоянных формант и динамику речи: ротовой резонатор обеспечивает статическую форманту, глотка – динамическую, одновременно являясь слоговым модулятором. К энергетической системе относятся: механизм внешнего дыхания (вдыхательные и выдыхательные мышцы, включая вспомогательные), а также механизм рефлексорной перистальтики трахеи и бронхов [2].

¹ Гладкая мускулатура бронхов и трахеи выполняет важную функцию – регулирует дыхание при фонации. Она регулирует количество подаваемого воздуха к органам фонации и силу его сжатия. Этот механизм авторегулировки дыхания имеет место лишь при фонации. [2].

Мы позволили себе предположить, что данная модель может быть дополнена ещё одной системой – синергетической, которая обеспечивает совместную работу органов фонации (в том числе и реципрокность – т. е. последовательность включения/выключения определённых мышц, участвующих в певческом дыхании и собственно пении. Ниже мы приводим графическое изображение такой динамической модели, отражающей принцип регулировки дыхания при фонации (рис. 1). Совместная работа всех её звеньев обеспечивает объём и скорость потока воздуха, приходящего к органам фонации, определяя подсвязочное и надсвязочное давление.

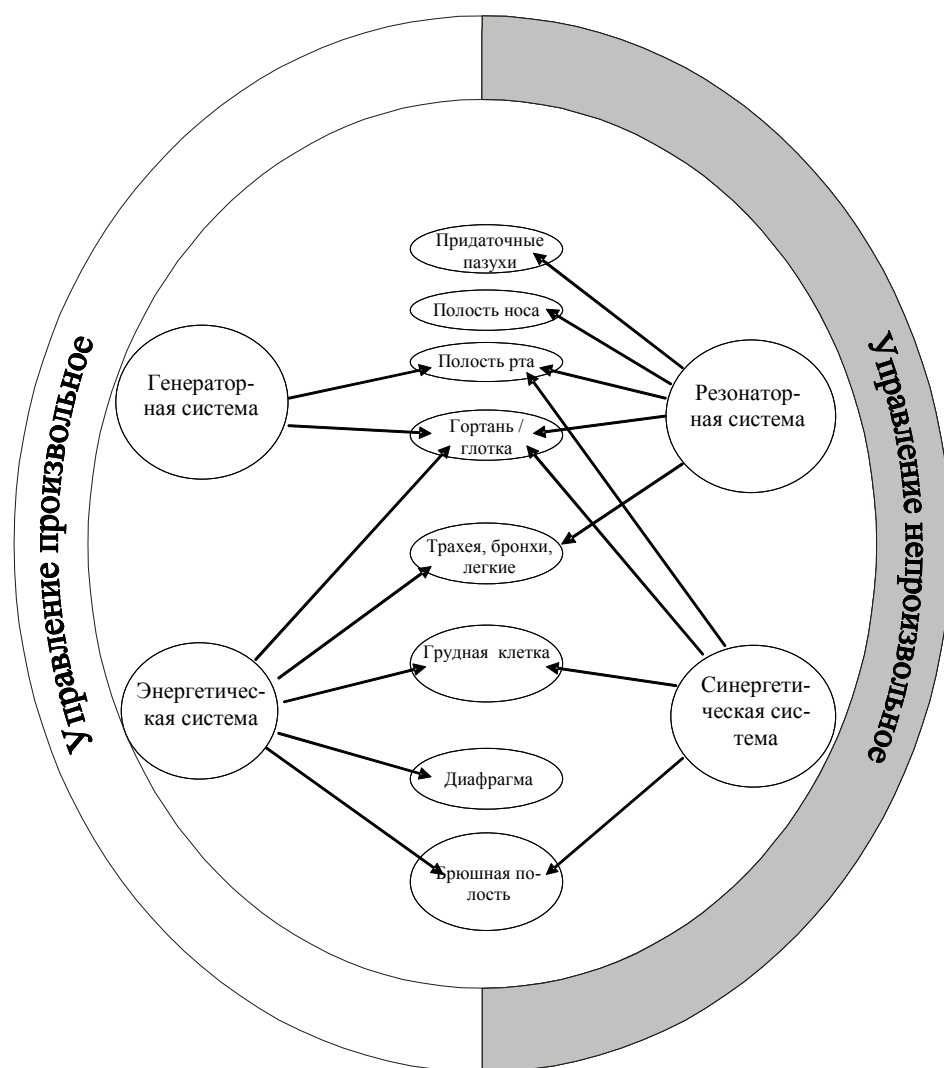


Рис. 1. Динамическая модель регулировки дыхания при фонации

Внимательно посмотрев на рисунок 1, нетрудно заметить, что глотка – единственный орган, принадлежащий всем четырём системам: полость глотки является резонатором, она – часть дыхательной трубки, принадлежащей к энергетической системе, а также, являясь частью гортани, участвует в генерации звука. В ней соотноше-

ние подсвязочного и надсвязочного давлений запускает синергию мышц органов фонации. Всё это определяет её уникальное место в процессе пения.

Вышеприведённая динамическая модель описывает теоретическое основание здоровьесбережения голоса, точнее те механизмы, на которые следует опираться при разработке практических мероприятий. Среди последних необходимо выделить два основных направления. Во-первых, это разработка и обязательное внедрение в практику вокальной педагогики комплексов warm on и warm off [4], позволяющих певцам грамотно с физиологической точки зрения производить как подготовку певческого аппарата к работе, так и после нагрузок приводить его в состояние релаксации и рекреации. Во-вторых, перспективным является использование динамических нагрузок для всех групп мышц, задействованных в акте пения, которые управляются на произвольном уровне, что требует создания практических рекомендаций по фитнесу для вокалистов.

Целенаправленные регулярные тренировки позволят существенно повысить уровень вокальной техники, так как от натренированности этих мышц зависит длительный выдох и, следовательно: плавное и звучное piano, фермата (длительное тонирование), удержание тона, равномерное распределение выдоха на целую фразу, устойчивость типа дыхания, а также качество артикуляции в пении.

Библиографический список

1. Дыхательная система человека / пер. с англ. О. И. Максименко. – М.: АСТ: Астрель, 2009. – 111 с.
2. Егоров А. М. Гигиена голоса и физиологические основы. – М.: Музгиз, 1962. – 172 с.
2. Жинкин Н. И. Речь как проводник информации. – М.: Наука, 1982. – 160 с.
3. Rodenburg P. The Right to speak. Working with the Voice. New York: Routledge, A Theatre Arts Books, 1992. – 234 p.
5. Монд О.-Л. Перспективы развития школ мюзикла как базового элемента системы дополнительного профессионального образования вокалистов // Дополнительное профессиональное образование: традиции и инновации: монография/коллектив авторов; под ред. проф. В. В. Огурцова. – Красноярск: СибГТУ, 2010. – С. 193–204.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА МОЛОДЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ С ВЫСШИМ МЕДИЦИНСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Н.Н. Королёв¹, Ю. Н. Ермолаева, Д. О. Ермолаев²

¹Медицинская компания «Баррель», г. Елец, Россия

²Филиал ГОУВПО «Саратовская государственная
академия права», г. Астрахань, Россия

Summary. In this article was made a questioning of the young doctors of medical institutions. The results indicates the necessity of increasing of programs of help to young specialists, revision of possible forms professional development, development of the system of cooperation of specialists on the problems of prophylactics diseases and medical ethics.

Key words: young specialist of medical institutions, sociological questioning, programs of help to young specialists.

Для изучения уровня подготовленности врачебных кадров, поддержки и подготовки молодых специалистов и разработки организационных мероприятий в рамках модернизации оказания медицинской помощи больным нами был проведён анонимный социологический опрос молодых врачей в учреждениях здравоохранения Липецкой области.

В анкетировании участвовали 84 молодых врача, из них 89,6 % – работали в государственных лечебно-профилактических учреждениях 10,4 % – в платных медицинских учреждениях. По возрасту респонденты распределились следующим образом: до 30 лет – 20,6 %, от 31 года до 35 лет – 57,3 %, от 36 до 40 лет – 19,5 %, от 41 лет и старше – 2,6 % врачей.

Стаж работы молодых специалистов составил не более 10 лет, в том числе до 1 года – 10 %, от 1 года до 3-х лет – 18,2 %, до 5 лет – у 29,3 %, от 6 до 10 лет – у 42,5 %. При этом 16,1 % респондентов, работающих в государственных структурах, хотели бы сменить работу.

Преимуществами работы в государственном учреждении 54,2 % опрошенных считали стабильность, 12,1 % – наличие системы контроля за качеством работы, 33,7 % – существующий порядок организации работы.

В отношении дополнительного дохода – 39,4 % врачей указали, что совмещают в своём учреждении, 7,5 % респондентов имели дополнительную работу в негосударственной системе, 17,3 % в нерабочее время занимались работой, не связанной с медициной, 35,8 % ответили, что не имеют дополнительного заработка.

Следует отметить тягу к повышению профессионального уровня респондентов: многие уже имели квалификационную категорию, в том числе вторую – 41 %, первую – 25,7 %, высшую – 5,3 % врача.

При этом, закончили курсы повышения квалификации менее года назад – 22,5 % респондентов, у 15,3 % срок составил до 2 лет, у 32,9 % – до 4 лет, у 29,3 % – 4–5 лет.

Подавляющее большинство повышают свой профессиональный уровень путём чтения монографий и статей по специальности (97,9 %), посещения научного общества и общения с коллегами (52,4 %), знакомства с публикациями в Интернете (21,3 %), участия в конференциях и съездах (11,5 %).

Проведённый анализ свидетельствует о высокой заинтересованности врачей в вопросах самообразования: многие респонденты читают литературу, регулярно проходят курсы усовершенствования. Однако до 24,5 % респондентов отмечают, что, несмотря на самообразование ряд вопросов остаётся неясным. Следовательно, необходимо совершенствование программы последипломного профессионального образования, а также внедрения доступных форм прохождения курсов повышения квалификации молодых специалистов в сфере здравоохранения, в частности дистанционных форм обучения, консультирования с коллегами с использованием теле- и интернет-коммуникационных технологий.

В качестве факторов, мешающих нормальной работе, 46,6 % респондентов назвали низкий уровень зарплаты, 36,2 % – высокую нагрузку врача, 31,3 % – отсутствие современных электронно-вычислительных возможностей (в частности, электронные очереди, электронные карты), 20,4 % – отсутствие средств у населения для качественного обследования и лечения, 19,3 % – недостаточное финансирование, 18,6 % – отсутствие современных организационных форм работы, 15,4 % – плохой психологический климат в коллективе, 15,2 % – конфликты с пациентами, 13,4 % недостаточность своей квалификации, 4,3 % – слабую социально-правовую базу.

Как причины конфликтов с больными молодые врачи указали отсутствие психологических навыков общения – 28,6 %, эмоциональную неуравновешенность пациентов – 33,7 %, низкую медицинскую осведомлённость пациентов – 28,1 %, низкую культуру врача – 9,6 %. Таким образом, проведённое исследование определяет круг проблем, характерных для молодых специалистов, в частности касающихся повышения медицинской этики и правовых знаний.

Социологический опрос также коснулся вопросов отношения молодых врачей к проведению профилактической работы. Около половины (48,9 %) опрошенных молодых врачей считают профилактические мероприятия одним из важных направлений медицины. Тем не менее, более половины (64,5 %) считают, что медицинское просвещение на обычном приёме задача практически невыполнимая по многим причинам – это и загруженность врача на приёме, и низкий процент профилактических осмотров, и низкая медицинская активность населения. При этом 72,4 % респондентов

уверены, что население недостаточно информировано по вопросам профилактики заболеваний, 27,6 % – не уверены в этом, либо считают информированность достаточной.

Эффективность диспансерной работы отметили 53,4 % респондентов, 14,2 % – не считали её эффективной в современных условиях, остальные (32,4%) затруднились с ответом.

Анкета – опросник включала также вопросы, касающиеся видения системы организации профилактической работы медицинских работников на современном этапе. В рамках профилактики заболеваний молодыми врачами предлагались проведение бесед, лекций – 69,3 %, круглых столов – 24,5 %, использование наглядной агитации – 8,2 %, статей в газетах – 7,4 %, пропаганда в СМИ – 4,2 %, волонтерство – 3,2 %.

Как видно из представленных материалов анонимного опроса молодых врачей, выявлен ряд пробелов в организации работы, дефектов в подготовке врачей и ложных представлений о приоритетах в их работе, в частности, о значимости первичной профилактики. Так, 72,4 % респондентов уверены, что население недостаточно информировано в вопросах профилактики заболеваний, однако только 48,9 % опрошенных считают медицинское просвещение одной из важнейших задач.

Проведённый социологический опрос демонстрирует тягу к повышению профессионального уровня у молодых врачей, их интерес к самообразованию. Однако несмотря на самообразование ряд вопросов остаётся неясным. Учитывая это, следует пересмотреть программы первичной и последипломной подготовки врачей, включив в них вопросы не только клиники, эпидемиологии, но и новые подходы к профилактике, организационно-правовые вопросы и вопросы врачебной этики. Кроме того, назрела необходимость внедрения дистанционных форм прохождения курсов повышения квалификации врачей в сфере здравоохранения.

UP-TO-DAY REQUIREMENTS TO THE PLACING OF RESUSCITATION DEPARTMENT IN MEGAPOLIS

M. S. Ustelemova, S. V. Lenski
**Ural Federal University named after the First President
of Russia B.N. Yeltsin, Yekaterinburg, Russia**

Summary. The article connected with placing of resuscitation department in megapolis and problems arising nowadays.

Key words: placing, traffic jam, emergency medical services, hospitals, time, speed.

Today enormous importance is given to logistics – a science about right placement of streams and resources. Logistics also can be used in placing of intensive care units, because access to such medical establishment had to be the shortest and the fastest. When authors talking about intensive care units they mean a medical object that has a sizeable resuscitation facility.

Logistic system has such qualities that could not be found in separate objects. In such case task of transport logistic is to solve the problem of transportation of a human in a grave condition in a shortage of time. So we should place resuscitation establishments in such way, that we could provide all population timely help. Right placing of resuscitation units in space of hospital also hastens the process of transportation of patient.

Analyzing the situation, one could make a list of requirements for site where medical services could be placed. Also authors put weighting coefficient (K). Here they are:

1. $K_1 = 1$ Convenience of location. It is important to have alternative ways to get to resuscitation recourse.
2. $K_2 = 0,6$ Sufficient square for placing all objects: hospitals, parking, garden for walking of patients and others.
3. $K_3 = 0,5$ Ecology, to improve process of recovery.
4. $K_4 = 0,4$ Well-developed infrastructure. System of supplying, public transport e.t.c.
5. $K_5 = 0,3$ Good conditions for building.
6. $K_6 = 0,2$ Aseismic stability of site.
7. $K_7 = 0,1$ Positive history of place.

According to these requirements we could measure all the sites by this factor. As you see placing of medical centers is necessary to take in account. Wrong placing could make a lot of problems. And logistics helps to solve this problem.

The same requirements could be used in measuring new sites for building. In new agglomeration we could create united system of hospitals and medical units that help us to save humans live.

Talking about anew founded agglomeration we could add more requirements:

- Medical force. As we could see from data of another cities (Las Vegas, Chandigarch, Texas), huge medical complex could solve a problem of placement injured persons in the state of emergency.
- Presence of easy-to use ways between medical objects.
- Requirements to infrastructure - helicopters site.
- Municipal logistic. Self-control of each object with one center.

In the conclusion I would like to add that logistics is a new science, which could help us to unite separate rescuers and to create one system that will make our live longer and easier.

ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ НАСЕЛЕНИЯ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ В г. КАЗАНИ

Ф. А. Давлетшин
Городская поликлиника № 8, г. Казань,
Республика Татарстан, Россия

Summary. Importance of a problem of public health and a working condition of workers in a large industrial city of Republic Tatarstan is considered. The given diseases of various contingents of economically active population, leading to time disability are cited. Innovative technologies of prophylactic medical examination of the population and a measure of preventive maintenance ВУТ are considered

Key words: population health, sanitary-and-epidemiologic well-being, working conditions, risk factor, an industrial traumatism, sharp poisonings, preventive maintenance of diseases with time disability, innovative technologies of prophylactic medical examination.

Здоровье населения представляет собой интегральный показатель, формирующийся под воздействием различных медико-экологических факторов [1]. Так, в 2008 г. в г. Казани вблизи вредных производств суммарный канцерогенный риск от вдыхаемого атмосферного воздуха составлял $1,01 \cdot 10^{-3} - 1,68 \cdot 10^{-3}$, что соответствовало высокой степени поражения, которая оценивалась в 1200–1900 дополнительных случаев к фоновому числу злокачественных новообразований в популяции. Удельный вес проб питьевой воды, не отвечающей гигиеническим нормативам, составлял по санитарно-химическим показателям 21,2 % в коммунальных и 17,4 % в ведомственных водопроводах, по микробиологическим показателям – 0,36 % и 1,89 % соответственно, что сказывалось на уровне заболеваемости лиц с временной утратой трудоспособности (ВУТ) [2].

Условия труда являются одним из важных социально-экономических показателей, влияющих на заболеваемость с ВУТ. В 2008 г. в Республике Татарстан (РТ) на предприятиях всех видов экономической деятельности трудилось 1388,1 тыс. человек; в г. Казани – 581,0 тысяч, хотя трудовые ресурсы города составляли 746,6 тыс. работоспособных граждан. Число работающих в контакте с опасными и вредными производственными факторами составляло 80 тыс. лиц, из них более 50 тыс. женщин. В рыночных условиях хозяйствования удельный вес этих работников постоянно увеличивался: в 1999 г. составлял 17,7 %, в 2008 г. – 29,7 % от общего числа работающих, при этом доля женщин увеличилась соответственно с 4,2 % до 12,3 %.

Производственный травматизм и острые отравления косвенно отражают состояние условий труда и влияли на общие показатели заболеваемости с ВУТ. Для мужчин максимальный уровень производственного травматизма был зарегистрирован в 2002 г., при этом

интенсивный показатель (и. п.) составил 23,1 на 1000 человек; для женщин – в 1998 г., когда и. п. равнялся 10,1 на тысячу работающих. За десятилетие в г. Казани производственный травматизм снизился более чем в 2 раза – с 16,6 (в 1998 г.) до 7,1 на 1000 человек (в 2008 г.). В период с 1999 г. по 2007 г. численность пострадавших с ВУТ на один рабочий день и более сократилась с 947 до 360 человек. У травмированных лиц с ВУТ число человеко-дней нетрудоспособности уменьшилось с 30399 в 2000 г. до 13477 в 2007 г. (табл. 1).

Таблица 1

Сведения о пострадавших на производстве в г. Казани в 1999–2007 гг. [2]

Годы	Численность пострадавших с утратой трудоспособности (на 1 раб. день и более)			Из них со смертельным исходом			Число человеко-дней нетрудоспособности с утратой трудоспособности (на 1 раб. день и более)	Израсходовано на мероприятия по охране труда*, (тыс.руб.)
	Все-го	в том числе:		Все-го	в том числе:			
		женщин	подростков		женщин	подростков		
1999	703	194	1	35	5	0	21961	172945,3
2000	687	224	1	33	4	0	30399	342599,0
2001	644	181	1	47	1	0	20431	340387,6
2002	592	190	4	27	1	0	20517	618126,5
2003	505	160	3	21	3	0	20431	534873,6
2004	-	-	-	-	-	-	-	-
2005	414	142	0	34	3	0	14866	2685,0*)
2006	-	-	-	-	-	-	-	-
2007	360	105	2	46	1	0	13477	4292,0*)

Примечание: * – рублей, на одного работающего.

В 2008 г. был зарегистрирован подъём заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ) в случаях – на 24,8 % и в днях – на 36,3 %. Аналогичные тенденции повторяла средняя длительность одного случая ЗВУТ.

В результате в г. Казани в 1999–2009 гг. причинами ухудшения здоровья населения являлись неблагоприятные санитарно-

гигиенические условия среды обитания и условия труда (10,9 % и 6,6 % соответственно). У мужчин с возрастом отмечалось изменение структуры в патологии от приоритета болезней пищеварительного тракта до заболеваний сердечно-сосудистой и нервной систем. У женщин с возрастом увеличивалась доля болезней сердечно-сосудистой системы (до 62,8 %). Среди причин временной нетрудоспособности было установлено лидирующее значение острых респираторных инфекций верхних дыхательных путей, доля которых в среднем составляла 73,4 % по случаям и 59,1 % по дням.

В структуре первичного выхода на инвалидность взрослого населения г. Казани наибольший удельный вес занимали болезни системы кровообращения (44,8 %), новообразования (16,2 %). Среди прочих доля болезней эндокринной системы составляла 1,7 %. Со стойкой утратой трудоспособности по состоянию на 01.01.2009 г. в городе проживало 112527 лиц, включая детей. Анализ заболеваемости с ВУТ и инвалидизации экономически активного населения показал сохраняющуюся структуру причин нетрудоспособности по классам болезней: на первое место вышли болезни органов дыхания, далее следовали болезни костно-мышечной системы, органов пищеварения, органов кровообращения.

Детальный анализ причин позволил разработать и принять конкретные управленческие решения, в том числе в профилактической деятельности ЛПУ. За последние (2004–2008) годы в г. Казани процент охвата работников профилактическими осмотрами всегда превышал средние республиканские показатели и варьировал в пределах 96,5–99,6 %. В сравнении с 2007 г. уровень профессиональной заболеваемости в 2008 г. снизился в 1,37 раза и составил 1,43 на 10000 населения. Однако из-за отсутствия необходимого диагностического оборудования почти каждый пятый случай (19 %) хронического профзаболевания был выявлен при обращении больных за специализированной медицинской помощью.

Для ранней диагностики болезней особая роль принадлежит диспансеризации населения. Установление не только выраженных форм профзаболеваний, но и их первых симптомов, начальных стадий, так называемой предболезни (препатологии) является основой массовой диспансеризации учреждений муниципального здравоохранения. В отделениях профилактики ЛПУ г. Казани основное внимание уделяли внедрению автоматизированного комплекса проведения массовых медицинских осмотров (АКДО). Технология АКДО позволяет врачу-оператору не просто заменять бригаду «узких» врачей-специалистов, но существенно расширять спектр выявляемой патологии (по 31 профилю), повышать в 5–6 раз медицинскую эффективность, уходить от «бумажной» технологии документооборота и в разы снижать затраты на диспансеризацию населения [3].

Динамическое наблюдение в этом процессе создаёт предпосылки для комплексного сочетания профилактических и лечебных мероприятий взятым под наблюдение различным контингентам (возрастным, профессиональным) населения крупного промышленного города. В итоге в профилактическом направлении стали успешно сочетаться социальные, санитарно-гигиенические, противоэпидемические и лечебно-оздоровительные мероприятия.

Библиографический список

1. Стратегия обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения в условиях социально-экономического развития России на период до 2010 года. – М., 2001. – 52 с.
2. Государственный доклад «О санитарно-эпидемиологической обстановке в Республике Татарстан в 2008 году». – Казань, 2009. – 240 с.
3. Щепин О. П., Барбашин И. В., Щепин В. О., Филатов В. Б., Медик В. А. От качественной диспансеризации к государственной системе охраны и укрепления здоровья населения России // Аналитический вестник Совета Федерации Федерального собрания РФ. – М., 2006. – № 1 (289). – 65 с.

МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА ЗДОРОВЬЮ ПОДРОСТКОВ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Ф. А. Давлетшин

**Городская поликлиника № 8,
г. Казань, Республика Татарстан, Россия**

Summary. The data about demographic indicators and the general disease of teenagers (15–17 years) in Republic Tatarstan is cited. Social and economic and ecological risk factors to health of teenagers in society and environment are estimated. Measures of preventive maintenance and introduction of innovative technologies of mass prophylactic medical examination of the given category of the population are considered.

Keywords: medical preventive maintenance, municipal public health services, prophylactic medical examination, innovative technologies, potable water, a food, teenagers (15–17 years), risk factor to health.

Здоровье населения представляет собой интегральный показатель, формирующийся под воздействием различных медико-экологических факторов [1]. Функциональное состояние и здоровье подростков во многом зависят от степени влияния школьной среды и системы образования в регионе. Снижение или полное устранение негативных факторов является одной из приоритетных задач в деятельности учреждений муниципального здравоохранения Республики Татарстан (РТ), осуществляющих надзор за условиями воспитания и обучения.

За последние (2004–2009) годы доля подростков (15–17 лет) в составе населения РТ постоянно сокращалась и на 01.01.2010 г. не превышала 4,4 % (160 446 человек; для сравнения: в 2008 г. – 4,5 %, в 2007 г. – 4,7 %, в 2006 г. – 5,2 %, в 2004 г. – 10,4 %). В этот период количество общеобразовательных школ сократилось до 214, а число учащихся уменьшилось с 530 до 390 тысяч человек. Несмотря на проводимую работу по укреплению материально-технической базы, в 2008 г. каждая 11-я школа республики требовала капитального ремонта. В 10 % школ обучение продолжало осуществляться в 2 смены, а в ряде городов РТ этот показатель составлял 40 %. Удельный вес факторов риска здоровью подростков в общеобразовательных учреждениях, не отвечающих гигиеническим требованиям по микроклимату, освещённости и другим категориям, представлен на рис. 1.

На здоровье подростков, как и населения в целом, сказывается значительное превышение гигиенических нормативов питьевой воды по санитарно-химическим показателям из источников децентрализованного водоснабжения, которое отмечали на территориях Актанышского (41 % проб) и Нурлатского (59 % проб) районов, а в 9-ти районах РТ процент неудовлетворительных проб питьевой воды из водопроводной сети по микробиологическим показателям превышал средне-республиканский уровень на 13–32 % [2].



Рис. 1. Удельный вес факторов школьной среды в РТ, не соответствующих гигиеническим требованиям в 2008 г. (в %) [2].

Важно отметить, что питание подростков в значительной мере определяет состояние их здоровья. В 2008 г. в общеобразовательных учреждениях РТ охват питанием составил 98,1 %. Ниже средне-

республиканского показателя охват питанием был зарегистрирован в г. Казань, г. Набережные Челны и Аксубаевском, Альметьевском, Бавлинском, Елабужском, Лениногорском, Менделеевском, Нижнекамском и Чистопольском районах. Ежедневно из республиканского бюджета, как и в предыдущие годы, на каждого школьника выделялась субсидия в размере 4 руб. 20 коп. В 2008–2010 гг. в РТ продолжается внедрение программы «Горячее питание в школах» с использованием технологий системы «Cook & Chill» (приготовление и охлаждение) как в городских, так и в сельских школах (Лаишевский район). Согласно санитарным правилам с 01.10.2008 г. предусмотрена организация 2-х разового горячего питания (завтрак и обед). Для профилактики йоддефицитных состояний в питании учащихся используются йодированная соль, молоко и хлеб, обогащённые йодказеином; для профилактики кариеса – фторированное молоко (г. Нижнекамск, г. Набережные Челны).

Медицинскую профилактику следует рассматривать как «инвестицию в здоровье» и как «ключевой фактор» повышения эффективности муниципального здравоохранения. Реализация республиканской программы «Об организации отдыха, оздоровления, занятости детей и молодёжи в 2008 году» позволила увеличить показатель выраженного оздоровительного эффекта пребывания подростков в летних оздоровительных учреждениях (ЛОУ). Среди общего числа ЛОУ основную долю составляли лагеря с дневным пребыванием детей – 70,4 %, профильные лагеря – 21,8 % и загородные лагеря – 6,0 %. За пределы Республики Татарстан с мая по сентябрь 2008 г. были согласованы выезды 103 организованных групп, включающих 11445 подростков.

В период подготовки к летнему сезону 2008 г. во всех оздоровительных учреждениях РТ было проведено 1749 обследований, включая инструментальные и лабораторные методы (в 62 % случаев). В ходе эксплуатации ЛОУ было проведено 1465 обследований, из них 933 с применением лабораторных методов. В результате деятельности ЛОУ ярко выраженный оздоровительный эффект был отмечен у 74,9 % подростков (в 2007 г. – 71,5 %), удовлетворительный – у 19,5 % (2007 г. – 22,2 %). Заметного оздоровительного эффекта не наблюдали у 5,6 % детей (2007 г. – 6,8 %), вследствие заболеваний (из них ОРВИ составляли 97 % случаев, ветряная оспа – 1,7 %, травмы – 18,5 %). Другие массовые инфекционные заболевания и пищевые отравления зарегистрированы не были.

В ходе выполнения в РТ национального проекта «Здоровье» (с 2006 года), созданные профилактические отделения в муниципальных поликлиниках обеспечивали плановые вызовы для прохождения массовой диспансеризации подростков. Полученный опыт свидетельствовал, что в учреждениях первого уровня управления здравоохранения внедрение массовой диспансеризации подростков

представляет поэтапный динамический процесс, предъявляющий особые требования в его организации, включая: 1) оптимизацию соответствующей материально-технической базы муниципальных поликлиник; 2) совершенствование целевых мероприятий в системе первичной медицинской профилактики на основе современных методов; 3) необходимую подготовку медицинских специалистов высшего и среднего звена для реализации инновационных методик в проведении качественной массовой диспансеризации подростков. Для этой цели внедряли инновационные технологии на основе «автоматизированного комплекса проведения массовых медицинских осмотров» (АКДО). Данный метод позволяет врачу-оператору АКДО не просто заменять бригаду из 6–7 «узких» врачей-специалистов, но существенно расширять спектр выявляемой патологии (по 31 профилю), повышать в 5–6 раз медицинскую эффективность, уходить от «бумажной» технологии документооборота и в разы снижать затраты на диспансеризацию населения [3].

Внедрение новых технологий диспансеризации в РТ, способствовали раннему выявлению заболеваний, наиболее часто приводящих к смертности и инвалидизации подростков, медицинской профилактике неинфекционных болезней, вызываемых социально-гигиеническими и экологическими факторами.

Библиографический список

1. Стратегия обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения в условиях социально-экономического развития России на период до 2010 года. – М., 2001. – 52 с.
2. Государственный доклад «О санитарно-эпидемиологической обстановке в Республике Татарстан в 2008 году». – Казань, 2009. – 240 с.
3. Щепин О. П., Медик В. А., Щепин В. О., Петручук О. Е. Стратегическая основа качественной массовой диспансеризации населения Российской Федерации на современном этапе. / Бюлл. Национального НИИ общественного здоровья РАМН. – М., 2009. – Вып. 2. – С. 160–164.

**К ВОПРОСУ О ПРОВЕДЕНИИ БИОХИМИЧЕСКОГО
СКРИНИНГА С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ПАВ
(ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНОНИМНОГО
ЭКСПЕРЕСС-ТЕСТИРОВАНИЯ УЧАЩИХСЯ
ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ
г. КРАСНОДАРА)**

Г. А. Ермакова

**«Наркологический диспансер» департамента
здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар, Россия**

Summary. The issues of biochemical screening carried on by means of random anonymous voluntary informed rapid drug testing in Krasnodar secondary schools are considered. 4958 pupils of the 10-th-11-th forms tested, only 0, 19% positive bioassays were revealed and verified in laboratory environment that can testify to the screening insufficient validity. The clinical series social structure analysis and that of their response to the idea of random drug testing suggests increasing screening validity by means of lowering the age of pupils being tested to 13–14 years as well as making the non-participation statistics more differentiated. It is concluded that the random drug testing awareness possibly keeping Krasnodar adolescents from using PAS can be seen as a deterrent.

Key words: screening, random anonymous voluntary informed rapid testing, clinical series age, non-participation.

В ряду острых проблем современной наркологии по-прежнему остаётся распространение злоупотребления ПАВ в молодёжной среде [3, с. 15–16], что требует постоянного совершенствования научно-обоснованных подходов к ранней диагностике и выбору эффективных методов лечения и профилактики. Развитие системы массового выявления лиц подросткового и юношеского возраста, относящихся к группе повышенного риска развития наркотической зависимости, посредством скринирующего обследования [13–14] в настоящее время приобретает особую актуальность в России. Достаточно обратиться к Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации, утверждённой соответствующим Указом президента Д. А. Медведева от 09.06.2010 года № 690 [12], которая предусматривает выявление незаконных потребителей ПАВ посредством ежегодной диспансеризации [11]. Однако внедрение новых диагностических методик массового наркологического обследования затруднено отсутствием соответствующей законодательной базы федерального уровня [1]. Проведение биохимического скрининга употребления ПАВ среди учащихся образовательных учреждений различных типов в субъектах РФ регламентируется преимущественно местными нормативными актами. Так, в г. Краснодаре и Краснодарском крае скринирующее обследование подростков осуществляется в рамках процедуры Выборочного Анонимного Добровольного

Информированного Экспресс-тестирования, которая разработана в соответствии с Распоряжением Главы администрации (губернатора) Краснодарского края [8], а также совместным Приказом Департамента образования и науки и Департамента здравоохранения Краснодарского края от 13.01.2010 года № 22/34 [6].

Исходя из вышесказанного целью настоящего исследования стало проведение скрининга употребления ПАВ учащимися общеобразовательных школ г. Краснодара в процессе выборочного анонимного добровольного информированного экспресс-тестирования и изучение его результатов. В связи с этим решались следующие задачи: 1) провести скринингующее обследование школьников г. Краснодара на предмет немедицинского употребления ПАВ; 2) проанализировать показатель необследованных с целью изучения психологической реакции учащихся, родителей и педагогов на проведение скрининга; 3) обосновать целесообразность проведения скринингующего обследования и разработать рекомендации по повышению его валидности.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для решения поставленных задач в учебный период с декабря 2009-го года по март 2011-го года на базе общеобразовательных учреждений г. Краснодара было проведено скринингующее обследование учащихся старших классов на предмет немедицинского употребления ПАВ. В качестве биологического материала была использована моча. Испытуемые были предварительно распределены по половому признаку на две группы. Исследование проводилось в туалетной комнате. Каждый учащийся получал сухой пластиковый стакан с номером, куда осуществлялся забор мочи объёмом 30–50 мл. Подготовленная тест-полоска опускалась в стакан, согласно инструкции [4]. В соответствии с Приказом Минздрава России от 27 января 2006 г. № 40 [7] при положительной реакции тест-полоски порция собранного биологического материала отправлялась на химико-токсикологическое исследование в соответствующую лабораторию (ХТЛ) ГУЗ «Наркологический диспансер» Департамента здравоохранения Краснодарского края.

Условия проведения скрининга характеризуются специфическими трудностями, преимущественно связанными с его стрессогенностью, которая обуславливает соответствующие психологические реакции у учащихся и может привести к срыву проводимой процедуры сбора биологической среды.

Проведённая процедура скрининга учащихся на предмет немедицинского употребления ПАВ осуществлялась в соответствии со следующими принципами: 1) добровольность. 2) информированность. 3) конфиденциальность. Перед проведением диагностических процедур всем учащимся, а также их родителям (законным предста-

вителям) подробно разъяснялось их право на добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство или отказ от него в соответствии со статьей 24 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан [5]. Следовательно, в исследование включались лишь те учащиеся, от родителей (законных представителей) которых и их самих было получено информированное согласие. Проведение дальнейших медицинских мероприятий также предлагалось на добровольной основе. Информированность подразумевала возможность обратной связи сотрудников ГУЗ «Наркологический диспансер» Департамента здравоохранения Краснодарского края с родителями (законными представителями) предполагаемых потребителей ПАВ в случае лабораторно подтвержденного положительного результата. Конфиденциальность информации об участвовавших в тестировании учащихся обеспечивалась использованием защищенных кодами компьютеров и баз данных, а также отсутствием фамилий и имен испытуемых на каких-либо документах, кроме информированного согласия.

В исследование были включены учащиеся 10–11-х классов (юношей и девушек) при наличии информированных согласий. Возраст обследуемых составил 15–17 лет. Собранный биологическая жидкость подвергалась иммунохроматографическому исследованию с помощью набора диагностических тест-полосок ИХАЗ-Мульти-Фактор, который предназначен для *in vitro* одноэтапного быстрого качественного одновременного выявления морфина, марихуаны и амфетамина (или экстази) в моче человека методом иммунохроматографического анализа. Как всякая экспресс-методика, скрининг предполагает некоторое количество ложноположительных результатов [10], которые могут быть следствием употребления лекарственных средств, БАД-ов, пищевых консервантов и т. п. При этом допустимы и ложноотрицательные результаты, которые в теории достигаются посредством обработки пробы (разведения, добавления большого количества соли, намеренным приёмом диуретиков) [2]. Положительный результат наркотеста позволяет сделать лишь предположение об употреблении ПАВ у обследуемого. Указывая на присутствие выявленного антигена в моче подростка, положительный результат не позволяет определить степень зависимости (дозу, частоту, регулярность и способ приёма), а тем более спрогнозировать перспективу развития наркозаболевания. В этой связи в качестве средств валидации тестирования следует рассматривать использование высокочувствительных лабораторных химико-токсикологических и других клинических методов диагностики (физикальный осмотр, диагностическое интервью и т. п.). По результатам исследования была сформирована информационная база данных, которая включала данные лабораторного скрининга. Для статистической обработки результатов в работе был использован пакет прикладных программ

SPSS17 для персонального компьютера в операционной системе Windows Vista. Различия рассматривались как статистически значимые при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

За период с декабря 2009 по март 2011 года было обследовано с помощью тестирования 4958 учащихся 10–11-х классов общеобразовательных учреждений г. Краснодара, у которых было выявлено 347 (примерно 7 %) положительных биопроб, но только 0,19 % от общего числа испытуемых были подтверждены в лабораторных условиях. Практически нулевой показатель скрининга, а также сообщения конфиденциальности исключает в рамках данной статьи необходимость дифференциации испытуемых по половому признаку, а также информацию о структуре выявленных ПАВ и их метаболитов в исследованном биологическом материале.

Выявленный крайне низкий процент лабораторно подтверждённых положительных результатов экспресс-тестирования учащихся общеобразовательных учреждений г. Краснодара указывает на недостаточную валидность скрининга, которую, как представляется, можно повысить посредством снижения возраста подростков, подлежащих обследованию, до 13–14 лет, что соответствует 8–9-м классам. Известно, что после окончания 9-го класса несовершеннолетние подвергаются своеобразной фильтрации, по результатам которой в 10–11-е классы отбирается наиболее сохранный в социальном плане слой учащихся (составляющий в будущем контингент студентов), а так называемые неблагополучные подростки, представляющие группу риска с аддиктивным поведением как непатологических, так и патологических форм, скрининг не проходят, а значит, выпадают из поля зрения врачей психиатров-наркологов. Об этом свидетельствуют следующие факты. Так, среди 2212 лабораторных анализов студентов одного из Краснодарских высших учебных заведений, проведённых по распоряжению ректора в 2010 году, наличие ПАВ было зарегистрировано в 0,23 % образцов, при пробном обследовании в декабре 2009 года 103-х студентов других университетов – 0, а 41 учащихся профессионального лицея – в 7,32 % образцов. Таким образом, материальные и трудовые затраты на проведение дальнейших скрининговых мероприятий могут быть признаны нецелесообразными в том случае, если возраст испытуемых оставить без изменения.

Вместе с тем низкая выявляемость употребления ПАВ в процессе проведённого экспресс-тестирования может свидетельствовать и о его дисциплинирующем значении. Информированность подростков о предстоящем скрининге могла послужить сдерживающим фактором при эпизодическом употреблении ПАВ, что само по себе выступает веским аргументом в пользу проведения экспресс-тестирования на

донозологическом этапе формирования наркологического заболевания. Как бы ни были значительны материальные и трудовые затраты на подобные профилактические мероприятия, они никогда не смогут превысить медико-социальный ущерб от преждевременной смертности лиц молодого возраста, страдающих наркоманией и алкоголизмом в России. Как установлено, суммарные потери потенциальных лет жизни до возраста 70 лет от состояний, обусловленных алкоголем и наркотиками, сегодня в 18 раз превышают потери от всех форм гипертонической болезни, в 5,4 раза – потерь от инфаркта миокарда и в 1,5 раза – потерь от цереброваскулярных заболеваний [9].

Выявленный процентный показатель необследованных (примерно 22,5 %) позволяет сделать заключение о настоящей необходимости повышения эффективности разъяснительной работы среди учащихся, родителей и педагогов г. Краснодара с целью осознания ими полезности процедуры экспресс-тестирования и формирования доброжелательного отношения к идее её проведения. Кроме того, для повышения объективности рассматриваемого показателя следует, на наш взгляд, дифференцировать в дальнейшем отказ от обследования, т. е. отсутствие согласия испытуемых или их родителей, от неявки и физической невозможности пройти экспресс-тестирование, а также проводить анализ причин этих трёх выделенных явлений. Это поможет более полно представить количество латентных потребителей ПАВ (в случае немотивированного отказа), а также изучить особенности психологической реакции обследуемых, их родителей и учителей на проведение наркоскрининга.

ВЫВОДЫ

1. В результате проведённого скринингового обследования 4958 учащихся общеобразовательных учреждений г. Краснодара в процессе выборочного анонимного добровольного информированного экспресс-тестирования на предмет немедицинского потребления ПАВ было выявлено 0,19 % лабораторно подтверждённых биопроб. Столь низкая выявляемость может указывать как на недостаточную валидность скрининга, так и на действительно низкий показатель потребления у обследуемого контингента. Так или иначе, это свидетельствует о чрезмерной либеральности условий проведения экспресс-тестирования, которая в конечном итоге приводит к наличию значительного количества латентных потребителей.

2. Анализ социальной структуры обследуемого контингента и особенностей психологической реакции на идею проведения подобного обследования свидетельствует о возможности повышения валидности наркоскрининга посредством снижения возрастных параметров, ведения более дифференцированной статистики отказов и повышения эффективности разъяснительной работы.

3. Возможное профилактическое воздействие информированности учащихся о проведении массового наркологического обследования позволяет рассматривать скрининг в качестве сдерживающего фактора наркотизации несовершеннолетних г. Краснодара.

Библиографический список

1. Брюн Е. А. Наша работа сложная // Наркология. – 2010. – №8. – С. 15.
2. Винтере К., Латимер У., Стинчфилд Р. Оценка употребления подростками психоактивных веществ // Алкогольная и наркотическая зависимость у подростков. Пути преодоления: учебное пособие / под ред. Э. Ф. Вагнера, Х. Б. Уолдрон; пер. с англ. А. В. Александровой; науч. ред. русского текста Н. А. Сирота, В. М. Ялтонский. – С. 7–39.
3. Иванец Н. Н., Киржанова В. В., Борисова Е. В., Зенцова Н. И. Проблема употребления наркотиков в студенческой среде и пути её решения // Вопросы наркологии. – 2010. – № 3. – С. 67.
4. Инструкция по применению набора полосок иммунохроматографических для одновременного выявления трёх наркотических соединений в моче ИХА- 3-МУЛЬТИ-ФАКТОР.
5. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 года № 5487-1 (по состоянию на октябрь 2010 г. в ред. фз от 10.01.2003 N 15-ФЗ, от 27.02.2003 N 29-ФЗ, от 30.06.2003 N 86-ФЗ, от 29.06.2004 N 58-ФЗ, от 22.08.2004 N 122-ФЗ, от 01.12.2004 N 151-ФЗ, от 07.03.2005 N 15-ФЗ, от 21.12.2005 N 170-ФЗ, от 31.12.2005 N 199-ФЗ, от 02.02.2006 N 23-ФЗ, от 29.12.2006 N 258-ФЗ; от 24.04.2007 №214-ФЗ; от 18.10.2007 №230-ФЗ; от 23.07.2008 №160-ФЗ; от 08.11.2008 № 203-ФЗ; от 25.12.2008 № 281-ФЗ; от 30.12.2008 №309-ФЗ; №213-ФЗ от 24.07.2009; №267-ФЗ от 25.11.2009; №365-ФЗ от 27.12.2009; №192-ФЗ от 27.02.2010; №243-ФЗ от 38.09.2010). – URL: <http://www.legis.ru/misc/doc/5134/>.
6. Приказ Департамента образования и науки Краснодарского края и Департамента здравоохранения Краснодарского края от 13.01.2010 года № 22/34. – URL: <http://www.dzkk.ru>.
7. Приказ Минздрава России от 27 января 2006 г. № 40 "Об организации проведения химико-токсикологических исследований при аналитической диагностике наличия в организме человека алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ". – URL: <http://toxicon.ucoz.ru/publ/5>.
8. Распоряжение Главы администрации (губернатора) Краснодарского края от 16.12.2009 года № 993-р «О проведении выборочного анонимного добровольного информированного экспресс-тестирования». – URL: <http://www.krasnodar.ru>.
9. Сахарова П. Б. Распространённость и медико-социальные последствия психоактивными веществами. Автореферат дис. ...канд. мед. наук. – Санкт-Петербург, 2008. – С. 22.
10. Смирнова В. Н. Скрининг алкогольных проблем в общемедицинской практике // Наркология. – 2010. – № 8. – С. 66.
11. Стратегия государственной антинаркотической политики Российской Федерации. – URL: <http://stratgap.ru/pages/strategy/project/index.shtml/>.
12. Указ Президента Российской Федерации от 09.06.2010 года № 690 Об утверждении Стратегия государственной антинаркотической политики

- Российской Федерации до 2020 года. – URL: <http://graph-kremlin.consultant.ru/page.aspx?1;128549>.
13. Ambre J. The urinary excretion of cocaine and metabolites in humans: a kinetic analysis of published data // Journal of Analytical Toxicology. – 1985. – № 9. – P. 241-245.
 14. Braithwaite R. A., Jarvie D. R., Minty P. S. B., et al. Screening for drugs of abuse. I: Opiates, amphetamines and cocaine // Annals of Clinical Biochemistry, – 1995. – № 32. – P. 123-153.
 15. European Handbook on Prevention: Alcohol, Drugs and Tobacco. – Strassbourg: Pompidou Group. Council of Europe, 1998. – P. 13.
 16. Poole A. Youth Participation in Drug Prevention Programmes. – Strassbourg: Pompidou Group. Council of Europe, 2004. – 82 p.

ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ СТУДЕНТОВ ГОРОДА ЧЕБОКСАРЫ И СПОСОБЫ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ

А. В. Панихина, А. А. Портнов
Чебоксарский политехнический институт (филиал)
Московского государственного открытого
университета, г. Чебоксары, Россия

Summary. In the course of the research were studied habits of students of leading universities in Cheboksary. And define the necessary prevention of alcohol abuse, smoking and drug use in children from preschool age.

Key words: students, bad habits, alcohol, tobacco, Cheboksary.

На территории Чувашской Республики в 2010–2011 учебном году функционирует 22 учреждения высшего профессионального образования. На начало учебного года в них обучается около 70 тыс. человек, в том числе 27 тыс. студентов по очной форме обучения. При этом, по данным Министерства по физической культуре, спорту и туризму Чувашской Республики, несмотря на то, что сегодня почти все учебные учреждения имеют современную базу для занятия физкультурой и спортом, основному числу студентов всё же не удаётся привить привычку систематически заниматься физкультурой [1]. Стоит отметить, что в столице Республики (г. Чебоксары) наблюдается явный дефицит мест для проведения активного досуга, способствующего укреплению здоровья молодёжи.

Кроме того, в наши дни особо острой является проблема употребления студенческой молодёжью алкоголя, табака и наркотиков, которые особенно активно влияют на несформировавшийся организм, постепенно разрушая его [2]. Поэтому своевременное выявление данной проблемы с последующим её решением является необходимым условием оздоровления общества.

Вследствие вышесказанного целью нашей работы стало исследование распространённости вредных привычек среди молодёжи г. Чебоксары. Для достижения цели были поставлены следующие за-

дачи: изучить статистические данные по региону; провести социологический опрос среди студентов различных вузов города Чебоксары; разработать программу по снижению распространения вредных привычек среди студентов города.

Объектами исследования стали 197 студентов четырёх различных вузов города Чебоксары: ЧПИ(ф)МГОУ – Чебоксарского политехнического института (филиала) Московского государственного открытого университета (122 человека), ЧГСХА – Чувашской государственной сельскохозяйственной академии (25 человек), МАДИ – Московского автомобильно-дорожного института (25 человек), ЧГУ – Чувашского государственного университета имени И. Н. Ульянова (25 человек). Из них 110 представителей мужского пола и 87 – женского. Возраст участников опроса составил 17–23 лет. Предметами исследования стали вредные привычки: алкоголизм, курение и наркомания.

Опрос показал, что студенты предпочитают активный отдых пассивному (83 %). Представления о здоровом образе жизни у студентов всех вузов заключаются, в основном, в отказе от дурных привычек и лишь частично в занятиях спортом и правильном питании. Но при этом значительное количество студентов курит. Опрос показал, что данная привычка начинает формироваться у юношей и девушек с 14–15 лет. При этом отдельные студенты имеют стаж курения с 6–10 лет. К курению студенты приобщаются зачастую под влиянием компании (46–51 %), потому что это модно и повышает их социальный статус, а также является следствием наличия большого количества свободного времени, которое нечем занять (рис.1).

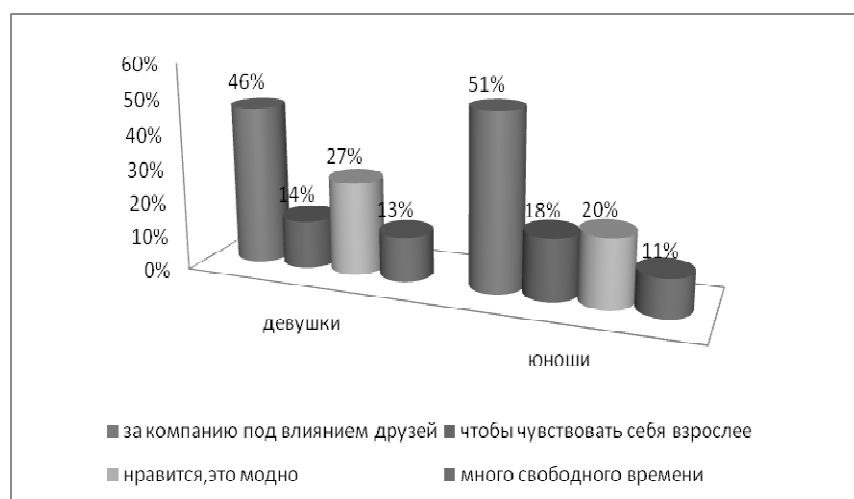


Рис. 1. Распределение ответов на вопрос «Укажите причину, по которой вы впервые закурили»

Наркотики не являются частью жизни студентов, проблема наркомании ими не обсуждается, поскольку не является для них актуальной. Абсолютное большинство опрошенных студентов не упот-

ребляют наркотики и относятся к ним резко отрицательно. Но 3 % студентов всё же имели опыт употребления наркотических веществ. Причём в качестве причины употребления они указали любопытство. 9 % опрошенных когда-либо сталкивались с проблемой наркомании на примере друзей.

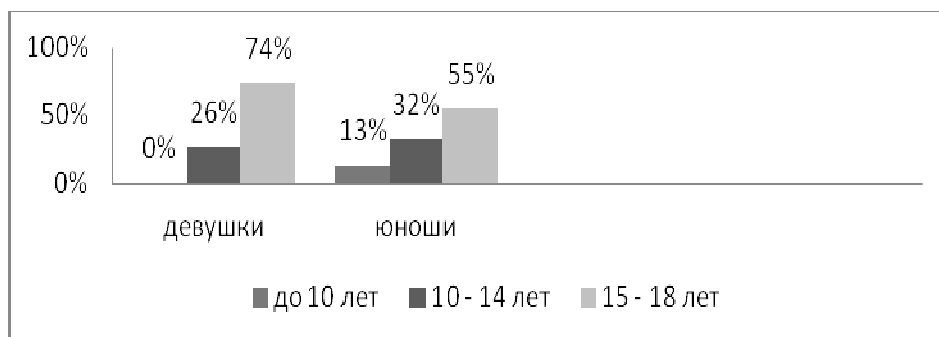


Рис. 2. Распределение ответов на вопрос «В каком возрасте вы впервые попробовали спиртные напитки?»

Опрос показал, что студенты знают о вреде алкоголя для организма, но большинство придерживаются мнения, что степень опасности зависит от количества выпитого алкоголя, а не от его вида и частоты употребления. Опрос выявил, что наиболее «популярным» возрастом для возникновения пристрастия к алкоголю является период 15–18 лет, когда молодежь обучается в старших классах школы или на первых курсах института (рис. 2). Так, именно этот возрастной период указали 74 % студентов-юношей и 55 % девушек, отвечая на вопрос о первом опыте приёма спиртных напитков. При этом 13 % юношей, участников исследования, впервые попробовали алкогольные напитки в возрасте до 10 лет.

35 % юношей и 38 % девушек в настоящее время вообще не употребляет алкогольных напитков. Это в основном студенты, занимающиеся спортом и студенты, у кого в семье не принято сопровождать семейные торжества возлияниями. Остальные опрошенные употребляют алкоголь в основном по праздничным датам (рис.3).

Итак, в качестве повода для распития спиртных напитков чаще всего выступают праздники, а также давление со стороны компании друзей или знакомых. Алкоголь является средством для снятия напряжения для 9 % опрошенных. 23 % девушек и 33 % молодых людей считают алкоголь безвреднее наркотиков, потому и охотно прибегают к нему (рис.4).

Тем не менее с возрастом происходит пересмотр ценностей, и к старшим курсам студенты в большинстве своём осознают необходимость ведения здорового образа жизни. При этом под здоровым образом жизни начинает пониматься не только отказ от вредных при-

вычек, но и активное, целенаправленное физическое и духовное развитие.

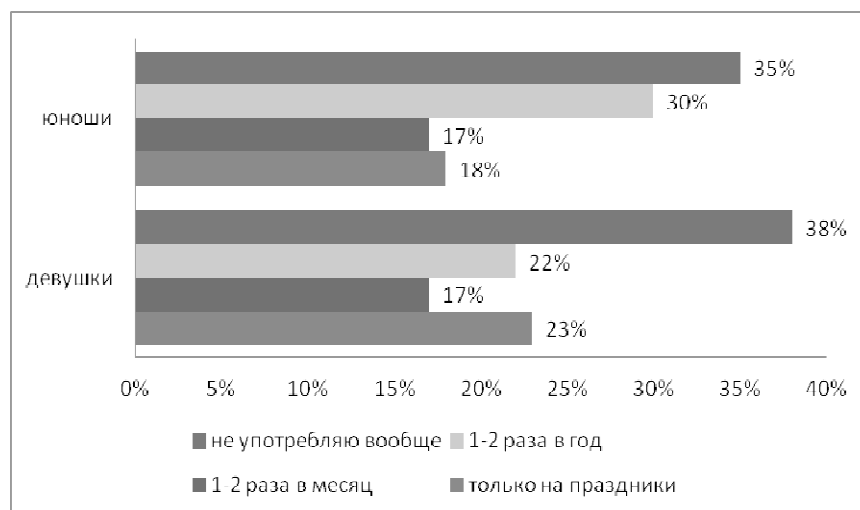


Рис 3. Распределение ответов на вопрос «Как часто вам случается употреблять спиртные напитки?»

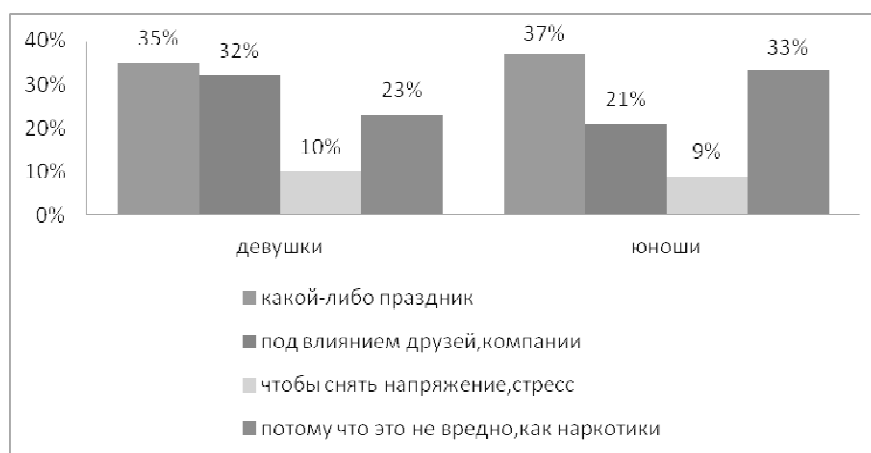


Рис 4. Распределение ответов на вопрос «Укажите причину, по которой вы употребляете алкогольные напитки»

Таким образом, в ходе исследований были изучены вредные привычки студентов ведущих вузов г. Чебоксары. И определена необходимость профилактики алкоголизма, курения и наркомании у детей, начиная с дошкольного возраста.

В качестве программы для профилактики приобретения и развития вредных привычек среди молодёжи юношеского возраста мы рекомендуем: грамотную организацию досуга студентов путём

организации клубов по интересам, активного вовлечения в культурно-массовые мероприятия; пропаганду здорового образа жизни в спортивных секциях; посещение профилактических лекций, тренингов и семинаров с привлечением специалистов из Федеральной службы России по контролю за оборотом наркотиков; участие в олимпиадах научных и студенческих работ в сфере профилактики наркомании и наркопреступности; создание сайта для информирования студентов о вреде алкоголизма, курения и наркомании; организация тематических акций.

Библиографический список

1. <http://gov.cap.ru/home/13/2010/nauka/vposved.doc>
2. Вредные_привычки_и_социально-психологические_аспекты_здоровья_подростков. URL: <http://pda.coolreferat.com/>

МОЛОДЁЖНЫЙ ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ: КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЗДОРОВЬЮ

Л. Е. Алшинова

Общественный фонд «Замандас 21», г. Астана, Казахстан

Summary. The present-day teenagers' problems of current interest were raised in the article related to their health condition during the difficult teenagers' growth period. The author stressed that only due to integrated approach the constructive decision of that problem is possible. In Kazakhstan, such effective interaction between the grown-ups and teenagers is possible only at youth health centers where the teenager upon received information about his health maintenance will pass through the becoming adult period more easily.

Key words: teenagers, Kazakhstan, health center.

Современный этап развития казахстанского общества характеризуется стремительным ростом перемен во всех его сферах. Кардинальные изменения в социально-экономической, политической и духовно-нравственных сферах всё более настойчиво говорят нам о том, что наше общество вступило в качественно новое состояние, где существует множество противоречий, являющихся весьма сложными и многообразными. Особенно это заметно проявляется в коренной ломке системы ценностей, которая в большей мере отражается в кризисе семейных отношений, что существенно влияет и на процесс становления личности ребёнка. По мере того как у ребёнка расширяются социальные связи вне круга семьи, всё большее значение в плане формирования ценностных установок, отношений и моделей поведения детей и молодёжи приобретают такие факторы, как окружающая среда в школе, давление со стороны сверстников и

средств массовой информации. К сожалению, в последние годы наряду со стабильным ростом алкоголизма, наркомании, сексуальной распущенности, правонарушений и преступлений, особо настораживает складывающаяся тенденция изменения ценностных ориентаций подростков. Вытеснение традиционных ценностей нравственного порядка, замещение их культом денег, физической силы, появление устойчивых устремлений к достижению материального достатка любой ценой, в том числе путём сознательного нарушения социальных и нравственных норм. В связи с этим в последнее десятилетие мировое сообщество стало рассматривать охрану здоровья детей и подростков в качестве одной из приоритетных направлений. Так, например, в декларации тысячелетия «Мир, пригодный для жизни детей» одним из первых приоритетов отмечается «содействие здоровому образу жизни». [1] В Европейской стратегии «Здоровье детей и подростков» также говорится, что «Дети – инвестиции в общество будущего. От их здоровья и того, каким образом мы обеспечиваем их рост и развитие, включая период отрочества, до достижения ими зрелого возраста, будет зависеть уровень благосостояния и стабильности в странах Европейского региона в последующие десятилетия». [2]

Республика Казахстан также идёт в русле международных приоритетов. Проблема сохранения и улучшения здоровья населения, в том числе детей и подростков, в современных условиях развития Казахстана актуальна и входит в число важнейших задач государства. Так в стратегии развития страны «Казахстан 2030» Президентом Республики Казахстан Н. А. Назарбаевым одним из долгосрочных приоритетов было определено «здоровье, образование и благополучие граждан», важнейшим компонентом которого отмечено предупреждение заболеваний и стимулирование здорового образа жизни [3].

Содержание проблемы сохранения и приумножения здоровья человека традиционно была возложена на медицину, которая в основном занимается лечением заболеваний. Однако в результате развития современной науки данный теоретический перекокс преодолен и предоставлены широкие возможности для теоретизирования и разработок в области социогуманитарной науки. Сегодня становится очевидным, что изучение потребностей подростков – это задача, которая выходит за рамки функций системы здравоохранения. Необходима новая стратегия в обеспечении здоровья подростков и молодёжи, включающая все аспекты здорового образа жизни: физическое, социальное, эмоциональное и психическое благополучие. Специалисты отмечают, что только в рамках интегрированного подхода возможно конструктивное решение данной проблемы. Необходимо существование тесной связи между медицинскими и другими услугами, в которых нуждаются подростки. Только при таком условии

эти услуги станут частью структуры, которая оказывает поддержку и предоставляет молодым людям защиту от различных рисков, а также помогает им овладевать жизненными навыками и приобретать уверенность в себе. В современном мире существует большое количество моделей оказания комплексной помощи подростку: от разовых выездных акций врачей-специалистов до центров медико-психолого-социальных услуг для молодёжи. Международный и национальный опыт показывает, что подростки не склонны обращаться в обычные поликлиники по вопросам сохранения и укрепления репродуктивного и психо-социального здоровья. В то же время совместные исследования, проведённые в Южно-Казахстанской области Детским Фондом ЮНИСЕФ и Ассоциацией деловых женщин Казахстана в 2005 г., показывают высокий уровень потребностей в данных услугах. По рекомендации ВОЗ услуги для подростков должны уделять основное внимание информационной и психосоциальной поддержке, содействию здоровью и профилактическому медицинскому обслуживанию; нужно пересмотреть позиции работников здравоохранения и широкого круга профессионалов (педагогов, социальных работников, психологов, юристов и т. д.) по вопросу здоровья и развития подростков.

Профессионалы в области сохранения здоровья подростков осознали важность создания специализированных служб, ориентированных на подростков как на целевую группу. К настоящему моменту в Республике Казахстан сложились предпосылки для развития эффективных служб оказания медико-психо-социальной помощи подросткам и молодым людям. Одним из таких подходов является создание Молодёжных центров здоровья, где сфокусированы необходимые виды социально-медицинских, психолого-педагогических услуг для подростков и молодёжи. Другими словами, в данном центре кроме медицинских услуг и консультаций, которые доступны для подростков, могут быть представлены совершенно, казалось бы, не имеющие отношения к медицине услуги. Например, социально-психологическая служба, набор развивающих программ по профилактике здорового образа жизни, клубная деятельность, волонтёрское движение и др. Все эти услуги позволяют подростку эффективно социализироваться в обществе, стать успешным в своей профессии и отношениях в семье, вырасти личностно. Именно при таких условиях, когда человек удовлетворён всеми сторонами жизни, его физическое здоровье находится в норме.

Основной целью Молодёжного центра здоровья является сохранение здоровья подростков. Сотрудничество с подростками начинается на этапе когда они не «уже больные», а когда они «ещё здоровы», то есть, оказываемая помощь рассчитана в первую очередь на здоровых и больных людей. Модель сотрудничества: решение принимается с участием самих молодых людей. Молодёжный

центр здоровья осуществляет свою деятельность, используя эффективные технологии, направленные на сохранение здоровья, снижение рискованного поведения, социальное сопровождение и защиту прав подростка, на основе принципов доброжелательности, доступности, добровольности и доверия.

Задачи Молодёжного центра здоровья: создать психологически комфортные условия для формирования личности подростка; сформировать навыки ответственного поведения с целью предотвращения болезней поведенческого характера; оказывать специальные услуги, (профилактика заболеваний, проблем, рецидивов) связанных с подростковым периодом развития; обеспечить качественное информационное и консультативное сопровождение.

Особое внимание мы хотели бы уделить принципам работы МЦЗ (доброжелательность, доступность, добровольность и доверие), так как именно на этих 4-х принципах основывается вся модель деятельности Молодёжного центра здоровья и создаётся здоровьесберегающая среда, необходимая для воспитания здоровой, гармонично развитой личности.

Необходимо понимать, что эти принципы основаны на психологических особенностях подростка. Все принципы работы МЦЗ пересекаются и дополняют друг друга. О том, насколько важным для подростков является соблюдение принципов 4-х «Д» подтвердил социологический опрос, проведённый в Молодёжных центрах здоровья в РК. Так, например, в МЦЗ «Демеу» г. Астана, позицию «дружелюбность персонала» наибольшая часть респондентов (24,6 %) поставила на первое место. Равное количество респондентов (по 21,7 %) поставили на первое и третье места позицию «наличие профессиональных навыков у сотрудников». На пятой ступени по значимости находится «оформление организации и помещения для ожидания» (20,7 %), на шестой – «часы работы» (22,9 %), седьмое место ранговой лестницы большинство респондентов отдали позиции «месторасположение организации» (20,6 %). И, что самое интересное, в последнюю очередь обращавшихся волновал вопрос стоимости услуг в МЦЗ. Из полученных данных следует сделать вывод, что подростки Молодёжных центров здоровья высоко ценят профессионализм специалистов, основанный на принципах доверия, доступности и доброжелательности. Это означает, что следующим важным шагом в организации деятельности центра является создание персоналом условий пребывания комфортных для молодёжи и учитывающих её возрастные особенности. То есть, более половины успеха работы МЦЗ будет зависеть от персонала.

В Молодёжный центр здоровья подростки обращаются с различными проблемами. Анализируя эти проблемы, можно выявить современные особенности поведения в обществе. Кроме давно известных проблем отцов и детей, современные подростки не в со-

стоянии адекватно реагировать на стрессовые ситуации и выходят из них, чаще всего, путём потребления алкоголя, табака и наркотических веществ, либо прибегают к самой неэффективной стратегии в поведении – уход. Одной из самых страшных сторон такой реакции на проблему, является суицидальный исход. Только за последние два года Молодёжным центром здоровья «Демеу» было выявлено 40 % случаев суицидальных попыток или мыслей об этом. Подростки не стараются решать свои проблемы самостоятельно, либо обратиться за помощью к родителям. Это указывает на то, что молодые люди не видят иного выхода, не хотят его видеть или не научены этому. Отсутствуют прямая связь с родителями, ответственное поведение и ценностные убеждения. Основной проблемой на данный период времени является то, что общество не совсем готово к динамическим, противоречивым идеалам современности. Подростки находятся ещё в более «подвешенном» состоянии, т. к. переживают не только социальные перемены, но ещё и собственный возрастной кризис. Поэтому государству, гражданскому обществу, родителям важно создать все условия для наилучшего взросления и адаптации подростков. Молодёжный центр здоровья впитал в себя большой багаж опыта и эмпирических данных, позволяющих говорить не только о модели духовного и физического здоровья, но и воспитательном компоненте, который наполняет эту структуру. Успех модели Молодёжного центра здоровья также обеспечивает комплексный подход. Специалисты центра (врачи, психологи, социальные педагоги, юристы и др.) взаимодействуют при решении проблем подростка и в сотрудничестве друг с другом находят пути решения и выхода их сложившейся ситуации. Будь то лечение и реабилитация после болезни, психологическая проблема и необходимость юридической помощи. Так, например, медицинский работник находится в партнёрских отношениях с пациентом и не дистанцируется по статусу, что позволяет воспитать ответственное поведение подростка к собственному здоровью. Психолог находится в непрерывном контакте с подростком и оказывает поддержку на всех этапах реабилитации. Психодиагностическая и психокоррекционная работа помогает подростку справиться с возрастным кризисом и предупредить негативные последствия выхода из него. Консультации специалистов центра индивидуального и группового характера (тренинги-семинары) ведутся без стандартного ограничения времени, с доброжелательным отношением к подростку. Это помогает подростку свободно говорить о вопросах, которые он не смог бы обсудить с родителями и сверстниками, а также есть возможность получить из уст специалистов достоверную и профессиональную информацию.

Также важен на этом этапе для подростка процесс социализации. Для этого специалисты центра разработали годичную про-

грамму групповой психокоррекции, которая представляет собой искусственно созданный микросоциум, где подросток имеет возможность отработать навыки эффективного общения и «потренироваться» перед тем, как вступить во взрослую жизнь. Таким микросоциумом для подростков в нашем центре стал клуб общения «Инь-Ян». В подростковом возрасте ребята часто испытывают неуверенность в себе, им кажется, что они неинтересны, боятся высказывать собственное мнение. Очень часто это происходит из-за несовершенства воспитания в семье. Вероятно, в детстве родители часто критиковали их, мало привлекали к самостоятельным действиям, или взрослые не слушали и не обращали внимания на высказывания ребёнка. На групповых занятиях всё иначе.

Специальный интерактивный метод позволяет высказываться каждому из участников группы, а также индивидуальный подход к каждому члену группы, где психолог с помощью специального профессионального наблюдения прослеживает малейшие изменения внешних и внутренних проявлений (чувств, эмоций). После подобных продолжительных и динамических психокоррекционных работ появляется видимый эффект. Эти изменения наблюдаются как внешне, так и в качественных переменах в жизни молодых людей. Они становятся увереннее, повышается самооценка.

В Молодёжном центре здоровья можно использовать и дополнительные услуги. Это могут быть спортивные тренажёры, танцевальные, хореографические кружки, клубы по интересам. В нашем центре использовались клубы и кружки. Одним из них стал клуб волонтеров. Волонтерское движение – это идеальное сочетание раскрытия социальной активности, успешной реализации внутреннего потенциала, а также обретение значимости для общества. В клубе волонтеров предоставлялась программа по здоровому образу жизни, в ходе которой волонтеры получали не только информацию и навыки для использования в собственной жизни, но и получили возможность реализовать себя и поделиться своими знаниями со своими сверстниками с помощью собственного преподавания и участия в социальных акциях. Самое замечательное здесь то, что подросток имеет возможность делать что-то самостоятельно в своей жизни, без участия взрослых. Большой интерес вызывал у подростков кружок арт-терапия, где мы использовали метод абстрактного рисунка. Успех этого метода состоит в том, что рисунок специально не задаётся, он спонтанен и не имеет чёткости образа. Человек, который пробует себя в этой технике, совершенно не стеснён тем, что не умеет рисовать, он всего лишь может наносить любые линии, штрихи или просто цвет на чистый лист бумаги, а затем сконцентрировать его в образ. Это очень хорошо развивает абстрактное мышление, чувство цвета и гармонии изображения.

Но самый главный эффект арт-терапии это то, что подросток учится подходить нестандартно к заданию, а значит, видит множество выходов не только в творчестве, но и в жизни в целом. Подросток в этой технике обретает бесконечные возможности выразить своё внутреннее индивидуальное видение, а также понимание того, что ему многое доступно, он талантлив и на многое способен. Все эти технологии и принципы работы в комплексном применении показали отличный результат, а самое главное, помогли сотням подростков понять себя, разобраться в своих проблемах, обрести здоровье и навыки ответственного поведения.

Таким образом, основой содержательного компонента в деятельности молодёжного центра здоровья является интегральное видение человека, комплексный подход в формировании личности подростка, с использованием инновационных технологий разных социальных институтов (школа, семья, государство, социум), базирующихся на концепции «образа жизни» и «качества жизни».

Библиографический список

1. Декларация и план действий «Мир, пригодный для жизни детей». – 2002 г. – 9 с.
2. Европейская стратегия «Здоровье и развитие детей и подростков». – 2005 г. – с. 23.
3. Стратегия «Казахстан – 2030». Часть 2. – 1997 г. – 35 с.
4. Обухова Л. Ф. Возрастная психология. – М., 2006. – 460 с.
5. Абзалова Р. А. Социально-ориентированная Первичная медико-санитарная помощь. – Астана., 2005. – 241 с.
6. ЮНИСЕФ. Клиники, дружественные к молодёжи. Пособие для организатора. – Новосибирск, 2004 г. – 275 с.

РОЛЬ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА В СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ В УСЛОВИЯХ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

Е. В. Востроушкина

**Ярославский государственный университет
им. П. Г. Демидова, г. Ярославль, Россия**

Summary. The article describes the basic tasks of a social worker who helps in psycho-social rehabilitation for older people. Also defines the social rehabilitation of older people in geriatric centers. The article shows the results of the investigation made on this issue.

Key words: psycho-social rehabilitation, older people, geriatric centers.

В настоящее время проблемы социальной работы с пожилыми людьми и, в частности, социальной реабилитации, находятся в центре внимания многих социальных институтов, социальных про-

грамм, направленных на обеспечение приемлемого уровня жизни пожилых людей. Реабилитационная деятельность учреждений социальной защиты ориентирована на создание условий для активного участия пожилых людей в жизни общества.

Социальная реабилитация определяется нами как комплекс мер, направленных на восстановление разрушенных или утраченных в силу каких-либо причин общественных связей и отношений, социально и личностно значимых характеристик, свойств и возможностей субъекта. Одним из основных видов социальной реабилитации является социально-психологическая реабилитация, которая включает в себя приобщение личности к повседневной жизнедеятельности, вовлечение её в социальные отношения на основе восстановления психических функций и коммуникативных способностей.

Социально-психологическая реабилитация пожилых людей в геронтологических домах рассматривается как более сложный процесс, в результате которого деформированная старением, множественной соматической патологией и стрессовой ситуацией, личность приспособляется и активно функционирует в новых условиях существования. Длительность и результативность этого процесса определяется соотношением личностных особенностей пожилых людей и своеобразием социального окружения [1].

Согласно проведённому нами исследованию в Ярославском областном геронтологическом центре большинство пожилых людей (63 %) имеют тяжёлое состояние здоровья, ограниченную способность к самообслуживанию. Так, например, по этим причинам, не выходят за пределы комнаты 43 % респондентов. Анализ данных опроса показал, что представления пожилых людей, связанные с поступлением в это учреждение, условиями проживания и обслуживания, были полярны. 60 % респондентов ожидали более худшие условия, и были рады, что их представления не оправдались. 40 % респондентов высказывали то, что обстановка в геронтологическом центре воспринималась ими как более тяжёлая по сравнению с их предварительными ожиданиями. Основные их недовольства были связаны: с жестким распорядком дня, «урезанием» личного пространства, игнорированием собственных интересов, невнимательным или формальным отношением персонала, а также с неблагоприятной психологической обстановкой.

В решении этих проблем существенную помощь может оказать социальный работник. Для этого на первом этапе необходимо провести диагностическое обследование пожилых людей с целью изучения особенностей их ценностно-мотивационной сферы, самосознания, эмоционального реагирования на различные ситуации, получить наиболее достоверные, объективные данные о психическом состоянии пожилого человека, его личностных особенностях.

Опыт работы в Ярославском областном геронтологическом центре позволяет нам определить основные задачи в деятельности социального работника в таких центрах:

- формирование нового жизненного стереотипа у пожилого человека;
- изменение отношения человека к его окружению и самому себе;
- снятие негативных эмоциональных переживаний;
- содействие в успешной адаптации в геронтологическом центре и преодоление возникающих затруднений;
- формирование и вовлечение пожилых людей в различные микросоциальные группы (проведение досуга, кружки по интересам).

Очень важно реализовывать принцип индивидуального подхода к пожилым людям, направленного на решение их личностных проблем, обусловленных, прежде всего, особенностями их семейных взаимоотношений и родственных связей.

Обязательным элементом деятельности социальных работников в геронтологическом центре является групповая психокоррекционная работа (тренинг-группы), направленная на снятие негативных переживаний, эмоционального напряжения, снятие личных страхов, установления нормального уровня взаимоотношений, коммуникаций.

Помимо изучения особенностей личности социальный работник должен научить пожилого человека общению с другими проживающими, умению понимать человека более немого, чем он сам, осмыслению ситуации совместного проживания.

Обладая определёнными знаниями и практическим опытом, социальный работник в геронтологическом центре выступает не только как социальный психолог, но и как социальный педагог, обеспечивая максимальную социально-психологическую адаптацию пожилого человека к новым, не простым для него, условиям и окружению.

Библиографический список

1. Дементьева Н. Ф. Формы и методы медико-социальной реабилитации. – М., 2000.

ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ГРАЖДАМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Е. И. Денисова

Челюстно-лицевой госпиталь для ветеранов войн,
г. Москва, Россия

Summary. We consider the problems of organization of dental prosthetic treatment of Russians elderly. This category of persons in need of special medical approaches, as more than 70% of them usually have 4 – 5 chronic diseases. Shows the organization of patient care in maxillofacial hospital for war veterans, of whom 97.9% are persons aged and old.

Key words: dentistry, stress, medical emergency, anesthesiology, intensive care, elderly age.

Одним из основных прав любого человека без различия расы, религии, политических убеждений, экономического или социального положения является обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья, которое продолжает являться неотъемлемой частью общественного богатства и ключевым ресурсом развития государства. Важным критерием для дальнейшего развития общества являются его отношение к старшему поколению и показатели состояния здоровья населения.

Основной проблемой пожилых граждан России, прежде всего, является неудовлетворительное состояние здоровья, в том числе и стоматологического.

Потеря зубов сказывается на психологическом состоянии и творческой активности людей, поэтому своевременная и комплексная ортопедическая стоматологическая помощь решает не только медицинские, но и важные социально-экономические проблемы, актуальность которых не снижается, а возрастает в связи с научно-техническим прогрессом.

Вследствие распада СССР "Комплексная программа развития стоматологической помощи в СССР до 2000 года" [1] не была выполнена, а медицинское обслуживание населения значительно ухудшилось.

В Государственных докладах "О состоянии здоровья населения РФ" за 2000–2005 гг. какие-либо сведения о состоянии стоматологической помощи полностью отсутствуют, а по данным Государственного доклада "О состоянии здоровья населения РФ в 2006 г." [2] – с 2000 г. по 2006 г. число лиц, получивших зубные протезы сократилось 2,60 млн человек до 2,12 млн человек. Для сравнения в 1986 году зубные протезы получили 7,5 млн человек. В настоящее время в России нуждаются в стоматологической ортопедической помощи 96,9 % пожилых людей [3].

Зубопротезная служба города Москвы в 2007–2009 гг. также в целом признана не удовлетворяющей потребности населения [4, 6]. Сегодня явно недостаточно мер по организации стоматологического ортопедического лечения за счёт бюджетных средств, которые предпринимаются Правительством города Москвы, поскольку они не охватывают всего комплекса нерешённых проблем.

Одной из таких проблем является организация стоматологического ортопедического лечения людей пожилого и старческого возраста, которые нуждаются в специальных медицинских подходах, поскольку более 70 % этой категории лиц, как правило, имеют 4–5 хронических заболеваний.

Обозначенная проблема для ветеранов войн и лиц, приравненных к ним по льготам, из которых 97,9 % являются лицами пожилого и старческого возраста, успешно решается в условиях стационара Челюстно-лицевого госпиталя для ветеранов войн Департамента здравоохранения города Москвы (далее ЧЛГ для ВВ), однако для 2,4 млн жителей города в возрасте старше трудоспособного вопрос остаётся нерешённым.

Все лица пожилого и старческого возраста, не относящиеся к льготным категориям, получают бесплатную стоматологическую помощь на общих основаниях в стоматологических поликлиниках по месту жительства.

Амбулаторный приём больных в условиях стоматологической поликлиники, в том числе и ортопедический, в большинстве своём оказывается на фоне сопутствующей патологии, как правило, в области сердечно-сосудистой, нервной, эндокринной, кроветворной систем, которую имеют пожилые и престарелые люди.

Страх перед стоматологическим вмешательством повышает чувствительность к боли и уровень стресс-реакции организма до патологического.

Более того, удовлетворительное состояние людей пожилого возраста может меняться в течение нескольких минут и по целому ряду других причин: долгое ожидание городского транспорта, где ему, к тому же, не уступили место или просто нахамили, переезд в непригодном транспорте по душной и загазованной Москве и пр.

Стрессовая ситуация, а также использование адреналина в растворах местных анестетиков, могут спровоцировать обострение в первую очередь таких заболеваний, как: сердечная недостаточность, ишемическая болезнь сердца, сердечные аритмии, гипертоническая болезнь, гипотония и др.

В ЧЛГ для ВВ при неотложных состояниях помощь пациентам поликлиники оказывает бригада анестезиологии и реанимации (таблица 1).

Таблица 1

**Помощь, оказанная пациентам поликлиники отделением
анестезиологии и реанимации в 2008-2010 гг.**

Заболевания, человек	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Гипертензия	355	179	253
Коллапс	9	3	9
Обморок	32	24	32
Отягощённый анамнез (перенесённый инфаркт миокарда, нарушение мозгового кровообращения, мерцательная аритмия ИБС, бронхиальная астма, стенокардия)	98	101	108
Стоматофобия	–	60	72
Непереносимость местных анестетиков	46	75	38
Внутривенное обезбоживание	8	7	7
Общая + местная анестезия	13	13	10
Премедикация + местная анестезия	53	70	53
Переведено в многопрофильные больницы	30	30	21

Стоматологическое вмешательство должно проводиться только при удовлетворительном состоянии пациента. Необходимо также иметь в виду, что при некоторых общих соматических заболеваниях перед стоматологическим лечением у пациента следует: проверить пульс, измерить артериальное давление, провести медикаментозную подготовку успокаивающими средствами и адекватное обезбоживание анестетиками, не содержащими адреналин. Кроме того, оказание квалифицированной медицинской помощи людям пожилого, старческого возраста и долгожителям требует от врачей специальных знаний в области возрастной патологии. К сожалению, такими возможностями в настоящее время не располагают ни стоматологические поликлиники города, ни поликлиника ЧЛГ для ВВ.

Повышение уровня и качества жизни данных категорий лиц возможно только при квалифицированном медицинском наблюдении с привлечением ряда узких специалистов, в частности, так как это организовано в гериатрических центрах [7] и госпиталях для ветеранов войн.

Москве, относящейся к лидерам среди российских территорий по продолжительности жизни населения, требуется принципиальная реорганизация не только социальной инфраструктуры города в направлении удовлетворения потребностей пожилых людей, но и

организация системы оказания стоматологической помощи людям пожилого и старческого возраста.

Сегодня город имеет средства и руководство, у которого есть возможности решения социальных задач. В 2011–2012 годах на улучшение здравоохранения Москвы будет выделено свыше 48 миллиардов рублей федеральных средств и 65 миллиардов рублей из бюджета города.

Библиографический список

1. О комплексной программе развития стоматологической помощи в СССР до 2000 года: Приказ Министерства здравоохранения СССР от 16.11.1988 г. № 830.
2. О состоянии здоровья населения РФ в 2006 г.: Государственный доклад Министерства здравоохранения и социального развития РФ и РАМН.
3. Рошковский Е. В. Изучение нуждаемости в ортопедической стоматологической помощи лиц пожилого и старческого возраста, а также долгожителей и особенности её оказания в геронтологических стационарах: автореф. дис... канд. мед. наук. – М., 2008. – 25 с.
4. О состоянии здоровья населения Москвы в 2007 году: Доклад Департамента здравоохранения и Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по городу Москве.
5. О состоянии здоровья населения Москвы в 2008 году: Доклад Департамента здравоохранения и Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по городу Москве.
6. О состоянии здоровья населения Москвы в 2009 году: Доклад Департамента здравоохранения и Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по городу Москве.
7. Аксаментов Г. В. , Егорова Л. С., Зверович Т. Е. Опыт работы Иркутского Областного гериатрического центра за 2006–2008 года. Практическая гериатрия. Материалы конференции, 11 февраля 2010 года, Иркутск / под ред. Ф. И. Белялова, Ю. С. Чайкисова. – Иркутск, 2010. – 61 с.

III. СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БОЛЕЗНИ И ЗДОРОВЬЯ. ПСИХОЛОГИЯ НА СЛУЖБЕ ЗДОРОВЬЯ

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОЦИОЛОГИИ МЕДИЦИНЫ

Н. Р. Медведева, Е. И. Весёлкина, М. С. Рожкова
Пензенская государственная технологическая академия,
г. Пенза, Россия

Summary. This article addresses the problems of social anomie in the field of public health and the growing importance of health and medicine in Russia. Produced excursion into the history of sociology of medicine. Highlights the results of surveys of doctors of Penza.

Key words: public health, sociology of medicine, doctors.

С начала 90-х годов XX века в России осуществляется возвращение к принципам рыночной экономики. В условиях нарастающего финансово-экономического кризиса становится всё более труднодостижимой задачей получение гражданами бесплатной медицинской помощи – прежде всего из-за уменьшения средств бюджета.

В то же время нарастающие негативные явления в социальной и экономической сферах общества, ухудшение медико-демографических показателей, нарушение экологического равновесия и другие факторы не способствуют улучшению общественного здоровья и увеличивают потребность в медицинских услугах.

В результате российское общество переживает состояние социальной аномии, т. е. отвергаются большинством людей прежние нормы и ценности и уже не являются регуляторами общественных отношений. В аналогичном состоянии находятся все структурные элементы и социальные институты общества, в том числе и система охраны здоровья.

В связи с вышеизложенным, имеется настоятельная потребность социологического осмысления роли и места этой системы в жизни общества, роли и места конкретного пациента, что в достаточной мере может обеспечить такая научная дисциплина, как социология медицины.

Формирование дисциплины «социология медицины» в отдельную науку наблюдалось одновременно с обособлением таких дисциплин, как социология семьи, социология науки, социология права, социология образования, социология религии, искусства и др.

В современной социологической литературе есть несколько понятий, связанных с изучением здоровья, болезней, здравоохране-

ния, медицины: "социология медицины", "социология здоровья", "медицинская социология". Имеющиеся определения этих понятий нередко размыты и не полно всегда отражают сущностные характеристики изучаемого феномена. Представим некоторые из этих определений.

Самое раннее упоминание термина "социология медицины" относится к концу XIX века. Одно из первых полных определений социологии медицины в отечественной науке мы встретили в Философской энциклопедии (1970). Звучит оно так: социология медицины – это отрасль социологии, "изучающая социальные проблемы, связанные со здоровьем, болезнями и медицинским обслуживанием, с ролью здоровья и трудоспособности населения в социальном развитии" [5].

А. Титмонас определяет объект социологии медицины, не ограничиваясь только медициной. "Социология медицины имеет два объекта исследования:

1. Здоровье и заболевания человека в социальном аспекте;
2. Сама медицина как определённый институт".

По мнению А. Титмонаса, это "медицина как специфическое общественное явление"[4].

А. В. Решетников, например, выделяет "медицину как социальный институт, как подсистему социальной системы"[3].

В одной из первых работ по социальной медицине А. М. Изуткин, В. П. Петленко и Г. И. Царегородцев определяют её предмет как образ жизни и здоровье, труд и здоровье, как социально-гигиенические проблемы, урбанизация и здоровье [1].

Большинство определений предмета социальной медицины сходятся в том, что она определяет собой анализ медицины.

Мы считаем, что задачей данной науки является анализ взаимодействия медицины с обществом, с различными социальными институтами, познание законов развития и функционирования теории здравоохранения как социального феномена.

Современная социология медицины – это наука о медицине как социальном институте, функционировании и развитии этого института через его составные элементы, изучающая социальные процессы, протекающие в данном институте.

Анализируя степень влияния медицины на разные области жизнедеятельности общества, невозможно не заметить, что медицина всё больше проникает в жизнь индивида. Врачи дают рекомендации по питанию, занятиям спортом, борьбе со стрессом; здравоохранение берёт на себя функции социального контроля.

Профессия медика заметно влияет не только на пациентов, но и на другие организации и социальные институты. Медицина становится образцом профессионализма, врачи обретают абсолютный авторитет в своей и других видах деятельности. Некоторые по своему

опыту знают, что в этой профессии работают люди, творящие настоящие чудеса.

Для подтверждения этой мысли хотим представить интервью врачей нашего города.

Сафронов Алексей Иванович д. м. н. профессор, в настоящее время является преподавателем кафедры «Информационные технологии и менеджмент в медицинских и биотехнических системах», до этого он 20 лет проработал в городской больнице № 6 в отделении реаниматологии.

Алексей Иванович рассказал нам, что современные абитуриенты выбирают профессию медицинского работника из-за коммерческих целей, но всё же есть и такие, которые выбирают эту профессию по призванию, для того, чтобы помогать людям, независимо от их возраста или социального статуса. Хотя сейчас вторая группа встречается всё реже, и им будет тяжело осваиваться в условиях коммерческой медицины.

На вопрос «существует ли сейчас проблема разделения пациентов на богатых и бедных, молодых и пожилых» профессор ответил следующее:

– Вообще не должно быть в медицине никаких разделений между богатыми и бедными, между молодыми и старыми, но, к сожалению, на практике эти условия не соблюдаются, – говорит Алексей Иванович. – Некоторые медики отдают предпочтение при оказании медицинской помощи более состоятельным пациентам, но в то же время коммерческая медицина приводит лишь к выманиванию денег у пациентов, хотя они могут быть вполне здоровыми и их заболевания могут быть излечены в короткие сроки. – Так же сейчас актуальна проблема взяток в медицинских учреждениях, конечно, это не должно касаться всех медиков, но всё же она существует и с появлением коммерческой медицины всё более набирает обороты, – поведал нам профессор.

Таким образом, можно сказать о том, что профессия медика является престижной, в то же время многие идут в эту сферу из-за прибыли и, к сожалению, всё меньше тех, кто действительно стремится помогать людям просто так, безвозмездно.

Далее приведём выдержки из актуальной по данной теме статьи из газеты «Коммунальная правда».

«Мы сидим с хирургом пензенской горбольницы № 6 Марком Беренштейном в его кабинете. Дверь то и дело распахивается, телефон разрывается. Но доктор никому не отказывает в совете или помощи. Он не может по-другому.

– Лечить – не просто профессия, это искусство, – улыбается Марк Моисеевич. – Врач должен быть, прежде всего, человеком: выслушать, откликнуться на беду, поддержать хотя бы добрым словом. Но постоянно сталкиваясь с человеческими страданиями, многие

медики не выдерживают – черствеют и покрывают душу защитной кольчугой. Не можешь помочь – честно в этом себе признайся и не бросайся лечить. Молодые врачи сейчас более прагматичны – про таких говорят «руки идут впереди головы». Им проще, они не принимают близко к сердцу человеческую боль. А своему делу надо душу отдавать» [2].

На вопрос «Почему вы выбрали профессию медика», Марк Моисеевич ответил, что она сама его позвала. И не ошиблась – врачом он оказался «от Бога». Областью его специализации являются болезни органов брюшной полости.

«– Когда у тебя на руках умирает человек и ты не в силах ему помочь, хочется себя растоптать, сдаться и больше не заходить в операционную. Самое страшное – потерять пациента. Каждый раз как будто умираешь с ним. Но когда операция проходит удачно и получается всё задуманное, чувствуешь, что ты нужен» [2].

Марк Моисеевич отметил, что нужен особый склад характера, чтобы взять и «разрезать» живого человека. Хирург должен уметь быстро принимать решения и уметь работать руками: табуретку ли починить, рану ли зашить – руки должны быть «золотыми». Кроме того, он должен быть готовым учиться всю жизнь и постоянно советоваться с литературой. Во время операции бывает так, что надо немедленно менять все планы. Не через пять минут, а сейчас. И советоваться не с кем! Надо иметь смелость взять на себя решение, от которого будет зависеть чья-то жизнь.

Хирург поделился своим мнением о том, что многие СМИ в один голос говорят, что, врачи – коррупционеры и убийцы. Но нечистые на руку люди найдутся и среди учителей, и среди милиционеров, и среди депутатов. Марк Моисеевич повидал на своём веку достаточно много. Основная масса докторов, говорит он, – порядочные, честные люди, преданные профессии. Отметил то, что в нашем городе медикам всё же оказывается внимание, причём немалое. Действительно, за последние несколько лет 6 городская больница претерпела сильные перемены к лучшему. Проходя практику, мы заметили, что идёт ремонт, появляется новая аппаратура. В скором времени начнёт работу травмоцентр по оказанию помощи пострадавшим в ДТП. Это показывает отношение города к медицине и медикам.

Четверть века Марк Моисеевич ведёт журнал-архив, куда записывает все данные о пациентах: пол, возраст больного, чем хворает, ход лечения и т. д. Коллеги прозвали это колоссальное хранилище данных «компьютером Беренштейна». Сафронов Алексей Иванович на своих лекциях рассказал нам, что за время своей врачебной практики собрал данные более десяти тысяч человек. Эта база является уникальной в своём роде.

Хочется отметить, что благодаря развитию науки, вычислительной техники, собранные А. И. Сафроновым и М. М. Беренштейном

данные можно отцифровать и занести в биомедицинскую базу данных. Она необходима для дальнейших исследований, переработки, выявления информативности и т. д., для того, чтобы разработать систему автоматизированного анализа. Данная система позволит ставить точные диагнозы не прибегая к помощи специалиста-медика, а так же исключать грубые ошибки, неточности при назначении лекарственных средств, обусловленные человеческим фактором.

Хочется отметить то, что все представители профессии медика, чьи интервью представлены в данной статье, на некоторые наши вопросы отвечали совершенно одинаково. Поэтому можно сделать вывод о том, медик должен обладать следующими качествами: профессионализм, бескорыстность, решительность, сопереживание.

Библиографический список

1. Изуткин А. М., Петленко В. П., Царегородцев Г. И. Социология медицины. – Киев, 1981.
2. Мартова С. Коммунальная правда // Пенза. – 2010. – 13 окт. (№ 38). – С. 7.
3. Решетников А. В. Социология медицины. – М.: Медицина, 2002.
4. Титмонас А. К вопросу о предмете социологии медицины. Социологические проблемы взаимодействия личности и социальных групп в условиях развитого социалистического общества. – М., 1984.
5. Философская энциклопедия / под ред. Ф. В. Константинова. – М.: Советская энциклопедия, 1970.

КОНТРОЛЬ СОЗНАНИЯ В ДЕСТРУКТИВНЫХ ПСИХОКУЛЬТАХ

В. С. Балтина

**Комплексный центр социального обслуживания
«Доверие» отделение экстренной психологической помощи
Телефон Доверия, г. Казань, Россия**

Summary. In given article the phenomenon of a destructive cult and consciousness control is considered. The description of typical features of a psycho cult on an example of destructive psychological training of "Lifespring" is given. And also the basic ways of preventive maintenance are considered and recommendations about recovery of victims of destructive psycho cults are made.

Key words: destructive cult, consciousness control.

Перед современным российским обществом весьма остро стоит вопрос о манипулировании сознанием личностями представителями псевдорелигиозных и псевдопсихологических деструктивных культов, использующих техники контроля сознания для вербовки и удержания своих членов и осуществляющих тотальный контроль мыслей, чувств и поведения своих приверженцев с целью наживы, удовлетворения интересов лидеров или самодовлеющей группы.

Всё больше и больше граждан Российской Федерации с помощью обманной вербовки, утаивания информации и манипулирования сознанием вовлекаются в череду псевдопсихологических тренингов. Не осталось ни одного крупного российского города, в котором не развернули бы свою деятельность компании с интригующими названиями: «Планета успеха», «Путь к себе», «Трансформация», «Академия успеха» и т.д. Одним из наиболее распространённых деструктивных психологических культов является «Лайфспринг». Перевести это английское слово можно и как «весна жизни», и как «источник жизни», и как «рассвет (начало) жизни», и даже как «рессора (пружина) жизни».

Все они есть суть психологический деструктивный культ, разрушающий личность и жизнь своих адептов.

Деструктивный культ – разновидность организации, чья практика (религиозная и/или психологическая, т. е. с применением психометодик) признаётся авторитетными институтами гражданского общества деструктивной в отношении: личности в данном обществе, психического и/или физического здоровья, гарантированных прав и свобод человека; самого гражданского общества, его сложившейся традиционной структуры, культуры, норм общественного порядка, ценностей и образа жизни [1].

Деструктивный культ – это любая авторитарная иерархическая организация (религиозная, политическая, психотерапевтическая, образовательная или коммерческая), которая практикует:

1. Обманную вербовку;

2. Прибегает к использованию контроля сознания, чтобы сохранить своих последователей зависимыми и покорными лидеру и доктрине [6].

Деструктивность влияния культа на личность проявляется в следующих особенностях:

1. Однонаправленное влияние культа на личность. Обоюдного влияния не происходит. Влияние на личность тем сильнее, чем сильнее изолированность личности от не групповой среды.

2. Влияние через манипуляцию и обман.

3. Целенаправленное использование групповых механизмов, без объявления своих целей [2].

Во всех деструктивных культах, будь то религиозные секты или псевдопсихологические тренинги, осуществляется контроль сознания. Контроль сознания (или «незаконное влияние», как его иногда называют зарубежные специалисты) – это манипуляция с использованием насильственного обращения в веру (внедрения убеждения) или техники модификации поведения без информированного (осознанного) согласия того человека, к которому эту технику применяют [5].

Роберт Джей Лифтон [5] выделил восемь критериев контроля сознания, применяемого в деструктивных культах:

1) контроль окружающей обстановки (среды) – жёсткое структурирование окружения, в котором общение регулируется, а допуск к информации строго контролируется. 2) мистическое манипулирование – использование запланированной или подстроенной "спонтанной", "непосредственной" ситуации для придания ей смысла, выгодного манипуляторам. 3) требование особой "чистоты" – резкое деление мира на "чистый" и "нечистый", "хороший" и "плохой". Тоталитарная секта – "хорошая" и "чистая", все остальное – "плохое" и грязное. 4) культ исповеди – требование непрерывной исповеди и интимных признаний для уничтожения границ личности и поддержания чувства вины. 5) "святая наука" – объявление своей догмы абсолютной, полной и вечной истиной. Любая информация, которая противоречит этой абсолютной истине, считается ложной. 6) нагруженный (культовым смыслом) язык – создание специального клишированного словаря внутригруппового общения с целью устранения самой основы для самостоятельного и критического мышления. 7) доктрина выше личности – доктрина более реальна и истинна, чем личность и её индивидуальный опыт. 8) распределение существования – члены группы имеют право на жизнь и существование, остальные – нет, т. е. "цель оправдывает любые средства".

Технология Лайфспринг разбивает тренинг на несколько ступеней – Базовый курс, Продвинутый курс, Лидерская программа.

На базовом курсе не применяются жёстких методик – основная цель – завлечь вас на продвинутый курс, морально подготовить к нему.

Продвинутый курс – это уже непосредственно работа с сознанием – его трансформация.

Лидерский курс – это «закрепление пройденного», вербовка новых членов культа, и самое главное окончательное устранение из сознания прежних установок, моделей поведения, моральных ценностей и норм, замена их навязанными жёсткими «истинами». [2] Задача многих упражнений и тренинга в целом – вызвать сильное эмоциональное возбуждение, подавив рациональное начало. Чем больше эмоций – тем лучше, причём эмоции в процессе тренинга противоречивые. Психика здорового человека может с трудом выдержать такую эмоциональную нагрузку, а психика человека, находящегося в пограничном состоянии или в состоянии депрессии, подвергаясь дистрессу, может сильно пострадать в следствие таких тренингов. Известны многочисленные случаи импульсивных разводов, увольнений с работы, переездов в другие города в поисках успеха и счастливой жизни. В США известно несколько случаев самоубийств после тренингов лайфспринга и последовавших за этим

судебных процессов [2]. В России также имели место быть попытки суицида и завершённые самоубийства. Есть несколько случаев манифестации психозов после тренингов «Лайфспринг» [2]. Самыми распространёнными последствиями псевдопсихологических культов являются тяжёлые депрессии и состояние апатии.

В процессе тренингового курса происходит потеря объективного восприятия мира. Одним из краеугольных камней тренинга является ответственность – «человек сам виноват в своих неудачах и будущее своё он строит сам и зависит оно только от него». Цель тренинга – заставить поверить человека в эту полуправду (если точнее – ложь). Поскольку в жизни много определяющих факторов, рано или поздно неудача всё равно постигнет человека и тем тяжелее она будет, чем сильнее он верит в успех.

Кроме того, происходит глобальное разрушение старых установок сознания. С раннего детства ребенок принимает традиции родительской семьи, своей культуры, своего этноса, формирование его личности происходит постепенно, затем наступает подростковый период, период борьбы за независимость в пути к идентичности. На протяжении всего тренингового курса adeptам внушают, что всё, что ими было воспринято с детства от родителей, бабушек, дедушек, учителей, всё это ограничения, которые мешают жить полной жизнью, добиваться успеха, строить свою карьеру. Таким образом, обесценивается весь личностный опыт и глубинные моральные устои человека. Адепт теряет большинство своих родовых и национальных установок, уникальную идентичность своей личности, нравственные и моральные принципы. На «свободном от установок месте» будет воздвигнута новая личность с новыми стремлениями, ценностями, нормами морали, которые будут внедрены в её структуру в течение очень короткого времени. «Усовершенствованные» установки эти выбирает не сам человек, а лидер при внешнем позиционировании всеобщей свободы выбора. Это очень опасно, так как разрушает саму личность человека, подменяет его установки и верования другими – человек перестает быть собой со всеми достоинствами и недостатками.

Как сказано выше, в тренингах активно высказывается мысль, что человек сам творит свою судьбу. Однако на деле всё наоборот – он находится под постоянным контролем тренера – прямом и опосредованно через группу. То есть фактически человек не управляет – он управляем.

В Лайфспринге используется несколько способов контроля над человеком. При желании покинуть тренинг – человеку внушается, что он проявляет свою слабость. В пространстве тренинга чрезвычайно развит контроль группы. Реабилитация после тренингов лайфспринга может длиться от месяца до полугода-года, в определённых случаях возврат к первоначальному состоянию сознания

либо не возможен, либо возможен только после лечения в психиатрическом стационаре.

Самое главное в сложившейся ситуации – это грамотная профилактика, которую необходимо проводить в школах и ВУЗах. Детям, подросткам и студентам необходимо рассказывать о том, что такое деструктивный культ и секта, как действуют вербовщики, и самое главное какие последствия несёт в себе даже однократное посещение собрания секты либо психокульта. Какие вопросы необходимо задать человеку, который навязчиво приглашает вас куда-либо. Самые главные профилактические меры в борьбе с контролем сознания – это, безусловно, воспитание крепкого духовного стержня человека. Начинается такое воспитание в раннем детстве в семье и сводится не только к приобщению ребёнка к традициям нации и того вероисповедания, которого придерживаются родители, но и с точки зрения психологической профилактики одна из самых важных задач родителей это научить ребёнка сказать «НЕТ». «Нет» навязчивому незнакомцу, «нет» наркотикам и алкоголю, «нет» насилию.

В том случае, когда профилактика уже не актуальна, необходимо проведение реабилитации. В случае ухудшения психического самочувствия после прохождения программы, первоочередное, что необходимо сделать человеку – это обратиться за консультацией к клиническому психологу. Рекомендовано провести диагностику депрессии, личностных расстройств, расстройств эмоциональной сферы, диагностику уровня тревожности и самооценки, а также выяснить в беседе, имеют ли место быть суицидальные намерения. В случае выявленной патологии или грубых нарушений эмоциональной сферы и самооценки, настоятельно рекомендовать клиенту обратиться за помощью к психотерапевту (при необходимости к психиатру).

В качестве заключения хотелось бы отметить, что организация "Лайфспринг" (Lifespring) к разряду деструктивных культов была отнесена Русской Православной Церковью, а также известными специалистами в области религиоведения: профессором богословия, видным экспертом в области сектоведения, вице-президентом международного "института по изучению новых религиозных движений "Диалог Центр"" А. Л. Дворкиным (г. Москва); председателем межминистерской комиссии по борьбе против сект правительства Франции Аленом Вивьеном; доктором теологии, президентом международного "Диалог-центра" Йоханесом Огордом (Дания); уполномоченным Берлинско-Брандербургской церкви по вопросам сект, вице-президентом международного "Диалог-центра" Томасом Гандоу (ФРГ); заслуженным председателем комитета по защите семьи и традиционных ценностей профессором Клер Шамполион (Франция); международным исследователем деструктивных культов Рюдигером Хаут (ФРГ).

Библиографический список

1. Волков Е. Н. Преступный вызов практической психологии: Феномен деструктивных культов и контроля сознания (введение в проблему) // Журн. практ. психолога. – 1996. – № 2. С. 87–93.
2. Волков Е. Н, Вершинин М. В. «Источники жизни» или паразиты иллюзий? Что тренируют на (псевдо) тренингах типа Lifespring (МГТО) Интернет- ресурс.
3. Волков Е. Н Исцеление от «рая»: реабилитация и самопомощь при социальной зависимости. – СПб.: Речь, 2008. – 392 с.
4. Тобиас М. Л., Лалич Д. Терапевтические проблемы жертв культов // Журн. практ. психолога. – 2000. – № 1–2. –С. 104–125.
5. Хассен С. Освобождение от психологического насилия: Деструктивные культы, контроль сознания, методы помощи. – СПб.: Прайм - ЕВРОЗНАК; М.: Олма-Пресс, 2001.
6. Целикова В. В. Групповое мышление как механизм влияния на личность в деструктивном культе // Журн. практ. психолога. – 1997. – № 1. – С. 98.

СИНДРОМ ВЫГОРАНИЯ И СТРЕСС В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕДАГОГОВ ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ И СЛУЖАЩИХ БАНКА

Н. А. Ялома

Соликамский государственный педагогический
институт, г. Соликамск, Пермский край, Россия

Summary. The article describes the study of problem of stress and professional burnout among pedagogues and bank employees. Experimental data are adduced. Mentioned the difference in descriptions of professional among pedagogues and bank employees, correlations between stress indices and burnout syndrome, etc. Conclusions are formulated.

Key words: stress, professional burnout, pedagogue, bank employee.

В отечественной и зарубежной психологии проблема изучения стресса и эмоционального выгорания занимает одно из ведущих мест. Развитие стресса на рабочем месте выделено как важная научная проблема в связи с его влиянием на работоспособность, производительность, качество, здоровье работника. Освоение профессий связано с приобретением новых профессиональных знаний и умений и перестройкой системы самоотношений и отношений к трудовой деятельности [2, 3].

Исследователи в области профессиональных стрессов пришли к выводу, что интенсивные межличностные взаимодействия, свойственные коммуникативным профессиям, могут представлять собой риск развития синдрома профессионального «выгорания». Имеются данные о том, что «выгорание» является следствием пережива-

ния хронических стрессов в таких профессиях, как учителя, менеджеры, социальные, медицинские работники и др. [1, 4].

Цель нашего исследования заключается в сравнительном изучении стрессов и профессионального выгорания у педагогов дошкольных образовательных учреждений (ДОУ) и служащих банка. Было сделано сравнение средних значений по t – критерию Стьюдента (табл.1). Как видим, обе группы испытуемых имеют значения, указывающие на тенденцию низкой стрессоустойчивости. При этом у работников ДОУ эти данные приближаются к предельным значениям. Можно утверждать, что и работники ДОУ, и банковские работники имеют высокую вероятность подвергаться стрессу, в то же время стрессоустойчивость работников ДОУ заметно ниже, чем у менеджеров.

Таблица 1

**Различия в уровне стрессоустойчивости
банковских служащих и работников ДОУ**

	Средние значения стрессоустойчивости		t - критерий	Уровень достоверности
	Служащие	Педагоги		
Уровень стрессоустойчивости	32,7	39,4	2,58	0,009**

Условные обозначения: ** $p < 0,01$

Сравнение средних значений по исследуемым параметрам показало, что существуют статистические различия в указанных группах (табл. 2).

Таблица 2

**Различия в характеристиках выгорания
банковских служащих и работников ДОУ**

	Средние значения выгорания		t – критерий	p - уровень
	Служащие банка	Работники ДОУ		
Эмоциональное истощение	21,5	19,7	-0,79	0,424
Деперсонализация	11,4	21,4	2,04	0,046*
Редукция личных достижений	34,9	22,6	2,65	0,007**

Условные обозначения: * - $p < 0,05$ ** - $p < 0,01$

Как следует из таблицы, служащие банка демонстрируют достаточно высокий уровень редукции личных достижений. Для всех проявлений редукции личных достижений характерна утрата эмоционального компонента психических процессов: возникновение чувства вины за собственные негативные проявления или чувства, снижение профессиональной и личной самооценки, появления чувства собственной несостоятельности, безразличия к работе. С этих позиций становится ясно, что если не уделять этому фактору внимание, то этот показатель неизбежно проявит себя увеличением числа проблемных ситуаций на работе.

Данные корреляционного анализа показателей стресса и синдрома выгорания у педагогов ДОУ и сотрудников банка (табл. 3).

Таблица 3

Данные корреляционного анализа показателей стресса и синдрома эмоционального выгорания в группе педагогов ДОУ и служащих банка

Показатели	Педагоги ДОУ		Служащие банка	
	СрУ	Пф СтР	СрУ	Пф СтР
ЭИ	-0,36*		-0,33*	
Д	-0,41*	-0,34*	-0,31*	-0,24*
РЛД		0,33*		

Данные анализа показателей стресса и синдрома эмоционального выгорания в группе педагогов ДОУ выявили следующие корреляционные связи: показатель стрессоустойчивость обратно пропорционально коррелирует с показателем эмоциональное истощение и деперсонализация.

Кроме этого, в группе педагогов ДОУ выявлены и другие корреляционные связи: показатель профессионального стресса обратно пропорционально коррелирует с показателем деперсонализации и прямо пропорционально – с редукцией личных достижений.

Данные корреляционного анализа показателей стресса и синдрома эмоционального выгорания в группе банковских служащих свидетельствуют о том, что показатель стрессоустойчивости имеет обратно пропорциональные связи с двумя показателями: эмоционального истощения и деперсонализации. Показатель профессионального стресса имеет обратно пропорциональные связи с показателем деперсонализации. Очевидно, это обусловлено особенностями процесса протекания профессионального стресса, который, в свою очередь, влияет на проявление деперсонализации. Если сравнивать выявленные взаимосвязи между изученными показателями в группах педагогов и служащих банка, то следует заметить тот

факт, что и тем и другим свойственно переживание стресса и эмоционального истощения. При этом у педагогов наблюдается редукция личных достижений, в отличие от служащих банка, у которых этой взаимосвязи не выявлено. Следует заметить, что у служащих банка выше показатели стрессоустойчивости, нежели у педагогов ДОУ.

Таким образом, результаты исследования в целом показали, что синдром профессионального выгорания является следствием переживания хронических стрессов у педагогов ДОУ, служащих банка и других профессий. При этом «выгоранию» способствуют не столько экстремальные воздействия, сколько хронические рабочие стрессоры средней интенсивности. Более выражена взаимосвязь между показателями стрессоустойчивости и СЭВ у педагогов ДОУ, нежели у служащих банка. Педагоги в большей степени предрасположены к стрессам, но более стрессоустойчивы, чем служащие банка в силу особенностей профессиональной деятельности. Педагоги в возрасте после 40 лет наиболее подвержены синдрому эмоционального выгорания, что связано с возрастными особенностями.

Библиографический список

1. Бодров В. А. Психологический стресс: развитие учение и современное состояние проблемы. – М.: ИП РАН. – 1995. – 228 с.
2. Бойко В. В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. – СПб: Питер. – 1999. – 327 с.
3. Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. – СПб: Питер. – 2005. – С.14–45.
4. Китаев-Смык Л. А. Выгорание персонала. Выгорание личности. Выгорание души // Вопросы психологии экстремальных ситуаций. – 2007. – № 4. – С. 2–21.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИМВОЛДРАМЫ В ПСИХОТЕРАПИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Г. А. Ткаченко, Л. В. Сафронова
Российский онкологический научный центр
им. Н. Н. Блохина, г. Москва, Россия*
Академия права и управления (институт),
г. Москва, Россия

Summary. The article presents the methodological aspects of using the simvoldrama in providing psychological care of cancer patients. Is an example of the effectiveness of the method for the treatment of anxiety and fear.

Key words: psychotherapy, psychological counseling, simvoldrama, cancer patients.

Онкологический диагноз – тяжелейший стресс для человека любого возраста, поскольку, с одной стороны, диагноз, традиционно причисляемый к группе неизлечимых, превращает один лишь факт заболеваемости в серьёзную психическую травму. С другой стороны, лечение, сопровождающееся утратой жизненно-важного органа, косметическими дефектами, вызывает стресс у человека. В результате пациент испытывает беспокойство, тревогу, неуверенность, депрессию, что ведёт к истощению нервной и иммунной систем, снижению адаптивных возможностей человека.

Недооценка важности внутреннего мира самого больного, его личностных особенностей, отношения к заболеванию и лечению, к будущему не позволяет использовать психологические ресурсы личности для приспособления к болезни и преодоления её последствий [1; 2].

Многие авторы отмечают выраженную социальную дезадаптацию больных после лечения рака [3; 4; 5].

При увеличивающейся продолжительности жизни онкологических больных, и постановка диагноза, и лечение приводят к глубокой деформации личности, снижают качество жизни, препятствуют достижению более полного эффекта от лечения. Данные больные нуждаются в психологической помощи.

В связи с вышеизложенным целью исследования явилось изучение символдрамы как психотерапевтического метода и её эффективности при оказании психологической помощи онкологическим больным.

Символдрама (кататимно-имагинативная психотерапия) – это одно из направлений психотерапии, базирующееся на принципах глубинной психологии, в котором используется особый метод работы с воображением для того, чтобы сделать наглядными бессознательные желания человека, его фантазии, конфликты и механизмы защиты, а также отношения переноса и сопротивление. Символдрама способствует их переработке, как на символическом уровне, так и в ходе психотерапевтической беседы. В основе метода символдрамы лежит теоретическая база психоанализа, поэтому на практике символдрама исходит из анализа бессознательной динамики актуально действующих конфликтов [6; 7; 8].

Необходимо отметить, что в России многие врачи, психологи и психотерапевты издавна применяли и применяют на практике некоторые отдельные элементы данного психотерапевтического метода, который хорошо соответствует ожиданиям, традициям, установкам и ментальности в целом, характерным для пациентов нашей страны, ориентированных, скорее, на эмоционально-образное, чем на чисто рациональное переживание и решение психологических конфликтов.

История создания метода восходит к 1948 году. Тогда Х. Лёйнер обратил внимание на публикацию результатов одного эксперимента, который, без определённой системы и без соответствующих выводов, провел С. Харриш в 1932 г. [9]. Суть заключалась в использовании представления образов в психотерапевтических целях. Х. Лёйнер начал проводить эксперимент по изучению глубинно-психологической символики, а стало быть, и символики сновидений. Его многолетние системные эксперименты со сновидениями наяву способствовали созданию метода «Кататимное переживание образов» (КПО), который позднее стали называть «символдрама».

Что же представляет собой КПО? С технической точки зрения метод основан на том, что у лежащего в расслабленном состоянии на кушетке или удобно сидящего в кресле пациента психотерапевт может вызвать похожее на сновидения наяву представление образов – имажинации. Если предварительно задать некоторый неопределённый мотив представления, то это, как будет показано далее, получается значительно легче. За первыми образами обычно очень скоро следуют последующие, которые по разным причинам представлены преимущественно образами ландшафта и образами встречи животных и человека. При этом представляющий образы человек часто может прийти к почти реальному переживанию, расширенному до трёхмерного пространства, словно речь идёт о действительно реальных структурах. Пациент сообщает сидящему рядом с ним психотерапевту о содержании появляющихся образов. Психотерапевт может оказать на них влияние и структурировать сновидения наяву в соответствии со специально разработанными правилами.

Символдрама позволяет работать "в трёх измерениях": с актуальным состоянием клиента, с переживаниями прошлого и на перспективу – через развитие творческого потенциала личности.

В символдраме используется особый метод работы с воображением для того, чтобы сделать наглядными бессознательные желания человека, его фантазии, конфликты и механизмы защиты.

Основу символдрамы составляет фантазирование в форме образов на свободную или заданную психотерапевтом тему (мотив). Психотерапевт выполняет при этом сопровождающую функцию.

Сеанс осуществляется в несколько этапов.

Прежде всего необходимо установить эмоционально-личностный контакт между пациентом и психологом. При этом особо важное значение придаётся беседе с пациентом о его проблеме и выявлении существует ли хоть капля позитивного настроения в его жизни.

После беседы начинается аутотренинг. Для того, чтобы образы начали всплывать наверх, из глубин подсознания, нужно расслабиться, принять удобную позу. Кстати, сам аутотренинг необязате-

лен. Аутотренингом может являться всё то, что приводит пациента в состояние глубокого расслабления и концентрации одновременно.

Далее психолог предлагает пациенту визуализировать один определённый образ, работа с которым будет продолжаться до тех пор, пока проблема себя не исчерпает. Пациент создаёт образ, отвечая на наводящие вопросы: «где это находится?»; «какого размера?»; «какое освещение вокруг?» и т. д.

В конце встречи пациент приблизительно рисует на бумаге то, что получилось в ходе разговора. Цель такой детальной проработки образа – заменить ущербную больную картинку, свидетельствующую о проблеме, на картинку здоровую, сигнализирующую об исцелении, о снятии внутреннего конфликта. Иногда достаточно бывает всего одного сеанса, но чаще курс символдрамы продолжается от 7 до 12 встреч.

Есть ключевые для нашего подсознания образы, которыми мы описываем наш мир и себя в этом мире. С этими образами-архетипами и работает символдрама.

Традиционные образы символдрамы:

- Луг – исходный образ каждой психотерапевтической встречи.
- Гора и подъём в гору, чтобы затем увидеть панораму, открывающуюся с её вершины. Спуск с горы.
- Обследование дома.
- Следование вдоль речки (ручейка) вверх или вниз по течению.
- Представление значимого лица (мать, отец, муж, начальник, учитель, друг) в виде символа (животного, растения, строения).
- Наблюдение леса или пещеры и ожидание существа, которое выйдет из темноты этого леса или пещеры.
- Лодка, появляющаяся на берегу реки или озера, на которой можно отправиться кататься.
- Дерево
- Цветок.
- Представление себя на 10 лет старше.
- Путешествие внутрь своего собственного тела, разговор с его органами.

Мотивы, которые использует символдрама, были отобраны в ходе долгой экспериментальной работы. Активная эмоциональная проработка нескольких, нужных именно этому человеку символов, имеет сильнейший психотерапевтический эффект.

Задача психотерапевта выяснить, какой образ ближе больному для проработки его проблемы. И какой образ даст возможность клиенту почувствовать ресурс.

Учитывая особое состояние онкобольных, важное место в начале терапии отводится мотиву «Место, где мне хорошо» с подключением мотивов луг, ручей, водопад (авторская методика), источник.

Пример: Молодая женщина (34 года), больная раком молочной железы, в плане лечения перенесла операцию, химиотерапию. Через несколько месяцев обратилась к психологу по поводу постоянного чувства страха и тревоги за своё будущее.

Сеанс начался с визуализации луга, по которому она ходила босыми ногами, ощущая прохладу и сырость травы. Описывая луг, пациентка несколько раз заметила, что вокруг луга огромный лес, рядом никого нет, что она испытывает страх из-за тишины. На вопрос: «Что бы Вам хотелось сейчас сделать?» пациентка оказалась в замешательстве, не зная, что ей делать на лугу. Просьба представить, что она могла бы там делать (собирать цветы – там их нет, уже осень; просто полюбоваться природой – темно, лес загородил солнце). Таким образом, просьба наткнулась на сопротивление. Это был блок.

Затем началось медленное «строительство светлого будущего». Сначала она раскорчевала лес и расширила луг. Стало уютнее на нём и светлее, потому лес уже не загораживал солнце. Затем пациентка вспомнила, что осенью цветут какие-то цветы и, в конце концов, на лугу появились жёлтые цветочки, название которых она никак не могла вспомнить (возможно, просто, не знала). Через три сеанса страх прошёл. Пациентка спокойно говорила о настоящем, строила планы на будущее.

Символдрама имеет ряд преимуществ [10]:

1. Метод в определённом смысле закрывает пробел между игровой и разговорной психотерапией пациентов, компенсируя их недостатки и эффективно используя их преимущества;

2. Символдрама позволяет клиенту разобраться со своими конфликтами и проблемами на символическом уровне. Тем самым можно обойтись без интеллектуального разбора собственных проблем, к которому пациент может быть и не готов;

3. Благодаря особой пластичности метод символдрамы, с творческим процессом рисования, удаётся хорошо сочетать и дополнять другими методами психотерапии (арт-терапия, телесно-ориентированная терапия, клиент-центрированная терапия и др.). Символдрама может использоваться и как основная форма терапии, так и в комбинации с другими формами, что позволяет существенно динамизировать терапевтический процесс и сделать важные диагностические выводы.

4. Часто образы и особенно их отражение в рисунке в значительной мере раскрывает глаза пациенту на процессы внутреннего развития и специфические проблемы, в сравнении с формами убеждения и беседы.

5. Символдрама способствует незаметной проработке внутренних проблем пациента и возможности получить ресурс, почувствовать прилив энергии и внутреннего успокоения.

Таким образом, символдрама оказалась эффективным методом в работе с онкологическими больными, при котором путём постепенной замены негативного образа на позитивный, путём «достраивания, «лечения» картинки в уме», проработки страхов, приобретения внутреннего ресурса, который есть у каждого человека, сознание начинает ориентироваться на здоровые модели поведения, позитивные жизненные установки и настрой организма на самоисцеление.

Библиографический список

1. Чулкова В. А. Психологические исследования личностных реакций на болезнь при раке молочной железы: дисс... канд. псих. наук. – СПб., 1999. – 190 с.
2. Шарова О. Н. Особенности психических расстройств у женщин после радикального лечения РМЖ и формирование при них механизмов психологической защиты: автореф. дисс... канд. псих. наук. – Челябинск, 2000. – С. 23.
3. Значение психологической реабилитации в онкологии / Б. Ю. Володин, Е. П. Куликов, А. И. Савин, Л. Н. Володина // Паллиативная медицина и реабилитация. – 1999. – № 3. – С. 23–28.
4. Блинов Н. Н., Хомяков И. П., Шиповников Н. В. Об отношении онкологических больных к своему диагнозу // Вопросы онкологии. – 1990. – № 8. – С. 966–969.
5. Гнездилов А. В. Психогенные реакции у онкологических больных : (метод. рекомендации). – Л.: Ленингр. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В. М. Бехтерева, 1983. – 24 с.
6. Лейнер Х. Кататимное переживание образов. – М.: Эйдос, 1996. – 253 с.
7. Лейнер Х. Основы глубинно-психологической символики // Журнал практического психолога. – 1996. – № 3. – С. 102–110.
8. Обухов Я. Л. Символдрама. Кататимно-имажинативная психотерапия. – М., «Эйдос», 2001. – 40 с.
9. Happich, C.: Das Bildbewußtsein als Ansatzstelle psychischer Behandlung // Zbl. Psychother. 5 (1962) 633.
10. Leuner H., Horn G., Klessmann E., Katathymes Bilderleben mit Kindern und Jugendlichen. 3. Aufl. Reinhardt. – Munchen, 1990.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ДЕЛОВОЙ ИГРЫ В ПРЕПОДАВАНИИ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ

Яблонский М. Ф., Тетюев А. М.
Витебский государственный медицинский университет,
г. Витебск, Беларусь

Summary. The role of a business game in teaching forensic medicine to medical school students was assessed. Teaching technology was refined by using 10 principles of a classical business game. Social and psychological effects of the business game are discussed.

Key words: business game, forensic medicine, teaching.

Преподавание судебной медицины в медицинском вузе направлено, прежде всего, на подготовку врача, способного решать вопросы медико-биологического характера, возникающие в деятельности правоохранительных органов или суда. Наряду с другими в задачи преподавания этой дисциплины входит изучение методики судебно-медицинской экспертизы потерпевших, обвиняемых и других лиц для определения наличия, характера и степени тяжести телесных повреждений.

Изучая данную тему, студенты не всегда способны сразу же после прочтения учебного материала применить его практически. Ответы их чаще расплывчатые, неконкретные. Иногда выводы делаются с учётом недостаточных или противоречивых данных.

Немаловажное значение в формулировании выводов эксперта при общении с освидетельствуемым, при участии в судебном заседании имеют социально-психологические навыки общения: следование принципам достаточности информации («говори не больше и не меньше, чем требуется в данный момент») и её целесообразности («не отклоняйся от темы, сумей найти решение»), способности ясно и убедительно выражать свою мысль и т. д.

Здесь на помощь обучению приходит моделирование профессиональных ситуаций, в частности деловая игра.

Деловые игры используются не только в учебном процессе вузов как один из методов активного обучения, но и при проведении социально-психологических тренингов, на производстве для решения производственных, социальных и психологических задач. В ходе игры решаются не только игровые или профессиональные задачи, но одновременно происходит обучение и воспитание её участников [1].

Ранее мы использовали элементы деловой игры при изучении темы «Судебно-медицинская экспертиза живых лиц ... по определению характера и степени тяжести телесных повреждений». В частности, студенты изучали протоколы освидетельствований и устно отвечали на вопросы преподавателя, соответствующие вопросам, указанным в постановлении о назначении экспертизы. Такая методика преподавания не позволяет в полной мере развивать навыки составления выводов эксперта.

В связи с этим мы усовершенствовали эту обучающую технологию до классической деловой игры, характеризующейся, согласно Я. М. Бельчикову и М. М. Бирштейну [2] следующими признаками:

1. Имитационное моделирование профессиональной деятельности эксперта (в данном случае, умственной деятельности);
2. Динамичность моделируемой системы, т. е. принятое решение (выводы эксперта) подлежит объективной оценке со стороны «суда» (его роль отведена преподавателю), «защитника» и «обвини-

теля» (эти роли отводят двум студентам). Если после обсуждения выводы признаются недостаточными, «суд» назначает дополнительную экспертизу, если необоснованными – повторную, которую передают другой «экспертной комиссии». Таким образом, решение, принимаемое участниками игры на первом этапе, воздействует на модель и изменяет её исходное состояние. Изменение состояния поступает в игровой комплекс, и на основе полученной информации участники игры вырабатывают решение на втором этапе игры и подобные;

3. Распределение ролей между участниками игры. На учебную группу раздают 3 протокола исследования трупа. Диагноз и выводы по каждой экспертизе оформляет «комиссия экспертов» из 3-х студентов. Один студент назначается «защитником» по делу, другой – «обвинителем»;

4. Различие ролевых целей при выработке решений. Это способствует возникновению конфликта интересов и противоречий между участниками. Каждая роль преследует свою цель: «комиссия» должна так оформить выводы, чтобы они были полностью объективными и не могли быть опровергнуты; «защитник» должен найти в этих выводах ошибки или противоречия, которые бы позволили их опровергнуть;

5. Наличие управляемого эмоционального напряжения. Эмоциональное напряжение создаётся на этапе рассмотрения экспертизы в «судебном заседании», когда «экспертной комиссии» задают вопросы по данной экспертизе, «защитник» и «обвинитель» высказывают своё мнение. Управляет ситуацией преподаватель, играющий роль «судьи»;

6. Взаимодействие участников, исполняющих те или иные роли. Реализуется в виде диалога, дискуссии с максимальным участием всех играющих, что рождает поистине творческую работу. Всестороннее коллективное обсуждение учебного материала позволяет сформировать у студентов комплексное представление о профессионально значимых процессах и деятельности;

7. Наличие общей игровой цели у всего игрового коллектива – в конкретной модели судебно-медицинской экспертизы найти правильное, объективное решение поставленных вопросов;

8. Коллективная выработка решений участниками игры. Осуществляется на основании обсуждения выводов членами «комиссии».

9. Многоальтернативность решений. Формулировки выводов эксперта строго не регламентированы. Например, на основании имеющихся данных можно либо отказаться от решения конкретного вопроса, либо ответить на него в вероятной форме, либо запросить дополнительные материалы;

10. Наличие системы группового оценивания деятельности участников игры. Функцию оценивания выполняет преподаватель,

играющий роль «судьи», который либо принимает представленное заключение эксперта в качестве доказательства по делу, либо назначает «дополнительную экспертизу» с целью уточнения необходимых вопросов, либо передает её другой «комиссии».

Полагаем, что использование метода деловой игры будет способствовать формированию познавательных и профессиональных мотивов и интересов студентов, позволит воспитать системное мышление специалиста, передать целостное представление о профессиональной деятельности, обучить коллективной мыслительной и практической работе, усовершенствовать умения и навыки социального взаимодействия и общения, навыки индивидуального и совместного принятия решений, воспитать ответственное отношение к делу.

Библиографический список

1. Абрамова Г. С. Деловые игры. Теория и организация. – Екатеринбург: Деловая книга, 1999. – 192 с.
2. Бельчиков Я. М., Бирштейн М. И. Деловые игры. – Рига: Авотс, 1989. – 304 с.

IV. ПЕДАГОГИКА ЗДОРОВЬЯ И ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ

СУЩНОСТНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗДОРОВЬЕФОРМИРУЮЩЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

О. В. Короткова, Н. Б. Пугачёва

**Учреждение РАО «Учреждение Российской академии
образования «Институт педагогики и психологии профес-
сионального образования», г. Казань, Россия**

Summary. It registers in the article, that health saving education is a pedagogical process, directed on forming and development for all subjects of positive, steady orientation on the maintainance of health, as a necessary condition of viability.

Key words: health saving education, principles of health saving education, mechanisms of health saving o education, organizational-pedagogical terms of health saving education.

Известный французский философ Монтень писал, что здоровье – это драгоценность, и притом единственная, ради которой действительно не стоит жалеть времени, сил, трудов и всяких благ, но не стоит и жертвовать ради него частицей своей жизни, поскольку жизнь без него становится нестерпимой и унижительной [3, с. 142]. Тема охраны здоровья школьников и студентов уже не один год является предметом обсуждения врачей, педагогов, психологов, социологов. Разрешение назревших социально-экономических проблем, достижение опережающего развития общеобразовательной и профессиональной школы возможно лишь при условии сохранения и укрепления здоровья молодых людей. Для этого необходимы новые технологии по формированию здорового образа жизни, повышению уровня самосохранительного поведения у детей, подростков, студенческой молодёжи. Однако содержание деятельности образовательных учреждений по сохранению здоровья обучаемых чаще всего составляют лечебно-профилактические и информационно-просветительские мероприятия, которые не дают желаемого результата, то есть деятельность носит здоровьесберегающий характер. Современным учебно-воспитательным учреждениям необходима концепция здоровьесформирующего образования, в которой процесс формирования здоровья должен рассматриваться, во-первых, в плане реализации внешних социокультурных условий жизнедеятельности человека и потребности в здоровье как условии благополучия; во-вторых, в плане реализации внутренних условий: потребностей и мотивов. Здоровьесформирующая деятель-

ность имеет принципиальное методологическое отличие от здоровьесберегающей, которая рассматривает здоровье как врождённое биологически данное свойство человека. Здоровье – это не только отсутствие заболеваний, а совокупность физического, психического, социального благополучия человека. Девять десятых нашего счастья зависит от здоровья, говорил А. Шопенгауэр [4, с. 297]. Здоровьеформирующее образование – это педагогический процесс, направленный на формирование и развитие у всех субъектов позитивной и устойчивой ориентации на сохранение здоровья как необходимого условия жизнеспособности. В образовательной практике это может проявляться в формировании у субъектов педагогического процесса:

1) способности к позитивному саморазвитию в различных жизненных обстоятельствах, уверенности в себе, развитию чувства компетентности и собственной ценности;

2) мотивации укрепления здоровья посредством установки на ценность собственного здоровья, приобретения знаний о своём здоровье; овладения способами, охраняющими и умножающими здоровье, умения применять формы накопления здоровья к особенностям своего организма;

3) культуры здоровья, направленной на ответственное отношение как к своему, так и здоровью окружающих, стремление сохранить и приумножить свой природный потенциал, гармонизацию личности, готовность поддерживать своё душевное равновесие и окружающих, способность воспринимать и создавать прекрасное.

К основным принципам здоровьесформирующего образования можно отнести:

1. Системность. Здоровье является целостным многомерным понятием. На состояние здоровья оказывают влияние биологические, психологические и социальные факторы. Формирование концепций здоровья должно быть на основе взаимообусловленного сочетания медико-биологического знания и ориентации на человека как субъекта деятельности.

2. Превентивность. Задача нашей науки – создать превентивную педагогику, которая смогла бы предупреждать возможности педагогических отклонений и находить средства их устранения. Сущность принципа превентивности состоит в изучении причин, факторов, закономерностей, тенденций отклоняющегося поведения молодёжи; применении методов его предупреждения и коррекции; формировании установок здорового образа жизни.

3. Междисциплинарность. Понятие «здоровье» стало активно рассматриваться в исследованиях по самым разным научным направлениям. Это стало возможным и благодаря тому, что термин оказался «своим» и для житейского и для научного знания как в академической, так и прикладной форме. Сущность принципа

междисциплинарности состоит в том, что здоровье рассматривается как сложный многомерный феномен, имеющий гетерогенную структуру, сочетающий в себе качественно различные компоненты и отражающий фундаментальные аспекты человеческого бытия.

4. Поэтапное формирование здорового образа жизни: 1) усвоение знаний о здоровом образе жизни, профилактике заболеваний. На основании знания окружающей реальности у субъекта формируются определённые состояния (тревога; ужас; волнение; сомнение; интерес; воодушевление, радость, уверенность, наслаждение, покой и другие), которые представляют собой эмоциональные предрасположения к формированию мотивации здорового образа жизни; 2) формирование мотивации здорового образа жизни: мотивационная установка; желание; убеждение; привычка; интерес; направленность личности; 3) самоопределение личности, то есть осознанный выбор здорового образа жизни; осознание себя субъектом данной деятельности. Критерием осознанного выбора здорового образа жизни является ориентация личности на развитие знаний, умений, навыков по укреплению собственного здоровья, формированию культуры здоровья. Здоровый нищий счастливее больного короля, говорил Артур Шопенгауэр [4, с. 297].

5. Здоровьесберегающая среда образовательного учреждения. К основным показателям здоровьесберегающей среды образовательного учреждения можно отнести: гуманистическую направленность эмоционально-поведенческого пространства; учёт индивидуально-возрастных особенностей обучаемых; всемерное развитие творческой деятельности; организацию лечебно-профилактических и информационно-просветительских мероприятий; содействие самореализации и самоутверждению субъектов образовательного процесса; соблюдение санитарно-гигиенических норм; коррекцию нарушений соматического здоровья, включающую использование комплекса оздоровительных и медицинских мероприятий без отрыва от учебно-воспитательного процесса; оздоровительную систему физического воспитания; разработку и реализацию обучающих программ по формированию культуры здоровья и профилактике вредных привычек. Д. Лэббок писал, что здоровье гораздо более зависит от наших привычек и питания, чем от врачебного искусства [4, с. 298].

6. Готовность педагога к здоровьесформирующей деятельности. Сегодня одной из важнейших задач педагогической деятельности является умение педагога подойти к воспитаннику, найти пути к продуктивному взаимодействию с ним, внушить ему, что негативизм к собственному здоровью не что иное, как игра с судьбой. Педагог должен уметь: 1) донести до обучаемого суть ценности здорового образа жизни; 2) сформировать у обучаемого мотивы сохранения и укрепления своего здоровья; 3) создать такие условия обучения, при

которых каждый учащийся может стать субъектом своей здоровьесформирующей деятельности; 4) создать ситуацию успеха в овладении учащимися навыками накопления собственного здоровья.

У В. А. Сухомлинского [5, с. 138] есть следующие слова: «Я не боюсь ещё и ещё раз повторить: забота о здоровье – это важнейший труд воспитателя. От жизнерадостности, бодрости воспитанников зависит их духовная жизнь, мировоззрение, умственное развитие, прочность знаний, вера в свои силы».

К основным механизмам технологий здоровьесформирующего образования можно отнести:

1. Разработку и реализацию межведомственной целостной медико-психолого-педагогической программы формирования здоровья детей, подростков, студенческой молодёжи на региональном, муниципальном уровне и уровне отдельных образовательных учреждений. Реализация целостной программы должна начинаться с конкретизации понятия «здоровья» как ценности учебно-образовательного процесса с учётом специфики региона, муниципального округа, конкретного образовательного учреждения.

2. Разработку научно-методического сопровождения модульной системы обучения. Модульная технология оказывает позитивное влияние на преподавателя, позволяя преодолеть неудовлетворённость своим трудом, снять психологическую усталость. Модульное обучение позволяет каждому обучаемому достигать запланированных результатов за счёт: организации обучения индивидуально, парами и в малых группах; индивидуального темпа продвижения и саморегуляции учебных результатов; изменения формы общения обучающего и обучаемого; оценки по конечному результату, без оценочного контроля внутри учебного модуля, что снимает напряжение, неуверенность, страх перед оценкой.

3. Организацию медико-психолого-педагогического мониторинга здоровья обучаемых, педагогов и создание на его основе компьютерной базы данных. На основании результатов мониторинга цели и задачи построения здоровьесформирующего образования должны быть разделены на общие, стратегические и частные.

4. Индивидуально-дифференцированный подход педагогов к обучаемым, который предполагает: наличие в образовательном учреждении различных вариантов учебных программ, учебников и дидактических материалов, позволяющих на едином базовом содержании знаний варьировать и тем самым индивидуализировать процесс обучения; постоянный систематический анализ и оценку способов проработки учащимися программного материала (не только их эффективность, но и соответствие психофизиологическим особенностям учащихся, оценку их влияния на интеллектуальное и личностное развитие с учётом эмоционально-волевых и интеллектуальных усилий); использование разнообразных форм занятий, со-

временных методов и технологий обучения; переход в условиях образовательного учреждения к многобалльной системе оценивания.

5. Определение индивидуального двигательного режима учащегося. Отсутствие индивидуального подхода к обучению учащихся на уроках физкультуры и во внеклассных формах спортивно-массовой работы, «втискивание» всех обучаемых в рамки единых требований без учёта предела физических возможностей наносят колоссальный ущерб развитию личности обучаемого, дисгармонизируют её. У некоторых ребят на фоне неудач формируются защитные реакции протеста или избегания занятий спортом.

6. Организацию спортивно-оздоровительных коллективных творческих дел. Эффективность коммунарской методики не нужно доказывать. Её позитивная роль в процессе воспитания и развития личности давно получила мировое признание. В основу спортивно-оздоровительных коллективных творческих дел прежде всего должны быть положены традиции народной педагогики. Забота о здоровье ребёнка и его нормальном физическом развитии, воспитание выносливости, ловкости, сноровки – всё это всегда было предметом неустанной заботы народа. Народ не только знал факторы физического воспитания, но и эмпирически выработал ряд разумных методов лечения». Физическое воспитание детей и подростков находило своё выражение в детских играх, национальных видах борьбы, спортивных соревнованиях. Центральное место в системе физического воспитания занимали детские игры, которые в народном представлении не только развлечение, но и средство физического, нравственного воспитания. Через игры реализуется самостоятельность личности: детские тайные языки, считалки, жеребьёвки, декламации, хороводы и т. д. Особое значение народ придавал национальным играм – как важному фактору физического развития и воспитания. По поводу характера национальных игр В. Б. Шкловский верно заметил: «все люди похожи друг на друга; они одинаково смеются, одинаково плачут. В сходстве игр мы видим сходство человеческих сознаний. Играя в игры разных народов, будем узнавать друг друга» [6, с. 5]. Таким образом, идеалом физического воспитания в представлении народа было воспитание молодой смены – здоровой, жизнерадостной, сильной, отважной. Комплекс мер, включающий в себя народную медицину, разумное питание, использование природных факторов, игры, спортивные соревнования и праздники, обеспечивал нормальное физическое развитие детей.

К организационно-педагогическим условиям здоровьесформирующего образования мы отнеси следующие:

1. Уточнение понятия «здоровье», создание образа здорового человека. Создание здоровьесформирующего образовательного пространства должно стать основной целью образовательного учреждения, его стратегической задачей.

2. Стимулирование мотивации субъектов педагогического процесса на саморазвитие культуры здоровья: развитие способностей самопознания, самонаблюдения, самоопределения, самоуправления, самосовершенствования и самореализации, здоровье творческой активности; личностно-ролевое участие обучаемых в организации учебно-образовательного процесса, мероприятиях оздоровительного характера; формирование потребностей здорового образа жизни, стрессоустойчивых установок.

3. Обеспечение санитарно-гигиенических условий учебно-образовательного процесса, которые включают требования к зданию, естественному и искусственному освещению, воздушно-тепловому режиму, оборудованию помещений, организации питания, помещениям пищеблока, режиму жизнедеятельности, дневной и недельной учебной нагрузке, двигательному режиму учащихся и их гигиеническому обучению, оборудованию и организации занятий в компьютерных классах.

4. Психолого-педагогическое сопровождение обучаемого в учебно-образовательном процессе: предупреждение возникновения проблем развития; помощь в решении актуальных задач обучения, социализации (учебные трудности, нарушения эмоционально-волевой сферы, проблемы с выбором образовательного и профессионального маршрута, взаимоотношениями со сверстниками, педагогами и родителями) и т. п. Несомненно, что на разных ступенях образования задачи психолого-педагогического сопровождения обучения различны. В дошкольном образовании – это может быть ранняя диагностика и коррекция нарушений в развитии, обеспечение готовности к школе. Для начальной школы – определение готовности к обучению в школе, обеспечение адаптации к школе, повышение заинтересованности младших школьников в учебной деятельности, развитие познавательной и учебной мотивации, самостоятельности и самоорганизации, творческих способностей. В средней школе – это адаптация к новым условиям обучения, поддержка в решении задач личностного и ценностно-смыслового самоопределения и саморазвития подростков, помощь в решении проблем социализации, формирование жизненных навыков, профилактика неврозов, помощь в построении конструктивных отношений с родителями и сверстниками, профилактика девиантного поведения и наркозависимости. В высшей школе – помощь в профильной ориентации и профессиональном самоопределении, поддержка в решении экзистенциальных проблем (самопознание, поиск смысла жизни, достижение личной идентичности), развитие временной перспективы старшеклассников, способности к целеполаганию, развитие психосоциальной компетентности.

5. Социально-психологическая поддержка здоровья педагога в процессе его профессиональной деятельности. Развитие обучаемых

непосредственно зависит от здоровья педагога. Вместе с тем анализ результатов специальных исследований показывает, что увеличивается рост заболеваемости педагогов; возрастает травматизм; снижается уровень финансирования санаторно-курортного лечения педагогов; сокращается средняя продолжительность жизни педагогов, что связано с высоким нервно-эмоциональным напряжением, сопровождающим их труд.

6. Психолого-педагогическое сопровождение информационно-коммуникационных технологий в образовании. Контакт человека с компьютером носит комплексный и многоплановый характер. В последнее время медицина столкнулась с новыми терминами: «компьютерный зрительный синдром»; «синдром компьютерного стресса», «компьютерная зависимость».

7. Разработка и реализация комплексной программы здоровьесформирующего образования, включающей: 1) внедрение системы мер, связанных с улучшением организации питания, здорового досуга и отдыха, лечебно-профилактических мероприятий, психологической помощи и поддержки всем субъектам учебно-образовательного процесса; 2) внедрение комплекса образовательно-просветительских программ, направленных на формирование культуры здоровья у субъектов учебно-образовательного процесса; 3) повышение уровня психолого-педагогического мастерства педагогов, использование современных технологий в пропаганде здорового образа жизни.

Сегодня оздоровление жизни нашего общества предполагает осознание огромной роли образования в утверждении самооценности человеческой личности, приоритета общечеловеческих ценностей. Поэтому среди многочисленных проблем современной педагогической науки особую актуальность как важная социально-педагогическая составляющая приобретает проблема развития и саморазвития культуры здоровья обучаемых. От её решения зависят качество подготовки современных молодых специалистов, развитие и использование интеллектуального потенциала общества, его здоровье.

Библиографический список

1. Калью П. И. Сущностная характеристика понятия «здоровье» и некоторые вопросы перестройки здравоохранения: обзорная информация. – М.: Медицина, 1988. – 240 с.
2. Науменко Ю. В. Проектирование здоровьесформирующего образования // Стандарты и мониторинг. – М., 2006. – № 2 (март–апрель). – С. 23–30.
3. Энциклопедия мысли: сборник мыслей, изречений, афоризмов. – М.: ТЕРРА, 1996. – 496 с.
4. Афоризмы мыслителей 19 века. / сост. Л. Е. Лавренова. – СПб.: Паритет, 2005. – 352 с.

5. Сухомлинский В. А. Не только разумом, но и сердцем: сборник статей и фрагментов / сост. Л. В. Голованов. – М.: Молодая гвардия, 1986. – 207 с.
6. Иванов И. П. Энциклопедия коллективных творческих дел. – М.: Педагогика, 1998. – 208 с.

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЕ ДЕТЕЙ В ДОШКОЛЬНОМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Л. Г. Зыкова

**Дошкольное образовательное учреждение «Сказка» № 12,
г. Березовского Кемеровской области, Россия**

Summary. The system of activities of the pre-school well-educated establishment, of saving the children's health is described in the article. The content of this article is considered to the work with children and the family of forming positive attitude to their health. As the result of the quality of such systematic activity can be seen better in forming active position of children getting knowledges in the process about healthy mode of life and the children's attitude to their health.

Key words: health, healthy mode of life, pre-school well-educated establishment.

Сохранение здоровья населения является ключевой задачей, стоящей перед современным обществом. Здоровье человека во многом зависит от образа жизни, от привычек, способа организации свободного времени, основы которых закладываются ещё в дошкольном возрасте. Проблема здоровья уже давно перестала восприниматься только как проблема чисто медицинского характера. В Уставе Всемирной организации здравоохранения говорится, что здоровье – это не только отсутствие болезней или физических дефектов, но и полное физическое, психическое и социальное благополучие [3]. В таком понимании проблема здоровья становится актуальной не только для учреждений здравоохранения, семьи, но и образовательных учреждений. В. А. Сухомлинский писал, что забота о здоровье – это важнейший труд воспитателя, ведь от жизнерадостности, бодрости детей зависят их духовная жизнь, мировоззрение, умственное развитие, прочность знаний, вера в свои силы. Для дошкольных образовательных учреждений, где ребёнок проводит большую часть своего свободного времени, особую значимость приобретает деятельность по полноценному физическому развитию и укреплению здоровья детей, соответственно, перед педагогами стоят задачи воспитать интерес к собственному оздоровлению, развить навыки ведения здорового образа жизни, укрепления своего здоровья. Период дошкольного возраста (2–7 лет), является благоприятным периодом для выработки правильных привычек, которые в сочетании с обучением дошкольников методам совершенствования и сохранения здоровья приведут к положительным результатам.

Система здоровьесберегающей деятельности дошкольного образовательного учреждения включает здоровьесберегающую инфраструктуру (организацию рационального здорового питания, медицинское сопровождение, регулярный контроль за состоянием здоровья детей, обеспечение здорового ритма жизни, соблюдение режима дня, питьевого режима, проветривание помещений, соблюдение температурного режима и чистоты воздуха), организацию физкультурно-оздоровительной работы и просветительской работы с детьми и родителями.

Физкультурно-оздоровительная работа является важным элементом системы здоровьесбережения, поскольку детям на данном этапе жизни необходимо движение, важной задачей становится создание условий для удовлетворения биологических потребностей детей в движении. Физкультурно-оздоровительная работа включает в себя физические упражнения, которые дети выполняют во время утренней гимнастики, профилактической гимнастики (дыхательной, плоскостопия, зрения), физкультурных минуток. Важным элементов являются подвижные и динамичные игры, подвижные игры с музыкальным сопровождением, игры на свежем воздухе, например, «Снежная крепость», спортивные игры, прогулки, походы, закаливающие процедуры, а также организация активного отдыха: спортивных праздников, Дней Здоровья.

Организация просветительской работы с детьми включает формирование привычек здорового образа жизни, понимание необходимости соблюдения личной гигиены, проведения гигиенических и водных процедур. Реализация просветительской работы предполагает беседы с детьми и дидактические игры, например, беседы «Сделай компьютер своим другом», «Полезные и вредные продукты», «Полезные и вредные привычки», «Зимние игры и забавы», «Как вести себя на улице зимой», первые вопросы и ответы об организации, игра «Аптека» и другие.

Наибольшие положительные результаты эта многоплановая работа может принести только при условии тесного взаимодействия с семьей. Формы и методы взаимодействия с семьей могут включать в себя создание фотовыставки «Папа, мама, я – спортивная семья»; фотоальбома «Как я берегу своё здоровье дома», консультации для родителей по различным темам, например, «Подвижные игры детей от 3 до 7 лет», «Лечебная физкультура и профилактика простудных заболеваний детей». Взаимодействие с родителями предполагает обратную связь и сопровождается опросами и анкетированием родителей.

Результатом такой системной деятельности должна стать активная позиция детей в процессе получения знаний о здоровом образе жизни, а также сознательное отношение детей к своему здоровью.

Библиографический список

1. Картушина М. Ю. Зелёный огонёк здоровья: Программа оздоровления дошкольников. – М.: Сфера, 2009. – 208 с.
2. Тарасова Т. А., Власова Л. С. Я и моё здоровье: практическое пособие для развития и укрепления навыков здорового образа жизни у детей от 2 до 7 лет: программа занятий, упражнения и дидактические игры. – М.: Школьная пресса, 2008. – 79 с.
3. Устав Всемирной организации здравоохранения (7 апреля 1948 года). – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.doctorate.ru/ustav-vsemirnoj-organizacii-zdravooxraneniya/>, свободный.

ПРОБЛЕМА ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА (ИСТОРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ)

В. В. Техты

**Республиканский Дворец детского творчества,
г. Владикавказ, Россия**

Summary. More and more often scientific works refer to the preserving children's mental health, the methods of corrections of mental and physical diseases, the stability of psychics and nervous system of children. A number of researches in health saving technologies have appeased recently.

Using the experience of the precious generations, modern pedagogy is looking forward to creating effective health saving technologies which will presewe children's health at school and at the same time will help their harmonious physical development.

Key words: preserving children's mental health, diseases, technologies.

Современное состояние общества, экологии и экономики неблагоприятно отражается на здоровье человека, вследствие чего растёт число детей, которым необходима специализированная медицинская и психологическая помощь, а также щадящая здоровье организация образовательного процесса.

Проблема разработки здоровьесберегающих педагогических технологий существует с тех пор, когда на Земле появилось человеческое общество. Самое раннее упоминание о системе воспитания мы находим в трудах греческих педагогов и философов. В Древней Греции существовали две системы воспитания: спартанская и афинская. Воспитание в Спарте носило ярко выраженный военно-физический характер. Спартанский воин должен был быть выносливым и мужественным. Афинская система воспитания предполагала интеллектуальное развитие и развитие культуры тела – писали в своих трудах Сократ и Аристотель.

Классики эпохи Возрождения (Томмазо Кампанелла, Франсуа Рабле, Томас Мор, Мишель Монтень) уделяли в своих работах

большое внимание формированию здорового образа жизни у детей младшего и среднего школьного возраста.

Основным принципом в педагогике XVII века считался принцип полезности. Педагоги средневековья придавали большое значение укреплению здоровья детей. В труде Джона Локка «Мысли о воспитании» мы находим тщательно разработанную систему физического воспитания будущего джентльмена.

Основой этой системы было гармоничное развитие физического и психического начал человека: «Здоровый дух в здоровом теле – вот краткое, но полное описание счастливого состояния в этом мире». Джоном Локком были разработаны приёмы закаливания ребёнка, обосновано значение строгого режима для здоровья детей, даны рекомендации об одежде, пище, прогулках и занятиях спортом.

Вопросы здоровья детей рассматривались в XVIII веке французскими просветителями Жан-Жаком Руссо и Клодом Адрианом Гельвецием. В своей работе Руссо подробно описал приёмы закаливания и укрепления здоровья ребёнка.

Клод Адриан Гельвеций в своей книге «О человеке, его умственных способностях и его воспитании» видел задачу физического воспитания в том, «... чтобы сделать человека сильным, более крепким, более здоровым, и, следовательно, более счастливым, более часто приносящим пользу своему отечеству».

Российский просветитель Епифаний Славинецкий был одним из первых, кто попытался составить правила, необходимые детям в их поведении. В своей книге «Гражданство обычаев детских» он писал о том, как должны одеваться дети, следить за своей внешностью, какие правила гигиены должны соблюдать.

Известные российские общественные деятели И. И. Бецкой, Н. И. Новиков, Ф. И. Янкович также занимались вопросами воспитания и формирования здорового образа жизни у детей. Н. И. Новиков писал в одной из своих статей: «... первой и главной частью воспитания является попечение о теле, поскольку образование тела и тогда уже нужно, когда иное образование не имеет ещё места».

Н. Г. Чернышевский считал, что школа должна заботиться не только о физическом развитии ребёнка, но и стремиться к укреплению его здоровья. Большое внимание физическому воспитанию детей уделял в своих трудах В. Г. Белинский. Им были разработаны задачи физического воспитания школьников: охрана здоровья детей, развитие их физических сил, правильный образ жизни, организация игр и гимнастических упражнений, соблюдение правил личной и общественной гигиены, усвоение естественнонаучных знаний о человеке, связь физического воспитания с нравственным.

Занимавшиеся вопросами начального образования Н. А. Корф и Н. Ф. Бунаков придавали большое значение соблюдению санитарно-гигиенических правил в детских учреждениях, В. А. Фармаковский

считал, что школьное здание должно быть эстетически оформлено, благоустроено, чтобы способствовать формированию доброго нрава и вкуса детей.

После долгих лет забвения проблема здоровья школьников была возрождена только в конце 40-х – начале 50-х годов XX века. Это было вызвано необходимостью послевоенного времени. Основоположником советской системы гигиенического воспитания школьников был И. И. Мильман. В 1920 году им была разработана система уроков здоровья, получившая своё развитие в середине XX века.

Советскими педагогами Н. А. Бернштейном В. А. Воскресенским, В. И. Загвязинским и др. были проведены исследования в области гигиенического воспитания детей, охраны их здоровья.

В XXI веке несколько изменилось направление исследований данной проблемы, изменились её количественные и качественные параметры.

В научных работах всё чаще идёт речь о сохранении психического здоровья детей, о методах коррекции психофизических отклонений, об устойчивости психики и нервной системы детей. В последние годы появился ряд исследований по реализации здоровьесберегающих технологий.

Современная педагогика, используя опыт предыдущих поколений, стремится создать эффективные здоровьесберегающие технологии, способствующие не только сохранению здоровья ребёнка в школьных условиях, но и его гармоничному физическому развитию.

Библиографический список

1. Бабанский Ю. К. Избранные педагогические труды. – М.: Педагогика, 1989. – 124 с.
2. Корнетов Г. Б. Всемирная история педагогики. – М., 1944. – 93–99 с.
3. Лихачёв Б. Т. Педагогика. – М., 1993. – 180–185 с.

ИГРА КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ ЭТНОПЕДАГОГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ КМНС

Н. И. Сметанин

**Обско-угорский институт прикладных исследований
и разработок, г. Ханты-Мансийск, Россия**

Summary. Health - it the main value of life, one of major components of human happiness and one of conducting conditions of successful social and economic development. The education of culture of health in traditional families Ugra proceeded not by direct edifications and requirements, and is direct on examples (legend, fairy tale, game).

Key words: health, tradition, game, culture, children, disease.

"Забота о здоровье - это важнейший труд воспитателя... Если измерить все мои заботы и тревоги о детях в течение первых четырёх лет обучения, то добрая половина их – о здоровье" [1, с. 87].

Самую высокую ступень в иерархии потребностей человека занимает здоровье. Здоровье – это главная ценность жизни, один из важнейших компонентов человеческого счастья и одно из ведущих условий успешного социального и экономического развития. Духовный, нравственный, физический и интеллектуальный потенциал может реализоваться только в здоровом обществе. В современном мире в период информационного бума, в эпоху всеобщей компьютеризации, в век масштабных экологических бедствий, межнациональных конфликтов, которые оказывают разрушающее воздействие на психическое и физическое здоровье взрослого и подрастающего поколения, всё меньше уделяется внимания духовному и нравственному воспитанию детей, в результате чего мы видим растущую преступность, жестокость, равнодушие среди молодых людей. А специалисты Всемирной организации здравоохранения трактуют определение "здоровье", как состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только как отсутствие болезни и физических дефектов.

Для народов Севера сохранение и развитие здоровья было главным условием. Воспитание культуры здоровья в традиционных семьях протекало не прямыми наставлениями и требованиями, а непосредственно, на примерах (легенды, сказки, игры). Изучая фольклор народа ханты и манси как неотъемлемую часть культуры народа, будь это сказки, загадки, приметы, запреты или игры, замечаешь, как педагогическая воспитательная идея о заботе и сохранении здоровья ярко отразилась во всех жанрах фольклора обских угров. Так, к примеру, в мансийской сказке "Мышонок-путешественник" красной нитью пролегает не только познавательный, но и воспитательный аспект: забота о сохранении здоровья. В сюжете завуалированы такие воспитательные идеи: "Нельзя передавать", "Нельзя бегать и делать быстрых движений после приёма пищи".

Из содержания сказки ребёнок узнаёт, что рыба ёрш и окунь – костлявые. Взрослые предупреждают, что горлышко у детей маленькое, нужно осторожно есть эту рыбу, а не то косточка может застрять в горле... Таким образом, видим, что все эпизоды сказки носят здоровьесберегающий характер. В продолжение стоит отметить, что кости зверей и птиц (кости оленя, беличьи косточки, кости уток и рыб) использовались и в играх детей и взрослых. Нельзя не вспомнить легенду про щучью голову. Каждая косточка в голове щуки

имеет свой интересный, поучительный рассказ. Например: *Найив тōт н̄ н̄* 'женщина несущая хворост' "Однажды женщина шла вдоль обрывистого берега, её схватила и проглотила щука"; *Сōрп лāгыл* 'нога у лося'; *Ойка тупе* 'весло мужчины'. Во время еды щучью голову разбирают и называют каждую косточку. Этим самым детей учили с осторожностью кушать голову, так как косточки острые и по невнимательности можно серьёзно пораниться или подавиться – пострадать. Про жабры щуки говорят что это *Пупыг* 'покровитель, божество', якобы щука его проглотила. Жабры не кушают, так как в них находится песок, земля. Таким образом проявляется забота о здоровье (чтоб данные вещества не попали в организм человека).

Также в культуру каждого народа входят созданные им игры и игрушки. В данной работе мы рассмотрим некоторые национальные игры обско-угорских народов, проследим, как игра способствует познанию детьми окружающей действительности, традиций и обрядов своего народа, помогает овладеть определёнными умениями и навыками, необходимыми для жизни в суровых климатических условиях, способствует сохранению здоровья.

На протяжении веков игры сопутствовали повседневной жизни детей и взрослых народов ханты и манси. Помимо сохранения народных традиций, национальные игры в первую очередь были направлены на сохранение здоровья, вырабатывали жизненно важные качества: характер, выносливость, силу воли, ловкость, быстроту, прививали честность, справедливость и достоинство. Традиционные игры и игрушки направлены на формирование у детей культуры отношения к своему здоровью, включающими в себя: культуру физиологическую (способность управлять физиологическими процессами и наращивать резервные мощности организма); культуру физическую; культуру психологическую; культуру интеллектуальную. Возьмём к примеру стрельбу из лука. В крону дерева запускалась стрела так, чтобы она там застряла. Далее участники игры по очереди своими выстрелами старались сбить эту стрелу. Тот, кто первым собьёт её являлся победителем. В мансийских семьях особое внимание уделялось воспитанию подрастающего поколения уже с раннего детства в духе охотника-добытчика. В данном случае игра развивала и формировала такие способности как, умение управлять физическими движениями, т. е. воспитывала мальчика физически сильного, владеющего в полной мере военным искусством; управлять своими чувствами и эмоциями (выдержка и настойчивость); управлять своими мыслями и контролировать их.

Понять природу игры, её поразительный воспитательный потенциал – это понять природу счастливого детства, понять ребёнка. Играя, ребёнок всё время стремится идти вперёд, а не назад. К. Д. Ушинский утверждал, что в игре ребёнок «живёт, и следы этой жизни глубже остаются в нём, чем следы действительной жизни...» [2, с.

207]. Необходимо отметить, что в играх дети всё как бы делают втроём: их подсознание, их разум, их фантазия "работают" синхронно, участвуют в осмыслении и отражении мира постоянно. К примеру, возьмём игру девочек: куклы, гардероб и хозяйство связанное с куклой. Играя в куклы, на подсознательном уровне, девочка готовит себя к будущей жизни, знакомясь и развивая в себе основы женского труда, у неё формируются задатки будущей хозяйки – хранительницы очага, у девочки развивается эстетический вкус, чувство прекрасного, развивается мелкая моторика, глазомер. Вот поэтому многие женщины наравне с мужчинами становились отличными охотниками. Как у любой хозяйки, у девочки имеются определённые принадлежности для шитья, место для их хранения – это приучает ребёнка держать все вещи в порядке, в чистоте. Это в будущем распространяется на всё окружение: держать в чистоте дом, так как чистота в первую очередь является залогом здоровья. Бывало, что дети в лодке перевозили с собой кукол, и тогда по просьбе взрослых дети опускали в воду кусок материи, это предназначалось для детей подводного духа. Этим самым у детей воспитывали нормы поведения на воде, тем самым проявляли и развивали заботу о своём здоровье.

Позже с появлением современных русских кукол '*русь а́кань*' выработался такой запрет: нельзя детские вещи надевать на куклу. У манси есть поверье, что в вещах человека находится душа. Говорят: "*Урас в̄а́рэгын*" "беду накличешь". Возможно, этим самым взрослые заботились о чистоте детской одежды, о здоровье детской кожи.

Таким образом, следует вывод, что такие элементы культуры угорских народов, как фольклорные произведения, игры и игрушки не только отражают быт и производственную деятельность народов, но и направлены на заботу, сохранение и развитие своего здоровья и окружающих.

Досадно, что в наши дни дети мало, а то и практически совсем не знают игр, на которых воспитывались наши предки. Их вытеснили компьютерные игры. Соответственно дети мало бывают на свежем воздухе, физически слабо развиты, а отсюда постоянное недомогание, вялость, повышенная нервозность, психическая неуравновешенность – одним словом, ухудшенное состояние здоровья и в конечном итоге всё это влечёт к плохой успеваемости в учебном процессе. В. А. Сухомлинский писал ещё в 60-х годах, тогда и не было речи о кризисе здоровья детей: "Опыт убедил нас в том, что примерно у 85 % всех неуспевающих учеников главная причина отставания в учёбе – плохое состояние здоровья, какое-нибудь недомогание или заболевание, чаще всего совершенно незаметное и поддающееся излечению только совместными усилиями матери, отца, врача и учителя..." [1, с. 39].

Информанты

1. Хозумова-Панченко Людмила Николаевна, 1976 г. р., родилась в п. Саранпауль Березовского района Тюменской области. Проживает в г. Ханты-Мансийске.
2. Хозумов Николай Иванович, 1932 г. р., родился д. Хурумпауль Берёзовского района Тюменской области. Проживает в г. Ханты-Мансийске.

Библиографический список

1. Сухомлинский В. А. Сердце отдаю детям. – Киев. – Радянська школа. – 1974. – 287 с.
2. Ушинский К. Д. Собрания сочинений. – Т. 8. – Москва. – АПН РСФСР. – 1950. – 775 с.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СРЕДСТВ ОСЕТИНСКОЙ НАРОДНОЙ ПЕДАГОГИКИ В ХОДЕ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ «ЗДОРОВОЕ ПОКОЛЕНИЕ»

В. В. Техты

**Республиканский Дворец детского творчества,
г. Владикавказ, Россия**

Summary. In the process of its historical development the Ossetia people has worked out the rational and effective system of physical training of children and imparting some habits to healthy way of life. Different generations shared their experience with each other in health, forms, methods, techniques and means of education of physically healthy and hardy people. The main means of the national system of health strengthening and physical education of children were physical exercises, physical work, games and dances.

Key words: Ossetia, physical training, generations.

Сохранение и развитие здоровья подрастающих поколений – одна из самых важных государственных, социально-политических, медико-биологических и педагогических задач в нашей стране. Успешность творческой реализации, обучения и воспитания детей обусловлена состоянием их физического, социального и психического здоровья. Эксперты различных стран определили, что основными факторами обеспечения здоровья современного человека являются генетические факторы, состояние окружающей среды, медицинское обеспечение, условия и образ жизни людей, причём в соотношении этих факторов главенствующими являются условия и образ жизни, от которых более чем на 50–55 % зависит здоровье.

Условия и образ жизни детей школьного возраста таковы, что у учеников к концу обучения в школе учащаются все функциональные отклонения, особенно астенические и невротические проявления, артериальная гипотония, преданемия, что часто связано с хроническим стрессом и большой школьной нагрузкой

Особое место среди заболеваний школьников занимают болезни костно-мышечной системы, органов пищеварения, эндокринной системы и нарушение обмена веществ. Ежегодная тенденция роста хронической заболеваемости подростков составляет 5, 84 % в год.

Одна из самых частых патологий у подростков – нарушение остроты зрения, составляющая в ряде регионов России до 30–40 % процент детей с близорукостью увеличивается к концу обучения.

Нарушение осанки и искривление позвоночника чаще всего встречается у ослабленных детей, перенесших болезни, связанные с нарушением солевого обмена.

К числу наиболее распространённых форм патологии у школьников относятся заболевания сердечно-сосудистой системы (отклонения артериального давления, вегето-сосудистая дистония), пищеварительной системы (кариесы, гастриты, холециститы), аллергические проявления.

Рост патологии у учащихся – характерная тенденция последнего десятилетия. За это время распространённость функциональных расстройств и хронических заболеваний сердечно-сосудистой системы среди старшеклассников возросла с 10 % до 17 %, пищеварительной системы с 6 % до 12 %, позвоночника с 4 % до 15 %, лор-органов с 6 % до 10 %, эндокринно-обменных нарушений с 2 % до 7 %. Отмечается особенный рост патологии среди учащихся школ нового типа.

Медицинская статистика Республики Северная Осетия – Алания свидетельствует о том, что заболеваемость детей Республики за период с 1995 по 2005 гг. возросла на 36 %. У детей отмечен значительный рост злокачественных образований, резко возросла частота заболеваемости туберкулезом. Показатель заболеваемости туберкулезом за период с 1995 по 2005 гг. вырос с 6 % до 44 %.

Среди детей и подростков возрастает число социально обусловленных и социально значимых заболеваний. Проблема алкоголизма, наркомании и токсикомании смещается на более ранние возрастные группы и нарастает быстрыми темпами. Число больных подростками-наркоманами выросло в Республике за последнее десятилетие в 10 раз.

Приведённые обстоятельства подтверждают очевидность необходимости мер по раннему привитию стереотипов здорового образа жизни. Поэтому для Республики является жизненно необходимой работа по воспитанию и оздоровлению детей, профилактике их болезней и вредных привычек. Проблема разрабатывается на правительственном уровне, на её решение нацелена Республиканская целевая программа «Здоровое поколение на 2007–2011 гг.»

Одним из главных участников реализации программы определено республиканское Министерство образования и науки. Основные задачи программы напрямую связаны с пропагандой здорового

образа жизни. Для этого республиканские власти планируют укрепить материально-техническую базу учреждений детства. Особая ставка делается на подготовку, переподготовку и повышение квалификации медицинских работников. Программа «Здоровое поколение» финансируется за счёт средств республиканского бюджета и составляет 9 миллионов 400 тысяч рублей. Из этой суммы предполагается оплата за повышение квалификации врачей общей практики и школьных врачей, специальная подготовка преподавателей физвоспитания образовательных учреждений.

Большой вклад в реализацию Программы должны внести различные учреждения дополнительного образования детей. Нам представляется, что деятельность учреждений дополнительного образования детей была бы во много раз эффективнее с использованием ими возможностей народной педагогики.

Осетинский народ в процессе своего исторического развития выработал рациональную, эффективную систему физического воспитания детей и привития им навыков здорового образа жизни. Из поколения в поколение передавался практический опыт здоровья, формы, методы, приемы и средства воспитания физический здоровых и выносливых людей. Основными средствами народной системы укрепления здоровья и физического воспитания детей являлись физические упражнения, физический труд, игры и танцы. Трудовое и физическое воспитание были тесно связаны между собой, а труд был важным фактором физического развития ребенка. Именно труд, наряду с физическими упражнениями и закалкой закладывал фундамент здоровья ребенка и его долголетия. Сохранение здоровья и трудоспособности до преклонных лет и всегда считалось у горцев большим счастьем и целью, с которой должен стремиться каждый человек.

Основными задачами физического воспитания мальчиков являлось совершенствование физического развития, развитие навыков в беге, прыжках, верховой езде. Подростков учили переносить холод, голод, жару, жажду. Девочки играли в игры с хозяйственно-бытовым содержанием, что приучало их тяжелому домашнему труду и развивало навыки овладения им.

Использование средств осетинской народной педагогики в формировании здорового образа жизни подрастающего поколения всегда способствовало физическому и духовному развитию детей. Определенные возможности для этого есть у учреждений дополнительного образования детей спортивного типа.

Библиографический список

1. Антонеле Э. Н. Воспитание культуры здоровья ребёнка в условиях инновационного образовательного учреждения. – Ставрополь, 2006. – 208 с.

2. Антропова М. В., Кузнецова Л. М., Манке Г. Г. Состояние здоровья школьников 90-х годов // Магистр. –1999. – № 3. – С. 48–55.
3. Калоев Б. А. Осетины. – М.: Наука, 2004. – 357 с.
4. Тотров В. К. Семья и семейный быт крестьян Юга Осетии в конце XIX – нач. XX в.: дис. ... канд. ист. наук. – Тбилиси, 1963. – 278 с.

ЗДОРОВЬЕФОРМИРУЮЩЕЕ ОБРАЗОВАНИЕ: ОПЫТ, ПРОБЛЕМЫ, ПРОГНОЗЫ

О. В. Короткова, Н. Б. Пугачёва

**Учреждение РАО «Учреждение Российской академии
образования «Институт педагогики и психологии
профессионального образования», г. Казань, Россия**

Summary. Maintenance of concepts «health», «health saving education», «healthy way of life», is specified in the article, the characteristic features of the modern understanding of problems of health are exposed, the factors of violation of health are described taught, principles and terms of health saving education are presented.

Key words: health, health saving education, healthy way of life, factors of violation of health taught, principles of health saving education, terms of health saving education.

По мнению большинства специалистов, разрешение назревших социально-экономических проблем, достижение опережающего развития общеобразовательной и профессиональной школы возможно лишь при условии сохранения и укрепления здоровья молодых людей. Здоровье является ресурсом, социальным капиталом, необходимым человеку для адаптации в новых общественно-экономических условиях. Тема охраны здоровья школьников и учащейся молодёжи уже не один год является предметом обсуждения врачей, педагогов, психологов, социологов. Понятие «здоровье» стало активно рассматриваться в исследованиях по самым разным научным направлениям. Это стало возможным и благодаря тому, что термин оказался «своим» и для житейского, и для научного знания, как в академической, так и прикладной форме. Более того, появились новые направления научного знания, – психология здоровья, здоровьесформирующая педагогика, – претендующие на статус научных дисциплин. В то же время понятие «здоровье», несмотря на мнимую простоту его обыденного значения, характеризуется сложностью и многозначностью. В этом понятии отражаются фундаментальные аспекты биологического, социального, психического и духовного бытия человека. Только в теории медицины существует около 80 определений здоровья человека, сформулированных представителями различных научных школ. Этот перечень, конечно, далеко не полный, но даже он поражает как многообрази-

ем трактовок, так и разнородностью признаков, используемых при дефиниции этого понятия. Проводя анализ сущностных признаков здоровья, выделенных разными авторами, П. И. Калью [8] разделил всё многообразие трактовок понятия «здоровье» на четыре модели:

1) медицинская модель здоровья, которая содержит сугубо медицинские признаки и характеристики. Согласно этой модели, здоровье рассматривается как отсутствие болезней и их симптомов.

2) биомедицинская модель, в которой здоровье понимается как отсутствие у человека органических нарушений и субъективных ощущений нездоровья.

3) биосоциальная модель, включающая в себя как биологические, так и социальные признаки здоровья в их единстве и взаимообусловленности, при приоритетном значении медико-биологических признаков.

4) ценностно-социальная модель, которая рассматривает здоровье как одно из главных ценностных оснований жизнедеятельности, необходимую предпосылку для полноценной жизни человека, удовлетворения его материальных и духовных потребностей, участия в труде и социальной жизни, различных видах деятельности. Согласно этой модели, здоровье означает физическое, психологическое и социальное благополучие, а не только отсутствие болезней и дефектов.

По нашему мнению, организм человека является многокомпонентной сложно организованной динамичной системой. Поэтому здоровье не может характеризоваться каким-либо одним признаком или их совокупностью, а является многомерным понятием. При рассмотрении понятия «здоровье» необходимо применять системный подход. Системный анализ здоровья и здорового образа жизни как условия его сохранения представлен в работах известного отечественного теоретика медицины Ю. П. Лисицына [11]. В своих рассуждениях он исходит из того, что здоровье, как целостное состояние человека, – это не только совокупность индивидуальных соматических и психических характеристик, но и интеграция социально-экономических черт. По мнению Ю. П. Лисицына, основной недостаток большинства подходов к определению понятия «здоровый образ жизни» заключается в их односторонности, и, по существу, сводится к гигиенической программе существования человека. Этой ограниченности социально-медицинских представлений о здоровом образе жизни, условиях его формирования и развития, по его мнению, можно избежать, если в анализ понятия «здоровый образ жизни» включить социально-философский аспект.

Близкий по контексту, но более глубокий по содержанию взгляд на проблему здоровья изложен в социокультурной концепции здравоохранительной деятельности В. И. Гувакова [4]. Он счи-

тает, что организованная здравоохранительная деятельность является одной из форм социального управления. Отличительной особенностью традиционного направления здравоохранительной деятельности, по мнению В. И. Гувакова, является формирование концепций здоровья на основе взаимообусловленного сочетания медико-биологического знания и ориентации на человека как объект деятельности. Социокультурные изменения середины XX в. потребовали ориентации концепций здоровья на человека как субъекта здравоохранительной деятельности. Это закономерно выявило недостаточность медико-биологического знания и необходимость перехода к социально-психологическим воззрениям.

Идеи целостного подхода к определению феномена «здоровье», причин и механизмов его формирования, сохранения и совершенствования представлены в работах Г. Л. Апанасенко, Э. М. Казина, В. П. Казначеева, Г. А. Кураева, А. А. Разумова и других. Проблемы организации здоровьесберегающей деятельности на основе системного, комплексного подхода разрабатываются В. И. Бондиным, Л. Б. Дыхан, Г. К. Зайцевым, В. В. Колбановым, В. С. Кукушкиным, Н. К. Смирновым, А. Г. Трушкиным и другими. О. С. Васильева и Ф. Р. Филатов убедительно показывают существование социокультурных эталонов здоровья в культурно-историческом контексте. Социокультурные эталоны здоровья они рассматривают как концептуальные схемы или способы описания жизнедеятельности человека, возникшие в условиях конкретных социальных практик. В целом их исследование позволяет осмыслить проблему здоровья как универсальный феномен человеческой культуры, отражающий ценностные основания определённой социокультурной общности людей.

В уставе Всемирной организации здравоохранения (1948 г.) здоровье рассматривается как состояние полного телесного, душевного и социального благополучия.

Под телесным или физическим здоровьем понимается состояние, при котором наблюдается совершенство саморегуляции функций организма, гармония физиологических процессов и максимальная адаптация к различным факторам среды. Телесное здоровье измеряется степенью физической подготовленности, физическим развитием, физической формой, тренированностью, физической активностью. Важными компонентами физического здоровья являются вегетативный и иммунный статусы организма и сенсорное здоровье.

Душевное или психическое здоровье – это способность человека адекватно реагировать на внешние и внутренние раздражители, умение уравновесить себя с окружающей средой. По мнению Г. С. Никифорова, отражением психического здоровья является адекватное восприятие социальной действительности, интерес к окру-

жающему миру, адаптация к физической и общественной среде, направленность на общественно-полезное дело, освоение культуры потребления материальных благ, альтруизм, эмпатия, ответственность перед другими, бескорыстие, демократизм в поведении.

Социальное здоровье человека заключается в способности адаптироваться к социальной среде, полноценному выполнению социальных функций. Критерии социально-психологического здоровья человека – это идентификация своего физического и психического Я; позитивная критичность к себе и собственной деятельности и её результатам; соответствие психических реакций силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам и ситуациям; способность управлять своим поведением в соответствии с социальными нормами, правилами и законами; способность к позитивному планированию своей жизнедеятельности и реализации этого плана, изменению способа поведения в зависимости от смены жизненных обстоятельств и ситуаций. В юношеском возрасте важной составляющей социального здоровья, связанной с адекватным восприятием социальной действительности и адаптацией к общественной среде, является профессиональное самоопределение.

По мнению А. Г. Щедриной, здоровье – это целостное многомерное динамическое состояние (включающее позитивные и негативные стороны), развивающееся в процессе реализации генетического потенциала в условиях конкретной социальной и экологической среды и позволяющее человеку в различной степени осуществлять его биологические и социальные функции. А. Г. Щедрина выделяет шесть параметров, наиболее тесно связанных со структурой здоровья, основу которой составляет стабильность гомеостаза, поддерживаемая через адаптивность и саморегуляцию: уровень и гармоничность физического развития, резервные возможности основных физиологических систем организма, уровень иммунной защиты, отсутствие дефектов развития, уровень морально-волевых и ценностно-мотивационных установок, способность освобождаться от метаболитов [19].

Таким образом, можно выделить следующие характерные особенности современного понимания проблематики здоровья:

- 1) междисциплинарный статус проблемы, который проявляется в попытках различных исследователей рассматривать здоровье как сложный многомерный феномен, имеющий гетерогенную структуру, сочетающий в себе качественно различные компоненты и отражающий фундаментальные аспекты человеческого бытия;

- 2) необходимость системного подхода к рассмотрению феномена «здоровье», т. к. оно не может быть сведено к простой сумме нормативных показателей, поскольку представляет собой качество, характеризующее человеческое бытие в его целостности;

3) признание социокультурного происхождения содержания понятия «здоровье», когда оно всё чаще рассматривается не как «натуральный» естественный феномен (состояние организма и психики), а как достаточно сложный артефакт, обусловленный как современными культурными дискурсами (концепциями, картинками мира, знаниями), так и социальными институтами и технологиями.

Анализ специальной литературы показал, что широкие и разнообразные трактовки понятия «здоровье» порождают определённые трудности. Его многочисленные определения зачастую несовместимы, а сам смысл «здоровья» становится изменчивым, текучим, многоликим и практически не фиксируется в своих границах. Такое состояние теории, несомненно, сказывается на решении проблемы построения здоровьесформирующего образования. Мы предлагаем рассматривать здоровье как социально-культурный символ, задающий образ человека (идеал), способного не только существовать в рамках определённой культуры, но и поддерживать её своей непосредственной жизнедеятельностью и достижением благополучия. В этом случае «нездоровье» – это образ человека, который сознательно или бессознательно не принимает системы ценностей (полностью или частично) конкретной культурно-исторической общности, и, как следствие, не способен быть благополучным. При такой трактовке здоровья проблема его сохранения и укрепления переходит из информационно-профилактического подхода в организацию системы учебно-воспитательной работы с учётом медико-психологических и социально-культурных факторов.

В понятие «здоровый образ жизни», как мы полагаем, входит соблюдение физиологически оптимального режима труда и отдыха, рациональное питание, достаточный уровень физической активности, соблюдение правил личной и общественной гигиены, охрана окружающей среды, полезные для личности формы досуга, соблюдение правил психогигиены. Совершенно очевидно, что нарушение хотя бы одной из этих составляющих не только негативно отражается на состоянии здоровья человека, но и может свести на нет усилия по его сохранению и укреплению. Таким образом, проблемы здоровья и оздоровления населения выходят за границы здравоохранения и требуют комплексного подхода к своему решению.

Важной составляющей этой проблемы является здоровье учащихся и студенческой молодёжи. В современных условиях развитие образования сопровождается воздействием целого комплекса средовых факторов (возрастание интенсивности информационного потока, широкое внедрение технических средств и компьютерных технологий в учебный процесс, сильный социально-экономический прессинг и др.), негативно влияющих на состояние физического,

психического и репродуктивного здоровья обучаемых. Процесс обучения требует от учащихся больших умственных, психоэмоциональных и физических затрат. Стало очевидно, что объектами развития личности обучаемых являются её интегральные характеристики: не только знания, умения, навыки, но и психофизиологические свойства. Многолетние исследования Института возрастной физиологии РАО позволили не только выявить факторы риска нарушения здоровья детей, подростков и студенческой молодёжи, но и проранжировать их по значимости и силе влияния. С большим отрывом первые два места занимают стрессовая ситуация оценивания и интенсификация учебного процесса. По данным Министерства здравоохранения и социального развития РФ, только 10 % школьников относятся к числу здоровых, 50 % имеют патологию, 40 % относятся к группе риска. У школьников с первого по восьмой класс в 6–12 раз нарастают изменения органов слуха и зрения, в 10 раз – нарушения опорно-двигательного аппарата, в 15 раз – центральной нервной системы. Наряду с ухудшением соматического здоровья отмечается увеличение психических нарушений у школьников. Особой проблемой в последние годы стали социальнозависимые болезни. По данным специальных исследований НИИ психиатрии РАМН, распространённость основных форм психических расстройств среди детей и подростков с начала 1990-х гг. по 2002 г. возросла на 30 % [7; 15; 17]. В результате 75 % школьников имеют существенные отклонения в состоянии здоровья. Исследования, проводимые среди учащейся молодёжи показали, что в группе студентов старших курсов больных хроническими заболеваниями на 10 % больше, чем среди перво- и второкурсников. По распространённости среди хронических заболеваний первое место занимают желудочно-кишечные расстройства, второе – болезни верхних дыхательных путей, третье – сердечно-сосудистые и четвёртое – заболевания мочеполовой системы. Студенты начальных курсов, попавшие после обучения в школе в новые социальные отношения и условия деятельности, чаще всего не могут мобилизовать адаптационные резервы организма и сильно подвержены стрессу. Поэтому здоровьесформирование в образовательном процессе не должно ограничиваться представлениями об укреплении лишь соматического (телесного) здоровья обучающихся. Важное значение имеет сохранение и укрепление социально-психологического здоровья, нарушение которого приводит к патологическим изменениям в психике и личности ребёнка, подростка, студента в виде различных невротических нарушений.

Следующий фактор нарушения здоровья обучаемых – это информатизация образования. Контакт человека с компьютером носит комплексный и многоплановый характер. В последнее время медицина столкнулась с новыми терминами: «компьютерный зри-

тельный синдром»; «синдром компьютерного стресса», появление которых связано с отрицательным влиянием компьютера на здоровье человека, особенно при длительной работе с ним. К вредным факторам работы с компьютером можно отнести электростатическое поле; слабые электромагнитные излучения; рентгеновское, ультрафиолетовое, инфракрасное излучение видимого спектра; неподвижная напряженная поза в течение длительного времени; интенсивная работа с клавиатурой; неоптимальные параметры схем развёртки монитора; недостаточно высокое его разрешение; низкий уровень других технических характеристик; избыточная или недостаточная яркость изображения; непродуманная организация рабочего места; наличие бликов на лицевой панели экрана; отсутствие необходимой освещённости рабочего места; несоблюдение расстояния от глаз пользователя до экрана; вредные выделения в атмосферу; шум, вибрация и др. Указанные факторы способствуют нарушению иммунитета, осанки, приводят к переутомлению, компьютерному зрительному синдрому, близорукости, хронической усталости и головной боли, депрессии, психической зависимости от компьютера, появлению таких заболеваний, как невроз, вегетативно - сосудистая дистония, геморрой, гипертоническая болезнь, хронический гастрит, остеохондроз позвоночника, сколиоз. Есть основания полагать, что уровень эргономической организации рабочих мест и культура отношения пользователей компьютеров к своему здоровью в России существенно уступают зарубежным. Только при серьёзном и ответственном отношении к своему здоровью в процессе работы с компьютером можно сохранить работоспособность и не допустимость ухудшения здоровья. Особая опасность компьютеризации для здоровья состоит в том, что вредные факторы воздействуют на человека отсрочено и практически на все органы и системы – нарушение органов чувств, воздействие на позвоночник и иные ортопедические нарушения, дыхательная и сердечная недостаточность и другие. Поэтому сегодня приоритетна проблема переосмысления национальной программы информатизации образования с переходом от акцентуации с экстенсивных показателей компьютеризации на акцентуацию гармоничной и, что самое главное, здоровой личности [2; 3].

Серьёзную опасность представляет распространение среди обучаемых таких саморазрушающих видов поведения, как пьянство, наркомания, токсикомания. Количество потребителей наркотических средств прогрессивно увеличивается. Причём подавляющим большинством потребителей становится молодёжь. На состояние здоровья обучаемых оказывает влияние неполноценная структура и качество питания; низкое качество бесплатных медицинских услуг и высокая стоимость в платных клиниках; природно-климатические катаклизмы.

Определённое место среди факторов нарушения здоровья занимают общее пренебрежение проблемами охраны здоровья и окружающей среды, снижение уровня санитарно-эпидемиологического обеспечения, низкий уровень самосохранительного поведения обучаемых. Самосохранительное поведение определяется исследователями как система действий и отношений, опосредующих здоровье и продолжительность жизни индивида. Изучение самосохранительного поведения началось на Западе в 1970-х годах. За рубежом оно исследовалось с точки зрения осознания потребителями медицинских услуг их собственной активной роли в создании условий, способствующих улучшению здоровья. В нашей стране впервые термин "самосохранительное поведение" стал употреблять А. И. Антонов в конце 1970-х гг. для описания готовности личности к сохранению собственной жизни и здоровья [8; 13]. Комплексное теоретическое и прикладное изучение самосохранительного поведения населения помогло сделать вывод о том, что оно имеет универсальный характер, т. е. является компонентом общего поведения личности во всех сферах жизни и, прежде всего, в области репродуктивного, потребительского поведения. Отношение к вредным привычкам (алкоголю, курению, употреблению наркотиков) может быть позитивным и негативным. Позитивное самосохранительное поведение направлено на сохранение и укрепление здоровья, негативное – на его разрушение [8].

Таким образом, неблагоприятная динамика физического и психического здоровья детей, подростков, учащейся молодёжи создаёт объективные препятствия на пути эффективной модернизации российского образования. Ухудшающееся здоровье молодого поколения уменьшает его ресурсы, образовательные возможности [6; 9; 14]. В такой ситуации необходимы новые технологии по формированию здорового образа жизни, повышению уровня самосохранительного поведения у детей, подростков, студенческой молодёжи. Однако опыт работы авторов показывает, что содержание деятельности образовательных учреждений по сохранению здоровья обучаемых чаще всего составляют лечебно-профилактические и информационно-просветительские мероприятия, которые не дают желаемого результата, то есть деятельность носит здоровьесберегающий характер. Вместе с тем можно утверждать, что в педагогической науке и образовательной практике сложились необходимые предпосылки для разработки целостной социокультурной концепции здоровьесформирующей деятельности образовательного учреждения. По нашему мнению, здоровьесформирующая деятельность имеет принципиальное методологическое отличие от здоровьесберегающей деятельности, которая рассматривает здоровье как врождённое биологически данное свойство человека. Задачи, стоящие перед ориентирующейся на такую методологию деятель-

ностью, представляют собой действия, защищающие данные механизмы от нарастающих болезнетворных сущностей (биологических, химических, психических, физических по своему происхождению), и связанные с различно понимаемой профилактикой. В процессе такой здоровьесберегающей деятельности происходит глобальная инверсия социально-культурного символа здоровья в принципиально другой символ – болезнь-бытие, образовательная среда подстраивается под индивидуальные психофизиологические особенности обучаемого. Но попытки «подчинить» учебные приоритеты медицинским посредством простого уменьшения учебной нагрузки неизбежно приводят к неадекватности педагогических результатов требованиям социального контекста. В частности, ребёнок, сохранивший своё соматическое здоровье в школе вследствие «щадящей» учебной нагрузки, может оказаться невостребованным в жизни. Тем самым, серьёзные отклонения в состоянии соматического здоровья достигнут выпускника уже после окончания школы. Основным методологический недостаток существующих проектов здоровьесбережения в процессе учебной деятельности заключается в том, что степень комфортности соматического состояния индивидуума в данное время не позволяет механически экстраполировать это состояние во времени и пространстве, т. к. не принимается во внимание развитие социального окружения, существующего в достаточной мере независимо от данного индивидуума. Более того, как отмечают специалисты, многие здоровьесберегающие нововведения в учебном процессе не имеют достаточного научно-методического обоснования и оценить их эффективность достаточно сложно. По нашему мнению современным учебно-воспитательным учреждениям необходима концепция здоровьесформирующего образования, в которой процесс формирования здоровья должен рассматриваться в двух планах: во-первых, в плане реализации внешних социокультурных условий жизнедеятельности человека и потребности в здоровье как условия благополучия (физического, психического и социального); во-вторых, в плане реализации внутренних условий, связанных с ответственностью человека за существование целостности своего бытия (самобытия-здоровья). Здоровьесформирующее образование мы рассматриваем как педагогический процесс, направленный на формирование и развитие у всех субъектов позитивной, устойчивой ориентации на сохранение здоровья, как необходимое условие жизнеспособности. В образовательной практике это может проявляться в формировании у субъектов педагогического процесса:

- способности к позитивному саморазвитию в различных жизненных обстоятельствах, уверенности в себе, развитию чувства компетентности и собственной ценности;

- мотивации укрепления здоровья, посредством установки на ценность собственного здоровья; приобретения знаний о своём здоровье; овладения способами, охраняющими и умножающими здоровье; умения применять формы накопления здоровья к особенностям своего организма;
- культуры здоровья, направленной на ответственное отношение как к своему, так и здоровью окружающих, стремление сохранить и приумножить свой природный потенциал, гармонизацию личности, готовность поддержать своё душевное равновесие и окружающих, способность воспринимать и создавать прекрасное.

К основополагающим принципам здоровьесформирующего образования можно отнести следующее:

1. Принцип комплексности, который предполагает создание межведомственной целостной медико-психолого-педагогической программы формирования здоровья детей, подростков, студенческой молодёжи на региональном, муниципальном уровне и уровне отдельных образовательных учреждений. Основные направления этой программы: 1) система формирования ответственного позитивного отношения к своему здоровью и готовности к здоровому образу жизни у младших школьников; 2) система формирования позитивного психологического и социального здоровья у подростков; 3) система возможной коррекции и придания устойчивости здоровью как целостному интегративному показателю развития личности у молодых людей.

2. Принцип гуманизации, суть которого в установлении гуманистических взаимоотношений между всеми субъектами педагогической деятельности и создании педагогических условий для воспитания гуманных качеств личности в процессе её разностороннего и гармоничного развития. В образовательной практике гуманизация образования предполагает создание образовательной среды, обеспечивающей снятие стрессовых ситуаций в ходе учебно-воспитательного процесса, формирование доброжелательности и справедливых отношений в коллективе.

3. Принцип творческой деятельности. Творческая деятельность, направленная на создание нового, – одна из основных потребностей человека. Л. С. Выготский отмечал, что мозг человека не только орган, сохраняющий и воспроизводящий наш прежний опыт, он есть также орган комбинирующий, творчески перерабатывающий и созидающий из элементов этого прежнего опыта новые положения и новое поведение. Именно творческая деятельность человека делает его существом, обращённым к будущему, созидающим его и видоизменяющим своё настоящее. Творчество на деле существует не только там, где оно создаёт великие исторические произведения, но и везде там, где человек воображает, комбинирует, изме-

няет и создаёт что-либо новое. Обучение без творческого заряда неинтересно, а значит в той или иной степени является насилием. Реализация творческих задач достигается использованием на занятиях и во внеурочной работе активных методов и форм обучения.

4. Принцип учёта индивидуально-возрастных особенностей обучаемых. Согласно этому принципу необходима дифференциация целей, задач, средств и планируемых результатов формирования здоровья обучаемых во всех его проявлениях.

5. Принцип мотивации образовательной деятельности и здорового образа жизни. Обучаемый – субъект образования и обучающего общения, он должен быть эмоционально вовлечён в процесс социализации, что обеспечивает естественное повышение работоспособности и эффективности работы мозга не в ущерб здоровью.

6. Принцип аксеологичности (ценностной ориентации). В соответствии с этим принципом необходимо сформировать у детей и молодёжи устойчивые мировоззренческие представления об общечеловеческих ценностях и здоровом образе жизни как необходимом условии самореализации.

7. Принцип содействия самореализации и самоутверждению субъектов образовательного процесса. В современной педагогической теории образование рассматривается как общественно организуемый и нормируемый процесс постоянной передачи предшествующими поколениями последующим социально значимого опыта, представляющего собой в онтогенетическом плане процесс становления личности в соответствии с генетической и социальной программами. Исходя из этого, неотъемлемой частью организации учебно-воспитательного процесса должны быть занятия по выбору обучающихся, которые способствуют развитию их интересов, склонностей, способностей, профориентации, делают доступными наиболее целесообразные формы осуществления практического обучения, способствуют отбору и проверке нового содержания образования.

8. Принцип соблюдения санитарно-гигиенических норм при организации учебно-воспитательного процесса, предполагающий нормирование учебной нагрузки, профилактику утомления, обеспечение прочного запоминания, научно обоснованную систему повторения.

9. Принцип коррекции нарушений соматического здоровья, включающий использование комплекса оздоровительных и медицинских мероприятий без отрыва от учебно-воспитательного процесса; оздоровительную систему физического воспитания.

10. Принцип педагогической поддержки, цель которого – разработка и реализация обучающих программ по формированию культуры здоровья и профилактики вредных привычек. У В. А. Сухомлинского есть следующие слова: «Я не боюсь ещё и ещё раз по-

вторить: забота о здоровье – это важнейший труд воспитателя. От жизнерадостности, бодрости воспитанников зависит их духовная жизнь, мировоззрение, умственное развитие, прочность знаний, вера в свои силы». УВУ могут и должны играть в этом решающую роль.

11. Принцип здорового питания, предполагающий организацию и контроль обеспечения сбалансированного питания.

Анализ специальной литературы, опыт работы авторов, показывают, что для оптимизации развития здоровьесформирующего образования необходима и достаточна совокупность следующих условий:

1. Формирование государственной политики, направленной на развитие у детей, подростков и студентов активной жизненной позиции в области сохранения и укрепления своего здоровья, воспитание у них установки на положительное самосохранительное поведение. Основу такой политики могла бы составить национальная концепция борьбы за здоровый образ жизни молодёжи. Необходимость создания такой концепции признаётся учёными, считающими, что острота современной демографической и медико-социальной ситуации в России привела к потребности немедленного осуществления целого ряда антикризисных программ в области здравоохранения, способных преодолеть кризис системы охраны общественного здоровья и особенно здоровья молодёжи [9; 18]. Одним из пунктов этой концепции может стать рекомендация образовательным учреждениям ввести в учебные программы изучение валеологии [9; 20].

2. Организация и проведение исследований с целью определения влияния модернизации образования на здоровье обучаемых и состояния их здоровья на качество образовательного процесса; формирования у обучаемых, педагогов ценностного отношения к здоровью, здоровому образу жизни; внедрения в образовательный процесс здоровьесформирующих технологий.

3. Разработка научно-методического сопровождения модульной системы обучения, обеспечивающей каждому учащемуся достижение поставленных учебных целей, самостоятельный выбор индивидуального темпа продвижения по программе, овладение профессионально значимыми навыками и умениями, необходимыми для квалифицированного выполнения работ в рамках освоенной профессии. Модульное обучение позволяет каждому обучаемому достигать запланированных результатов за счёт: организации обучения индивидуально, парами и в малых группах; индивидуального темпа продвижения и саморегуляции учебных результатов; изменения формы общения обучающего и обучаемого; оценки по конечному результату, безоценочного контроля внутри учебного модуля, что снимает напряжение, неуверенность, страх перед оцен-

кой. Результаты социологического исследования показывают, что в группах с преподаванием предметов по модульной технологии не зафиксировано ни одного случая испытания учащимися дискомфорта и эмоционального неблагополучия. Модульная технология оказывает позитивное влияние и на преподавателя. Учёными во многих странах мира зафиксировано, что, по мере приобретения и накопления педагогического опыта, даже у лучших педагогов проявляется ярко выраженная неудовлетворённость своим трудом, накапливается психологическая усталость, возникают стрессы, «синдром сгорания учителя», который проявляется в неудовлетворённости профессией, желании сменить её на другую, более спокойную; снижении уровня контроля над ситуацией; хроническом переутомлении; отсутствии радости жизни [1]. Технология модульного обучения позволяет преодолеть названные проблемы.

4. Организация медико-психолого-педагогического мониторинга здоровья обучаемых, педагогов и создание на его основе компьютерной базы данных. Данный мониторинг должен быть ориентирован не только на оценку субъективных и объективных факторов формирования здоровья и здорового образа жизни участников педагогического процесса, но и на оценку эффективности структур и элементов здоровьесформирующего образования, существующих в учебно-воспитательном учреждении. На основании результатов мониторинга цели и задачи построения здоровьесформирующего образования должны быть разделены на общие, стратегические и частные.

Таким образом, здоровьесформирующее образование возможно только при создании благоприятной образовательной среды для поддержания личностного развития и совершенствования существенных сил всех участников педагогического процесса, с условным выделением медицинского, психологического и педагогического направлений. Условность выделения направлений здоровьесформирующего образования проявляется в том, что только их единство во времени и образовательном пространстве позволяет говорить о формировании у человека здоровья как целостного медико-психолого-педагогического явления.

Медицинское направление организации здоровьесформирующего образования предполагает обеспечение гигиенических условий образовательного процесса, просветительную и реабилитационную работу медиков. При этом речь идёт не только о привлечении элементов оздоровительной (главным образом медицинской) работы в учебный процесс, но и о соблюдении внешних организационных условий учебного занятия. Мы убеждены, что попытки «подчинить» учебные приоритеты медицинским, посредством, например, простого уменьшения учебной нагрузки вместо оптимизации учебно-воспитательного процесса, неизбежно приведут к не-

адекватности педагогических результатов требованиям социального контекста. Ребёнок, сохранивший своё соматическое здоровье в школе вследствие «щадающей» учебной нагрузки, может оказаться невостребованным в жизни. Тем самым, серьёзные нарушения в состоянии соматического и психического здоровья достигнут выпускника уже после окончания школы.

Психологическое направление организации здоровьесформирующего образования в первую очередь предполагает комплексное, системное психолого-педагогическое сопровождение обучаемого в учебно-воспитательном процессе, которое невозможно без скоординированной совместной работы педагога, психолога и социального педагога образовательного учреждения. Задачами психолого-педагогического сопровождения являются: предупреждение возникновения проблем развития обучаемого; помощь ему в решении актуальных задач развития, обучения, социализации (учебные трудности, проблемы с выбором образовательного и профессионального маршрута, нарушения эмоционально-волевой сферы, проблемы взаимоотношений со сверстниками, учителями и родителями); психологическое обеспечение образовательных программ. Несомненно, что на разных ступенях образования задачи психолого-педагогического сопровождения ребёнка различны. В дошкольном образовании это может быть ранняя диагностика и коррекция нарушений в развитии ребёнка, обеспечение готовности к школе. Для начальной школы – определение готовности детей к обучению в школе, обеспечение адаптации к школе, повышение заинтересованности младших школьников в учебной деятельности, развитие познавательной и учебной мотивации, самостоятельности и самоорганизации, поддержка в формировании желания и умения учиться. Основная школа – сопровождение перехода учащихся в основную школу, адаптация к новым условиям обучения, поддержка в решении задач личностного и ценностно-смыслового самоопределения и саморазвития, помощь в решении личностных проблем и социализации, формирование жизненных навыков, профилактика неврозов, помощь в построении конструктивных отношений с родителями и сверстниками, профилактика девиантного поведения и наркозависимости. В старшей школе – помощь в профильной ориентации и профессиональном самоопределении, поддержка в решении экзистенциальных проблем молодыми людьми (самопознание, поиск смысла жизни, достижение личной идентичности), развитие временной перспективы старшеклассников, способности к целеполаганию, развитие психосоциальной компетентности. Общими аспектами на всех ступенях психолого-педагогического сопровождения является формирование у обучаемых установок на здоровый образ жизни, развитие навыков саморегуляции и управления стрессом в жизненных различных ситуа-

циях; поддержка здоровья педагога в процессе профессиональной деятельности.

Педагогическое направление здоровьесформирующего образования проявляется, по нашему мнению, в индивидуально-дифференцированном подходе педагогов к обучаемым. В частности это предполагает:

1) наличие в образовательном учреждении различных вариантов учебных программ, учебников и дидактических материалов, позволяющих на едином базовом содержании знаний варьировать и тем самым индивидуализировать процесс обучения;

2) постоянный систематический анализ и оценка способов проработки учащимися программного материала (не только их эффективность, но и соответствие психофизиологическим особенностям учащихся, оценка их влияния на интеллектуальное и личностное развитие с учётом эмоционально-волевых и интеллектуальных усилий);

3) использование разнообразных форм занятий, современных методов и технологий обучения;

4) переход в условиях образовательного учреждения к многобалльной системе оценивания;

5) особые требования к профессиональной подготовке и личности педагога.

Помимо знания своего предмета он должен обладать специфическими психологическими знаниями и умениями, которые позволят гибко, с учётом реальных индивидуальных особенностей учащихся выбирать методические приёмы и средства, оценивать эффективность своей педагогической деятельности. Мы считаем, что только коренная и целостная перестройка всей учебной деятельности учащихся и педагога с соблюдением соответствия медицинским нормам поможет сберечь и укрепить здоровье участников образовательного процесса.

В заключение можно отметить, что оздоровление жизни нашего общества предполагает осознание огромной роли образования в утверждении самооценности человеческой личности, приоритета общечеловеческих ценностей. Поэтому среди многочисленных проблем современной педагогической науки особую актуальность приобретает проблема развития и саморазвития культуры здоровья обучаемых как важная социально-педагогическая составляющая. От её решения зависят качество подготовки современных молодых специалистов, развитие и использование интеллектуального потенциала общества, его здоровья.

Библиографический список

1. Амельченко А. Ф., Захарова С. А., Зимин В. Н., Калашникова Г. А. Модульное обучение как здоровьесберегающая технология // Профессиональное образование. – № 7. – 2005.
2. Безруких М. М., Сонькин В. Д. Физиолого-гигиеническое и психофизиологическое сопровождение модернизации образования (эксперимент по совершенствованию структуры и содержания общего образования). – М., 2003.
3. Гузенко И. В. Оценка образовательного учреждения в реализации здоровьесберегающих технологий // Профессиональное образование. – М., 2004. – № 7. – С. 33.
4. Гуваков В. И. Здоровоохранительная деятельность. Социокультурные и методологические проблемы. – Новосибирск: Изд-во Новосибирского ун-та, 1991. – 184 с.
5. Двоеносов В. Г., Шадрин В. М. Индивидуально-ориентированная физическая культура как фактор здорового образа жизни. – Казань: ЗАО «Новое знание», 2004. – 60 с.
6. Жбанов Т. Н. Формирование основ психологического здоровья у подростков и молодёжи // Среднее профессиональное образование. – М., 2005. – № 1. – С. 21–25.
7. Ивахненко Г. А. Здоровье московских студентов: анализ самосохранительного поведения // Социс. – № 5. – 2006.
8. Калью П. И. Сущностная характеристика понятия «здоровье» и некоторые вопросы перестройки здравоохранения: обзорная информация. – М.: Медицина, 1988. – 240 с.
9. Кучма В. Р. Медико-профилактические основы обучения и воспитания детей / Руководство для медицинских и педагогических работников образовательных и лечебно-профилактических учреждений, санитарно-эпидемиологической службы. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2005. – 528 с.
10. Леонтьев Д. А. Психология смысла: Природа, строение и динамика смысловой реальности. 2-е, испр. изд. – М.: Смысл, 2003. – 487 с.
11. Лисицын Ю. П. Социальная гигиена и организация здравоохранения. Проблемные лекции: учеб. пособие. – М.: Медицина, 1992. – 512 с.
12. Мещеряков А. С., Рожнов Р. В. Профессиональное самоопределение студентов как проявление социального здоровья // Профессиональное образование. – М., 2006. – № 3. – С. 14–16.
13. Наumenко Ю. В. Проектирование здоровьесформирующего образования // Стандарты и мониторинг. – М., 2006. – № 2 (март-апрель). – С. 23–30.
14. Наumenко Ю. В. Рейтинг учебных достижений как элемент здоровьесберегающего образования // Стандарты и мониторинг. – М., 2004. – № 5 (сентябрь-октябрь). – С. 46–50.
15. Петров А. Ю., Стригин В. В. Здоровье учащихся и качество профобразования // Профессиональное образование. – № 1. – 2005. – С. 12–13.
16. Рагимова О. Социальное здоровье учащейся молодежи // Высшее образование в России. – № 2. – 2005.
17. Физиолого-гигиеническое и психофизиологическое сопровождение модернизации образования (эксперимент по совершенствованию структуры и содержания общего образования) / под ред. М. М. Безруких, В. Д. Сонькина. Серия «Библиотека Федеральной программы развития образования». – М.: Изд. дом «Новый учебник», 2003. – 96 с.
18. Шепель В. М. Беречь душевное здоровье народа // Профессиональное образование. – М., 2006. – № 1. – С. 2–3.

19. Щедрина А. Г. Онтогенез и теория здоровья: Методологические аспекты. – Новосибирск: Наука, Сиб. отд-ние АМН, 1989. – 136 с.
20. Ямбург Е. А. Школа для всех: Адаптивная модель: (Теоретические основы и практическая реализация). – М.: Новая школа, 1996. – 352 с.

V. СЕКСУАЛЬНОСТЬ, ГЕНДЕР, РЕПРОДУКЦИЯ И ЗДОРОВЬЕ

УРОВЕНЬ ФИЗИЧЕСКОГО И ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ РЕГИОНА С РАЗВИТОЙ ЧЁРНОЙ МЕТАЛУРГИЕЙ

А. А. Мусина, А. Л. Онгарбаева

РГКП «Национальный центр гигиены труда
и профзаболеваний» МЗ РК, г. Караганда, Казахстан

Summary. The article assessed the level of physical development and sexual development of a children's contingent in region with the developed ferrous metallurgy. Age features in dynamics of a functional condition taking into account gender are revealed.

Key words: the children's population, physical development, pubescence.

Целью работы была оценка уровня физического и полового развития детского контингента проживающего в регионе с развитой чёрной металлургией (г. Темиртау). Было обследовано 1358 детей.

Выбирались дети обоего пола в возрасте 12–17 лет, проживающие на территории не менее 10 лет (с целью выявления экологического воздействия), у которых родители были не заняты в профессиях с условиями труда не выше 2 класса вредности (с целью исключения воздействия производственных факторов), не имеющие хронических заболеваний и врождённой патологии (с целью исключения наследственных заболеваний).

Для суммарной характеристики ростовых закономерностей генерализующим методом (поперечный) была проведена оценка тотальных размеров тела (длина – см, масса – кг, окружность грудной клетки – см) детского контингента. Считается, что эти показатели имеют индивидуальную изменчивость, большие возрастные, половые и территориально групповые различия. Антропометрические исследования проводились согласно общепринятой унифицированной методике Арон-Славицкой. Для каждого ребёнка были рассчитаны показатели должного физического развития (ФР) рассчитывался росто-весовой показатель «индекс Кетле» (ИК). Стадию полового созревания исследовали по половой формуле.

Обследование показало, что в городе значения отличаются между мальчиками и девочками по показателям рост, вес и окружность талии, хотя по зонам проживания больших различий не обнаружено.

Расчёт индекса по показателям талии и бёдер показал, что только у девочек этот индекс соответствует нормативным значениям.

В целом выявленные небольшие отличия по обхватным размерам соотношений между мальчиками и девочками носили традиционный характер, что можно объяснить пуберантными особенностями развития девочек, которые в этом периоде обгоняют мальчиков [1].

Общий скрининг физического развития детей позволил выявить нам общие закономерности в возрастных группах 12–14 лет и 15–17 лет изучаемых территорий. Так, для каждого ребёнка двух возрастных групп были рассчитаны показатели должного физического развития (ФР). Процентные отклонения от величин соотносили с возрастными величинами по трём уровням.

Среди девочек достоверных различий в показателях физического развития по отношению к средним городским значениям не выявлено.

Прогнозирование способности к адаптации детского контингента по региону чёрной металлургии выявило, что большинство детей относится к категории среднеадаптивных лиц, показатель ИМ был выше 46,2 сек.

Нами проводилось определение стадий полового созревания по методу Дж. Таннера в зависимости от степени выраженности вторичных половых признаков с учётом пола и возраста.

Учитывая то, что развитие нейро-эндокринной системы в подростковом возрасте определяется преимущественным уровнем половой зрелости, изучение степени развития вторичных половых признаков проводилась в двух возрастных группах первая – 12–14 лет и 15–17 лет.

В возрастной группе 12–14 лет у девочек в среднем по городу соответствуют нормативным значениям только показатели А, Ма, а с учётом зон проживания все показатели не вошли в границы нормальных значений, причём наибольшее отставание было на территориях, наиболее приближенных к металлургическому комбинату ($p < 0,05$), что свидетельствует об отставании у них стадий активации гонад. В возрастной группе 15–17 лет эти отличия становятся более выраженными, особенно среди показателей Р, Ме, Ма.

Сравнительный анализ всего обследуемого контингента по региону чёрной металлургии показал, что только у 86 девочек уровень полового созревания был в норме, что соответствовало 52 %, у 26 девочек уровень был в средних границах созревания, что составило 15,7 %, а у 54 девочек они были ниже нормы, что составило 32,5 %.

Сравнительный анализ у мальчиков показал, что у подростков в возрасте 12–14 лет отмечается наибольшее отставание в развитии вторичных половых признаков с учётом зон проживания по показателям: Р, А, L

В возрастной группе 15–17 лет такая тенденция сохраняется, но эти отличия хоть и регистрируются с меньшим разрывом, всё же были зарегистрированы по всем четырём показателям: Р, А, L, V.

Таким образом:

- общий скрининг физического развития детей региона с развитой чёрной металлургией позволил выявить нам общие закономерности в возрастных группах 12–14 лет и 15–17 лет. Так, выявлены были отличия между мальчиками и девочками по показателям роста, веса и окружности талии. Расчёт индекса по показателям талии и бёдер показал, что только у девочек этот индекс соответствует нормативным значениям.
- сравнительный анализ всего обследуемого детского контингента по г. Темиртау показал, что у 32,5 % девочек уровень полового созревания ниже возрастной нормы, причём наибольшее отставание было на загрязнённых территориях города ($p < 0,05$) на стадиях активации гонад, которая в возрастной группе 15–17 лет была более выражена среди показателей P, Me, Ma.
- у мальчиков в возрасте 12–14 лет отмечается наибольшее отставание в развитии вторичных половых признаков, если в среднем по городу это не выявлялось, то с учётом зон проживания отставания были зарегистрированы по показателям: P, A, L, которая в возрастной группе 15–17 лет регистрировалась с меньшим разрывом, но были выявлены уже по всем четырём показателям: P, A, L, V.
- у девушек отмечается замедление стадии развития молочных желёз в возрастных группах от 13-ти до 15-ти лет и отставание овариально-менструального цикла у 12-ти летних.

Библиографический список

1. Година Е. З. Секулярный тренд: история и перспективы // Физиология человека. – 2009. – Т. 35. – № 6. – С. 128–135.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ДЕВУШЕК- СТУДЕНТОК ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Е. Д. Берестенко, И. Н. Азбука, О. Г. Архипова, А. А. Ростовцева
Тульский государственный педагогический
университет им. Л. Н. Толстого, г. Тула, Россия

Summary. Demographic crisis and low level of life is one of the most actual and serious problems in Russia. We were made a questioning of the 100 students of the Tula State Pedagogical University of the 4th course. The health status of the younger generation is an important factor in national security, because young people is a potential and hopes in every country. The main problems are lack of knowledge about sexuality, free views on premarital, the lower reproductive attitudes, risky.

Key words: reproductive behavior, sexuality, sex, sexual behaviors.

Демографический кризис и низкая продолжительность жизни остаётся одной из наиболее актуальных проблем в России. Одна из основных задач общества – сохранение здоровья населения, особенно молодёжи. Состояние здоровья молодого поколения является немаловажным фактором национальной безопасности государства, т. к. молодёжь – это потенциал и надежды страны. Молодёжь почти не делает ничего для сохранения здоровья, при условии того, что понимает всю его важность и ценность.

Главными проблемами являются недостаток знаний по вопросам половых отношений, свободные взгляды на добрачные половые связи, низкие репродуктивные установки, рискованные формы сексуального поведения.

Цель исследования – оценка репродуктивного поведения студенток, рождённых и постоянно проживающих на территории Тульской области.

Задачи – выяснение особенностей репродуктивного поведения в данной когорте населения.

Всего было обследовано 100 студенток, рождённых в Тульской области и до момента поступления в университет проживавших на её территории, очной формы обучения 4 курса Тульского педагогического университета им. Л. Н. Толстого в возрасте 20–22 лет. Девушкам было предложено ответить на анкету-опросник. Вопросы касались репродуктивного здоровья студенток.

После обработки полученных данных были обнаружены следующие результаты. На вопрос, касающийся информированности по проблемам половой жизни, 63 % девушек считают себя осведомлёнными в достаточной степени. 23 % не отказались бы обогатить свои знания по данным вопросам. Источником информации получения таких сведений в большинстве случаев являлись СМИ.

Следующий вопрос касался половой жизни девушек. Только 11 % студенток были девственницами в период проведения анкетирования. В половые отношения студентки вступали с юношами приблизительно их возраста (29 %). Половая связь в основном происходила в период с 17 до 18 лет (44 %), но и встречались ответы, в которых указывался возрастной промежуток 13–15 лет (8 %). Основной причиной, по которой происходил половой контакт, девушки называли любовь (83 %), половое влечение (13 %), познавательный интерес (7 %). В большинстве случаев это был любимый человек (82 %) или друг (6 %), однако в 5 % случаев это был случайный партнер.

Возрастная граница партнёров варьировалась от 1 года в среднем до 10 лет. Партнёр старше на 1–3 года наблюдалось в 27 % случаев, на 4 и старше – в 37 %, в 7 % девушки оказались старше. Один половой партнёр был указан в 27 % случаев, в 15 % – 3–4 человека. Контакты возникают у 31 % студенток до 1 раза в неделю, более 1 раза в неделю – у 40 %.

В беседах, проводимых в учебных заведениях о половом воспитании и заболеваниях, передающихся половым путем (ЗППП), принимали участие 41 % респондентов. Уровень знаний о заражениях ЗППП и их путях достаточно низкий.

Следующий цикл вопросов касался планирования беременности. Половые контакты с постоянным использованием контрацептивов отмечены у 75 % студенток, нестабильно их применяют 8 %. Презерватив девушки выносят на первое место по защите и предохранению от нежелательной беременности (37 %). Далее по эффективности следуют гормональные контрацептивы (4 %). Незапланированная беременность наблюдалась у каждой десятой девушки, причём все сделали аборт.

Таким образом, лекции, рассказы, беседы, проводимые в различных учебных заведениях, касающиеся половой жизни, контрацепции, беременности, не являются основным источником информации. В большинстве случаев сведения узнаются от друзей, средств массовой информации.

В основном большая часть студенток к 21–22 годам имела половые связи с партнёрами, чаще старше по возрасту.

У значительной части девушек отмечается постоянный характер половых отношений, но не все обращают внимание на предохранение от инфекций, передающихся половым путём.

Знания, касающиеся контрацепции, также оставляют желать лучшего. Среди одного из эффективных средств предотвращения нежелательной беременности отмечался прерванный половой акт (10 %). Комбинированный метод как наиболее надёжный назвали только 1 % опрошенных. Незапланированные беременности и аборты являлись результатами сказанного. Вынашивать незапланированного ребёнка не стал никто.

Подводя итоги, можно сказать, что формирование репродуктивного поведения у молодёжи, прежде всего будущих учителей, является важнейшей задачей, и на решение её должны быть направлены усилия высшей школы. Молодые люди должны быть хорошо осведомлены о факторах риска развития заболеваний и о тех последствиях, к которым они могут привести.

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ НЕЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ НА ФОРМИРОВАНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ

С. И. Картышева, Ю. Н. Дудченко

Воронежский государственный педагогический универси-
тет, г. Воронеж, Россия

Summary. The problem of reproductive health of adolescent girls is relevant, as in Russia in recent years there is a stable tendency for its deterioration. There are many factors that have a negative impact on the reproductive function, however, are the most common factors of an unhealthy lifestyle.

Key words: reproductive health, gynecological diseases, bad habits, early sexual activity, abortion, infection, sexually transmitted diseases.

Проблема здоровья современных девушек-подростков является предметом профессионального интереса специалистов, работающих не только в области медицины, но и психологии, педагогики и других социальных наук.

Значимость проблемы репродуктивного здоровья девушек обусловлена, прежде всего, особой важностью этого возрастного периода для всей последующей жизни человека, а также наличием негативных тенденций в состоянии здоровья детской и подростковой популяции [3].

Под репродуктивным здоровьем подразумевается состояние полного физического, психического, социального и сексуального благополучия, а не только отсутствие заболеваний репродуктивной системы или нарушения её функций.

Состояние репродуктивного здоровья молодёжи вызывает серьёзные опасения. В современной России около 20 % девушек имеют различные гинекологические заболевания, частота которых за последние пять лет увеличилась в три раза. С возрастом их распространённость возрастает более чем в 2,5 раза – с 116,2 в 14 лет до 297,0 на 1000 осмотренных в 17 лет. Расстройства соматического и психического здоровья в сочетании с патологией репродуктивной системы встречаются более чем у половины девочек в возрасте до 18 лет [2].

Причинами такой динамики с одной стороны являются: ухудшение экологической обстановки, приводящее к возникновению различных пороков развития органов половой системы; стрессы и переутомление; гормональные нарушения и т. д., а с другой стороны – факторы нездорового образа жизни: ранняя половая жизнь, половая безграмотность и риски, связанные с ними (включая заболевания, передающиеся половым путём), несоблюдение правил личной гигиены, вредные привычки и т. д.

Если попытаться нарисовать собирательный портрет современных девушек-подростков, то он будет выглядеть следующим образом: курят 38 %, с наркотиками знакомы не понаслышке 12 %, 95 % к 13,5 года уже пробовали алкоголь или употребляют его 2 раза в месяц. С учетом того, что только 1 из 10 подростков никогда не пробовал алкоголя, а поражённость различными видами наркомании достигает серьёзных цифр, можно себе представить, сколь велико по масштабам влияние рискованного поведения на репродуктивную систему.

Средний возраст начала половой жизни у современных девушек России составляет около 16 лет, в результате чего увеличился период, когда молодые девушки сталкиваются с рисками, связанными с половой жизнью, включая: раннюю беременность, которая подвергает их большому риску заболеваемости и смертности, а также подвергает опасности здоровье их детей; высокий уровень абортов (количество абортов в возрасте 15–19 лет составляет около 70 на 1000 подростков и эти показатели – одни из самых высоких в мире); заражение инфекциями, передаваемыми половым путём (в том числе вирусом герпеса, ВИЧ/СПИДом (удельный вес впервые инфицированных в возрасте 15-20 лет составляет 21 % от всех ВИЧ-инфицированных) и т. д.) [3].

У большинства современной молодежи отмечается низкий уровень репродуктивных установок (принцип жизни «чайлдфри»). Сегодня не хотят иметь детей 10,5 % девушек-учащихся ПТУ и 6,5 % школьников, тогда как в 1990 году их число не превышало 1%. Происходит крушение идеалов семейной жизни [1].

Сложившаяся ситуация в России объясняется недостаточностью у населения информации о том, что такое планирование семьи, сексуальность, болезни, передающиеся половым путём, современная контрацепция, безопасный секс и т. д.

Хотя в последние годы в программах охраны репродуктивного здоровья всё больше внимания уделяется потребностям подростков, по-прежнему остаётся множество барьеров, которые препятствуют молодым людям иметь доступ к необходимым для них информации и услугам для предупреждения нежелательной беременности и инфекций, передаваемых половым путём (ИППП).

Всё выше изложенное позволяет данную проблему отнести к разряду актуальных, так как именно охрана репродуктивного здоровья подростков, их сексуальное образование, является залогом сохранения здорового потенциала и решением демографической проблемы нашей страны.

Библиографический список

1. Андриюшина Е. В., Каткова И. П., Куликова О. А. Планирование семьи по-русски. – М.: Просвещение, 2000. – 43–47 с.
2. Мингазова Э. Н. Репродуктивное здоровье девушек-подростков. – К.: Здоровье, 2002. – 39–42 с.
3. Соболева Т. С. репродуктивное здоровье женщины – основа здоровья нации. – М.: Медгиз, 2004. – 206–209 с.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕЗЕРВАТИВА СЕКСУАЛЬНО АКТИВНЫМИ ЮНОШАМИ И ДЕВУШКАМИ

С. Ю. Девярых

Витебский государственный медицинский университет,
г. Витебск, Беларусь

Summary. On a material of empirical research it is shown, that sexually active young men who are not married, have low level of culture of use of a condom.

Key words: sexual culture, AIDS preventive maintenance, sexual behavior before marriage, condom.

За последние 10–15 лет в сексуальном поведении и установках молодёжи произошли большие изменения: они раньше начинают половую жизнь, которая не предполагает заключения брака. Вместе с тем в условиях эпидемии СПИДа добрачное сексуальное поведение может скрывать в себе угрозу заражения неизлечимой болезнью. В этой связи специалисты полагают, что использование презерватива при половых сношениях может значительно снизить риск заражения.

Проблема использования презерватива изучалась нами на выборке юношей (409 человек) и девушек (323 человек) 17–21 лет, не состоящих в браке и имеющих опыт гетеросексуальных отношений. При этом 37,4 % юношей и 48,0 % девушек на момент опроса вели относительно регулярную половую жизнь.

Полагаем, что важным обстоятельством гетеросексуального дебюта является использование презерватива при первом половом сношении. По отношению к юношам его наличие или отсутствие может быть своеобразным показателем «преднамеренности/случайности» первой половой близости. Иначе говоря, наличие презерватива может свидетельствовать о том, что молодой человек был готов к такому развитию событий, тогда как его отсутствие может говорить о случайности, спонтанности происшедшего.

По отношению к девушкам, помимо предложенной выше интерпретации (поскольку и девушки смогут носить с собой презерватив), можно говорить и о том, насколько она «контролировала» си-

туацию, индикатором чего может стать ответ «затрудняюсь ответить».

Использование презерватива при первом половом акте в связи с возрастом гетеросексуального дебюта представлено в таблице 1.

Таблица 1

Использование презерватива при первом половом сношении, в %

Параметры оценки	Юноши			Девушки		
	1	2	3	1	2	3
Использовали презерватив	51,3	59,7	58,1	12,0	36,6	48,0
Затруднились ответить	6,1	4,2	6,0	50,0	28,9	12,0
Не использовали презерватив	42,6	36,1	35,9	38,0	34,2	40,0
Объем выборки, n =	115	189	105	31	145	147

Примечание: 1– младшая возрастная группа (12–14 лет); 2 – средняя возрастная группа (15–16 лет); 3 – старшая возрастная группа (17–21 год); различия устанавливались при помощи U-критерия Манна-Уитни; оценка долей осуществлялась при помощи ф-критерия Фишера.

Более чем каждый второй юноша из всех возрастных групп сообщил, что его первый половой акт был с презервативом. Согласно принятой интерпретации, каждый второй сексуальный дебют был ожидаем. У девушек картина несколько иная: с возрастом дебюта увеличивается число случаев его использования (уровни достоверности различий для групп 1–2 – $p < 0,01$; для групп 1–3 – $p < 0,00$; для групп 2–3 – $p < 0,01$) и уменьшается число случаев «неопределённости» (уровни достоверности различий для групп 1–2 – $p < 0,01$; для групп 1–3 – $p < 0,00$; для групп 2–3 – $p < 0,01$). Опять же, согласно принятой интерпретации, с возрастом дебюта девушки в большей степени ожидают происшедшего и лучше контролируют ситуацию первого полового сношения.

Опрос сексуально активных юношей и девушек показал (см. табл. 2), что использование презерватива при половом сношении не является массовым явлением среди молодёжи.

Таблица 2

**Использование презерватива при половых сношениях
сексуально активными юношами и девушками, в %**

Параметры оценки	Юноши	Девушки
Используют во всех случаях	41,2	32,0
Используют в большинстве случаев	23,0	19,0
Используют примерно в половине случаев	11,3	11,7
Используют в меньшинстве случаев	10,9	11,7
Не используют во всех случаях	13,7	25,6
Объем выборки, n=	153	155

Как видим, только менее половины юношей и треть девушек сообщили о том, что использование презерватива является нормой их сексуальных отношений. Таким образом, наши исследования подтверждают выводы эмпирических исследований [2; 3] о невысокой контрацептивной культуре и рискованно низком уровне самосохранительного поведения молодых людей в сфере сексуальных отношений.

Библиографический список

1. Девярых С. Ю. Особенности сексуальной социализации старшеклассников в современных социокультурных условиях // Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2007. – Том 6. – № 3. – С. 109–117.
2. Журавлёва И. В. Репродуктивное здоровье подростков и проблемы полового просвещения // Социологические исследования. – 2004. – № 7. – С. 133–142.
3. Кон И. С. Подростковая сексуальность на пороге XXI века: социально-педагогический анализ. – Дубна: Феникс+, 2001. – 208 с.

**АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ
НАГРУЗОЧНОЙ ПРОБЫ НА СКРЫТУЮ
ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЮ
В ВОССТАНОВЛЕНИИ ФЕРТИЛЬНОСТИ**

Н. В. Батрак, А. М. Герасимов

**Ивановская государственная медицинская академия,
г. Иваново, Россия**

Summary. The analysis of efficiency of application of loading test on hidden hyperprolactinemia at women with infringement reproductive function is carried out. The increase in level of Prolactinum in 2 hours after inside of introductions of 20 mg

Metoclopramide is significant. Timely diagnostics hidden hyperprolactinemia allows to restore normal concentration of Prolactin and reproductive function.

Key words: hyperprolactinemia, Metoclopramide, reproductive function.

Актуальность: гиперпролактинемия – это повышение уровня пролактина (ПРЛ) сыворотки крови [1]. Она является наиболее частым биохимическим маркером гипоталамо-гипофизарной дисфункции. Причиной гиперпролактинемии являются не только пролактиномы, но и некоторые клинические и физиологические состояния, приём некоторых лекарственных препаратов [2]. Для выявления скрытой гиперпролактинемии выполняется нагрузочная проба с метоклопрамидом. Производится исходное определение уровня пролактина и через 2 часа после перорального введения 20 мг препарата. Диагностически значимым является увеличение уровня пролактина в сыворотке крови в 3,5 раза. Своевременная диагностика скрытой гиперпролактинемии позволяет восстановить нормальную концентрацию биологически активного ПРЛ, овуляторные менструальные циклы, фертильность у женщин. Материалы и методы: нами проанализированы результаты наблюдения 40 женщин с клинической картиной гиперпролактинемии. У 28 (70 %) женщин наблюдалась недостаточность лютеиновой фазы в виде укорочения и западения температуры от исходной. У 12 (30 %) – нарушение менструальной функции от опсоменореи до спаниоменореи, 6 (15 %) – отмечали упорные головные боли, у 12 (30 %) женщин наблюдалась галакторея различной степени выраженности. Все пациентки страдали бесплодием. Нами проанализированы результаты фармакодинамической пробы с метоклопрамидом у этих женщин. Препарат вводился внутривенно в дозе 2 мл и проводилось сравнение исходного уровня ПРЛ (ПРЛ 1) с уровнем ПРЛ через 2 часа после введения препарата (ПРЛ 2). Результаты: нами выявлено, что до проведения пробы уровень ПРЛ составляет $195,52 \pm 146,4$ мМЕ/мл, а через 2 часа после введения метоклопрамида $1339,35 \pm 667$ мМЕ/мл. У всех женщин наблюдается увеличение уровня ПРЛ после проведения пробы в 3,5 раза и более. Всем пациенткам был назначен бромокриптин в дозе 2,5 мг на ночь. При этом у 32 из 40 женщин (80 %) с клинической картиной гиперпролактинемии в течение 5 месяцев произошло восстановление менструальной функции, а у 13 (40 %) из них – восстановление фертильности. У остальных 8 (20 %) женщин сохранялись признаки гиперпролактинемии. Повторно им была проведена проба на скрытую гиперпролактинемию и в последующем увеличена доза бромокриптина, после чего отмечалось восстановление фертильности. Выводы: 1. Нагрузочная проба является высокостандартизированной в диагностике скрытой гиперпролактинемии; 2. Она может быть использована для оценки и адекватности подобранной дозы в терапии синдрома гиперпролактинемии.

Библиографический список

1. Дедов И. И., Мельниченко Г. А., Романцова Т. И. Сидром гиперпролактинемии. – М., 2004.
2. Калинин С. Ю. Шаг вперёд в лечении гиперпролактинемии: избранные лекции. – М.: Практическая медицина, 2010.

План международных конференций, проводимых вузами России, Азербайджана, Армении, Белоруссии, Казахстана, Ирана и Чехии на базе НИЦ «Социосфера» в 2011 году

5–6 июня 2011 г. Международная научно-практическая конференция **«Права и свободы человека: проблемы реализации, обеспечения и защиты»** (К-26-6-11).

10–11 сентября 2011 г. II Международная научно-практическая конференция **«Проблемы современного образования»** (К-27-9-11).

15–16 сентября 2011 г. Международная научно-практическая конференция **«Новые подходы в экономике и управлении»** (К-28-9-11).

20–21 сентября 2011 г. Международная научно-практическая конференция **«Традиционная и современная культура: история, актуальное положение, перспективы»** (К-29-9-11).

25–26 сентября 2011 г. Международная научно-практическая конференция **«Глобализация как этап развития мирового сообщества»** (К-30-9-11).

1–2 октября 2011 г. Международная научно-практическая конференция **«Иностранный язык в системе среднего и высшего образования»** (К-31-10-11).

5–6 октября 2011 г. II Международная научно-практическая конференция **«Семья в контексте педагогических, психологических и социологических исследований»** (К-32-10-11).

15–16 октября 2011 г. Международная научно-практическая конференция **«Личность, общество, государство, право. Проблемы соотношения и взаимодействия»** (К-34-10-11).

20–21 октября 2011 г. Международная научно-практическая конференция **«Инновационный менеджмент в образовательном учреждении»** (К-35-10-11).

25–26 октября 2011 г. Международная научно-практическая конференция **«Социально-экономическое, социально-политическое и социокультурное развитие регионов»** (К-36-10-11).

1–2 ноября 2011 г. Международная научно-практическая конференция **«Религия – наука – общество: проблемы и перспективы взаимодействия»** (К-37-11-11).

5–6 ноября 2011 г. Международная научно-практическая конференция **«Современные тенденции развития мировой социологии»** (К-38-11-11).

15–16 ноября 2011 г. Международная научно-практическая конференция **«Научно-технический прогресс как фактор развития современной цивилизации»** (К-40-11-11).

20–21 ноября 2011 г. Международная научно-практическая конференция **«Подготовка конкурентоспособного специалиста как цель современного образования»** (К-41-11-11).

25–26 ноября 2011 г. Международная научно-практическая конференция **«История и культура славянских народов: достижения, уроки, перспективы»** (К-42-11-11).

1–2 декабря 2011 г. Международная научно-практическая конференция **«Практика коммуникативного поведения в социально-гуманитарных исследованиях»** (К-43-11-11).

PsyJournals.ru
портал психологических изданий



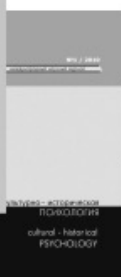
ЖУРНАЛЫ по психологии **online**



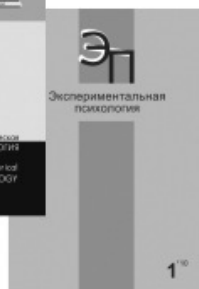
Психологическая наука и образование
Архив за 1996–2010 г.г.



Консультативная психология и психотерапия
Архив за 1992–2010 г.г.



Культурно-историческая психология
Архив за 2005–2010 г.г.



Экспериментальная психология
Архив за 2008–2010 г.г.

Все журналы
включены в Перечень ВАК

онлайн подписка это

- * Удобно
- * Выгодно
- * Современно

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЖУРНАЛЫ ДЛЯ ВУЗОВ И БИБЛИОТЕК:

- Годовая подписка на коллекции психологических журналов (архивы за 15 лет)
- Льготная подписка для постоянных печатных подписчиков
- Доступ к электронным архивам журналов со всех компьютеров организации
- Доступ к статистике обращений у журналам

Подробная информация

- Информация о подписке: (495) 608-16-27
- Заявка на тестовый доступ к журналам: test@psyjournals.ru
- Условия подписки: PsyJournals.ru/



ИЗДАТЕЛЬСТВО
МГНПУ

Научно-издательский центр «Социосфера»
Учреждение Российской Академии Образования
«Институт психолого-педагогических проблем детства»
Витебский государственный медицинский университет

СОЦИАЛЬНЫЕ НАУКИ И ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ: ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ, ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕШЕНИЯ

Материалы международной научно-практической
конференции 20–21 апреля 2011 года

Редактор Л. И. Дорошина
Корректор В. А. Дорошина
Оригинал-макет И. Г. Балашовой

Подписано в печать 17.05.2011. Формат 60х84/16.

Бумага писчая белая. Учет.-из. л. 7,72 п. л.

Усл.-печ. л. 6,95 п. л.

Тираж 100 экз. Заказ № 19/11.

ООО Научно-издательский центр «Социосфера»:
440046, г. Пенза, ул. Мира, д. 74, к. 14. (8412) 68-68-45,
web site: <http://sociosphera.ucoz.ru>,
e-mail: sociosphera@yandex.ru

Типография ИП Попова М. Г.: 440000, г. Пенза,
ул. Московская, д. 74, оф. 211. (8412)56-25-09