



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 II международной научно-практической  
конференции 20–21 апреля 2012 года

**Пенза – Москва – Витебск  
2012**

**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 II международной научно-практической конференции 20–21 апреля 2012 года. – Пенза – Москва – Витебск: Научно-издательский центр «Социосфера», 2012. – 148 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».

Данный сборник объединяет в себе материалы конференции – научные статьи и тезисные сообщения научных работников и преподавателей, 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 и репродукции.

**ISBN 978-5-91990-070-2**

**УДК 316.334:61+159.9:61**  
**ББК 60.5**

© Научно-издательский  
центр «Социосфера», 2012.  
© Коллектив авторов, 2012.

# СОДЕРЖАНИЕ

## I. ЗДОРОВЬЕ КАК СОЦИАЛЬНАЯ ЦЕННОСТЬ. ЛИЧНОСТЬ И ЗДОРОВЬЕ

<b>Абишев Р. Э.</b> Социальная ценность здоровья .....	6
<b>Дьячковская Е. А.</b> Народная медицина якутов как культурное явление .....	8
<b>Кенарева Л. Ф.</b> Специфические ценности физической культуры и спорта и их влияние на здоровье и образ жизни людей .....	12
<b>Мединская М. А.</b> Социальное здоровье человека.....	16
<b>Яблонский М. Ф., Девярых С. Ю.</b> Проблема эвтаназии как проблема гуманизации социальной среды.....	17

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

<b>Ягудин Р. Х., Рыбкин Л. И.</b> Демография и основные показатели здоровья сельского населения Республики Татарстан .....	21
<b>Василенко В. Г.</b> Смертность детей раннего возраста в дореволюционном Армавире .....	34
<b>Ковальчук О. В., Кашлакова О. Н.</b> Проблема социального здоровья несовершеннолетних.....	36
<b>Озеров В. П.</b> Здоровый образ жизни как компонент основ здоровой жизнедеятельности.....	39
<b>Матюхина В. Е.</b> Оздоровительный туризм .....	41
<b>Самойлова И. Г., Авдеева М. В.</b> Роль современных популяционных скрининговых технологий в сбережении и охране здоровья населения .....	45
<b>Щербинина Е. В.</b> Профилактика нарушений профессионального здоровья сотрудников социальных служб .....	48

### **III. ЗДОРОВЬЕ И БОЛЕЗНЬ В ВОЗРАСТАХ ЧЕЛОВЕКА**

**Ложкина А. Н., Чайченко А. В.**

Об адаптивной норме реакции ..... 52

**Жупиева Е. И.**

Укрепление и сохранение здоровья ребенка  
с точки зрения перинатальной психологии ..... 57

**Давыдов Р. Г., Кенбаев В. О., Асылханов А. А.,  
Аргынова К. К., Мухамбетов М. А.**

Здоровые зубы – основа здоровья ребенка  
и формирования здорового поколения ..... 59

**Буракова Н. А.**

Особенности нарушения зрения  
и их предупреждение у детей школьного возраста ..... 62

**Ещенко Н. А.**

Влияние специальных физических упражнений  
на профилактику нарушений опорно-двигательного аппарата ..... 66

**Минасян М. М., Чекрыгина Е. В., Казиев А. Х.**

Динамика результатов реакций микропреципитации  
и пассивной гемагглютинации до и после лечения  
у больных скрытыми формами сифилиса ..... 69

**Лаврищева Г. А.**

Проблемы лиц пожилого возраста в общей врачебной практике .... 72

### **IV. СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БОЛЕЗНИ И ЗДОРОВЬЯ. ПСИХОЛОГИЯ И ПЕДАГОГИКА НА СЛУЖБЕ ЗДОРОВЬЯ**

**Ласовская Т. Ю., Яичников С. В., Сарычева Ю. В.**

Опросник для диагностики  
пограничного личностного расстройства формы «А»:  
определение теоретического конструкта,  
формулирование заданий, пилотажное исследование  
и стандартизация..... 76

**Баранова Е. Б.**

Особенности психолого-педагогической работы  
по охране нервно-психического здоровья детей  
с задержкой психического развития  
в дошкольном учреждении ..... 87

**Давыдов Р. Г., Данилова Р. Н., Атенова Ш. М.,  
Газизова К. Г., Камшыбаева Н. А.**

Анализ социально-психологических аспектов  
взаимоотношений между пациентом и врачом-стоматологом..... 90

<b>Петрова Л. Е.</b> Врач как особый пациент: социологические аспекты междисциплинарного дискурса .....	94
<b>Гуца Р. А., Иванов И. В.</b> Особенности психофизических качеств офицера, имеющих влияние на подчиненных .....	96
<b>Григорьева О. В., Дудырева Л. Е., Ракитина Н. Ю., Вербицкая И. А.</b> Роль школы в формировании здоровой духовно-нравственной личности .....	104
<b>Ярцев А. В.</b> Здоровьесберегающие технологии на уроках истории .....	111
<b>Мазур Е. Н.</b> Повышение стрессоустойчивости личности в экзаменационной ситуации у студентов учреждений профессионального образования .....	113

## **V. СЕКСУАЛЬНОСТЬ, РЕПРОДУКЦИЯ И ЗДОРОВЬЕ МАТЕРИ И РЕБЕНКА**

<b>Орлова Ю. А., Чечулина О. В.</b> Оценка физического развития девочек-подростков с аномальными маточными кровотечениями в пубертатном периоде .....	118
<b>Алексеева Е. Б., Беялова М. А.</b> Прерывание беременности как фактор нарушения репродуктивного здоровья женщины .....	120
<b>Рабовалюк Л. Н.</b> Выделение подтипов ПКГД на основе теста отношений беременной И. В. Добрякова .....	124
<b>Соколова М. Г.</b> Оценка психоэмоционального состояния матерей тяжелобольных детей с рождения.....	137
План международных конференций, проводимых вузами России, Азербайджана, Армении, Белоруссии, Ирана, Казахстана, Польши и Чехии на базе НИЦ «Социосфера» в 2012 году .....	140
Информация о журнале «Социосфера» .....	142
Издательские услуги НИЦ «Социосфера» .....	146

# 1. ЗДОРОВЬЕ КАК СОЦИАЛЬНАЯ ЦЕННОСТЬ. ЛИЧНОСТЬ И ЗДОРОВЬЕ

## СОЦИАЛЬНАЯ ЦЕННОСТЬ ЗДОРОВЬЯ

Р. Э. Абишев

Первый Московский медицинский университет  
им. И. М. Сеченова, г. Москва, Россия

**Summary.** Health is value of the society and personality and connect with concrete social and environment. The last time cooperation of person and society becomes more indissoluble, that is why the importance of health increases.

**Key words:** health; social value.

Здоровье на протяжении веков воспринимается как одна из важнейших общечеловеческих и индивидуальных ценностей. По определению ВОЗ, «здоровье – это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов». Существует трехмерное понимание здоровья как качества жизни, предполагающего взаимозависимость между физическим состоянием человека, его психическими и эмоциональными проявлениями и социальной средой, в которой он живет [1].

Здоровье находится в определенном соотношении с другими ценностями общества и личности и непосредственно связано с конкретной социокультурной средой. В последнее время взаимозависимость человека и общества становится все более тесной и неразрывной, в связи с чем социальный контекст здоровья усиливается.

С одной стороны, реализация людьми своих общественных функций, выполнение социальных задач в значительной мере определяются состоянием их здоровья. Так, больные люди, как правило, не способны к плодотворному интеллектуальному и физическому труду, к креативному решению актуальных проблем в различных жизненных сферах, к освоению новых видов деятельности. Если удельный вес больных в обществе велик, возможности его социально-экономического развития весьма ограничены.

С другой стороны, состояние здоровья каждого человека находится в прямой зависимости от окружающей его социальной среды. Загрязнение окружающей среды, ухудшение экологической обстановки в процессе жизнедеятельности общества неблагоприятно влияют на здоровье человека. Социально-экономическое развитие стран также оказывает влияние на здоровье. Наиболее значимыми являются такие факторы, как условия и характер труда, качество питания и жилья, материальная обеспеченность, социальный статус, особен-

ности образа жизни. Особое место среди этих факторов занимают уровень развития системы здравоохранения, доступность и качество медицинской помощи, распространенность профилактики.

По мнению некоторых авторов [2], по мере роста социально-экономического уровня страны и благосостояния ее граждан ценность здоровья в системе жизненных ценностей возрастает, так как для реализации своих психофизиологических потребностей человек все больше использует продукты материального и духовного производства.

Восприятие здоровья находится в прямой зависимости и от культурных ориентиров общества, которые отражают меру осознания человеком самого себя и отношения его к себе. Культура подразумевает не только определенную систему знаний о здоровье, но и соответствующее поведение по его сохранению, основанное на нравственных началах, т. е. мотивационно-личностное отношение человека к своему здоровью.

Проведенный нами социологический опрос 124 москвичей показывает, что 98 % людей ставят здоровье на первое место в рейтинге жизненных ценностей. И в то же время лишь 13 % свой образ жизни осознанно подчиняют заботе о здоровье, его сохранению и укреплению. В реальной жизни у 76 % людей преобладают иные социальные ориентиры, в числе которых встречаются и неблагоприятно влияющие на здоровье.

Хорошее здоровье человека способствует достижению многих его потребностей и целей. Если они становятся более социально значимыми, чем здоровье, то оно приносится в жертву достижению этих целей и зачастую используется нерационально. При этом человек лишает себя возможности прожить наиболее продолжительную и полноценную жизнь.

Невозможно отрицать, что некоторое объективное противоречие между сохранением здоровья и достижением материального благополучия действительно существует. Но его необходимо сглаживать путем совершенствования объективных условий жизни и деятельности людей, а также осознания ими своего здоровья как основной жизненной ценности.

Практика свидетельствует о том, что ценность здоровья люди осознают только тогда, когда оно находится под угрозой или уже утрачено. Поэтому понимание людьми социальной ценности здоровья является чрезвычайно важным. Донести это до широких масс населения необходимо с участием всех возможных каналов – здравоохранения, образования, культуры, средств массовых коммуникаций и других.

Обобщая изложенное, можно отметить, что актуальность проблемы социальной ценности здоровья велика. Здоровье обуславливает все стороны жизнедеятельности как индивида, так и общества,

причем как в биологическом, так и в социальном контексте, поэтому его необходимо рассматривать как наиважнейшую, фундаментальную ценность. Оно не может быть заменено какой-либо другой социальной ценностью без ущерба для жизни человека и общества. Учитывая значение здоровья в системе ценностей современного человека и серьезность тех ограничений, которые накладывают его нарушения, становится очевидным, что сохранение здоровья людей является первостепенной задачей не только системы здравоохранения, но и всей страны.

### **Библиографический список**

1. Артюнина Г. П., Игнаткова С. А. Основы медицинских знаний: здоровье, болезнь и образ жизни. – М., 2005. – 287 с.
2. Приступа Е. И. Здоровье ребенка как социальная ценность // Знание, понимание, умение. – 2007. – № 1. – С. 176–183.

## **НАРОДНАЯ МЕДИЦИНА ЯКУТОВ КАК КУЛЬТУРНОЕ ЯВЛЕНИЕ**

**Е. А. Дьячковская**

**Институт языков и культур народов Северо-Востока  
Российской Федерации Северо-Восточного федерального  
университета им. М. К. Аммосова, г. Якутск, Россия**

**Summary.** The article gives the culturological approach to the examination of components of folk medicine as a cultural phenomenon using the example of the Yakuts (Sakha) – their traditional knowledge and understanding, subjects-bearers of this knowledge, their methods and treatments. The healing is represented as cultural activities which contribute to the process of health saving. The author stands for the cooperation of traditional folk and formal scientific medicine and their complementarity.

**Key words:** folk medicine; traditional knowledge and understanding; subjects-bearers of the culture; methods and means of traditional healing.

Все живое на земле не в силах противиться законам природы... Все живое рождается, растет, болеет и умирает. Человеческое желание жизни и долголетия как естественное желание вызывает появление целительства как явления культуры. Как известно, до прихода русских у коренных жителей якутского края, в том числе и у якутов, не было своей письменности, а устная традиция уже тогда не могла полностью сохранить древние целительские секреты. При советской же власти в течение семидесяти лет вообще было запрещено заниматься народным целительством. «Знахарство» и «целительство» были под табу, господствовала официальная медицина. В результате этого та часть культуры, которую принято называть народной медициной, начала забываться народом. Но даже сами представители



официальной медицины не могут утверждать, что она всемогуща и всегда эффективна. Несмотря на широко разветвленную сеть медицинских учреждений, обеспеченность высококвалифицированными кадрами, наличие в достаточном количестве лекарственных препаратов, она часто бессильна помочь больному. Поэтому, обходя строжайшие запреты, люди все равно прибегали к шаманским, знахарским, отосутским способам лечения [3]. Одновременно, мы абсолютно согласны с тем мнением, что русские врачи несли в Якутию передовую медицинскую культуру и самоотверженно боролись против социальных болезней, и их роль в охране здоровья якутского населения неопределима [4, с. 53–60]. Противопоставление русских лекарей местным народным целителям усилилось в годы советской власти, когда начались известные гонения на шаманов и удаганок. Затем вновь наступает время, когда в одном культурном пространстве соседствуют традиционные и научные медицинские знания.

Указанная выше ситуация действительно имеет место – в последние годы отмечается повальное увлечение населения традиционной медициной. Так, появились называемые народными целителями субъекты, которых можно определять как субъектов – носителей этой сферы культуры. Эти люди создают свои общественные объединения, в Якутии официально зарегистрирована Ассоциация народной медицины, работают специальные школы. То есть становится понятно, что в социуме вновь проявляется активная потребность в названном виде традиционной культуры. Исходя от всего этого, становится актуальным изучение народной медицины как отдельного явления культуры на конкретном эмпирическом материале средствами и методами культурологии, что до сих пор широко не практикуется. И мы эту задачу можем реализовать на примере изучения народной медицины якутов. В данной статье раскрывается краткий план изучения этой большой темы. Для того чтобы представить народную медицину как явление культуры, необходимо рассмотреть, по крайней мере, три аспекта: 1) традиционные знания и представления якутов о причинах болезни, 2) субъектов-носителей якутской народной медицины (шаманов, отосутов и т. п.) как специфическое явление культуры, 3) традиционные средства и методы целительства у якутов.

Автор А. М. Григорьева, изучавшая народную медицину якутов, выявляет в их традиционных знаниях и представлениях в основном три причины, вызывающие болезнь [2]. Во-первых, болезни насылаются людям из враждебного Нижнего мира, где обитают восемь родов злых богов-абаасы. Во-вторых, болезни вызываются так называемыми « $\mu^3p$ », обитающими в Среднем мире людей и представляющими собой души умерших не своей смертью. Эти нематериальные существа из мести и обиды на живых насылают на них свои болезни. В-третьих, болезнь может приключиться и от ху-

дой пищи, холодного питья, застоя крови и порчи ее, от отодвинувшейся от спины желчи, от ушибов и т. д. Так, если человек поест печенки тайменя, то у него кожа станет рябой. Если беременная женщина поест грибов, то у нее произойдет выкидыш, если уставший от продолжительной ходьбы или езды напьется холодного, то заболит его аорта и испортится кровь – уруттуур. То есть в этом случае указывается реальная «земная» причина болезни.

Как известно, традиционные знания имеют своим источником повседневный опыт и наблюдение, откровение и от поколения к поколению передаваемое устное учение [1]. Можно с уверенностью предположить, что приведенные здесь сведения накоплены якутами этими же способами. Только на письменном этапе развития культуры саха эти знания зафиксированы в письменном виде – сначала (до конца XIX в.) как этнографические материалы первых исследователей Якутского края, затем с начала XX в. как фольклорные записи первых якутских исследователей и в последнюю очередь, с конца XX в., как описания самих народных целителей.

Оценка приведенных представлений о причинах болезни вполне соответствует современным медицинским знаниям. Первые две причины можно соотнести с современными знаниями о болезнетворных микробах и бактериях – якуты всякого рода абаасы и м<sup>3</sup>р называли «к<sup>3</sup>ст<sup>3</sup>бэттэр», то есть «невидимые».

Субъектов-носителей этой области знаний у якутов называют общим названием «эмчит», что значит «целитель», и это название сейчас возродилось в понятии «народный целитель». Специальное занятие народной медициной называется «целительство» – «эмтээ́ин», у якутов соответственно «сахалы эмтээ́ин». К эмчит относятся ойуун (шаманы, удаганки), отосут (травники, костоправы или лечащие кровопусканием), илбиисит (массажисты), ти<sup>3</sup>нныт (делающие прижигание огнем) и др. Так же, как и у всех народов мира, у якутов были лица женского пола преклонного возраста, которые специализировались в принятии родов, – о±о к<sup>3</sup>т<sup>3</sup>±<sup>3</sup>чч<sup>3</sup> эмээхсин, повивальные бабки. То есть, эти люди строго специализировались, каждый выполнял строго определенную функцию, владел специальной техникой, технологией и методикой. Прежде чем стать целителем, они проходили специальную подготовку, учение, испытания. Давали своего рода клятву – анда±ар, что сравнимо с клятвой Гиппократова, даваемой современными врачами.

Что касается методов и средств народного целительства, то они также достаточно разнообразны. Из имеющегося описания можно сделать вывод о том, что приемы народной медицины передавались из поколения в поколение, многие тайны врачевания оберегались от непосвященных. Народные лекари искренне были преданы своему делу и были уверены, что они помогают страждущим и действительно нередко вылечивали их – отсюда и исходит причина сохран-

ности этого вида культуры. Сравнение методов и средств лечения народной медицины с современной научной медициной приводит к выводу, что многое соотносимо и что в народной медицине нет ничего вредящего здоровью человека. Автор П. Ильяхов, сам являвшийся народным целителем и изучавший народную медицину, считает, что основной методикой якутского народного целителя является лечение людей при помощи энергорегуляции, восстановления ослабевших клеток, очищения каналов и т. д. Целители активно используют словесное и мысленное лечение, различные органы животных, рыб, лекарственные растения [3].

Все вышесказанное показывает, что народную медицину можно считать отдельным явлением, феноменом культуры, так как в ней имеется традиционно передаваемая система объективных знаний, существуют живые носители этих знаний, которые пользуются выработанными народом особыми методами и средствами.

Возможность традиционными, проверенными веками способами предупредить и победить болезни и их последствия необходимо учитывать и брать на вооружение. Сочетание, взаимодополнение, взаиморазвитие двух видов медицины имеет будущее и способно обогащать здоровьесберегающую культуру всего человечества.

#### **Библиографический список**

1. Бондырева С. К., Колесов Д. В. Традиции: стабильность и преемственность в жизни общества : учеб. пособие. – М., 2007.
2. Григорьева А. М. О народной медицине якутов. – Якутск, 1991.
3. Ильяхов П.-Хамса. Наследники древних целителей Якутии. – Якутск, 2001.
4. Тимофеев Л. Ф. Развитие здравоохранения в Якутии. – Якутск, 2003.

# СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ЦЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И СПОРТА И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ЗДОРОВЬЕ И ОБРАЗ ЖИЗНИ ЛЮДЕЙ

Л. Ф. Кенарева

Карельская государственная педагогическая академия,  
г. Петрозаводск, Россия

**Summary.** In this article physical and sport are considered as social value, your attention is paid on quality and life's strategy, on valuable attitude towards your physical and spiritual health. The main value of physical culture and sport, as a life's style component, is active capacity for training and creative long-life, form of personal physical culture.

**Key words:** Values of physical culture and sport; life's style and quality; good health; motor activities; capacity for training; creative long-life; personal physical culture.

Когда нет здоровья, молчит мудрость,  
не может расцвести искусство,  
не играют силы,  
бесполезно богатство и бессилён ум.

*Геродот*

Образ жизни влияет на здоровье человека и формирует его примерно на 50–55 % удельного веса всех факторов, обуславливающих здоровье. Значительное влияние на состояние здоровья имеют знания и практический опыт построения сферы образа и стиля жизни самого человека. Необходимым является повышение уровня образованности людей по вопросу здорового образа жизни (ЗОЖ).

Представляется важным акцентировать внимание людей на понимании здоровья не только в узко биологическом смысле, но и как универсальной способности к разносторонней адаптации на воздействия внешней среды и изменения состояния внутренней среды. Здесь также акцент ставится на физиологические адаптивные возможности человека. Это составляет лишь часть понятия сферы ЗОЖ. В то же время ЗОЖ необходимо рассматривать как социальную ценность, как совокупность потребностей человека, а также как ориентацию человека на ценностное отношение к собственному здоровью.

Основным стержнем жизненного успеха, высокого профессионализма человека любой специальности является его активная работоспособность и творческое долголетие.

Комплексные исследования по проблемам долголетия показывают, что наиболее характерными чертами «стратегии жизни» у долгожителей являются повышенная работоспособность, правильный образ жизни, рациональное питание, незлоупотребление вред-

ными привычками, творческое стремление к цели независимо от профессии и региона проживания. Это подтверждается при ознакомлении и анализе жизни великих соотечественников: физиолога И. П. Павлова, скульптора С. Г. Коненкова, великого писателя Л. Н. Толстого, ведущего геронтолога России И. В. Давыдовского, известного спортсмена Андрея Старостина, перенесшего все психофизические нагрузки – репрессии, тюрьму, унижения, ссылку, а также интеллектуала нашего времени академика Д. С. Лихачева, поражавшего своей энергией, творчеством и работоспособностью. Поль Брэгг прожил 95 лет. Участвуя в заплывах, путешествиях, он экспериментировал и пропагандировал ЗОЖ. Трагически погиб во время катания на доске у побережья Флориды, когда его накрыла гигантская волна. Его оплакивали 12 внуков, 14 правнуков и десятки тысяч последователей. Заслуженный артист России В. М. Зельдин, которому исполнилось 96 лет, – живой пример энергичной и красивой жизни. Он и сейчас выступает на сцене, поет, танцует и привлекает своим оптимизмом. Можно только по-человечески позавидовать энергии, работоспособности и жизненному обаянию этих людей, скопировав их жизненный путь, основанный на целеустремленности, психологической устойчивости, высокой умственной и физической работоспособности, позволяющей активно жить (иметь активную жизненную позицию), успешно преодолевать профессиональные и бытовые трудности. Известно всем, что только собственными постоянными усилиями можно заработать крепкое здоровье. А это главная наша ценность, неоценимое счастье в жизни каждого из нас. Надо устроить себе такой образ жизни, чтобы твой организм как можно реже нуждался в починке, а не чинить его как утлую и дырявую ладью, писал Д. И. Писарев.

Учеными достоверно установлено, что качество и стратегия жизни, отношение к ней могут быть единственной причиной нездоровья многих людей, т. е. подавления иммунитета. Именно уверенность в своих силах помогает сохранить верный и достаточный иммунный ответ. Становится очевидным необходимость работы над своим образом мысли. Если человек убежден, что оптимальная двигательная активность направлена на развитие физических и психических способностей, функциональных возможностей организма и гармонического развития личности, то его отношение к жизни, мировосприятие при различных жизненных ситуациях непосредственно будет влиять на качество жизни. Поиски нового качества жизни с точки зрения той роли, которую играют ее различные стороны в формировании ЗОЖ, как потребности в повышении здоровья, сейчас просто необходимы. Статистикой доказано, что люди, регулярно занимающиеся различного рода физическими упражнениями, доступными видами спорта, постоянно тренирующиеся, обращаются за медицинской помощью в среднем в четыре раза реже и болеют в

два раза реже, чем люди, нерегулярно занимающиеся, и в три раза реже, чем те, кто вообще не выполняет никаких физических упражнений, мало двигается, ленится и не может себя заставить даже просто много ходить пешком.

Человеку надо побороть свое «нежелание» (лень) и направить свою энергию на развитие физических и душевных сил. Здоровый дух, красота человеческого тела – это работа над собой, приобретение и приумножение двигательного совершенства, интеллекта и состояния здоровья. Испытав на себе влияние гимнастических упражнений, этого чудодейственного эликсира молодости и красоты, человек любого возраста на протяжении всей активной жизни не бросит занятия ими, будет использовать свободное время (пусть и незначительное по продолжительности) для целенаправленной двигательной активности, для формирования правильной красивой осанки, походки, фигуры. В этом, прежде всего, проявление внутренней культуры современного человека. Необходимо помнить, что возраст мы создаем сами, а не исчисляем его количеством прожитых лет, и тем самым формируем мнение окружающих о себе.

Поль Брегг говорил о себе: «Мое тело не имеет возраста», и был прав, т. к. подтверждал этот факт не только высочайшей работоспособностью, эмоциональностью и жизнелюбием, но и превосходным состоянием сердца, сосудов и всех внутренних органов.

Необходимо вести такой образ жизни, чтобы он был избран в соответствии с правилами, требованиями и привычками к напряженному профессиональному труду и труду над собой. «Любовь к труду нужно воспитывать физическими упражнениями, во время которых развиваются все группы мышц. Кто лежит на боку, тот слабеет физически, нравственно и умственно, тот разрушается...» – неоднократно подчеркивал педагог, ученый, врач, основатель отечественной системы теории физического воспитания Петр Федорович Лесгафт.

Здоровый образ жизни – отличительная черта человеческой цивилизации. Он помогал, помогает и будет помогать человеку учиться, трудиться, созидать и творить, совершенствовать и преобразовывать мир; отдыхать и восстанавливаться, укреплять и оздоравливать свой организм; развивать и совершенствовать свои физические и психические способности.

Элементами стиля жизни людей являются физическая культура и спорт. Это особая форма жизни и культуры человека. Спорт помогает человеку глубоко понять активность, непрерывность движения, почувствовать удовольствие от проделанной работы, ощутить радость, «мышечное чувство».

Ценность физической культуры и спорта связана с формированием личности человека, воспитанности детей и молодежи.

Приобщение к ценностям физической культуры и спорта, к правильному образу и стилю жизни, стремление к физическому совершенству, т. е. к целостному развитию посредством избранного вида спорта и успешности в жизни, являются мощным стимулом эффективного самовыражения. Результаты, достигнутые в спорте, позволяют людям испытывать гордость и счастье от сознания победы, одержанной над самим собой. Это, может быть, самый важный вклад спорта в создание нового, более высокого качества жизни. В структуре современной культуры личности физическая культура играет важную роль и имеет смысл непреходящей ценности всестороннего и гармонического развития человека. Спорт вносит свой вклад в развитие культурных ценностей, ценностей физического здоровья, ориентированных на достижение успеха и цели, ценностей сотрудничества и честности, их укрепление. Человеку надо найти возможность направить свое желание и энергию на развитие физических и душевных сил.

В конечном итоге изменение стиля жизни для достижения поставленной цели путем активной деятельности является главной позицией человека в создании фундамента и прочной базы здоровья и долголетия.

Почти все нюансы жизненного пути человека важны. Играет роль прошлая и настоящая его деятельность, как относится человек к своему самочувствию, пути формирования физкультурно-спортивных интересов, динамические процессы состояния его здоровья – улучшается или ухудшается, укрепляется или ослабевает оно в зависимости от факторов природы и общества.

В формировании физических способностей и здоровья как базы интеллектуального развития человека существенную роль играет наличие у него потребности в двигательной активности.

Мощным фактором формирования потребности человека в физическом совершенствовании могло бы стать более активное участие в этом процессе огромной армии специалистов физической культуры и спорта и системы здравоохранения: в расширении его знаний в области ЗОЖ и в повышении личной ответственности за физическое состояние, и наконец в убеждении в обязательности занятий физкультурно-спортивной и оздоровительной деятельности.

Человеку необходимо использовать средства профилактики различных заболеваний, и среди них наиболее доступны и эффективны – средства физической культуры. Чтобы сформировать потребности, интерес, взгляды людей, работающих в различных сферах профессиональной деятельности, на культуру физическую, на противостояние болезням, успешным может быть включение в этот процесс телевидения, кино, печати, литературы, искусства и т. д. с акцентом на примеры спортивного долголетия людей. В этом случае образ жизни любого человека будет осмыслен с проявлением воли, прой-

дет через сознание, мысли в виде «идеальных стремлений» В конечном итоге формирование сознания естественной необходимости оздоровительной физкультуры и массового спорта должно быть достаточно глубоким и убедительным. При этом необходимо учитывать тесную взаимосвязь потребности в здоровье и физическом совершенствовании с другими фундаментальными потребностями личности.

## СОЦИАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

**М. А. Мединская**  
**Иркутский государственный университет,**  
**г. Иркутск, Россия**

**Summary.** This article discusses health viewed as a complex social phenomenon. Public health is mentioned as an objective and subjective component. The article deals with the classification of social health A. A. Kovalevov.

**Key words:** social health; value; society; deviant behavior.

Здоровье человека можно считать самой большой ценностью жизни. Ведь его нельзя купить ни за какие деньги. Оно является бесценным достоянием не только отдельного человека, но и достоянием всего общества. Встречая близких людей и прощаясь с ними, мы желаем им крепкого здоровья, потому что здоровье является основным условием счастливой жизни. Имея здоровье, мы можем осуществлять свои планы, успешно решать основные жизненные задачи, преодолевая все трудности. По своей структуре здоровье, как ценность, включает два основных компонента. Объективный компонент – это совокупность возможностей, которые могут быть реализованы при наличии полноценного здоровья. Это статусная роль в обществе, профессия, род занятий, продолжительность жизни и т. п. Субъективный компонент здоровья как ценности – это отношение субъекта к своему здоровью, выражающееся в предпочтениях, ценностных ориентациях, мотивации по отношению к здоровью [2, с. 5].

Здоровье социальное – это совокупность потенциальных и реальных возможностей человека в осуществлении своих действий без ухудшения физического и духовного состояния, без потерь в адаптации к жизненной среде [1]. Согласно классификации А. А. Ковалевой, можно выделить 5 групп социального здоровья: 1) социально здоровые – это идеал, к которому стремится наше общество. Это люди творческие, имеющие духовно-нравственные ценности и не склонные к девиантному поведению; 2) обыватели (социально-конформные) – это самая многочисленная группа, которая характеризуется склонностью к нарушению социальных норм в корыстных целях. Толерантны ко всему, что не касается личного; 3) социальные невротики – это люди, заикленные на карьере. Вся их жизнь со-



стоит из стремления к высокой должности. Склонны к алкоголю, наркотикам, что подрывает социальное здоровье личности; 4) социальные психопаты – это лица, имеющие «перевернутые» ценности, т. е. нарушенные социальные нормы они считают нормой в своей жизни. В эту группу входят мошенники и т. д.; 5) социальные идиоты – это люди, обладающие большими финансовыми ресурсами, однако они их не используют на решение проблем других людей и мира. Им присуща главная (порой единственная) цель – накопление денежных средств.

Здоровье как социальная ценность основывается на социальных связях, месте и роли человека в решении социальных задач, степени реализации им общественных интересов, что обеспечивает ему достаточный уровень социальной адаптивности. В данной классификации наглядно показан один из факторов здоровья, определяющий эффективность функционирования любой социально-экономической системы, а также результат формирования процесса взаимодействия индивида с социальной средой и отражающий уровень этого взаимодействия.

#### **Библиографический список**

1. Казин Э. М., Литвинова Н. А. и др. Основы индивидуального здоровья человека: Введение в общую и прикладную валеологию : учеб. пособие для студ. вузов. – М. : Владос, 2000.
2. Здоровье студенческой молодежи: достижения науки и практики на современном этапе / под ред. В. А. Соколова. – Мн. : БПТУ, 2002. – 182 с. – С. 5.

## **ПРОБЛЕМА ЭВТАНАЗИИ КАК ПРОБЛЕМА ГУМАНИЗАЦИИ СОЦИАЛЬНОЙ СРЕДЫ**

**М. Ф. Яблонский, С. Ю. Девярых**  
**Витебский государственный медицинский университет,**  
**г. Витебск, Беларусь**

**Summary.** The problem of euthanasia is seen as a problem of humanization of the social environment. Euthanasia is contrary to the humane nature of the medical profession.

**Key words:** bioethics; death; dying; euthanasia; medical ethics.

Тема смерти является важнейшей во всех религиях мира. Одни при этом верят в бренность и временность земного существования и в вечную жизнь души после физической смерти, после освобождения от физического тела. Другие принимают теорию инкарнации, которая допускает возможность многократного физического возрождения и возвращения в земной мир в различных живых формах. Кто-то вообще не верит ни в какие формы жизни после смерти. Од-

нако для всех знание о неизбежности смерти является важнейшим обстоятельством, непосредственно влияющим на жизнь человека. В современных условиях биомедицинские технологии все более активно вторгаются в жизнь человека от рождения до смерти. Вместе с тем, многие вопросы (прежде всего, нравственные), поставленные развитием биомедицинских наук, не получили однозначных решений в рамках внерелигиозной медицинской этики.

Среди проблем современной этико-медицинской науки важнейшей является проблема эвтаназии. Эвтаназия означает «легкая смерть», где слово смерть не может восприниматься как ключевое. Эвтаназия известна с глубокой древности. Так, в Спарте убивали младенцев, родившихся слабыми или больными. Некоторые первобытные племена имели обычай убивать или оставлять без присмотра стариков, ставших обузой для семейства. В XX веке эвтаназия была введена в фашистской Германии, а затем официально была разрешена в Голландии. На некоторое время закон разрешил ее в Австралии. Во многих странах законопроекты о праве на смерть рассматриваются парламентами, например, в Великобритании парламент отвергал такой законопроект более двадцати раз. Однако в 2002 г. пациенткой был выигран судебный процесс о применении к ней эвтаназии, т. е. появился судебный прецедент, а это, учитывая англо-саксонскую правовую систему, где судебный прецедент является источником права, имеет большое значение. В Республике Беларусь около 70 % населения не поддерживают эвтаназию [1]. Вместе с тем, такое явление, как эвтаназия, не допускает одностороннего подхода.

По мнению Ю. А. Кокошкиной [4], добровольный уход из жизни – это продолжение неотъемлемых прав человека на жизнь. Высокой оценки заслуживает уважение к воле человека, желающего избавиться себя и своих близких от физических и нравственных страданий. Поэтому можно предположить, что закрепление эвтаназии на законодательном уровне возможно, но необходимо разработать совершенную законодательную базу, которая исключит все возможные злоупотребления в этой области, например, определить круг медиков, которые смогут осуществлять эту процедуру, создать строгую систему контроля за ее проведением.

Если рассматривать такой момент, как пассивная эвтаназия (отказ от мер по поддержанию жизнедеятельности организма), то она законодательно закреплена. Так как реанимационные мероприятия прекращаются лишь при установлении церебральной смерти (смерть головного мозга; она оформляется протоколом). Только при наличии этого документа происходит отказ от продолжения медицинских процедур, поддерживающих жизнедеятельность организма пациента. Не имеют никакого юридического значения какие-либо заявления близких родственников (или других заинтересованных

лиц), направленные на констатацию факта смерти больного, однако они могут быть предметом рассмотрения в суде [5].

В последнее время проблема значительно усложнилась, поскольку передовые медицинские технологии позволяют врачам даже в самых сложных случаях поддерживать жизнь пациентов в течение длительного времени. Конечно, больные имеют право в любой момент отказаться от медицинской помощи. Однако просьба сделать смертельную инъекцию – это совсем другое дело. Установлено, что депрессия зачастую сопутствует неизлечимому заболеванию и усложняет его ход. Однако, как только пациент выходит из состояния депрессии, просьб об эвтаназии он уже не высказывает. Если учитывать то обстоятельство, что врач фактически становится пособником самоубийства, следует признать, что это может противоречить его психологическим особенностям и личным убеждениям. Нелишне заметить, что «неизлечимость» болезни, которая обуславливает такой выбор, является весьма условной в свете постоянных открытий в медицинской сфере.

Существует мнение [2], что разрешение применять эвтаназию как действие по намеренному умерщвлению безнадежно больных людей по решению врачей, желанию больного или решению родственников неизбежно приведет к следующим последствиям:

- к криминализации медицины и потере доверия общества к институту здравоохранения;

- к умалению достоинства врача и извращению его профессионального долга;

- к снижению темпов роста медицинского знания, в частности разработок методов реанимации, обезболивающих препаратов, средств для лечения пока еще не излечимых болезней;

- к распространению в обществе принципов цинизма, нигилизма и нравственной деградации в целом, что неизбежно при отказе от соблюдения заповеди «не убей».

Известно, что нравственный уровень общества определяется его отношением к слабым и беззащитным – к старикам, больным, детям. Поэтому не случайно в эвтаназии папа Иоанн Павел II [3] увидел не просто практику, которая должна быть отвергнута, но и драматический вызов, брошенный всем людям доброй воли, чтобы они немедленно мобилизовались. Папа уверен, что проблема заключается не в эвтаназии, но в том, что мы бросаем наших больных, считая, что ничем не можем им помочь.

В свете вышесказанного становится ясным, что проблема эвтаназии – это еще и проблема гуманизации человеческого общежития. Предлагая больным добровольно умереть, общество только говорит им: нам не до вас, мы заняты очень важными делами. Вместе с тем, человеческое достоинство неустанно напоминает о святости и нерушимости человеческой жизни, а убийство (или только покушение на

него), а таковым, по сути, и является эвтаназия, разрушают человеческую общность. Поэтому эвтаназия – не есть акт гуманизма, как утверждают некоторые, но средство, которое может применить общество, чтобы уйти от попечения за больными и престарелыми, и поэтому гуманная сущность профессии врача не позволяет принять ее.

#### **Библиографический список**

1. Введение в биоэтику человека / сост. С. Ю. Девярых. – Витебск : ВГУ, 2003.
2. Глобальные проблемы и общечеловеческие ценности – М. : Прогресс, 1990.
3. Иоанн Павел II, папа. Окружное послание «Евангелие жизни (Evangelium Vitae)». – Париж : [Б. и.], 1997.
4. Кокошкина Ю. А. Об эвтаназии // Юрист. – 2002. – № 9.
5. Романовский Г. Б. Момент смерти как юридическая фикция // Юрист. – 2002. – № 1.

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

### ДЕМОГРАФИЯ И ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН

Р. Х. Ягудин, Л. И. Рыбкин

Республиканская клиническая больница Министерства  
здравоохранения Республики Татарстан, г. Казань, Россия

**Summary.** The authors give and analyze the results of census of the Republic of Tatarstan. They describe demographic and health indicators of the rural population in comparison with similar data of the urban population in 2001–2010.

**Key words:** population census; demographic indicators; incidence and prevalence of diseases.

Основным, наиболее достоверным источником сведений о численном составе населения служат переписи населения. Перепись населения, по определению ООН, – это общий процесс сбора, обобщения, оценки, анализа и публикации демографических, экономических и социальных данных о всем населении, проживающем на определенный момент времени в стране или ее четко ограниченной части.

Для суждения о динамике численности и структуры сельского населения Республики Татарстан мы воспользовались материалами Всероссийских переписей населения, дважды проведенных в первом десятилетии третьего тысячелетия: в 2002 и 2010 годах.

Статистическая информация о здоровье населения служит основой для государственного и регионального планирования оздоровительных мероприятий, разработки организационных форм и методов работы органов и учреждений здравоохранения, а также для контроля за эффективностью их деятельности по сохранению и укреплению здоровья населения. В медико-социальных исследованиях, проводимых в нашей стране, для количественной оценки общественного здоровья традиционно используются следующие индикаторы: демографические показатели, заболеваемость, инвалидность [1].

Эти показатели использованы нами при оценке состояния здоровья сельского населения Республики Татарстан за 2001–2010 годы. В качестве источника статистической информации использованы итоги Всероссийских переписей населения, проведенных в 2001 и 2010 годах [2, 3], а также материалы учебно-методических пособий «Статистика здоровья населения и здравоохранения» (по материалам Республики Татарстан) за вышеуказанные годы.

Численность населения Республики Татарстан увеличилась с 3779,3 тысяч человек в 2002 году до 3786,5 тысяч человек в 2010 году

(рост на 7,2 тысяч человек, или на 0,19 %), при этом численность городского населения увеличилась с 2790,8 тысяч человек до 2853,7 тысяч человек (рост на 63,0 тысяч человек, или на 2,3 %), а численность сельского населения уменьшилась с 988,6 тысяч человек до 932,8 тысяч человек (снижение на 55,8 тысяч человек, или на 5,6 %). Доля городского населения в общей численности населения Республики Татарстан выросла с 73,8 % в 2002 году до 75,4 % в 2010 году, доля сельского населения снизилась с 26,2 % до 24,6 % (табл. 1). По Российской Федерации доля сельского населения сократилась с 26,7 % в 2002 году до 26,3 % в 2010 году.

Республика Татарстан занимает восьмое место в Российской Федерации по численности населения после городов Москва и Санкт-Петербург, Красноярского края, Республики Башкортостан, Московской, Свердловской и Ростовской областей.

В Приволжском федеральном округе Республика Татарстан занимает второе место по численности населения.

Таблица 1

**Численность населения Республики Татарстан  
(по материалам Всероссийских переписей населения 2002 и 2010 гг.)**

Динамика	Всего	Городское население		Сельское население	
		Всего (тыс. чел.)	Доля в об- щей чис- ленности населения (%)	Всего (тыс. чел.)	Доля в об- щей чис- ленности населения (%)
2002 г.	3779,3	2790,7	73,8	988,6	26,2
2010 г.	3786,5	2853,7	75,4	932,8	24,6
Изменение (тыс. чел.)	+7,2	+63,0		-55,8	
Темп прироста (+) или убыли (-), %	+0,19	+2,3		-5,6	

На фоне изменения численности и доли городского и сельского населения в общей численности населения республики выявлены существенные изменения в распределении населения по трем основным возрастным группам: моложе трудоспособного возраста – от 0 до 15 лет, трудоспособного возраста (мужчины от 16 до 59 лет, женщины от 16 лет до 54 лет), старше трудоспособного возраста (мужчины от 60 лет, женщины от 55 лет). Обращает на себя внимание тот факт, что изменения численности городского и сельского населения в молодом и в трудоспособном возрасте имеют однонаправленное направление: численность населения моложе трудоспособного возраста снизилась среди городского населения на 87,4 ты-

сяч человек, среди сельского населения на 59,4 тысяч человек, численность населения трудоспособного возраста увеличилась как в городской местности (на 60,9 тысяч человек), так и в сельской местности (на 33,8 тысяч человек). При этом доля сельского населения в общей численности населения моложе трудоспособного возраста сократилась с 28,8 % в 2002 году до 26,1 % в 2010 году, доля населения трудоспособного возраста увеличилась за тот же период с 22,1 % до 22,7 %. Особый интерес представляет изменение численности населения старше трудоспособного возраста, где численность городского населения увеличилась на 89,6 тысяч человек, а численность сельского населения сократилась на 32,8 тысяч человек, вследствие чего доля сельского населения старше трудоспособного возраста в общем числе населения этой возрастной группы снизилась с 35,8 % в 2002 году до 29,2 % в 2010 году (табл. 2).

Таблица 2

**Распределение населения Республики Татарстан  
по основным возрастным группам  
(по материалам Всероссийских переписей населения 2002 и 2010 гг.)**

	2002 г. (тыс. чел.)	2010 г. (тыс. чел.)	Изменение в 2010 г. по сравнению с 2002 г.	
			Абсол. данные (тыс. чел.)	В процентах
Все население				
всего	3779,3	3786,5	+7,2	+ 0,19
городское население	2790,7	2853,7	+63,0	+2,3
сельское население	988,6	932,8	-55,8	-5,6
Население моложе трудоспособного воз- раста				
всего	778,8	632,0	-146,8	-18,8
городское население	554,7	467,0	-87,4	-15,8
сельское население	224,1	164,7	-59,4	-26,5
Население в трудоспо- собном возрасте				
всего	2249,5	2344,3	+94,8	+4,2
городское население	1751,9	1812,8	+60,9	+3,5
сельское население	497,6	531,4	+33,8	+6,8
Население старше тру- доспособного возраста				
всего	753,6	810,2	+56,6	+7,5
городское население	484,1	579,6	+89,5	+18,5
сельское население	269,5	236,7	-32,8	-12,2

В структуре сельского населения за межпереписной период выросла доля населения трудоспособного возраста и снизилась доля населения как моложе, так и старше трудоспособного возраста. В структуре городского населения имеет место рост доли населения трудоспособного и старше трудоспособного возрастов и снижение доли населения моложе трудоспособного возраста (табл. 3).

Таблица 3

**Распределение населения Республики Татарстан  
по основным возрастным группам (по материалам  
Всероссийских переписей населения 2002 и 2010 гг.), в %**

	2002 г.		2010 г.	
	Городское население	Сельское население	Городское население	Сельское население
Все население	100,0	100,0	100,0	100,0
в том числе:				
– население моложе трудоспособного возраста	19,9	22,6	16,4	17,6
– население в трудоспособном возрасте	62,8	50,2	63,5	57,0
– население старше трудоспособного возраста	17,3	27,2	20,1	25,4

Представляет интерес информация о распределении сельского населения республики по полу и по возрастным группам (табл. 4). В 2010 году по сравнению с 2002 годом сократилась численность как мужчин, так и женщин. Численность мужского населения моложе трудоспособного возраста сократилась на 27,4 тыс. человек, или на 24,5 %, в трудоспособном возрасте выросла на 19,9 тыс. человек, или на 7,4 %, а в возрасте старше трудоспособного снизилась на 15,9 тыс. человек, или на 18,0 %. Численность женского населения сократилась во всех возрастных группах: в группе моложе трудоспособного возраста на 11,6 тыс. человек, или на 12,6 %, в трудоспособном возрасте на 15,5 тыс. человек, или на 6,0 %, в группе старше трудоспособного возраста на 5,3 тыс. человек, или на 3,3 %.



**Распределение населения Республики Татарстан  
по полу и возрастным группам (по материалам  
Всероссийских переписей населения в 2002 и 2010 гг.)**

	2002 г.				2010 г.			
	Городское население		Сельское население		Городское население		Сельское население	
	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
Все население (тыс. чел.)	1279,3	1511,3	469,7	518,9	1302,1	1551,5	446,3	486,5
в том числе население в возрасте:					239,9	227,4	84,4	80,3
– молодежь трудоспособного	273,1	262,1	111,8	91,9	233,6	223,3	86,2	82,6
– в трудоспособном	855,4	914,0	269,5	257,5	903,4	909,5	289,4	242,0
– старше трудоспособного	150,8	335,2	88,4	169,5	158,9	414,7	72,5	164,2
Все население (в %)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
в том числе население в возрасте:								
– молодежь трудоспособного	21,3	17,3	23,8	17,7	18,4	14,7	18,9	16,5

– в трудоспособном	66,9	60,5	57,4	49,6	69,4	58,6	64,8	49,7
– старше трудоспособного	11,8	22,2	18,8	32,7	12,2	26,7	16,3	33,8

По материалам Всероссийских переписей, существенно изменилось соотношение мужчин и женщин – сельских жителей – в двух возрастных группах: в группе населения моложе трудоспособного на 1000 мужчин приходилось в 2002 году 822 женщины, в 2010 году – 951 женщина, и в группе старше трудоспособного возраста на 1000 мужчин приходилось в 2002 году 1917 женщин, в 2010 году – 2265 женщин, что в обоих случаях обусловлено существенным сокращением численности мужского населения.

За рассматриваемый период в структуре мужского сельского населения за 2002–2010 гг. снизилась доля населения моложе и старше трудоспособного возраста и выросла доля населения трудоспособного возраста, в структуре женского населения сократилась доля населения моложе трудоспособного возраста и незначительно выросла доля населения трудоспособного и старше трудоспособного возраста.

По данным Всероссийских переписей населения, в Республике Татарстан доля лиц старше 60 лет среди сельского населения снизилась с 25,7 % в 2002 году до 22,2 % в 2010 году, по городской местности этот показатель вырос с 15,7 % в 2002 году до 16,1 % в 2010 году. Согласно шкале демографического старения Божё-Гарнье-Россета уровень старости сельского населения характеризуется как очень высокий уровень демографической старости (доля лиц в возрасте 60 лет и старше – 18 и более процентов), в то время как городское население характеризуется средним уровнем демографической старости.

Среди критериев общественного здоровья наиболее информативными и достоверными являются демографические показатели: рождаемость, смертность, естественный прирост населения (табл. 5).

Таблица 5

**Динамика коэффициентов естественного движения  
городского и сельского населения Республики Татарстан  
в 2001–2010 гг. (на 1000 среднегодового наличного населения)**

	Годы									
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Общий коэффициент рождаемости										
всего	9,5	10,2	10,2	10,3	9,8	9,9	10,9	11,8	12,4	12,9

городская местность	9,3	10,1	10,4	10,3	10,0	10,0	10,9	11,8	12,5	13,2
сельская местность	10,1	10,2	10,2	10,0	9,3	9,6	10,8	11,6	11,8	12,0
Общий коэффициент смертности										
всего	13,3	13,8	13,8	13,6	13,8	13,1	13,0	13,0	12,7	13,1
городская местность	12,2	12,4	12,5	12,4	12,4	11,8	11,7	11,6	11,3	11,9
сельская местность	16,5	17,6	18,3	17,0	17,7	17,0	16,9	17,0	16,9	16,9
коэффициент естественного прироста населения										
всего	-3,8	-3,6	-3,6	-3,3	-4,0	-3,2	-2,1	-1,2	-0,3	-0,2
городская местность	-2,9	-2,3	-2,1	-2,1	-2,4	-1,7	-0,8	0,2	1,3	1,3
сельская местность	-6,4	-7,4	-8,1	-7,0	-8,4	-7,4	-6,1	-5,4	-5,1	-4,9

Рождаемость сельского населения Республики Татарстан увеличилась с 10,1 в 2001 году до 12,0 в 2010 году (в расчете на 1000 населения). Рождаемость городского населения, равная 9,3 в 2001 году, т. е. более низкая, чем рождаемость сельского населения, достигла в 2010 году 13,2, превысив на 10 % показатель сельского населения. Темп прироста показателя рождаемости в сельской местности в 2010 году по сравнению с 2001 годом (18,8 %) ниже, чем в городской местности (41,9 %). Согласно схеме оценки уровня рождаемости показатели рождаемости сельского населения в 2001 и в 2010 гг. оцениваются как низкие, показатели рождаемости городского населения изменяются от очень низкого в 2001 году до низкого в 2010 году.

Смертность сельского населения Республики Татарстан увеличилась с 16,5 в 2001 году до 16,9 в 2010 году (в расчете на 1000 населения), показатель вырос на 2,4 %. Среднее значение показателя за 10 лет составляет 17,2, тогда как в 2002, 2003 и в 2005 годах установлены более высокие показатели с колебаниями от 17,6 до 18,3. По городской местности смертность населения уменьшилась с 12,2 в 2001 году до 11,9 в 2010 году (снижение на 2,5 %). Показатель смертности сельского населения превышает показатель смертности городского населения в 2001 году на 35,2%, в 2010 году эта разница выросла и составила 42 % как за счет роста смертности сельского населения, так и за счет снижения смертности городского населения. Согласно схеме оценки уровня смертности показатели смертности сельского населения в 2001 и в 2010 гг. оцениваются как высокие, показатели смертности городского населения характеризуются как средние.

Объединяя показатели рождаемости и смертности населения, коэффициент естественного прироста сельского населения, продолжая иметь отрицательное значение, вырос с минус 6,4 в 2001 году до минус 4,9 в 2010 году, по городской местности этот показатель, имея в 2001 году значение минус 2,9, принял с 2008 года положительное значение и составил 1,3 в 2010 году.

Имеющаяся статистическая информация позволяет более детально проанализировать показатели смертности сельского населения. В 2010 году по сравнению с 2001 годом на фоне незначительного роста смертности всего населения (мужчин и женщин) на 1,5 % имеет место значительное (на 33,3 %) снижение смертности населения моложе трудоспособного возраста, менее выраженное снижение смертности населения трудоспособного возраста (на 7,1 %) и существенный рост (на 10,3 %) смертности населения старше трудоспособного возраста (табл. 6). Подобные тенденции в изменении смертности населения трех основных возрастных групп сохраняются при раздельном вычислении показателей смертности сельского мужского и женского населения. Обращают на себя внимание некоторые особенности изменения смертности в различных возрастных группах: прежде всего, во всех возрастных группах смертность мужчин превышает смертность женщин, при этом в возрастной группе моложе трудоспособного возраста смертность мужчин превышает смертность женщин в 2001 году в 1,7 раза, в 2010 году – в 1,6 раза, в группе трудоспособного возраста смертность мужчин выше смертности женщин в 4,7 раза как в 2001, так и в 2010 году, а абсолютные значения показателей смертности (2001 год – 1126,5 ‰, 2010 год – 1030,3 ‰) позволяют однозначно говорить о сверхсмертности мужского сельского населения трудоспособного возраста, а в старшей возрастной группе, несмотря на рост смертности и мужчин и женщин в 2010 году по сравнению с 2001 годом, установлено преобладание роста смертности мужчин – смертность мужчин превышает смертность женщин в 2001 году в 1,4 раза, в 2010 году – в 1,6 раза.

**Динамика возрастных коэффициентов смертности  
сельского населения Республики Татарстан в 2001–2010 гг.  
(на 100 тыс. среднегодового постоянного населения  
соответствующего возраста)**

Возрастная группа	Среди всего населения			Среди мужчин			Среди женщин		
	2001 г.	2010 г.	Изменение	2001 г.	2010 г.	Изменение	2001 г.	2010 г.	Изменение
Всего	1643,6	1668,1	Рост на 1,5 %	1749,9	1786,8	Рост на 2,1 %	1549,4	1559,6	Рост на 0,7 %
Моложе трудоспособного	126,8	84,6	Снижение на 33,3 %	158,1	103,6	Снижение на 34,5 %	94,0	64,8	Снижение на 31,1 %
В трудоспособном	709,6	659,1	Снижение на 7,1 %	1126,5	1030,3	Снижение на 8,5 %	238,7	217,8	Снижение на 8,8 %
Старше трудоспособ-	4613,5	5090,8	Рост на 10,3 %	5687,3	6841,7	Рост на 20,3 %	4095,6	4318,1	Рост на 5,4 %

В структуре смертности сельского населения по классам заболеваний значительно преобладает IX класс – Болезни системы кровообращения, доля которого в общем числе причин увеличилась с 63,4 % в 2001 году до 67,3 % в 2010 году и занимает I ранговое место. Второе ранговое место в 2001 году принадлежит XIX классу – Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин, составившему 12,7 %, доля данного класса уменьшилась в 2010 году до 10,4 % с перемещением на III ранговое место. На II ранговое место в 2010 году с III рангового места в 2001 году переместился II класс – Новообразования, доля этого класса сократилась с 11,2 % до 10,8 %. На IV ранговом месте как в 2001 году, так и в 2010 году находится X класс – Болезни органов дыхания, при этом доля этого класса снизилась с 5,2 % до 4,1 %. Класс XI – Болезни органов пищеварения – вырос в структуре с 2,5 в 2001 году до 3,0 в 2010 году, сохраняя в обоих случаях V ранговое место (табл. 7). Суммарно доля вышеперечисленных пяти классов заболеваний составляла в структуре всех причин смерти сельского населения в 2001 году – 95,0 %, в 2010 году – 95,6 %.

Таблица 7

**Структура смертности городского и сельского населения  
Республики Татарстан в 2001–2010 гг., в %**

Наименование классов заболеваний	Городское население			Сельское население		
	2001 г.	2010 г.	Ранговое место	2001 г.	2010 г.	Ранговое место
Всего	100,0	100,0		100,0	100,0	
Болезни системы кровообращения	56,7	61,6	1	63,4	67,3	1
Новообразования	14,4	14,6	2	11,2	10,8	2
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	15,2	10,6	3	12,7	10,4	3
Болезни органов дыхания	4,2	3,6	5	5,2	4,1	4

Болезни органов пищеварения	3,7	4,3	4	2,5	3,0	5
Прочие	5,8	5,3		5,0	4,4	

Аналогичная картина преобладающих классов заболеваний выявляется при изучении структуры смертности сельского населения трудоспособного возраста (табл. 8). Первое ранговое место в структуре смертности населения трудоспособного возраста занимают болезни органов кровообращения, доля которых выросла на 19,2 % в 2010 году по сравнению с 2001 годом. Второе ранговое место в 2010 году принадлежит травмам, отравлениям и другим последствиям воздействия внешних причин, доля которых в 2001 году занимала первое ранговое место и, несмотря на снижение к 2010 году на 18,4 %, только незначительно уступает доле болезней органов кровообращения. Суммарно доля двух вышеуказанных классов заболеваний в качестве причин смерти сельского населения трудоспособного возраста составляет почти три четверти всех причин смертности – в 2001 году 74,2 %, в 2010 году 72,1 %. Далее в структуре причин смертности сельского населения трудоспособного возраста следуют новообразования (рост в 2010 году по сравнению с 2001 годом на 14,6 %), болезни органов пищеварения (рост на 38,6 %) и болезни органов дыхания (рост на 21,3 %). Доля всех остальных классов заболеваний как причин смерти сельского населения трудоспособного возраста снизилась с 6,4 % в 2001 году до 4,3 % в 2010 году.

Таблица 8

**Структура смертности сельского населения  
трудоспособного возраста  
Республики Татарстан по классам заболеваний в 2001–2010 гг.**

Наименование классов заболеваний	2001 г. (%)	2010 г. (%)	Ранговое место в 2010 г.
Всего	100,0	100,0	
Болезни органов кровообращения	30,8	36,7	1
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	43,4	35,4	2
Новообразования	10,3	11,8	3
Болезни органов пищеварения	4,4	6,1	4
Болезни органов дыхания	4,7	5,7	5
Прочие	6,4	4,3	

Важнейшими критериями здоровья населения являются показатели уровня и структуры заболеваемости и распространенности болезней, они свидетельствуют о степени эффективности работы учреждений здравоохранения и служат основой для планирования лечебно-профилактических и организационных мероприятий [4, 5].

Первичная заболеваемость по обращаемости сельского населения Республики Татарстан повысилась с 416,5 в 2001 году до 514,2 в 2010 году в расчете на 1000 среднегодового населения (рост на 23,5 %). При сравнении первичной заболеваемости по обращаемости сельского населения с аналогичным показателем городского населения установлено, что, во-первых, абсолютные значения заболеваемости возросли с 842,4 до 958,8 (рост на 13,8 %), во-вторых, заболеваемость сельского населения ниже заболеваемости городского населения в 2001 году в 2,0 раза, в 2010 году в 1,9 раза (табл. 6).

Таблица 6

**Динамика первичной заболеваемости  
и распространенности болезней среди городского  
и сельского населения Республики Татарстан в 2001–2010 гг.  
(на 1000 среднегодового постоянного населения)**

	Годы									
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Первичная заболеваемость										
Всего	731,6	757,9	773,0	760,8	803,7	835,0	825,4	819,7	866,6	847,8
Городская местность	842,4	859,7	873,7	861,9	915,2	951,9	928,0	923,9	982,4	958,8
Сельская местность	416,5	465,9	484,7	469,0	478,3	491,8	523,4	510,3	525,0	514,2
Распространенность болезней										
Всего	1286,4	1358,6	1411,7	436,4	1533,6	1625,9	1681,5	1652,7	1721,2	1720,9
Городская местность	1475,2	1543,3	1595,5	1621,5	1735,1	1834,7	1882,5	1846,0	1928,7	1931,3
Сельская местность	749,6	828,7	885,3	902,3	945,6	1013,3	1089,1	1078,2	1109,8	1102,7



В 2010 году по сравнению с 2001 годом показатель первичного выхода на инвалидность сельского населения в расчете на 10 тыс. взрослого населения увеличился с 95,2 до 98,8 (рост на 3,8 %), показатель первичного выхода на инвалидность сельского населения в сравнении с аналогичным показателем городского населения выше в 2001 году на 16,0 %, в 2010 году на 39,0 %. Среднегодовое значение показателя первичного выхода на инвалидность за 10 лет изучения составило по сельской местности 134,6 ‰, по городской местности 96,9 ‰, то есть усредненный показатель по сельской местности на 37,7 ‰, или на 38,9 %, выше, чем по городской местности.

Распространенность болезней (общая заболеваемость по обращаемости) сельского населения увеличилась на 47,1 % – с 749,6 в 2001 году до 1102,7 в 2010 году (в расчете на 1000 среднегодового населения), и продолжает оставаться значительно ниже распространенность болезней городского населения: в 2001 году – в 2 раза, в 2010 году – в 1,8 раза.

Таким образом, демографическая картина на селе в первом десятилетии текущего века характеризуется уменьшением численности и доли сельского населения в общей численности населения Республики Татарстан, снижением доли населения моложе трудоспособного возраста, постепенно вступающего в трудоспособный и репродуктивный период, причем это регистрируется как среди мужчин, так и среди женщин, уровень старости на селе характеризуется как очень высокий. Рождаемость сельского населения растет, абсолютные значения показателя и темп прироста его ниже, чем в городской местности, смертность сельского населения растет и выше показателей по городской местности, естественная убыль, снижаясь, продолжает сохранять отрицательные значения. Весь рассматриваемый десятилетний период регистрируется сверхсмертность мужского сельского населения трудоспособного возраста.

В условиях сложившейся возрастно-половой структуры сельского населения, которая сохраняется весь изучаемый период, можно было бы предположить высокий уровень основных показателей, характеризующих состояние здоровья населения: первичной заболеваемости по обращаемости и распространенности болезней (общей заболеваемости по обращаемости). Тем не менее, анализ статистической информации свидетельствует о том, что оба показателя среди сельского населения в 1,8–2 раза ниже, чем среди городского населения. Инвалидность сельского населения имеет тенденцию к росту и выше уровня инвалидности городского населения. Демографическая ситуация и состояние здоровья сельского населения внушают серьезные опасения и требуют целенаправленных действий по их улучшению, вплоть до разработки и реализации целевой республиканской программы «Здоровье сельского населения».

## Библиографический список

1. Медик В. А., Юрьев В. К. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению. Ч. I. Общественное здоровье. – М. : Медицина, 2003. – 368 с.
2. Зыятдинов К. Ш., Гильманов А. А., Шерпутовский В. Г. и др. Статистика здоровья населения и здравоохранения (по материалам Республики Татарстан за 2001–2005 годы). – Казань : Отдел оперативной полиграфии РМБИЦ, 2006. – 276 с.
3. Фаррахов А. З., Гильманов А. А., Шерпутовский В. Г. и др. Статистика здоровья населения и здравоохранения (по материалам Республики Татарстан за 2006–2010 годы). – Казань : Отдел оперативной полиграфии ГАУ РМБИЦ, 2011. – 268 с.
4. Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение. – М., 2007. – 398 с.
5. Руголь Л. В. Медико-демографические аспекты реформирования здравоохранения. – Здравоохранение Российской Федерации. – 2010. – № 6. – С. 7–11.

## СМЕРТНОСТЬ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ДОРЕВОЛЮЦИОННОМ АРМАВИРЕ

**В. Г. Василенко**

**Армавирская государственная педагогическая академия,  
г. Армавир, Россия**

**Summary.** The paper investigate the reasons of Infant mortality. The autor analyses diseases causing infant death. Infant mortality was connected with a lack of qualified stuff in hospitals.

**Key words:** medical assistant; doctor; hospital; mortality; obstetric aid; ospoprivvaniye; intranatalny period.

Данные о смертности детского населения являются интегральным показателем, характеризующим социальное, экономическое, экологическое развитие государства, качество оказания медицинской помощи населению. В настоящее время в промышленно развитых странах Запада умирает 6 из 1000 детей, в западноевропейских – 2, в России эти цифры колеблются от 8 до 18. Среди основных причин, которые приводят к смертности детей, выделяют врожденные пороки развития, травмы, болезни органов дыхания, инфекционные болезни и др. В дореволюционный период цифры, свидетельствующие о количестве умерших детей, были высокими. В связи с этим интересен анализ причин смертности населения Армавира в дореволюционный период.

Армавир был основан российскими военными властями в 1839 г., в 1876 г. получил статус села [4]. Численность населения постоянно увеличивалась, но системы медицинского обслуживания не существовало. Родовспоможение женскому населению осуществлялось бабками-повитухами. Поэтому не удивительно, что наиболь-

шая смертность наблюдалась среди детей раннего возраста. Целый комплекс причин (тяжелый труд женщин во время беременности, отсутствие санитарно-гигиенических знаний по уходу, плановых профилактических мероприятий и др.) приводил к тому, что 40 % грудничков умирали, не дожив до года.

В рассматриваемый период первое место в структуре смертности занимал диагноз: «младенческое», который фиксировался у детей в основном до 1 года. Исследователь кубанской медицины М. В. Семенцов пишет, что младенческое представляет вторую стадию болезни, а возникает оно от испуга [5]. С точки зрения современной медицины младенческое – это родовая травма с поражением центральной нервной системы. Термин «родовая травма» объединяет нарушения целостности (и отсюда расстройство функций) тканей и органов ребенка, возникающие во время родов. Основной причиной родовой травмы ЦНС считается гипоксия плода в анте- и интранатальном периоде. Любое неблагополучие в течение беременности у матери для плода приводит к кислородному голоданию.

На втором месте в структуре смертности по распространению, скорее, симптом, чем конкретное заболевание, – понос [1]. Расстройства пищеварения детей, основным симптомом которых является понос, весьма разнообразны. К ним относят заболевания функционального происхождения, возникающие у детей, начиная с грудного возраста, и связанные с нарушениями вскармливания и бактериальной инвазией, инфекционные заболевания и др. Недостаток санитарно-гигиенических знаний, возможностей их соблюдения, употребление недоброкачественной пищи и обуславливали большой процент детей с заболеваниями, у которых основными симптомами был понос и рвота. Кроме того, в грудном возрасте понос как сопутствующий симптом может возникать при воспалительных заболеваниях дыхательных путей, при вирусных болезнях, прорезывании зубов и т. д.

Группа инфекционных болезней (натуральная оспа, скарлатина, корь, коклюш и др.) занимала свою нишу в структуре детской смертности. Среди причин, способствующих увеличению численности умерших, отмечался воздушно-капельный механизм передачи заболеваний. Восприимчивость к этим болезням достаточно высокая, поэтому в архивных документах указывается возраст в основном до 3 лет. Скарлатина и дифтерия передаются не только воздушно-капельным, но и контактным путем. Это приводило к трагедиям, когда в одной семье умирало несколько детей [2].

Смертность младенцев от «недоноса», «мертворождение», «от рождения», «слабое рождение» встречается с января 1886 г. Возраст фиксировался даже не в днях, а в часах. Например, в октябре 1890 г. умерла девочка 16 часов от недоноса. До этого года у детей раннего возраста указывался один диагноз «младенческое» [3]. Дальше ос-

новой контингент умерших укладывался в рамки 1-го месяца жизни (например, умерли младенцы, прожив всего 1 день, 3 дня, 5 дней, 9 дней, 12 дней, 15 дней и др.). Неблагоприятные условия для вынашивания детей, условия выхаживания и особенности питания младенцев играли значительную роль.

Таким образом, в рассматриваемый период значительный процент умерших составляли дети грудного возраста, смертность которых характеризовала неудовлетворительное состояние здравоохранения села и отсутствие доступной квалифицированной медицинской помощи. Нехватка акушерок и врачей-педиатров определяла то, что младенцы умирали от родовых травм и их последствий.

### Библиографический список

1. Архивный отдел администрации Армавира (АОАА). Ф. 55. Оп. 1. Д. 1. Л. 85.
2. АОАА. Ф. 55. Оп. 1. Д. 2. Л. 110.
3. АОАА. Ф. 55. Оп. 1. Д. 2. Л. 335.
4. Ктиторов С. Н. История Армавира (досоветский период: 1839–1918 гг.). – Армавир, 2002. – С. 217.
5. Семенцов М. В. «Младенческое набилось в живот» (традиционные этиологические и нозологические представления в народной медицине кубанских казаков) // Итоги фольклорно-этнографических исследований этнических культур Северного Кавказа за 2001 год. Дикаревские чтения (8). – Краснодар, 2002. – С. 96.

## ПРОБЛЕМА СОЦИАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

**О. В. Ковальчук, О. Н. Кашлакова**  
**Белгородский государственный национальный**  
**исследовательский университет, г. Белгород, Россия**

**Summary.** Article is devoted a problem of social health of minors in the conditions of a modern Russian society. In it aspects of social health and the reason of a social illness of rising generation are considered.

**Key words:** social health; aspects of social health; socialization; disadaptation.

Интерес к социальному аспекту здоровья в настоящее время обусловлен изменениями социально-экономической структуры общества, представлений о движущих силах истории и тенденцией к личностной ориентированности общества и, как следствие, возрастанию требований к социальности человека [5]. Говоря о «социальном здоровье» общества, обычно подразумевают: во-первых, социальную значимость тех или иных заболеваний в силу их распространенности, вызываемых ими экономических потерь, тяжести, то есть угрозы для существования популяции или страха перед ними; во-вторых, влияние общественного устройства на причины возникновения болезней,

характер их течения и исходы (возможности выздоровления или смерти); в-третьих, оценку биологического состояния определенной части или всей человеческой популяции на основе статистических показателей, составляющих «социальную статистику» [2].

Понятие «социальное здоровье» активно разрабатывается в научных исследованиях и раскрывает социальный аспект здоровья человека, так как оно обусловлено многочисленными составляющими, охватывающими различные уровни и сферы жизнедеятельности человека. Социальное здоровье современного человека подразумевает его социальное поведение, социальную активность, деятельное отношение к миру; это основной признак, жизненно важное свойство человеческой общности, ее 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. Социальное здоровье также характеризует жизнеспособность всего общества как социального организма и его возможности.

Если рассматривать социальное здоровье детальнее, то можно выделить следующие его аспекты: интеллектуальный, эмоциональный, социальный, личностный и духовный. Интеллектуальный аспект характеризует то, как люди усваивают информацию, знают ли, где ее можно получить, и насколько умеют ей пользоваться. Эмоциональный аспект означает понимание своих чувств и умение выражать их в форме, понятной для других. Человек должен уверенно контролировать свои эмоции и знать, как их выражать в допустимой форме. Социальный аспект подразумевает осознание себя в качестве личности мужского или женского пола, наличие такой социальной среды, которая соответствует желаниям и потребностям того или иного человека. Личностный аспект характеризует то, как люди воспринимают себя, чего они стремятся достичь и что каждый понимает под успехом. Духовный аспект – это уровень культуры человека, наличие у него моральных норм, ценностей, которые определяют целостность личности.

Таким образом, *социальное здоровье* – это актуализированная способность индивида или общности воспроизводить свое бытие посредством социальных связей и отношений, раскрывать в них себя, оптимизировать социальное пространство в соответствии с личными и общественными императивами, ставить и реализовывать задачи, основанные на осознании собственной ответственности за происходящие процессы и окружающий мир в целом [5].

Специфичность социально-экономического и политического развития нашей страны в последние десятилетия обусловила особую актуальность проблемы социального здоровья для России. Современные структурные изменения на макроуровне социальной системы, а также переориентация жизненных стратегий россиян формируют картину социального нездоровья общества. В условиях гло-

бальных преобразований и трансформаций жизни российского общества конца XX – начала XXI века одной из наименее социально защищенных групп оказалось подрастающее поколение, что привело к увеличению числа групп социального риска: обострились проблемы беспризорности и безнадзорности подростков, алкоголизма и наркомании, противоправного и асоциального поведения, суицидов несовершеннолетних. Асоциальное поведение чаще всего является результатом психологической, морально-нравственной, социокультурной, правовой дезадаптации и протеста личности против социальной среды, идентификации с общепринятыми нормами.

Показателем социального здоровья молодого человека является его социальное взаимодействие в обществе, приводящее к позитивным трансформациям и являющееся результатом процесса успешной социализации. Однако на современном этапе социальных преобразований в России наблюдается проблема внешней отчужденности со стороны общества, которая влияет на социальное здоровье несовершеннолетних. Она выражается в отсутствии социальной и психологической защищенности. Этому, в частности, способствуют неустойчивость основных государственных приоритетов в области идеологии; несоответствие материальной обеспеченности и потребностей жизнеобеспечения; отсутствие гарантий реализации выбора профессии и возможности дальнейшего трудоустройства; отсутствие государственных программ по поддержке социального здоровья молодежи [4].

Для обеспечения наиболее благоприятных социально-экономических условий развития каждого молодого человека служит социальная работа с несовершеннолетними, способствующая социальному становлению молодой личности, обретению ею всех видов свобод и полноценному участию в жизни общества. В этой связи важными задачами социальной работы являются развитие интегральных видов социальной защиты, охрана и повышение уровня социального здоровья несовершеннолетних. Решение возникающих в молодежной сфере социальных проблем не может быть реализовано без организации социальной работы, разворачивания деятельности социальных служб для несовершеннолетних.

### **Библиографический список**

1. Байкова Л. А. Исследование социального здоровья детей и учащейся молодежи: теоретико-методологические основы // Педагогическое образования и наука. – 2006. – № 3. – С. 59–63.
2. Гурвич И. Н. Социальное здоровье. URL: [deviantology.spb.ru/old/ru/publications/Gurvich\\_social\\_health.pdf](http://deviantology.spb.ru/old/ru/publications/Gurvich_social_health.pdf)
3. Зобов Р. А., Келасьев В. Н. Социальное здоровье и социализация человека: учеб. пособие для вузов. – СПб. : Химиздат, 2005. – 166 с.
4. Зритнева Е. И., Клушина Н. П. Проблемы социального здоровья современных подростков // Вестник Ставропольского государственного университета. – 2010. – № 66. – С. 62–67.

5. Колпина Л. В. Социальное здоровье в системе показателей качества жизни населения Белгородской области. URL: <http://forum.euroregion.ru/index.php?topic=1447.0>
6. Колпина Л. В. Теоретико-методологические основы исследования социального здоровья личности. – М. : СГУ, 2009. – 179 с.

## **ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ КАК КОМПОНЕНТ ОСНОВ ЗДОРОВОЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

**В. П. Озеров**

**Ставропольский государственный университет,  
г. Ставрополь, Россия**

**Summary.** Published article consider the problem of interconnection a healthy way of life and the foundations of healthy life. There is analyze the influence of physical activity on the interaction of psychomotor, intellectual and professional in human development in this article. A new author's concept of foundations of healthy life is the great social and practical value in improving the system of continuous physical training and professional education in Russia.

**Key words:** healthy way of life; foundations of healthy life; cognition-motor abilities.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), современная медицина может максимум на 10 % оказывать положительное влияние на укрепление здоровья населения, что значительно уступает влиянию здорового образа жизни, который среди других факторов, определяющих здоровье общества, достигает 55 % [1; 2]. С другой стороны, ускорение социально-экономического развития российского общества невозможно без активизации человеческого фактора, активизации психофизической работоспособности каждого конкретного человека, который по-прежнему остается центральным звеном в совершенствовании производительных сил общества. Решению этих актуальных проблем посвящена наша книга «Основы здоровой жизнедеятельности. Активизация психофизической работоспособности человека»: учеб. пособие / В. П. Озеров ; предисл. проф. В. П. Зинченко, Б. Б. Коссова. – М. : Илекса ; Ставрополь : Сервисшкола, 2006. – 472 с.

В отличие от известных подобных работ, наше учебное пособие по существу представляет один из первых комплексных учебников для непрерывного валеологического образования учащихся. Мы надеемся, что учебное пособие будет широко использоваться в средних и высших учебных заведениях и системе дополнительного образования практических психологов и педагогов-валеологов [3; 5].

Целостность человеческой индивидуальности проявляется, прежде всего, во взаимосвязи и взаимодействии психических и физических сил организма. Гармония психофизических сил организма

повышает резервы здоровья, создает условия для творческого самовыражения в различных областях нашей жизни. Активный и здоровый человек надолго сохраняет молодость и работоспособность, продолжая созидательную жизнедеятельность на благо себя, семьи и общества.

Здоровая жизнедеятельность включает в себя следующие основные элементы: плодотворный и безопасный труд, научно организованный режим труда и отдыха, искоренение вредных привычек, оптимальный и специализированный двигательный режим, совершенную личную и общественную гигиену, закаливание, рациональное и специализированное питание, навыки и умения для осуществления здоровой жизнедеятельности в семье и обществе [4].

Здоровая жизнедеятельность это научно-практическая комплексная дисциплина, направленная на активное овладение всем научно-биологическим и практическим опытом человечества в целях повышения психофизиологической работоспособности человека, совершенствования его резервных физических и психических возможностей, эффективного выполнения своих социальных и профессиональных функций с безусловным сохранением и укреплением нравственного, психического и соматического здоровья на долгие годы [4].

В заключение статьи мы еще раз подчеркнем, что пришло время заменить методологически устаревший термин и название предмета «Здоровый образ жизни» на новый и более комплексный: «Основы здоровой жизнедеятельности», который бесспорно включает предыдущий как составной элемент формирования у учащихся образа здоровой жизни, но дополнится психофизиологическими знаниями о функционировании организма, преодолении утомления, методах активизации работоспособности и вооружит учащихся не только знаниями, но и методами, умениями и навыками ведения здоровой и активной жизнедеятельности [4; 5].

Нам представляется более правильно говорить о здоровьеразвивающих технологиях, а не о здоровьесберегающих технологиях, которые больше подходят пожилым людям, чем учащейся молодежи.

### **Библиографический список**

1. Агаджанян Н., Катков А. Резервы нашего организма. – М. : Знание, 1981.
2. Амосов Н. М. Раздумья о здоровье. – М. : Физическая культура и спорт, 1987. – 64 с.
3. Брехман И. И. Валеология – наука о здоровье. – М. : Физическая культура и спорт, 1990. – 208 с.
4. Озеров В. П. Основы здоровой жизнедеятельности. Активизация психофизической работоспособности человека : учеб. пособие / предисл. проф. В. П. Зинченко, Б. Б. Коссова. – М. : Илекса ; Ставрополь : Сервисшкола, 2006. – 472 с.
5. Соловьев Г. М. Здоровый образ жизни. Ч. I и II. – Ставрополь, 2001.



# ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЙ ТУРИЗМ

**В. Е. Матюхина**

**Уфимская государственная академия экономики и сервиса,  
г. Уфа, Россия**

**Summary.** Presently many people try to watch over the health. The fact of common knowledge, that the stay in a resort zone promotes organism improvement. Travel and fitness combination has created fitness tours. Carefully formulated daily routine including eutrophy, the recommended physical activity, absence of alcohol and tobacco, will help to improve a state of health and will strengthen immune system. Fitness tours impart to people the aspiration to a healthy way of life.

**Key words:** health; tourism.

По мнению исследователей, существует проблема здоровья нации. На новые поколения людей, их здоровье и работоспособность действуют такие факторы, о существовании которых несколько десятилетий назад и не подозревали. С каждым годом количество вредных факторов увеличивается. Нынешнее состояние окружающей среды весьма неблагоприятно влияет на иммунную систему организма человека. Воздух загрязнен выхлопными и токсичными газами, водные источники наполнены различными инфекциями, продукты питания насыщены вредными элементами. Помимо негативных вышеперечисленных факторов, человек самостоятельно наносит своему организму урон посредством употребления алкоголя, табака и других токсичных веществ. Необходимо отметить, что в нашей стране 78 % мужчин и 52 % женщин ведут нездоровый образ жизни [1, с. 42].

Наряду с людьми, безразлично относящимися к своему организму, можно выделить группу тех, кто заботится о своем здоровье. Проблема заключается в том, что не всегда люди заботятся о своем организме правильно. Источником подобной проблемы является неосведомленность людей.

Через различные каналы информации часто предлагается возможность сохранения и укрепления здоровья за счет использования какого-нибудь средства, обладающего чудодейственными свойствами (пищевые добавки, очистка организма, вибротренажеры и т. п.). Отличительным моментом для большинства средств подобного типа является отсутствие физической нагрузки. Подобные средства привлекают людей занятых, малоподвижных, желающих получить эффект быстро и не применяя явных усилий. Но практика показывает, что стремление к достижению здоровья за счет какого-либо одного средства принципиально неправильно, так как любая из предложенных «панацей» не в состоянии охватить все многообразие функциональных систем, формирующих организм человека [1, с. 42]. А отсутствие физической активности приводит к гипокинезии (атрофические изменения в мышцах, детренированность сер-

дечно-сосудистой системы, деминерализация костей и т. п.) Гипокинезия приводит к снижению функциональной активности органов, ухудшению устойчивости к неблагоприятным факторам, негативным изменениям в деятельности высших отделов головного мозга и т. д. [2, с. 18]. Следовательно, организму необходима определенная физическая активность для нормальной жизнедеятельности.

По мнению группы специалистов, работающих в различных областях знаний, наиболее перспективным, доступным и эффективным направлением для достижения улучшения физического состояния нации является внедрение физической культуры как ведущего компонента здорового образа жизни в быт общества [2, с. 14]. В определенной степени подобное внедрение уже осуществляется. Спортивные секции, уроки танцев популярны не только среди детей и подростков, но и среди взрослых. Престижным стало посещение фитнес-клубов.

Как правило, начав заниматься в фитнес-клубе, люди начинают следить как за своей физической формой, так за тем, что употребляется в пищу. Люди снижают количество употребляемого алкоголя и табака, становятся более активными и позитивными. При занятии физической культурой проходят апатия, затяжные депрессии, повышаются выносливость, сила, нормализуется функциональная активность органов.

Для людей, которые увлечены спортом, отдых должен быть таким же активным, как и будни. Отличным решением для этого могут стать фитнес-туры. Фитнес-тур – уникальный способ организации досуга, возникший из слияния двух направлений отдыха: фитнеса и путешествий.

Существует несколько особых отличий туров подобного рода от обычных программ отдыха. В первую очередь, все фитнес-туры предполагают присутствие профессиональных инструкторов, которые проводят тренировки и следят за активностью тренирующихся. Как правило, за счет присутствия тренеров и инструкторов программы занятий корректируются в соответствии с возможностями занимающихся и меняются в индивидуальном порядке для достижения оптимальных результатов тренировок.

Другой важный аспект фитнес-туров – это необходимость сочетать тренировочные программы с развлекательными, за счет чего отдых насыщается разнообразными экскурсиями, гармонично вписанными в занятия.

Туры, в которых отдых совмещен с фитнесом, безопасны для здоровья, если они профессионально подобраны и проконсультированы со специалистами. Тренировки проходят под контролем инструкторов, присутствующих в группах.

Туры данного типа позволяют сменить привычную обстановку, отдохнуть и снять напряжение, улучшить спортивные результаты,

освоить новые направления (плавание, танцы, йога и т. д.), найти новых друзей и пообщаться с единомышленниками, приобщить друзей или семью к здоровому образу жизни.

Каждый человек уникален и имеет собственные фитнес-пристрастия. Одни предпочитают тренироваться на берегу моря. Другие постоянно жаждут новых впечатлений и готовы каждый день перемещаться в различные места. Для третьих наилучшим вариантом являются заснеженные горы, леса и разнообразные трассы. Исходя из многообразия предпочтений туристов, предлагаются несколько типов фитнес-туров:

– специализированные – тренировочный процесс организован в пределах одного отеля (Турция, Египет, Сицилия, Маврикий, Куба, Доминиканская Республика);

– целевые – тренировочный процесс вынесен за пределы отелей.

Целевой тип возможен двух видов:

- постоянное перемещение в различные отели. Яркими примерами такого вида туров являются «велопутешествия», которые проходят в таких странах, как Новая Зеландия, Япония, Черногория, а также восхождения на Монблан, Пик Косцюшко, Килиманджаро, Эверест;
- проживание в одном и том же отеле на протяжении всего тура, но ежедневные тренировки проходят за его пределами, например, на заснеженных склонах Австрии и Франции.

Как правило, программа подобных туров максимально разнообразная. В день предлагается от 6-ти до 10-ти тренировок на выбор. Фитнес-день состоит из серии утренних, дневных и вечерних занятий. Программы включают все направления фитнеса и корректируются в соответствии с пожеланиями участников тура. Программа посещения групповых тренировок может формироваться с учетом индивидуальных целей участников. Для решения индивидуальных задач возможно совмещение групповых программ занятий с персональными тренировками.

Расписание и структура уроков построены на базе научных знаний о физической культуре, новинок фитнес-индустрии и с учетом правил травмобезопасности. Время в фитнес-туре организуется по принципу "No Stress". Это значит, что все посещения занятий и мероприятий только по желанию. Предусмотрен специальный «день восстановления» – день отдыха от интенсивных тренировок.

Если в фитнес-тур вместе с родителями едут дети, для них организуются детские занятия. Данный момент осуществляет приобщение и прививание любви к физической культуре с детского возраста. Немаловажным является увеличение потенциальных потребителей, имеющих детей, посредством разработки ярких идей проведения отпуска в кругу семьи.

В команду организаторов и тренеров может быть включен массажист, который позволит эффективно справиться, в случае необходимости, с перенапряжением мышц и расслабит организм.

В рамках тура организуются совместные развлекательные мероприятия, которые объединяют участников тура и наполняют их энергией позитивного общения. Было замечено, что в подобной среде единомышленников создается естественная мотивация к здоровому образу жизни.

Особенно важным моментом являются контроль и рекомендации по диете для участников тура. Исследовав предлагаемую кухню, специалист дает рекомендации по правильному питанию. Обязательной рекомендацией для всех участников группы является воздержание от употребления алкогольной продукции. Участники самостоятельно принимают решения о принятии или отказе от выполнения рекомендаций.

Приобщение к спорту возможно в любом возрасте, именно поэтому многие нередко подолгу откладывают тренировки и по-прежнему страдают от избыточного веса, проблем со здоровьем и последствий сидячего образа жизни. Однако тур, в котором отдых совмещен с фитнесом, – это отличный вариант для профессионалов и начинающих, так как в ходе единой программы можно одновременно получить удовольствие от занятий и стимул заниматься ежедневно, не отставая от группы и добиваясь успеха.

Фитнес-туры – это наиболее современный отдых, поэтому, по мнению многих, это вариант для молодежи, однако данное мнение ошибочно. На самом деле во всем мире данные туры получили распространение среди людей любого возраста и любого социального положения. Среди программ активного отдыха есть варианты, которые подходят даже для активных пенсионеров, которые не желают отказываться от заботы о здоровье и скучать [3].

В заключение можно отметить прогнозы специалистов, заключающиеся в том, что новый вид путешествия, совмещенного с фитнесом, набирает большую популярность среди всех возрастов и слоев населения. Фитнес-тур является отличным началом для приобщения к здоровому образу жизни и поддерживает стремление к здоровому отдыху среди людей. Люди, уже побывавшие в фитнес-туре, возвратившись, ощущали, что их организм поправился, обрел тонус и легкость, настроение повысилось, появилось желание продолжать заниматься физической культурой и правильно питаться. Фитнес-туры – это новый, усовершенствованный путь к оздоровлению нации.

#### **Библиографический список**

1. Вайнер Э. Н. Валеология : учеб. – М. : Флинта, 2011. – 448 с.

2. Купчинов Р. И. Физическое воспитание : учеб. пособие. – Мн. : ТетраСистемс, 2006. – 350 с.
3. URL: <http://fittour.ru/>

## РОЛЬ СОВРЕМЕННЫХ ПОПУЛЯЦИОННЫХ СКРИНИНГОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В СБЕРЕЖЕНИИ И ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

И. Г. Самойлова, М. В. Авдеева

Научно-исследовательский институт детских инфекций  
Федерального медико-биологического агентства,  
г. Санкт-Петербург, Россия

**Summary.** The study involved 2007 persons (middle age  $50,80 \pm 16,54$  year). Screening was performed in Health Center. The greatest number of persons with an unhealthy lifestyle and with single cardiometabolic risk factors is revealed at screening of socially active population of young age. Management of behavioral factors of unhealthy lifestyle and removal of cardiometabolic risk factors which are able to be corrected will result in decrease of cardiovascular risk in senile age and improvement of life prognosis of people.

**Key words:** Health center; primary prevention; risk factors; healthy lifestyle.

**Введение.** По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в Российской Федерации (РФ) лидирующие факторы риска смертности и заболеваемости – это высокое артериальное давление (АД), высокий уровень холестерина, курение и алкоголь [1]. Число новых случаев сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) продолжает нарастать, что является одной из главных причин потери трудоспособности. Они же в основном определяют и рост затрат на здравоохранение. Каждый день в России от ССЗ умирает 3114 человек [2]. Необходимы усилия, которые могли бы способствовать росту наметившейся благоприятной тенденции в России.

Снижение смертности от социально значимых неинфекционных заболеваний и их распространенности в РФ в ближайшие годы может быть достигнуто при условии создания и активного внедрения научно обоснованных мер первичной профилактики, обеспеченных адекватной финансовой поддержкой со стороны правительства. Раннее выявление факторов риска ССЗ и диагностика заболеваний на доклинической стадии приобретает все большее практическое значение. Большие надежды при решении этих сложных вопросов возлагаются на новые структуры лечебно-профилактических учреждений – Центры здоровья [3]. Целью исследования стало изучение структуры факторов кардиометаболического риска в зависимости от возраста при аппаратно-программном тестировании в Центре здоровья.

**Материалы и методы.** Всего обследовано 2007 человек (средний возраст  $50,80 \pm 16,54$  лет). Комплексное скрининговое обследование включало: тестирование психофизиологического и соматического здоровья с помощью аппаратно-программного комплекса «Экспресс-здоровье»; экспресс-оценку функционального состояния сердца по ЭКГ-сигналам от конечностей на приборе «Кардиовизор-Обс»; экспресс-анализ уровня общего холестерина и глюкозы капиллярной крови натошак на приборе «CardioChek PA»; анализ внутренних сред организма (процентного соотношения воды, мышечной и жировой ткани) на биоимпедансметре КМ-АР-01 «Диамант-Аист»; определение концентрации окиси углерода и карбоксигемоглобина с помощью смокелайзера и анализатора окиси углерода «Micro CO» (MICRO MEDICAL, Великобритания). Факторами кардиометаболического риска считали уровень глюкозы капиллярной крови  $\geq 5,6$  ммоль/л; общий холестерин  $\geq 5,2$  ммоль/л; индекс массы тела  $\geq 25$  кг/м<sup>2</sup>; АД  $\geq 130/85$  мм рт. ст. Оценивалось наличие поведенческих факторов риска – гиподинамии, курения, нерационального питания, злоупотребления алкоголем. Учитывалось наличие в анамнезе ожирения, сахарного диабета, ишемической болезни сердца, мозгового инсульта или инфаркта миокарда, эссенциальной артериальной гипертензии. Анализ полученных данных проведен с помощью пакета программ STATISTICA 6.0 (StatSoft Inc, США).

**Результаты и их обсуждение.** Распределение обследованных пациентов по возрастным группам согласно классификации ВОЗ оказалось следующим: молодой возраст (18–29 лет) – 16,69 % (n = 335); зрелый возраст (30–44 года) – 18,34 % (n = 368); средний возраст (45–59 лет) – 34,18 % (n = 686); пожилой возраст (60–74 лет) – 26,56 % (n = 533); старческий возраст (75–89 лет) – 4,24 % (n = 85). Характер распределения обследованной когорты по группам здоровья: хроническое кардиометаболическое заболевание в анамнезе имелось у 46,84 %; факторы риска развития кардиометаболических заболеваний выявлены у 38,37 % и у 14,8 % отсутствовали факторы риска и хронические кардиометаболические заболевания. Наибольшее число пациентов с факторами риска было выявлено среди лиц молодого возраста по сравнению с группами зрелого, среднего, пожилого и старческого возрастов (56,66; 51,18; 41,04; 17,24; 9,3 %,  $p < 0,05$ ). Вместе с тем наибольшее число пациентов с хроническими кардиометаболическими заболеваниями выявлено среди лиц старческого возраста (90,7; 80,65; 55,26; 23,08; 5,12 %,  $p < 0,05$ ). В молодом и зрелом возрасте по сравнению с более старшими возрастными группами наблюдалась наиболее высокая распространенность таких вредных привычек, как курение (33,11; 25,44; 19,41; 10,57; 0%  $p < 0,05$ ) и злоупотребление алкоголем (5,03; 3,75; 1,93; 1,3; 0 %,  $p < 0,05$ ). Кроме того, в молодом возрасте высоким оказался

уровень распространенности гиподинамии (37,88 %) и нерационального питания (53,92 %).

Установлено, что 34,81 % лиц молодого возраста имеют только 1 фактор риска; 20,82 % – 2 фактора риска; 4,78 % – 3 фактора риска и 1,02 % – 4 фактора риска одновременно. У 38,46 % обследованных зрелого возраста выявлен 1 фактор риска, у 22,19 % – 2 фактора риска, у 9,17 % – 3 фактора риска и у 4,44 % – сочетание 4 факторов риска. В среднем возрасте количество комбинированных факторов риска возрастает, так 1 фактор риска в этой группе встречался в 19,85 % случаев; 2 фактора риска – в 35,41 % случаев; 3 фактора риска – в 30,37 % случаев и 4 фактора риска – в 10,67 % случаев. Наиболее высокая распространенность комбинированных факторов риска выявлена у лиц пожилого и старческого возраста. Так, в этих группах 1 фактор риска соответственно встречался в 13,17 % и 9,30 % случаев; 2 фактора риска – в 27,32 % и 36,05 % случаев; 3 фактора риска – в 38,05 % и 34,88 % случаев и 4 фактора риска – в 18,54 % и 19,77 % случаев.

### **Выводы**

1. Наибольшее число лиц с нездоровым образом жизни и с одиночными кардиометаболическими факторами риска выявлено при скрининге социально активного населения молодого возраста.

2. Комплексный скрининг молодого трудоспособного населения и информирование о факторах риска развития социально значимых неинфекционных заболеваний позволит предотвратить реализацию потенциального риска в серьезные ССЗ и снизить заболеваемость и смертность в России в ближайшие десятилетия.

### **Библиографический список**

1. Marquez P. V., Dying T. Y. Addressing premature mortality and ill health due to non-communicable diseases and injuries in the Russian Federation (Summary) 2005. The World Bank 1818 H Street. – NW Washington DC 20433 (USA), 2005. – P. 148.
2. Шальнова С. А., Деев А. Д. Тенденции смертности в России в начале XXI века (по данным официальной статистики) // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2011. – № 6. – С. 5–11.
3. Алексеев В. А., Борисов К. Н. Профилактика факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в Центре здоровья. – М., 2010. URL: <http://biosite.ru>

# ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ СОТРУДНИКОВ СОЦИАЛЬНЫХ СЛУЖБ

**Е. В. Щербинина**  
**Уфимский филиал**

**Российского государственного социального университета,  
г. Уфа, Республика Башкортостан, Россия**

**Summary.** Burnout syndrome as a professional health disorder of social service staff is analyzed in the article. Factors of burnout syndrome are underlined. The author suggests the ways of prevention of professional health disorder of social service staff.

**Key words:** Professional health of a person; burnout syndrome of social service staff.

Профессиональная деятельность в жизни человека занимает значительное место, оказывая влияние на развитие личности, на образ жизни, здоровье и поведение человека. При этом ее влияние может носить не только позитивный, но и порой негативный и даже разрушительный характер по отношению к личности специалиста и его профессиональному здоровью.

Наиболее развернутое понятие профессионального здоровья было дано исследователями (А. Н. Разумов, В. А. Пономаренко, В. А. Пискунов, 1996), которые определяют его как «процесс сохранения и развития регуляторных свойств организма, его физического, психического и социального благополучия, обеспечивающих высокую надежность профессиональной деятельности, профессиональное долголетие и максимальную продолжительность жизни» [2, с. 26].

Сотрудники социальных служб по роду своей деятельности вовлечены в длительное напряженное общение с другими людьми – людьми, имеющими социальные проблемы, людьми с особыми нуждами. Такого рода общение может способствовать развитию синдрома выгорания.

К. Маслач, одна из ведущих специалистов по изучению синдрома эмоционального выгорания, рассматривает его как «ответную реакцию на длительные профессиональные стрессы межличностных коммуникаций, включающую три компонента: эмоциональное истощение, деперсонализацию и редукцию персональных достижений» [1, с. 30]. Иными словами, основными признаками синдрома выгорания являются ощущение эмоционального перенапряжения, внутренней опустошенности, наличие негативных чувств по отношению к клиентам и негативная самооценка. С учетом специфики социальной работы как профессиональной деятельности при возникновении подобного рода симптомов встает вопрос о профессиональной пригодности сотрудника к работе с людьми, попавшими в трудную жизненную ситуацию. Именно поэтому для сохранения



профессионального здоровья и долголетия сотрудников социальных служб приоритетное значение приобретает проблема профилактики синдрома выгорания как нарушения профессионального здоровья.

Под руководством автора Г. Якуповой было проведено пробное дипломное исследование сотрудников комплексных центров социального обслуживания г. Уфы (80 чел.) по методике К. Маслач и составленной анкете.

Исходя из полученных данных, проблема «эмоционального выгорания» в профессиональной деятельности социальных работников актуальна, т. к. у 81 % опрошенных зафиксировано выгорание различного уровня. Лишь у 19 % респондентов синдром «эмоционального выгорания» не выявлен.

«Эмоциональное выгорание» выявлено в большей степени у сотрудников со средним (10,9 %) и среднеспециальным образованием (58,7 %). У 53,8 % респондентов, имеющих высшее образование, синдром «эмоционального выгорания» не выявлен. Наличие высшего образования, возможно, снижает риск возникновения «выгорания», так как высокая профессиональная подготовка дает специалисту широкий спектр вариантов, способов и приемов решения профессиональных задач и проблем, возникающих в процессе работы. Благодаря этому снижается уровень неудовлетворенности собой, тревоги и депрессии.

В группе опрошенных со сложившимся синдромом «эмоционального выгорания» преобладают сотрудники, находящиеся в должности социального работника (46,2 %). Отсутствие «эмоционального выгорания» в большей степени присуще специалистам по социальной работе (36,4 %). Это можно объяснить тем, что сотрудник, работающий в должности социального работника, непосредственно общается с клиентами, осуществляя патронаж или оказывая социальную помощь. Он в большей степени испытывает психоэмоциональные нагрузки, сталкивается с горем, отчаянием людей, переживает и сочувствует им.

Проанализировав ответы респондентов, можно выделить следующие социально-психологические факторы, влияющие на формирование синдрома выгорания:

- повышают риск развития «выгорания» напряженный темп работы сотрудников социальных служб (75 % респондентов ответило, что «у нас всегда сжатые сроки и напряженная работа»);

- осознание своей работы как важной, но недостаточно эффективной (так считает 50 % респондентов);

- недостаточно эффективная стратегия сдерживания своих эмоций в себе в стрессовых ситуациях; при постоянном следовании такому поведению риск формирования синдрома выгорания повышается (58 % респондентов с высокой степенью «выгорания» ответили, что

стараятся справиться со стрессовыми ситуациями сами, никого не отвлекая);

– возможность помогать людям как значимый мотив профессиональной деятельности можно рассматривать как фактор, снижающий риск «выгорания» (такой мотив назвал 41 % респондентов, у которых не выявлено «выгорания»);

– напряженные отношения с руководителем и неблагоприятные отношения в коллективе повышает риск развития «выгорания» (напряженные отношения с руководителем у 51 % респондентов с высокой степенью выгорания, у 58 % неблагоприятные отношения в коллективе, недоброжелательный психологический климат).

Исходя из полученных результатов, в целях профилактики синдрома выгорания сотрудников системы социальной защиты необходима организация работы по трем взаимосвязанным направлениям: организационному; оздоровительному; психосоциальному.

Организационное направление подразумевает: организацию рабочего места в соответствии с гигиеническими нормами и правилами, закрепление за новоприбывшим сотрудником наставника; предоставление очередного отпуска по частям с учетом пожеланий сотрудника; предоставление краткосрочного (до 10 суток) отпуска; перевод на временный облегченный режим работы; перевод с согласия сотрудника в пределах службы, отделения или в другие службы, отделения; создание условий для служебного продвижения, профессионально-квалификационного роста.

В рамках рассматриваемой темы особое значение приобретает институт наставничества в организациях системы социальной защиты. Благодаря организации такого направления молодой специалист получает помощь и поддержку, лучше понимает деятельность организации, усваивает чужой опыт, снижает свое психологическое напряжение и гораздо быстрее адаптируется, что стимулирует личностное и профессиональное его развитие.

Оздоровительное направление включает следующие мероприятия: соблюдение суточной и недельной физиологических норм работы и отдыха, борьба с вредными привычками; пропаганда здорового образа жизни в организации, создание системы стимулирования сотрудников к достижению высокого уровня здоровья, регулярные занятия физической культурой и спортом; активный отдых с частичным или полным изменением социального окружения, санаторно-курортное оздоровление.

Психосоциальное направление включает: диагностику условий труда с точки зрения их влияния на здоровье работников, мониторинг состояния психосоциального здоровья сотрудников; просветительно-разъяснительные лекции и беседы о вероятности, сущности и последствиях профессиональной деформации; индивидуальное консультирование, психологическую поддержку с привлечением

лиц вне учреждения; сеансы регуляции и саморегуляции общего психического состояния и поведения; психологическое стимулирование к профессиональному, общественному развитию с определением близкой, средней и отдаленной перспектив.

Организация такой комплексной профилактической работы призвана помочь сотрудникам социальных служб сохранить свое профессиональное здоровье на долгие годы.

#### **Библиографический список**

1. Водопьянова Н., Старченкова Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. – 2-е изд. – СПб. : Питер, 2008. – 336 с.
2. Разумов А. Н., Пономаренко В. А., Пискунов В. А. Здоровье здорового человека (Основы восстановит. медицины) / под ред. В. С. Шинкаренко. – М., 1996. – 413 с.

# III. ЗДОРОВЬЕ И БОЛЕЗНЬ В ВОЗРАСТАХ ЧЕЛОВЕКА

## ОБ АДАПТИВНОЙ НОРМЕ РЕАКЦИИ

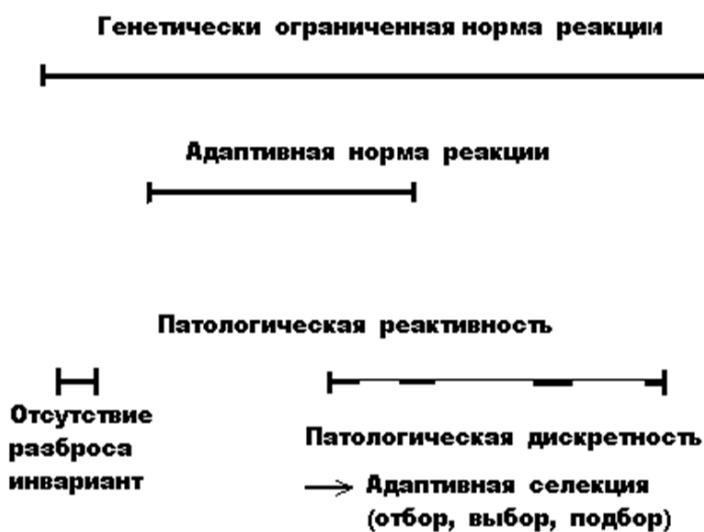
А. Н. Ложкина, А. В. Чайченко  
Забайкальский государственный университет,  
г. Чита, Россия

**Summary.** Adaptation (as well as adaptive selection) developed through a change of structure, function and fluctuations. Fluctuating subsystems of living organisms include more or less probability area respond. To describe types can be used attractors, noise, network, distribution. Nonfluctuating blood enzymes can be considered as "dead."

**Key words:** adaptation; the rate of reaction; flicker noise; health; fluctuations; distribution; selection.

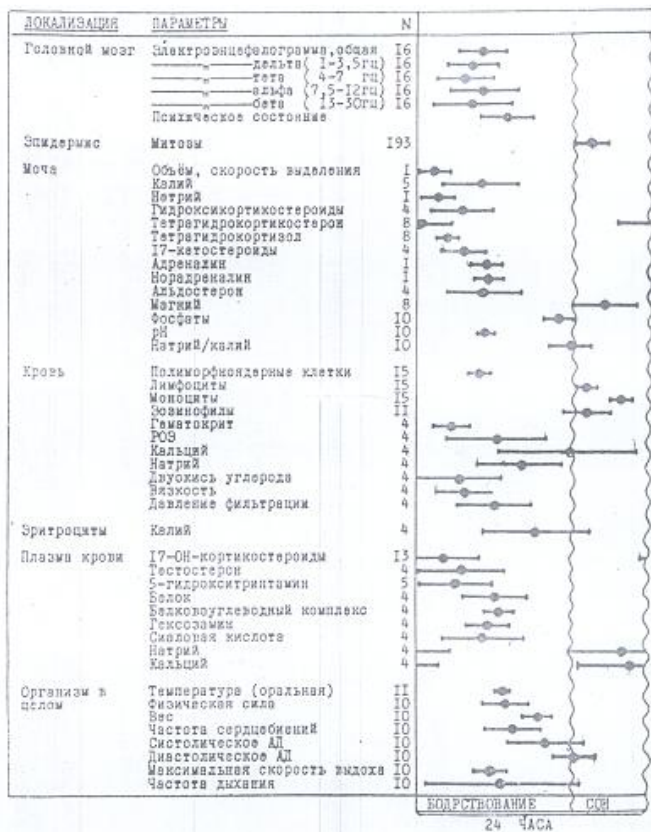
Адаптивность организма можно рассматривать как основное свойство, определяющее здоровье организма [3]. Термин «норма реакции» был предложен Р. Вольтереном. Понятие нормы конкретно для каждого физиологического показателя и описывается обычно или как среднее арифметическое из множества показателей («средняя норма»), или как разброс с верхней и нижней границей допустимых отклонений («динамическая норма») [3]. Рассматривая проблемы адаптации в эволюционном аспекте, И. И. Шмальгаузен ввел понятие «адаптивной нормы» – комплекса реакций, заложенных в геноме и реализуемых в большом количестве фенотипов, онтогенез которых проходит в широком спектре условий среды [5].

Примерами адаптивной нормы служат температурный диапа-



зон размножения разных бактерий, всхожести семян растений, область разброса длины листьев карликовой березы (растущей за полярным кругом), границы водородного показателя (рН), совместимых с работоспособным состоянием людей и пр. Адаптивная норма уже, чем генетически заложенные возможности организма (рис. 1).

Рис. 1. Сравнение нормальной и патологической реактивности организма

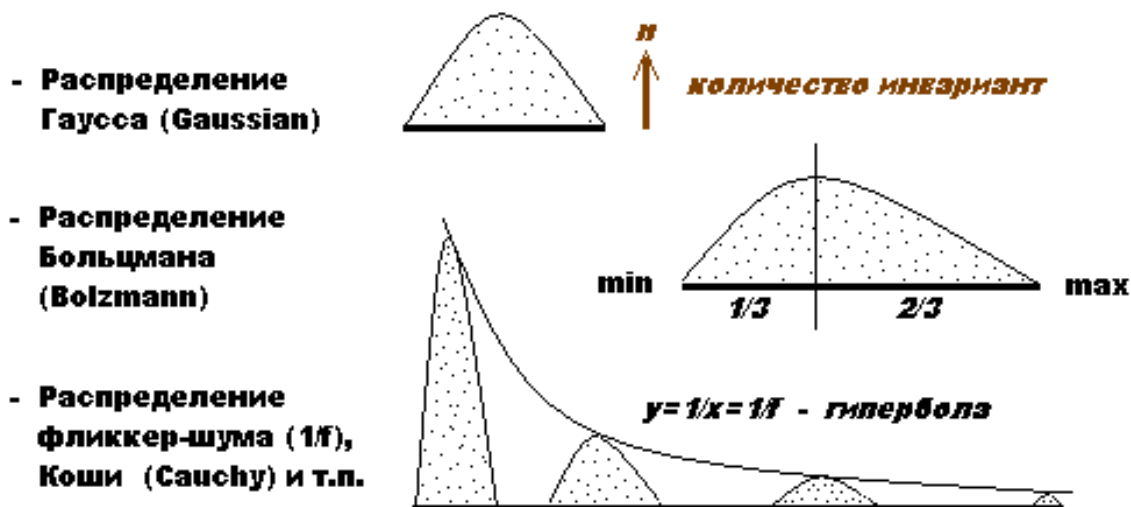


**Рис. 2. Разброс инвариант некоторых параметров человека, измеряемых в определенное время суток [2]**

Исследование сдвигов функциональной активности под воздействием тех или иных факторов среды может быть изображено как изменение абсолютных границ адаптивной нормы, так и распределениями. Причем отклонения чаще получаются неравновесными (с функциональной асимметрией /типа распределения Больцмана и пр.) (рис. 3).

Приведем несколько примеров из литературных источников. Человек может выдержать температуру тела от 24 (при более низкой температуре останавливается сердце) до 42° (при более высокой температуре коагулируют белки мозга). Разница от 37° составляет в одну сторону — 13, в другую — 5°, что примерно соответствует соотношению 2 : 1. Систолическое кровяное давление (упрощенно) может варьировать от 60 мм рт. ст. (при более низком давлении не фильтруется моча; человек погибает от интоксикации) до 240–280 (гипертонию механически не выдерживает сосудистая стенка; инсульт) при норме 120 мм рт. ст. Разница (240 – 120 = 120; 120 – 60 = 60; 120 : 60 = 2 : 1) с соотношением 2 : 1.

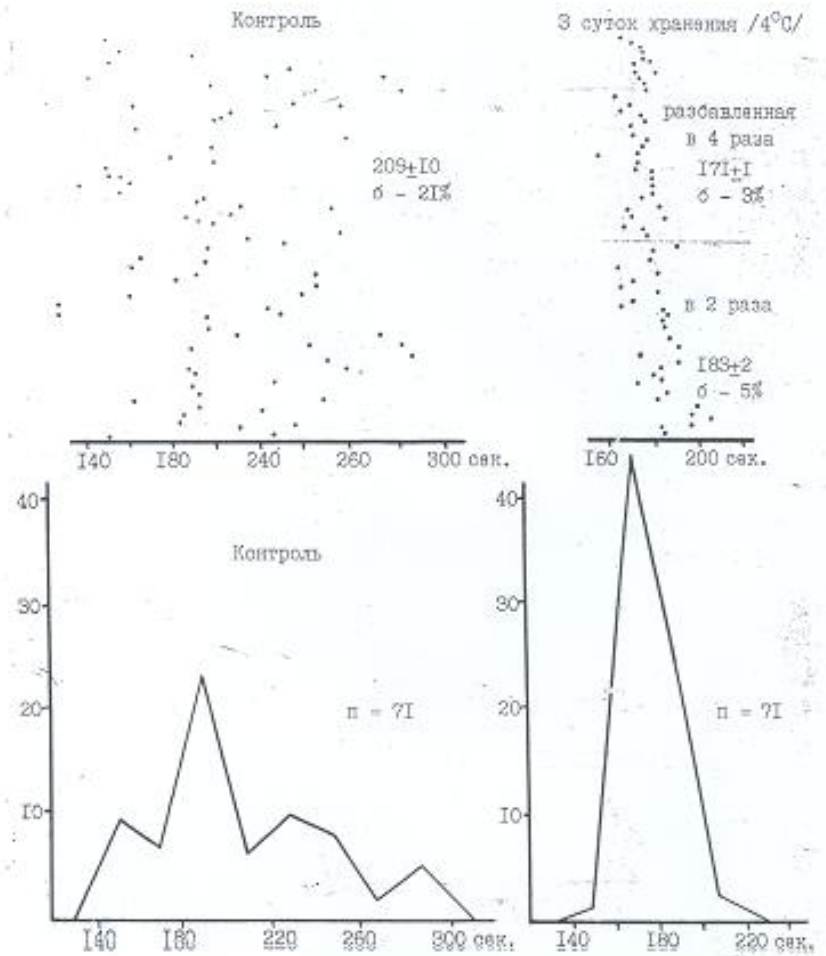
**Адаптивная норма реакции: формирования структур (Гаусса), функций (Больцмана), флуктуаций (разнообразные шумы с "ырлыками" индивидуальности)**



*Рис. 3. В диапазоне значений адаптивной нормы реакции зачастую прослеживается дополнительная значимая информация*

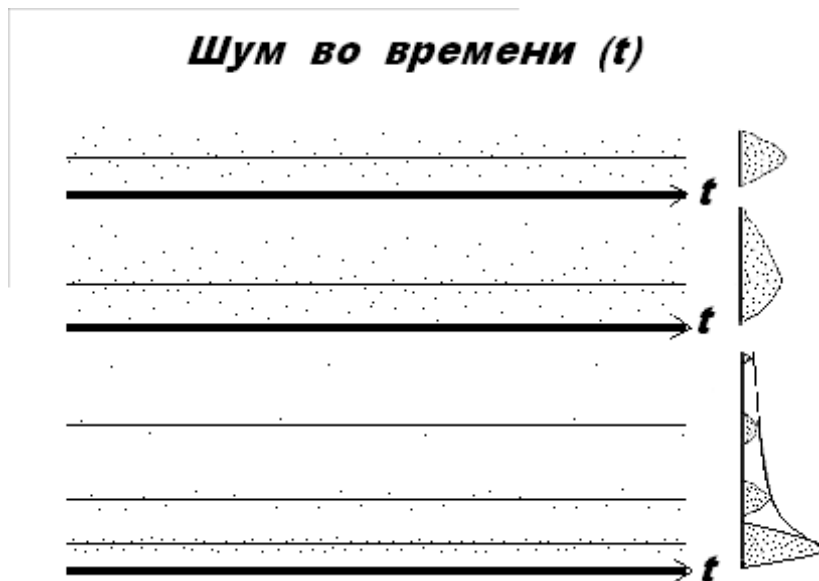
Водородный показатель (рН) внутренней среды (т. е. межклеточной жидкости) организма (плазмы крови, лимфы, тканевой жидкости) соответствует в норме значению рН 7,4 при максимальных отклонениях до 6,7 (выдерживают лишь тренированные к ацидозу лица /оговоримся, что локальный ацидоз может быть гораздо большим/) и 7,8; общая амплитуда –  $7,8 - 6,7 = 1,1$  с отклонениями от нормы 0,7 и 0,4; соотношение 2:1. Частота сердечных сокращений, в среднем составляющая 72 уд./мин., может достигать 180 уд./мин. и более, т. е. с явным «перевесом» в одну сторону. Соотношение времени бодрствования и сна составляет 16 и 8 часов (2 : 1). Таким образом, адаптивные системы оставляют функциональный резерв для экстремальных ситуаций (бег, травма, гипоксия...) в два раза больший, чем для сдвигов в иную сторону. Даже замеры активности свертывающей системы крови одного человека (из одной пробирки с плазмой) «скачут» неравномерно. (рис. 4)

Если ферменты «умирают» (длительное хранение, замораживание-оттаивание), то флуктуационная активность прекращается; результаты становятся стабильными [правая часть рисунка].



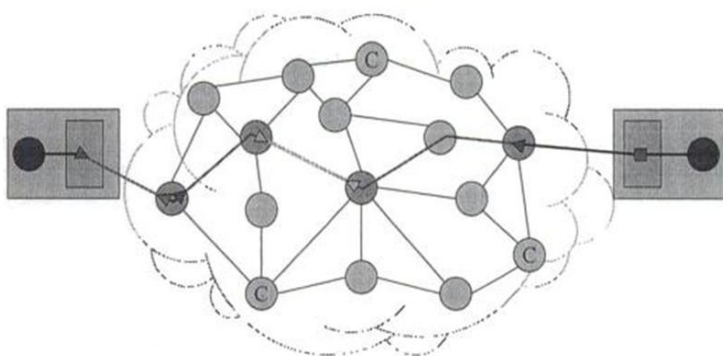
**Рис. 4. Спектр распределения замеров времени рекальцификации (свертывания) плазмы крови до и после разбавления водой в 2 и 4 раза [n – количество инвариант,  $\delta$  % – среднеквадратическое отклонение, выраженный в процентах]**

При изучении однотипного процесса во времени (вариации сердечного, дыхательного циклов, интенсивность испарения воды листьями растений...) или скачков концентрации регуляторов (гормонов, цитокинов...) в крови – будет наблюдаться шум. Шумы также могут соответствовать вышеописанным распределениям (рис. 5).



**Рис. 5. Модельные примеры шумов, соответствующих равновесному, неравновесному и мерцающему (= фликкер; с запрещенными фазами флуктуаций) распределениям**

Индивидуальные особенности в распределениях предлагается обозначать как *цветные* шумы. Если весь диапазон вариационного ряда разбить на зоны и условно обозначить их «к-о-ж-з-г-с-ф» – цветами от красного до фиолетового, то наиболее часто встречаемые значения (пик кривой) будут соответствовать какому-то условному цвету (такого рода характеристики называют, допустим, зеленым шумом, если пик сосредоточен в середине диапазона; красным шумом – если в начале и т. п.). Распределение инвариант может быть неравномерным, неправильным, блуждающим «походкой пьяного» («коричневый шум»), дискретным («мерцающий» шум, или фликкер-шум), стильным (со своим или «групповым» стилем; с измене-



ниями «с достоинством», по А. Л. Чижевскому [см. 1]. Равномерное распределение во всем диапазоне встречаемых величин названо *белым* шумом (как бы синтезирующим в себе все равные по величине пики, все «цвета»).

В настоящее время проводятся попытки описывать флуктуации в 3D (трехмерно) через модельные сети; топологически [6] (рис. 6). Принципиальную несовместимость динамики (во времени) и термодинамики (объемно) подчеркивал Пуанкаре [см. 4]. То есть адаптивные процессы также можно рассматривать через призму «режима



времени» и «режима пространства». Адаптация (динамика во времени) и селекция (отбор в пространстве, популяции) сочетаются как дихотомия. Разрабатываются понятия и эволюция «макродоменов, микродоменов адаптивных ниш», «селекционных аттракторов», квот, диверсификации (увеличения полиморфизма) и др.

### Библиографический список

1. Атлас временных природных процессов. Порядок и хаос в литосфере и других сферах / А. Г. Гамбурцев, С. И. Александров, А. С. Беляков и др. – М. : ОИФЗ РАН, 1994. – Т. 1. – 176 с.
2. Математический анализ циркадианных систем организма на основании процедуры «косинор» / К. А. Багриновский, Н. В. Багинская, А. Ф. Баженова и др. // Кибернетические подходы к биологии. – Новосибирск, 1973. – С. 196–209.
3. Моисеева Н. И. Возможности использования временной структуры физиологических функций в конкретизации понятия нормы и степени адаптированности // Адаптивные реакции мозга и их прогнозирование. – Л., 1978. – С. 140–147.
4. Пригожин И. От существующего к возникающему: время и сложность в физических науках. – М. : КомКнига, 2006. – 296 с.
5. Шмальгаузен И. И. Кибернетические вопросы биологии. – Новосибирск : Наука, 1968. – 213 с.
6. Varis M. D., Reicher P., Popek G. J. Conductor: distributed adaptation for heterogeneous networks. – Kluwer Academic Publishers, 2000. – 235 p.

## УКРЕПЛЕНИЕ И СОХРАНЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ

Е. И. Жупиева

Восточно-Сибирская государственная  
академия образования, г. Иркутск, Россия

**Summary.** In the article consider some questions concerning the role of the perinatal period in forming of the child's health. The features provide optimal conditions for the mental, physical and creative potential of human.

**Key words:** pregnancy; perinatal period; emotional state.

Перинатальная психология изучает особенности и закономерности развития человека на ранних этапах, предоставляя достоверные данные о психическом, интеллектуальном и эмоциональном развитии ребенка во время беременности и родов [1; 2; 3; 5; 6; 7; 8]. По мнению ряда авторов, поведение женщины, вынашивающей ребенка, является фактором риска для его психического развития [3; 4; 5]. Это связано с тем, что, с одной стороны, во время беременности будущая мать старается снизить действие неблагоприятных факторов, которые способны оказать патогенное влияние на развивающийся организм, но, с другой стороны, возникают ситуации, в

которых своим поведением женщина усугубляет положение ребенка. Существуют данные, указывающие на возможную связь тазовых предлежаний и разгибательных состояний головки плода с перенесенным матерью острым эмоциональным стрессом. Тревога или стрессовое состояние матери в период беременности может отрицательно повлиять на интеллект и личностные качества развивающегося человека, отрицательно сказаться на способности к обучению и к социальному взаимодействию [1; 5].

Положительное эмоциональное состояние женщины, ожидающей рождения ребенка, важно для ее психосоматического здоровья и здорового психофизиологического развития младенца [6]. Описаны нейрогормональные механизмы, преобразующие материнские эмоции в факторы воздействия на плод, как обучающие, так и травмирующие. Доказаны связи между эмоциями, которые испытывает женщина в период беременности, и постнатальным развитием младенца [2]. Таким образом, эмоциональное состояние женщины во время беременности выступает важным фактором в построении системы отношений между матерью и ребенком. Будущая мать, способная осознать значимость своего вклада в развитие ребенка в пренатальном периоде, с пониманием и заботой относящаяся к собственному эмоциональному состоянию, создает оптимальные условия для психического развития ребенка. Недостаточная регуляция собственных эмоциональных состояний со стороны матери, связанная с невысоким уровнем ответственности, приводит к неоптимальному построению отношений между ней и ребенком. В итоге такого нарушения контакта, ребенок в пренатальном периоде своего развития оказывается в неблагоприятных условиях, что, возможно, может являться одной из причин нарушения психомоторного развития после рождения.

Мы не можем отрицать важности воспитания ребенка, особенно в первые годы его жизни, но ничто не сравнится с воздействием, которое оказывает пренатальное воспитание [8]. Последнее можно определить как предоставление подходящих условий и средств, способных обеспечить формирование и развитие всего потенциала способностей, заложенных в человеке. Мать выступает посредником между внешним миром и ребенком, который непрерывно улавливает ощущения, эмоции, мысли, которые возникают у матери, и эти первые сведения могут определенным образом влиять на будущую личность на уровне зарождающейся психики.

По нашему мнению, когда мать устанавливает с ребенком связь еще до его рождения, то, появляясь на свет, он несет в себе чувство существующей взаимной связи, что создает для его физического, умственного и творческого развития оптимальные условия. Необходимо любить и заботиться о малыше, пока он еще не родил-

ся. Сознательное и ответственное отношение родителей к появлению ребенка должно стать нормой.

Таким образом, определенный уровень развития духовной культуры родителей способен формировать психологическую готовность к построению новых отношений с ребенком до его появления на свет, и здоровая беременность, дородовое воспитание и естественные роды приведут к рождению физически и психически здорового ребенка.

### **Библиографический список**

1. Батуев А. С. Биосоциальная природа материнства и раннего детства. – СПб., 2007.
2. Верни Т. Тайная жизнь ребенка до рождения. – М., 1994.
3. Дик-Рид Г. Роды без страха. – СПб. : Питер-Пресс, 1997.
4. Захаров А. И. Что нужно знать родителям до рождения ребенка. – СПб. : Образование, 1994.
5. Оден М. Возрожденные роды. – М., 1994.
6. Филиппова Г. Г. Психология материнства : учеб. пособие. – М. : Изд-во Института Психотерапии, 2002.
7. Чемберлен Д. Разум вашего новорожденного ребенка. – М. : Независимая фирма «Класс», 2004.
8. Чичерина Н. А. Воспитание до рождения. – М., 2002.

## **ЗДОРОВЫЕ ЗУБЫ – ОСНОВА ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА И ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ПОКОЛЕНИЯ**

**Р. Г. Давыдов, В. О. Кенбаев, А. А. Асылханов,  
К. К. Аргынова, М. А. Мухамбетов**

**Международный казахско-турецкий университет  
им. Х. А. Ясави, Учебно-клиническая база,  
г. Шымкент, Казахстан**

**Summary.** In the article the authors give the analysis of reasons of conflict situations between a patient and a dentist. The authors offer their views on the control of conflict situation and prevention of conflicts.

**Key words:** conflict, conflict situations, control of conflicts, prevention of conflicts.

Молочные зубы. Как много внимания уделяют им тогда, когда в принципе уже основные этапы становления гигиены рта упущены, а предпосылки появления нездоровых зубов заложены [1; 8]. Несмотря на то, что современная стоматология существенно продвинулась вперед, и поход к стоматологу больше не означает неминуемой расплаты за неправильное питание и несоблюдение гигиенических мероприятий мучительной болью, тем не менее, здоровые и крепкие зубы есть далеко не у всех. И если говорить откровенно, то в

большинстве случаев вина за проблемы с зубами у детей лежит целиком и полностью на родителях. Становясь родителями, необходимо сделать все, чтобы наши дети радовали своей белоснежной улыбкой долгие годы. Для начала необходимо выяснить сроки прорезывания молочных зубов у ребенка [2; 7].

Сроки прорезывания зубов не определяются жестко и зависят от многих факторов, в первую очередь, от наследственности и питания ребенка. Но средние границы прорезывания варьируются следующим образом: нижние резцы – 6–9 мес.; верхние резцы – 7–10 мес.; боковые верхние резцы – 9–12 мес.; боковые нижние резцы – 9–12 мес.; верхние коренные зубы – 12–18 мес.; нижние коренные зубы – 13–19 мес.; верхние клыки – 16–20 мес.; нижние клыки – 17–22 мес.; вторые нижние коренные зубы – 20–33 мес.; вторые верхние коренные зубы – 24–36 мес. [5].

Небольшая задержка или более раннее появление зубов не должны вас тревожить, если они не превышают двух месяцев от указанных сроков. Раньше позднее прорезывание зубов считалось признаком рахита, но исследования показали, что это совсем не так. Задержки в появлении первых зубов свойственны и абсолютно здоровым малышам [3; 4].

Однако не стоит слишком легко относиться к прорезыванию зубов. Как уже говорилось, признаком патологических процессов может быть отклонение от нормальных сроков более чем на два месяца. Кроме того, следует насторожиться, если нарушается очередность прорезывания или отсутствует какой-либо зубик. Случаи, когда зубы растут вне зубной дуги или неправильно развиваются, – это также повод посетить педиатра. Ненормально также появление зубов еще до рождения.

До того, как прорезались первые шестнадцать зубов, некоторые из них могут расти ассиметрично. Не волнуйтесь, это нормально. В дальнейшем, в процессе «работы», т. е. пережевывания пищи, зубки встанут на свои места.

Больше всего переживаний и трудностей вызывает, как правило, сам процесс прорезывания. Дети при этом становятся капризными из-за того, что десны чешутся, отмечаются слюнотечение, нарушения сна. У некоторых детей возникают такие симптомы, как повышение температуры, понос, рвота, кожные высыпания. Удостоверьтесь, что эти неприятности связаны именно с зубами, а не с заболеванием, покажите ребенка педиатру. Он подскажет, как облегчить малышу эти неприятные дни.

Самые распространенные средства помощи ребенку при росте зубов – это специальные прорезыватели. Особенно нравятся детям те из них, что наполнены водой (их предварительно можно положить в холодильник). В качестве альтернативы можно помассировать малышу десны пальцем, обернутым мокрой марлей. Кроме то-

го, в аптеках сейчас можно купить специальные обезболивающие гели, они продаются без рецепта и вызывают онемение десен, снимая боль и зуд. И конечно, не забывайте, что ребенку в это время необходимо повышенное внимание и участие. Берите его на руки, ласкайте его – это лучшее успокоительное для любого малыша.

Когда зубы уже прорезались, идите в магазин за зубной щеткой. Начинать чистить зубы необходимо сразу же, как только они появляются! Эмаль детских зубов очень уязвима для воздействия кислот, а лечить кариес у ребенка – дело очень хлопотное.

Детские щетки сегодня выпускаются в огромном ассортименте. Для совсем маленьких детишек можно купить специальную силиконовую щетку, надевающуюся на палец мамы. Поначалу паста для чистки не требуется. Для детей постарше выберите ту щетку, которая поярче оформлена, чтобы процесс чистки зубов превратился для ребенка в веселую игру. Зубная паста у малыша также должна быть специальная, детская. Она более мягко очищает зубы, т. к. содержит меньше абразивных добавок. Кроме того, ее состав рассчитан на то, что какое-то количество пасты ребенок будет съедать при чистке. К двум годам ребенок должен научиться самостоятельно чистить зубы. Естественно, этот процесс необходимо контролировать, примерно до 5–6 лет проверяйте качество чистки и помогайте ребенку чистить зубы в труднодоступных местах.

Необходимо помнить, что малыша необходимо регулярно водить на осмотр к детскому стоматологу, даже если вас ничего не беспокоит. Дело в том, что детский кариес развивается очень быстро и может затронуть зачатки коренных зубов. Современная детская стоматология использует прогрессивные методы лечения зубов, обходясь даже без бормашины, поэтому можете не бояться травмировать детскую психику [6].

Обратите особое внимание на детские зубки в период, когда они меняются на коренные. Именно в это время у детей могут появиться проблемы с прикусом. Лучше исправить их в самом начале, чем потом, когда это будет намного сложнее.

Чтобы зубы вашего ребенка не доставляли вам и ему хлопот, следите за питанием малыша. Сладкое лучше не давать, как минимум, до двух лет, а потом ограничивать. Причем, сладкое – это не только конфеты и сахар, но и булочки и печенье. А вот мед, если на него нет аллергии, давать можно и нужно. Только приучите малыша очищать ротовую полость после приема пищи. Это можно сделать, прополоскав рот, а также с помощью жевательной резинки без сахара. Старайтесь давать ребенку больше сырых овощей и фруктов: яблок, морковки, капусты. Такое питание вкупе с правильным уходом за зубами поможет ему избежать стоматологических проблем.

Подводя итог, необходимо отметить, что только слаженная и скоординированная работа родителей, педиатров, стоматологов и

воспитателей приведет к положительным результатам и улучшит состояния полости рта и здоровья подрастающего поколения в целом.

### Библиографический список

1. Валиханов М. О., Давыдов Р. Г., Жайынбаев М. Ж. Организация стоматологической санации у детей с заболеваниями центральной нервной системы в амбулаторной практике // Вестник ЮКГМА. – 2007. – № 1 (34). – С. 111–112.
2. Лахтин Ю. В. Антенатальная профилактика кариеса // Фельдшер и акушерка. – 1990. – № 4. – С. 28–30.
3. Лукиных Л. М. Профилактика кариеса зубов и болезней пародонта. – М. : Медицинская книга, 2003. – 196 с.
4. Кенбаев В. О., Давыдов Р. Г., Орманов Е. К. Организация специализированной медицинской помощи детям с врожденными расщелинами губы и неба в ЮКО // Материалы Научно-практической конференции молодых ученых и студентов с Международным участием «Молодежь и медицинская наука XXI века». – ЮКГФА, 2011.
5. Супиева Т. К., Зыкеева С. К. Лекции по стоматологии детского возраста : учеб. пособие. – Алматы : Стомлит, 2006.
6. Ojanotko-Harri A. O. Altered tissue metabolism of progesterone in pregnancy gingivitis and granuloma // J. Clin. Periodontol. – 1991 Apr. – Vol. 18, № 4. – P. 262–266.
7. Tsami-Pandi A. Old and new aspects of gingivitis in pregnancy // Odontostomatol Proodos. – 1989 Jun. – Vol. 43, № 3. – P. 399–403.
8. Meijer van Puttern, J. B. Female hormones and oral health // Ned. Tijdschr Tandheelkd. – 1988 Nov. – Vol. 105, № 11. – P. 416–418.

## ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ ЗРЕНИЯ И ИХ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

**Н. А. Буракова**  
**Херсонский государственный университет,**  
**г. Херсон, Украина**

**Summary.** The article is devoted to the issues of prevention of violations of view which includes a wide range of hygienic measures: the organization of a proper regime of the day, including training; implementation of the hygienic requirements for coverage jobs at home and in school; provision of conditions of hygiene of vision in education and training.

**Key words:** hygiene; impaired vision; short-sightedness; the process of education.

Зрение – важнейшая составляющая здорового развития ребенка на протяжении школьного возраста, одна из острых проблем в современной жизни. Эта часть вопроса многогранна и требует усилий многих специалистов, в том числе учителей как младших, так и старших классов. Каждому учителю следует знать основные факто-

ры, влияющие на формирование и развитие зрительных органов у детей, а также наиболее эффективные методы здравотворчества.

Существенное место среди отклонений в состоянии здоровья детей и подростков занимают нарушения зрения. Зрение истолковывается педагогическим энциклопедическим словарем как «процесс восприятия внешнего мира, обуславливающий представление о величине, форме, цвете предметов, их взаимном расположении и расстоянии между ними» [7, с. 96]. Глаза ребенка выполняют значительную зрительную работу. От того, как соблюдаются правила гигиены, зависит и утомление органа зрения и сохранение его полноценной функции на будущее.

Одна из наиболее частых причин понижения зрения у детей – близорукость, которая может появиться в дошкольном возрасте, но чаще всего возникает в период обучения в школе. Близорукость хоть и является болезнью глаз, но, тем не менее, такие ученые, как Э. Аветисов, Е. Белостоцкая, Е. Ливадо, отмечают ее прямую связь с общими заболеваниями организма. Вот почему для профилактики миопии (близорукости) необходимо бороться с любой болезнью: будь то кариес зубов или хроническое заболевание желудочно-кишечного тракта, заболевание нервной системы или ревматизм, хронический тонзиллит или детские инфекции [2; 4].

К основным факторам, вызывающим миопию у школьников, относятся:

1) недостаточное освещение рабочего места (особенно при искусственном освещении). Неизменный вред приносит недостаточная освещенность рабочего места в домашних условиях во время подготовки домашнего задания и чтения;

2) непригодная или плохо приспособленная мебель для занятий. Очень важно, чтобы в домашней обстановке размеры мебели соответствовали росту ребенка;

3) неправильная посадка за рабочим столом. Вредная привычка читать и писать, сильно склонив голову, сгорбившись, с наклоном в сторону, в неудобном положении способствует ослаблению зрения.

Также немаловажную роль играет и состояние нервной системы. Большое напряжение нервной системы и раздражительность также могут служить предрасположенности к развитию зрительных расстройств. Ю. Курпан, Е. Ливадо связывают нарушение зрения с общим состоянием организма, поэтому занятия физической культурой крайне необходимы детям, имеющим близорукость [6, с. 89]. Разумеется, физические нагрузки должны дозироваться с учетом степени близорукости и других особенностей состояния зрения. Так, профессор Э. Аветисов рекомендует для учащихся младших классов включать в занятия физической культурой специальные упражнения (2–3) для глаз, например, такие: при исходной позиции ноги на ширине плеч, руки в стороны, круговые движения руками вперед и

назад. В это время необходимо следить за кончиком большого пальца. Упражнения повторять 3–4 раза. Другой вариант такой. Исходная позиция: сидя на стуле, скамейке, зажмурить и открыть глаза. Выполняется в среднем темпе, повторять 3–4 раза.

Все основные гигиенические вопросы режима для школьников в обычных школах – построение учебного дня в школе, организация уроков и перемен, организация занятий и отдыха во внешкольное время – имеют прямое отношение к работе учителя.

Особенно важно отметить степень развития этой проблемы в младших классах. Именно в младшем школьном возрасте наблюдаются большие изменения состояния зрения за сравнительно короткий период. Следует помнить, что у детей младшего школьного возраста отсутствуют еще достаточные навыки чтения, письма, длительного сидения. Эти раздражители впервые систематически входят в жизнь детей и представляют для них определенные трудности.

Поэтому для учащихся первых классов, впервые приступивших к занятиям, 4 урока ежедневно – непосильная нагрузка, в том числе и для органа зрения. Учителю рекомендуется увеличивать число уроков в день постепенно. Несколько раз в неделю делать не по 4, а по 3 или 2 урока в день. Это должно сопровождаться и смесью одного вида деятельности другим.

Врачами-гигиенистами доказано, что все зрительные функции резко снижаются в условиях плохой освещенности. Наиболее благоприятной для работы зрительного анализатора является естественная освещенность в пределах от 800 до 1200 лк (люкс-единица измерения освещенности). Основные гигиенические требования к освещению: достаточное и равномерное освещение, отсутствие резких теней и блеска на рабочей поверхности. В солнечные дни избыток солнечных лучей создает на рабочем месте блики, слепит глаза и этим мешает работе. Для защиты от прямых солнечных лучей можно пользоваться легкими светлыми шторами или жалюзи.

В осеннее-зимний период, как правило, естественного света не хватает, так как домашние задания выполняются после 16 часов. В пасмурные дни, ранние утренние и вечерние часы для обеспечения оптимальной освещенности необходимо включать искусственное освещение.

На освещенность помещения влияет и чистота оконных стекол. Немытые стекла поглощают 20 % световых лучей. К концу зимы, когда на окнах накапливается много пыли и грязи, эта цифра достигает 50 % [11].

Чтобы у школьников не развивалась близорукость, нужно улучшить гигиенические условия освещения рабочих мест в школе и дома. Стены в классах и поверхность столов следует окрашивать в светлые тона. Оконные стекла необходимо чаще мыть и протирать, нельзя ставить на подоконник предметы, закрывающие доступ света, например,



высокие цветы. Нужно обязательно учитывать тот факт, что в первом ряду от окна освещение обычно хорошее, а в третьем при пасмурной погоде может быть недостаточным. Чтобы все дети были в равных условиях, необходимо периодически пересаживать их на другой ряд парт, оставляя на одинаковом расстоянии от классной доски.

Учитель должен регулярно напоминать родителям об организации занятий в домашних условиях. Нельзя приступать к выполнению домашнего задания тотчас по приходу из школы. Это усугубляет наступившее в школе понижение зрительных функций. Тогда как 1 час отдыха значительно уменьшает общее утомление учащихся, что сопровождается улучшением зрительных функций. Поэтому дома, как и в школе, занятия, требующие напряжения зрения, следует чередовать с такими, когда орган зрения напрягается меньше. Рекомендуются после двухчасовых непрерывных занятий устраивать 10–20-минутные перерывы.

Однако, как показывают наблюдения, многие родители пренебрегают этими рекомендациями. Порой дети посещают несколько школ, занятий в кружках и т. д., что ведет к чрезмерной перегрузке всего организма, в том числе и зрительного анализатора.

В последнее время привычным компонентом режима дня у школьников разного возраста являются просмотры телепередач, которые должны сопровождаться определенной регламентацией с позиции гигиены, т. к. являются дополнительной нагрузкой на ЦНС и, конечно, на глаза школьников. Телепередачи должны не увеличивать накопившееся за день утомление, а максимально способствовать отдыху детей. Смотреть телевизор следует в освещенной комнате! Длительность непрерывного просмотра не должна превышать 20–40 минут – в зависимости от возраста ребенка [3].

Большой вред здоровью школьника могут нанести компьютерные игры, и чем младше ребенок, тем больше отрицательных влияний на него оказывает компьютер. Во многих странах мира детям до 12-летнего возраста запрещено пользоваться компьютером.

Систематическое выполнение вышеупомянутых рекомендаций будет способствовать хорошему самочувствию ребенка, поддержанию на высоком уровне функционального состояния нервной системы, что положительно влияет на процессы роста и развития зрительных функций и всего организма в целом.

Только при совместных действиях врачей, учителей и родителей можно сохранить или предотвратить раннюю патологию зрения.

### **Библиографический список**

1. Аветисов Э. С. Близорукость. – М., 1986. – 240 с.
2. Аветисов Э. С., Левадо Е. И., Курпан Ю. И. Занятия физической культурой при близорукости. – 2-е изд., перераб. и дополн. – М. : Физкультура и спорт, 1983. – 103 с.

3. Аветисов Э. С., Розенблюм Ю. З., Тарутта Е. П. Профилактика близорукости // Вест. офтальм. – 1989. – № 6. – С. 3–9.
4. Белостоцкая Е. М. Гигиена зрения школьников. – М. : Медгиз, 1960. – 135 с.
5. Дымшиц Л. А. Профилактика близорукости у детей. – Медгиз., 1963. – 44 с.
6. Коростелев Н. Б. Воспитание здорового школьника : пособие для учителя / под ред. В. Н. Кардашенко. – М. : Просвещение, 1986. – 176 с.
7. Педагогический энциклопедический словарь / гл. ред. Б. М. Бим-Бад; редкол.: М. М. Безруких, В. А. Болотов, Л. С. Глебова и др. – М. : Большая Рос. энциклопедия, 2002. – 528 с.
8. Плетнева Н. А. Глазные болезни. Учебник для высших мед. заведений. – М. : Медгиз, 1950. – 326 с.
9. Радзиховский Б. А. Близорукость. – М., 1963. – 196 с.
10. Рославцев А. В., Белецкая В. И. Гигиена зрения детей и подростков. – М. : Зрение, 1965. – 32 с.
11. Старков Л. Как сохранить и улучшить зрение (беседы глазного врача). – Изд. 3-е, переработ. – М. : Медицина, 1964. – 56 с.

## **ВЛИЯНИЕ СПЕЦИАЛЬНЫХ ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ НА ПРОФИЛАКТИКУ НАРУШЕНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА**

**Н. А. Ещенко**

**Тимирязевская основная общеобразовательная школа  
Каменского района Воронежской области, Россия**

**Summary.** The work is devoted to influence of physical exercises on prevention of diseases of musculoskeletal system. And also how the school can prevent growth of diseases of musculoskeletal system at school students.

**Key words:** school; musculoskeletal system; disease; physical exercises.

Школьное образование в наши дни предъявляет большие требования к здоровью учащегося. Поэтому сейчас, как никогда, актуальна компетентность учащихся в вопросе здорового образа жизни.

За последние десять лет выявилась неблагоприятная тенденция показателей здоровья детей, посещающих образовательные учреждения. Число детей с хронической патологией увеличилось в 2 раза, а число детей, не имеющих отклонений в состоянии здоровья, снизилось в 3 раза. По данным центра здоровья детей РАМН, около 85 % детей имеют отклонения в состоянии здоровья – от легкой степени выраженности до тяжелой патологии.

Многие отклонения связаны с нарушением осанки.

В настоящее время эта проблема обостряется: ко «вчерашним» причинам добавились многочасовые «бдения» перед компьютером. Происходит явное снижение двигательной активности у детей и как следствие снижение мышечного тонуса, а также общая слабость мышц, неспособных удерживать осанку в правильном положении.

Важно как можно раньше начать профилактику дефектов осанки и коррекцию имеющегося вида ее нарушения.

Правильная осанка имеет не только эстетическое значение, но и является необходимым условием для нормального развития и полноценного функционирования внутренних органов, то есть является одним из показателей состояния здоровья людей.

С первого дня в школе позвоночник ребенка начинает испытывать повышенные нагрузки. Гиподинамия, неправильное физическое воспитание, неудобная мебель, отсутствие навыка правильной осанки – ухудшает состояние опорно-двигательного аппарата.

Чаще всего первоклассник делает уроки в полумраке, за столом, рассчитанным на взрослого, и на «взрослом» стуле.

В школе – от первого до одиннадцатого класса школьники сидят на стульях и за столами, рассчитанными на пятиклассника среднего роста.

Без специальных мер профилактики плохая осанка грозит практически каждому школьнику. Необходимо соблюдать элементарные правила:

- после уроков школьнику, особенно ученику младших классов, нужно полежать не меньше часа, чтобы мышцы расслабились и отдохнули;

- нельзя носить сумку на плече: плечо при этом приходится постоянно держать поднятым. Нельзя носить портфель в одной и той же руке. Лучше носить ранец или рюкзак;

- спать на ровной кровати с жестким основанием и мягким матрасом, с не высокой, специальной ортопедической подушкой – нормальные физиологические изгибы позвоночника будут сохраняться (и во время сна);

- необходимо больше двигаться, 20–30 минут в день заниматься физкультурой. Вид спорта и интенсивность нагрузок подбирать в соответствии с состоянием здоровья.

Для формирования правильной осанки необходимо создание рациональной среды не только в образовательных учреждениях, но и в домашних условиях. Воспитание навыков поддержания правильной осанки должно начинаться в семье. С этой целью необходимо проводить беседы с родителями и детьми.

Систематические и разумные занятия физической культурой и спортом считаются лучшим средством предупреждения нарушений осанки.

Профилактика нарушений осанки осуществляется в двух направлениях – это создание оптимальных гигиенических условий и в то же время проведение упражнений, корректирующих осанку.

На уроках физкультуры дети постоянно выполняют упражнения для коррекции нарушений опорно-двигательного аппарата:

- ходьба обычная, следя за осанкой;

- ходьба на носках, руки за головой;
- ходьба на пятках, руки на поясе;
- ходьба на наружном крае стопы, пальцы поджаты, руки на поясе, локти отведены назад.

Но учебная работа по физической культуре рассчитана на три часа в неделю в каждом классе, поэтому формировать и следить за осанкой только на уроках физической культуры невозможно. Необходимо организовывать подвижные перемены. И, конечно же, на каждом уроке проводить физминутки. Особенно физкультминутки обязательны в начальных классах. Я подобрала комплексы упражнений, необходимые для формирования правильной осанки. Приведу пример.

Под песню «Вместе весело шагать» каждое упражнение выполняется 4 раза.

1. Поднять руки вверх, отводя ногу назад, сделать вдох, вернуться в исходное положение (основная стойка – выдох). То же самое второй ногой.

2. Ноги на ширине плеч, руки на поясе, 1–2 – развести локти в стороны, сводя лопатки – вдох, 3–4 – исходное положение, выдох.

3. Ноги на ширине плеч, кисти к плечам. Вращение плечевых суставов назад.

4. Ноги на ширине плеч, кисти к плечам. Наклон корпуса вперед с прямой спиной.

5. Ноги на ширине плеч, руки за спиной. Боковые наклоны корпуса в сторону на выдохе.

6. «Мельница». Соединить кисти рук за спиной (сверху то правая, то левая рука).

7. Приседание с прямой спиной на носочках, колени развести в стороны.

8. Поднимание на носки и опускание.

9. Поднимание прямых рук через стороны вверх – вдох. Возвращение в исходное положение – выдох.

Уважаемые педагоги! Не забывайте, что физкультминутка необходима на каждом уроке как мероприятие, направленное на снятие усталости, напряжения, на восстановление умственной работоспособности!

Физминутка помогает сделать процесс усвоения знаний более легким и радостным. Каждый учитель должен помнить, что физминутка на уроке должна быть непродолжительная, не должна утомлять детей и просто **должна быть!**

#### Библиографический список

1. Алексеева Л. М. Комплексы детской общеразвивающей гимнастики. – Ростов н/Д : Феникс, 2005. – 208 с.

2. Горбачев М. С. Осанка младших школьников // Физическая культура в школе. – 2005. – № 8. – С. 25–28.
3. Милукова И. В., Едемская Т. А. Лечебная гимнастика и нарушение осанки у детей. – СПб. : Сова ; М. : ЭКСМО, 2003. – 127 с.

## **ДИНАМИКА РЕЗУЛЬТАТОВ РЕАКЦИЙ МИКРОПРЕЦИПИТАЦИИ И ПАССИВНОЙ ГЕМАГГЛЮТИНАЦИИ ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ СКРЫТЫМИ ФОРМАМИ СИФИЛИСА**

**М. М. Минасян, Е. В. Чекрыгина, А. Х. Казиев**  
**Ставропольская государственная медицинская академия**  
**Минздравсоцразвития России, г. Ставрополь, Россия**

**Summary.** It was investigated 50 blood sera of men with latent forms of syphilis who were treated in the Stavropol Region Skin and Venereal Diseases Dispensary in 2010. Tested sera were studied in the reaction of micro precipitation (RMP) with cardiolipin antigen and in the reaction of passive haemagglutination (RPHG) before and after treatment of the given patients. When analyzing the obtained results it was determined that 4% of RMP gave false-positive result, in 96% cases of our study negativation of RMP and RPHG was not observed after treatment. The results confirm the fact that the latent form of syphilis is often complicated by serum resistancy that's why the use of these tests to determine the cure of syphilis is not possible.

**Key words:** latent syphilis; the reaction micro precipitation; the reaction of passive haemagglutination.

Скрытые формы сифилиса в настоящее время имеют большое значение в работе врачей различных специальностей, которые в своей профессиональной деятельности нередко сталкиваются с такого рода больными, но основная доля тяжести данной проблемы легла на плечи дерматовенерологов. Скрытым сифилисом называется период с момента заражения бледной трепонемой, при котором отсутствуют высыпания на коже и слизистых оболочках, изменения в нервной системе, не определяются висцеральные проявления, нет поражения опорно-двигательного аппарата, т. е. у пациента, больного сифилисом, нет каких-либо признаков данной болезни. В последние годы в многочисленных научных публикациях приводятся данные об удельном значении этих форм болезни в структуре заболеваемости сифилисом вообще. Так, по данным Э. А. Веденского (2001), на долю скрытого сифилиса приходилось 54,2 % случаев, т. е. более половины всех больных сифилисом. Данный показатель различается в зависимости от региона России, но в среднем по РФ этот показатель приближается к 50 %. Так, например, в Ставропольском крае (СК) этот показатель равен 49 %, в Кабардино-Балкарии (КБР) – 73 %, в Астраханской области – 66 %. Особое значение име-

ет сифилис у ВИЧ-инфицированных, среди которых все чаще регистрируются скрытые формы сифилиса (СФС). Общеизвестно, что именно эта группа больных представляет основную клинико-диагностическую и эпидемиологическую проблему в борьбе за снижение заболеваемости населения РФ сифилисом. Важное значение в диагностике СФС принадлежит серологическому обследованию пациентов, в связи с чем в данной работе был проведен анализ динамики результатов реакций микропреципитации (РМП) и пассивной гемагглютинации (РПГА) у больных СФС до и после лечения.

**Материалы и методы.** Материалом для исследования были сыворотки крови больных с диагнозом СФС из мужского отделения Ставропольского краевого кожно-венерологического диспансера (СККВД) в количестве 50 проб. Нами использовались серологические реакции: 1) реакция с кардиолипидным антигеном (РМП); 2) реакция пассивной гемагглютинации (РПГА). Оба теста проводились в соответствии с приказом Министерства здравоохранения России № 87 от 26.03.01 г. Полученные результаты данного исследования представлены в таблице № 1.

*Таблица 1.*

**Результаты реакции микропреципитации до и после лечения**

<b>До лечения</b>	Кол-во больных (в абс. числ.)	Кол-во больных (в %)	Средний возраст больных
++++	39 чел.	78	40,1 г.
+++	1 чел.	2	29 лет
++	8 чел.	16	36,4 лет
-	2 чел.	4	28 лет
<b>После лечения</b>			
++++	29 чел.	58	45,6 лет
+++	10 чел.	20	35,4 лет
++	9 чел.	18	36,6 лет
-	2 чел.	4	28 лет

При анализе результатов было определено, РМП до и после лечения была положительна в 65,3 % случаев, в 4 % случаев результат этой реакции был отрицательным, но была динамика в степени выраженности результатов. Так, резко положительный результат в РМП до лечения был получен у 39 человек, тогда как после курса терапии в этой группе было определено только 29 человек, т. е. отмечалась незначительная негативация результатов у больных данной группы. Аналогично были исследованы вышеуказанные пациенты с использованием реакции пассивной гемагглютинации (РПГА), результаты которой представлены в таблице № 2.

Таблица 2.

**Результаты реакции пассивной гемагглютинации  
до и после лечения**

<b>До лечения</b>	Кол-во больных (в абс. числ.)	Кол-во больных (в %)	Средний возраст больных
++++	48 чел.	96	39,9 лет
+++	-	-	-
++	2 чел.	4	34 г.
-	-	-	-
<b>После лечения</b>			
++++	48 чел.	96	39,9 лет
+++	-	-	-
++	-	-	-
-	2 чел.	4	34 г.

Из приведенных данных видно, что у всех 50 человек тестируемой группы выявлены положительные результаты, 48 тестов были резко положительны (96 %), в 2-х случаях (4 %) был слабоположительный результат (++) до лечения, т. е. в нашем эксперименте РПГА при обследовании всех больных проявила 100%-ю специфичность, что было подтверждено и общеклиническими данными, тогда как РМП «пропустила» двух больных сифилисом (4 %), но клинически диагноз был подтвержден. После проведения курса лечения РПГА стала отрицательной в двух случаях, т. е. у данных больных отсутствовали антитела к возбудителю сифилиса. Средний возраст обследуемых больных с использованием реакции пассивной гемагглютинации составил 36,9 лет.

**Выводы.** РМП дала отрицательный результат в 2-х случаях из пятидесяти, в которых после клинического обследования и постановки РПГА диагноз подтвержден, т. е. в 4 % РМП была ложноотрицательна. После лечения РМП и РПГА не показала динамики титров антител, т. е. использовать РМП и РПГА как критерий излеченности в данном случае не представляется возможным. Негативация результатов РПГА была отмечена только в 4 % случаев, что соответствует 2-м пациентам. В настоящее время на фоне увеличения количества СФС происходит увеличение случаев серорезистентности, и, как видно из полученных результатов, в 96% случаев скрытый сифилис был «осложнен» серорезистентностью. Средний возраст больных составил 33,4 года.

**Заключение.** В настоящее время скрытые формы сифилиса нередко сопровождаются серорезистентностью, что негативно влияет на выявляемость, диагностику и лечение таких больных, а средний возраст таких пациентов относится к сексуально активной

группе, что позволяет предположить дальнейшую актуальность затронутых проблем среди населения страны.

## ПРОБЛЕМЫ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

Г. А. Лаврищева

Первый московский государственный медицинский  
университет им. И. М. Сеченова, г. Москва, Россия

**Summary.** The problem of ageing of mankind poses new challenges to the health sector. The main task of the doctors of the general practice of health promotion. For the solution of problems in the elderly should be aware of the principles of geriatrics.

**Key words:** older the patient; doctor of the general practice; solution of the problems of the elderly.

Непревзойденный политик прошлого века У. Черчилль отмечал: «Сила государства и слабость политики определяется отношением к старикам и детям». Несомненно, что критерием оценки нравственности и зрелости государства является отношение к пожилым, заинтересованность в их судьбах, общественная и государственная забота о них. Среди наиболее неотложных проблем, стоящих перед мировым сообществом, в последние десятилетия на одно из значимых мест выходит проблема постарения человечества. По прогнозам ООН число лиц старше 60 лет превысит 1 млрд к 2025 году – это составит 15 % всего населения. В Российской Федерации доля людей старше 60 лет тоже растет. Важным показателем совершенства системы здравоохранения является понимание медицинскими работниками биологии старения, выявление признаков преждевременного старения, разработка мер борьбы с ним, предупреждение и лечение заболеваний в пожилом возрасте в целях достижения активного, творческого долголетия. В любой стране из 1000 граждан в популяции 750 каждый месяц имеют проблемы со здоровьем, но только 250 из них, или 30 %, обращается к врачу, 5 нуждаются в консультации специалистов, 9 в стационарном лечении и только 1 в высокоспециализированной медицинской помощи. Подход к укреплению здоровья (health promotion) отличается в разных возрастных группах. Если у молодых – это предотвращение травм, раннее выявление заболеваний, формирование здорового образа жизни, помощь в вопросах репродуктивного здоровья, то в пожилом возрасте – это функциональная независимость, профилактика падений, рациональное использование лекарств, правильное питание. Организация и методология решения проблем соматического здоровья пожилых пациентов ложится на плечи персонала первичной медико-санитарной помощи, кото-



рую организуют врачи общей практики (ВОП). Они координируют деятельность всех остальных организаций, участвующих в этом процессе. Для этого они должны обладать достаточной подготовкой, умением решать и междисциплинарные вопросы. Основная цель работы ВОП – укрепление здоровья. Работая с пожилыми пациентами, персонал общей врачебной практики (ОВП) обязан помнить основные положения гериатрии.

1. Старение не является болезнью, это этап развития организма, который создает предпосылки для развития возрастной патологии.

2. Число заболеваний у одного пациента с возрастом повышается, хронические болезни, нередко отягощая друг друга, ухудшают прогноз, что снижает физическую и социальную активность пожилого человека.

3. В пожилом возрасте из-за снижения реактивности организма, функциональных и адаптационных возможностей, изменений иммунной системы, нередко атипичное течение болезней.

4. Ятрогенные болезни в пожилом возрасте встречаются чаще.

5. В пожилом возрасте теряется способность к самообслуживанию.

6. Лекарственная терапия у пожилых пациентов должна быть рациональной, только при наличии показаний и в уменьшенных дозировках.

7. Только около 16 % проблем в пожилом возрасте являются медицинскими, а остальные социальные. В этой связи персонал ОВП должен действовать совместно с социальными работниками.

Основные задачи персонала ОВП при работе с пациентами пожилого возраста:

- поддержание функциональной активности и здоровья;
- сохранение качества жизни;
- снижение смертности.

При этом необходимо учитывать общеизвестные факторы риска преждевременного старения: гиподинамия; нерациональное питание; вредные привычки. Врачу общей практики следует знать все о пожилых людях своего участка и постоянно проводить с ними профилактическую работу, используя все доступные средства. По литературным данным, наиболее часто встречающиеся проблемы пожилого возраста – это кардиалгии, головные боли, головокружения, артралгии, проблемы с мочеиспусканием и эректильная дисфункция. На основании этого при медицинском вмешательстве у пожилых используют алгоритм типовых сочетаний болезней, особенно в период обострения. Диагноз ВОП является основой для разработки организационных решений проблем соматического здоровья – «маршрутов пациента». В случаях хронической патологии все действия ВОП должны быть комплексными, куда включаются не только лечение, но и семейная профилактика, и семейное воспитание. ВОП определяет круг медицинских проблем, которые удастся у пожилых устрани-

нить полностью, какие частично, а с какими им следует просто жить. Для решения социальных проблем пожилого возраста особенно важно ВОП работать в команде вместе с социальными работниками.

Лабораторией Первого МГМУ имени И. М. Сеченова была изучена работа ВОП с пациентами пожилого возраста в одном из районов Московской области на 29 врачебных участках. По данным исследования, наибольшие проблемы для ВОП представляют нарушения поведения. Это могут быть психологические тревожные состояния (депрессия, мания), потенциально опасные (нанесение вреда другим или себе), нарушающие покой (отрицание лечения и заботы, вскрикивания, вопли), психотические (паранойя, бред, галлюцинации). После консультации со специалистами ВОП для устранения нарушений поведения у пожилых пациентов старались проводить разъяснения им и их родственникам по вопросам необходимости реорганизации режима дня в соответствии с потребностями пожилого человека и привлечения его к адекватному физическому труду. Второй проблемой для персонала ОВП было нарушение сна у пожилых пациентов. ВОП таким пациентам давали рекомендации: ложиться и вставать в одно и то же время; выполнять рутинные действия вечером перед сном (чистить зубы, умываться, заводить будильник), поддерживать спокойное окружение (в спальне должно быть темно, тихо, комфортная температура), ужинать за два часа до сна, расслабляться перед сном, использовать кровать только для сна. Группа пациентов, которые строго выполняли эти рекомендации, обходились без снотворных препаратов. Но у 10 % пожилых была необходимость в использовании лекарственных препаратов для коррекции сна. Так как абсолютное большинство лиц пожилого возраста стремятся при лечении быть рядом с родными, близкими, друзьями с целью не изменять домашней обстановки, то в изучаемом районе были организованы дневные стационары и стационары на дому. Перед внедрением стационарозамещающих технологий было проведено социологическое исследование по разработанной нами анкете. Исследование было сплошное, в нем приняло участие 427 человек, но основную массу составили пациенты старше 60 лет (62,5 %). Большинство пациентов (82,4 %) считали целесообразным лечение в условиях дневного стационара. Они мотивировали это возможностью быть дома (78,5 %), бесплатными медикаментами (68,9 %), удобством для посещения (38,5 %), возможностью диагностических исследований 24,4 %. В изучаемом районе все ВОП активно проводят профилактическую работу по факторам риска. Для пожилых предлагаются с учетом их физического состояния комплексы ежедневных физических упражнений, даются рекомендации по выполнению посильного физического труда. Это позволяет пожилым сохранять высокую толерантность к физической нагрузке, мышечную силу, они отмечают хороший сон и аппетит. В основе по-

строения рациона питания для этой категории ВОП положили принцип сбалансированности между калорийностью потребляемой пищи и фактическими энергозатратами. Пожилым ВОП рекомендовали калорийность рациона не более 3000 ккал со снижением нормы белка до 1 г на 1 кг массы тела. Желательные животные белки: молоко, рыба, мясные блюда в отварном виде; кисломолочные продукты, яйца, каши из гречневой и овсяной крупы. Ограничение жиров и углеводов. Обязательное употребление достаточного количества овощей и фруктов, а также витаминных комплексов С, Р, В, Е. Калорийная ценность пищи распределялась в течение суток: завтрак – 35–40 %; обед – 40–45%; ужин – 15–20 % от суточного рациона. Прием жидкости не ограничивался, но не рекомендовали пожилым употреблять крепкий кофе и крепкий чай.

Таким образом, сделаем следующие выводы:

– решение медико-социальных проблем пожилых полностью ложится на персонал первичной медико-санитарной помощи и в первую очередь общей врачебной практики, где должны знать и соблюдать гериатрические принципы;

– необходимо бороться с факторами риска;

– нужно взаимодействовать с социальными работниками;

– следует внедрять стационарозамещающие технологии

в целях улучшения качества жизни и долголетия пожилых пациентов.

## IV. СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БОЛЕЗНИ И ЗДОРОВЬЯ. ПСИХОЛОГИЯ И ПЕДАГОГИКА НА СЛУЖБЕ ЗДОРОВЬЯ

### ОПРОСНИК ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПОГРАНИЧНОГО ЛИЧНОСТНОГО РАССТРОЙСТВА ФОРМЫ «А»: ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО КОНСТРУКТА, ФОРМУЛИРОВАНИЕ ЗАДАНИЙ, ПИЛОТАЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ И СТАНДАРТИЗАЦИЯ

**Т. Ю. Ласовская, С. В. Яичников, Ю. В. Сарычева**  
Новосибирский государственный медицинский  
университет, г. Новосибирск, Россия

**Summary.** The article describes the stages of development of the questionnaire for the diagnostic of borderline personality disorder (Lasovskaja T., Korolenko Tz., Jaichnikov S.). In a pilot study involved 273 subjects. According to the results of the pilot study carried out standardization of the questionnaire.

**Key words:** personality disorder; borderline personality disorder.

Личности с пограничным личностным расстройством (ПЛР) составляют около 2–3 % общей популяции [13; 15]. Среди пациентов психиатров амбулаторного звена их около 15 %, а из числа госпитализированных в психиатрические клиники – 25 % [10; 14].

Применение других диагностических критериев приводит к иным эпидемиологическим данным. В Швейцарии для диагностики личностных расстройств использовались критерии ICD-10. Частота диагностики «нестабильных личностей» составила 54,5 % среди всех личностных расстройств у госпитализированных пациентов с 1998–2002 г. [11].

В России проводилось изучение распространенности эмоционально-неустойчивого личностного расстройства среди лиц, находящихся в местах лишения свободы. Показано, что данное личностное расстройство преобладает среди других и его диагностика составляет от 29,2 % случаев в колониях общего, строгого и особого режимов. Показано преобладание импульсивного подтипа (20 %). Пограничный подтип составил 9,2 % случаев [5]. Б. А. Нохуров при проведении КСППЭ у подэкспертных, совершивших агрессивные правонарушения (убийства, нанесение тяжких телесных повреждений, разбой) установил, что эмоционально-неустойчивое расстройство личности диагностируется в 31,8 % случаев, также с преобладанием импульсивного подтипа (22,1 %) [4].

Karterud (2003) показал, что из 1244 человек, поступивших в Норвегии в центр для прохождения лечения лиц с личностными расстройствами, 81 % составили лица с ПЛР [9].

Для России актуальность создания инструмента для диагностики ПЛР обусловлена тем, что общепринятая методика диагностики личностных расстройств (тест Теодора Милона) запрещен к ввозу в Россию разработчиками.

В 2004–2010 гг. на кафедре клинической психологии Новосибирского государственного медицинского университета проводилась разработка «Опросника для диагностики пограничного личностного расстройства» (Т. Ю. Ласовская, Ц. П. Короленко, С. В. Яичников, патент на изобретение № 2394486, 2010). Работа проводилась в несколько этапов.

На первом этапе (апрель – сентябрь 2004 г.) предстояло определить, что будет теоретической основой для разработки заданий, так как подготовка заданий является решающим шагом в разработке теста. К. Купер в своей монографии «Индивидуальные различия» отмечает, что «...если задания написаны плохо, то никакая психометрическая мудрость не сможет обеспечить надежную и валидную шкалу» [3].

Клинически диагностика ПЛР проводится на основе критериев DSM-III-R. Диагноз устанавливается при наличии у пациента пяти признаков из следующих восьми:

1. Паттерн нестабильных и интенсивных межличностных отношений, характеризующийся полярными оценками либо в положительную, либо в отрицательную сторону. Подразумевается, что лица с ПЛР не способны видеть истинные причины поведения других (например, заботы или помощи) и поведение оценивается как абсолютно положительное в том случае, если доставляет удовольствие, либо как абсолютно отрицательное, если этого не происходит. Эта характеристика важна в диагностике ПЛР, так как отражает психологический механизм расщепления, эффективно смягчающий сильные чувства, например, гнев.

2. Импульсивность хотя бы в двух областях, которые являются потенциально самоповреждающими, например трата денег, секс, химические зависимости, рискованное вождение машины, переедание (не включается суицидальное и самоповреждающее поведение, указанные в пункте 5). Импульсивность как черта характерна для антисоциального личностного расстройства, а также для состояний мании (гипомании). Однако только при ПЛР импульсивность имеет оттенок прямого или косвенного самоповреждения (направленность на себя), например в виде химических аддикций или булимии. Критерий импульсивности объясняет описанные в ранних работах трудности при проведении психотерапии лицам с ПЛР – частые конфликты, прерывание терапии в самом ее начале.

3. Эмоциональная нестабильность: выраженные отклонения от изолинии со стороны настроения в сторону снижения, раздражительности, тревоги, обычно продолжающиеся от нескольких часов до нескольких дней. Нестойкость аффекта и склонность к депрессии при ПЛР напоминают таковые у лиц с проблемами регуляции эмоций – депрессией и биполярным расстройством 2 типа. Поэтому следует уточнить значение этого критерия, а именно: речь идет о повышенной эмоциональной реактивности, где колебания настроения имеют место, но они возникают чаще, протекают мягче и менее длительно, чем при депрессии и биполярном расстройстве.

4. Неадекватный, сильный гнев или плохой контроль над гневом (например, частая вспыльчивость постоянная злоба, нападение на других). Кернберг считал гнев характерным признаком ПЛР и отмечал, что реакция гнева связана с ситуацией чрезмерной фрустрации. Гнев является как результатом генетической предрасположенности, так и влияния среды и может приводить в будущем к актам самоповреждения. Признаки самоповреждения как результат реализации гнева, казалось бы, легко выявляемы, например, порезы, однако не всегда их удается установить в ходе беседы с пациентом. Многие пациенты испытывают гнев большую часть времени, но крайне редко реализуют его в действиях (гнев скрывается). Иногда гнев становится очевиден только после разрушающих действий пациента. В некоторых случаях указания на гнев и его проявления фигурируют в анамнезе или выявляются при активном расспросе на эту тему. Гнев легко провоцируется при целенаправленном конфронтационном собеседовании.

5. Повторное суицидальное поведение, деструктивное поведение и другие виды самоповреждающего поведения. Повторные суицидальные попытки и самоповреждающее поведение – надежный маркер ПЛР.

6. Нарушение идентификации, проявляющееся по крайней мере в двух областях – самооценке, образе самого себя, сексуальной ориентации, постановке целей, выборе карьеры, типе предпочитаемых друзей, ценностях. Этот критерий описывался О. Кернбергом при описании конструкта пограничной личностной организации. С DSM-III критерий подвергался модификации, с целью разграничить ситуации, когда нестойкость идентификации является проявлением нормы, например в подростковом возрасте. Этот критерий в большей степени, чем все остальные, связан с сэлфом и поэтому специфичен для ПЛР. Это может иметь значение при патологии, когда нарушено восприятие телесного имиджа – дисморфофобических расстройствах и нервной анорексии.

7. Хроническое чувство пустоты (или скуки). Ранние аналитики (Абрахам и Фрейд) описывали оральную фазу развития, отмечая, что неуспешное ее прохождение приводит во взрослом состоянии к

симптомам депрессии, зависимости и пустоте в межличностных взаимоотношениях. Эта концепция была развита и дополнена теорией объектных отношений М. Клайн, которая показала, что вследствие плохих ранних отношений личность становится неспособной к интернализации позитивных эмоций при межличностном общении (то есть неспособность интернализировать чувства в самого/саму себя) и неспособной к самоуспокоению. Чувство пустоты при ПЛР имеет соматические проявления, локализуясь в животе или грудной клетке. Этот признак следует отличать от страха или тревоги. Пустота или скука, принимающие форму интенсивной душевной боли, как субъективный опыт пациента крайне важны для постановки диагноза ПЛР.

8. Реальный или воображаемый страх покидания. Masterson (1972) рассматривает страх покидания как важный диагностический признак пограничного конструкта. Однако этот критерий нуждается в некотором уточнении, так как необходимо дифференцировать его от более патологической тревоги сепарации. Gunderson предложил изменить формулировку данного критерия, а именно трансформировать в «отсутствие толерантности к одиночеству». Считается, что в формировании симптома имеет значение воздействие в раннем периоде – от 16 до 24 месяцев жизни [8].

Сильной стороной диагностических критериев DSM-III-R по сравнению с ICD-10 является то, что они отобраны группой экспертов из 108 клинических проявлений ПЛР [7].

Некоторые из этих критериев отражают одну и ту же характеристику, но в разных областях. Форма «А» предлагаемого опросника основана на DSM-III-R и отражает все восемь критериев DSM-III-R. Но в предлагаемом опроснике формы «А», чтобы сделать его более компактным, восемь критериев DSM-III-R объединены в четыре критерия, которые, по данным литературы, являются наиболее социально значимыми. Предлагаемый опросник отличается от DSM-III-R также тем, что суицидальное и самоповреждающее поведение в нем разведены в отдельные критерии. Таким образом, принято решение определить следующие критерии предлагаемого опросника (форма «А»):

1. **Нестабильность** – объединяет первый, третий и шестой критерии DSM-III-R, поскольку все они отражают нестабильность. Первый критерий DSM-III-R отражает нестабильность в межличностных отношениях; третий критерий – нестабильность настроения; шестой – нестабильность в образе себя, выборе карьеры, предпочитаемых друзьях.

2. **Самоповреждающее поведение** – этот критерий объединяет второй, четвертый и частично пятый критерии DSM-III-R, выделяя самоповреждающее поведение как таковое, причем четвертый критерий DSM-III-R (неадекватная злоба) также включен.

**3. Непереносимость одиночества** – объединяет седьмой и восьмой критерии DSM-III-R, поскольку чувство пустоты и скуки усиливается в одиночестве, отсюда – страх покидания другим.

**4. Суицидальное поведение** – данный критерий представляет собой частично пятый критерий DSM-III-R. Выделение его в отдельный критерий в предлагаемом способе целесообразно по той причине, что для тяжелого течения ПЛР характерны многократные попытки самоубийства.

На каждую из данных четырех характеристик было составлено 20 заданий (прямых и обратных), описывающих поведение, чувства и мысли – всего 80 заданий. Формулирование заданий производилось с учетом рекомендаций К. Купера (2000) для подготовки заданий, если они разрабатываются для личностных тестов:

1. Утверждения необходимо писать так, чтобы они были четкими, недвусмысленными и требовали как можно меньше самоанализа. Меньше обращаться к чувствам и больше – к поведению. Например, «на прошлой недели тревоги не давали мне возможность заснуть».

2. В каждом пункте может быть задан только один вопрос. Например, не рекомендуется использовать утверждения «Временами я чувствовал себя подавленным и пытался совершить самоубийство», поскольку крайне депрессивные люди, которые не помышляют о попытке самоубийства, не согласятся с этим утверждением.

3. Следует избегать утверждений с двойным отрицанием, таких, как «Мне не нравятся студенты». Поскольку ответ может быть «Да, не нравятся» или «Нет, не нравятся».

4. Рекомендуется избегать вопросов, касающихся частоты и количества. Например, вместо вопроса «Вы много читаете?», задается вопрос «Перечислите книги, которые вы прочитали ради удовольствия в прошлом месяце?».

5. Необходимо убедиться, что ни один вопрос не допускает двойного толкования. Например, в один личностный вопросник был включен вопрос: «Получаете ли вы удовольствие от веселых вечеринок?», хотя слово «веселый» (Gay) по-английски может означать индивидуума с гомосексуальной ориентацией.

6. Если вы должны спросить о чем-то социально нежелательном, рассмотрите возможность формулировки утверждения как бы с точки зрения другого человека, например: «Вы скупой?» – не годится, лучше как «Некоторые люди могут описывать меня как скупого».

7. Рекомендуется иметь текст инструкции, чтобы она призвала респондентов давать первый ответ, который естественным образом приходит в голову и не искать скрытые смыслы в заданиях (Купер К., 2000).

На втором этапе работы проводилось пилотажное исследование. Чтобы сделать это, необходимо предъявить тест большой вы-



борке людей (более 200 человек), по своим характеристикам сходным с теми, которые будут в конечном счете тестироваться при помощи этого теста. Если, например, опросник предназначен для лиц, имеющих проблемы с алкоголем, то пилотажное обследование должно проводиться в соответствующих клиниках и центрах. Или, если тест будет проводиться для окончивших обучение соискателей в определенную организацию, нельзя проводить пилотажное исследование на 16-летних школьниках (из-за разницы в академической подготовке) и пенсионерах (из-за разницы в возрасте). Если невозможно создать репрезентативную выборку, обычно достаточно составить выборку, приблизительно похожую на репрезентативную [1].

Пилотажное исследование проводилось в г. Новосибирске в период с сентября 2004 по май 2005 года. В пилотажном исследовании приняли участие 293 человека. Испытуемые подбирались особым образом: в пилотажную выборку включались лица, среди которых, по данным литературы, наиболее часто встречается ПЛР, – это лица, находящиеся в местах лишения свободы, аддикты и др. [4; 5; 8]. Категории лиц, включенных в пилотажное исследование, представлены в таблице 1. Количество испытуемых, включенных в пилотажное исследование, должно в два раза превышать число заданий, то есть быть не менее 160 человек [1; 3].

Таблица 1

**Категории лиц, включенных в пилотажное исследование**

Категории лиц	Количество человек
1. Пациенты туберкулезного диспансера с криминальным прошлым	17
2. Учащиеся вечерних школ	44
3. Пациенты наркологического диспансера – анонимные наркоманы	15
4. Гэмблеры	20
5. Лица, увлекающиеся ролевыми играми	13
6. Ветераны войны в Чечне, получившие инвалидность с симптомами ПТСР	8
7. Осужденные женской колонии	36
8. Осужденные мужской колонии	76
9. Воспитанники колонии для несовершеннолетних	19
10. Пациенты с установленным клинически диагнозом ПЛР	18
11. Подростки с диагнозом «нарушение поведения», состоящие на учете в психоневрологическом диспансере по поводу самоповреждающего и суицидального поведения	27
Итого заполнено протоколов	293
Исключено из обработки из-за неправильного заполнения	20
Обработано в пилотажном исследовании	273

На третьем этапе работы проводился анализ заданий. Анализ заданий по результатам, полученным в пилотажном исследовании, имеет своей целью отбор наилучших заданий для окончательной версии опросника.

Оценка того, насколько хорошо или плохо «работает каждое задание», проводилась путем определения индекса эффективности задания. Этот показатель подсчитывается делением количества обследуемых, давших «ключевой» ответ (ответ, совпавший с ключом), на общее количество обследуемых. В идеале этот индекс для каждого задания должен располагаться в интервале от 0,25 до 0,75 [1]. В опроснике формы «А» индекс эффективности 76-ти утверждений из 80 располагается в указанном интервале. Л. Ф. Бурлачук отмечает, что только автор может решить, оставить ли утверждения в опроснике. Поэтому был проведен анализ «работы» оставшихся четырех заданий, и оказалось, что эти задания эффективны на определенной категории – у лиц с тяжелыми симптомами пограничного личностного расстройства и склонностью к самоповреждающему поведению. После этого было принято решение оставить эти четыре задания в опроснике. Таким образом, все разработанные задания остались в окончательной версии опросника.

На четвертом этапе работы 2005–2006 гг. проводилась стандартизация опросника для диагностики ПЛР. Первоначальный суммарный балл, подсчитанный с помощью ключа, не является показателем, который можно диагностически интерпретировать. Его называют «сырым тестовым баллом». Применение тестовых норм в профессионально организованной психодиагностике основывается на переводе тестовых баллов из «сырой» шкалы в «стандартную». Эта процедура называется «стандартизация тестового балла» [6].

Перед тем как начать стандартизацию, важно было выяснить два основных вопроса. Первое: различаются ли значения суммы баллов и отдельных критериев у мужчин и женщин. Достоверных различий в пилотажной группе по гендерному признаку выявлено не было. Это означает, что полученные в результате стандартизации таблицы могут применяться как для мужчин, так и для женщин. Второе: известно, что с возрастом изменяется выраженность отдельных черт (импульсивность, самоповреждающее и суицидальное поведение) ПЛР, и не все, кому был поставлен диагноз в возрасте 20 лет, имеют его в 40–50 лет [2; 12]. Поэтому проведено сравнение средних значений суммы баллов всех критериев и средних значений отдельных критериев между возрастными подгруппами (таблицы 2–6). Установленные достоверные различия выделены в таблицах жирным шрифтом.

Таблица 2

**Определение достоверности различий  
между подгруппой 1 (15–17 лет) и подгруппой 2 (18–27 лет)**

Переменные	Mean 1 (16–17 лет)	Mean 2 (18–27 лет)	t-value	p	Valid N 1	Valid N 2
<b>Сумма</b>	<b>40,11268</b>	<b>36,00000</b>	<b>2,6130</b>	<b>0,009747</b>	71	108
Возраст	16, 22535	22,3181	-17,3905	0,00000	71	108
<b>Импульсивность</b>	<b>12,64789</b>	<b>11,23364</b>	<b>2,9716</b>	<b>0,003377</b>	71	108
Самоповр. поведение	8,45070	7,87850	0,9421	0,347433	71	108
<b>Непереносимость одиночества</b>	<b>11,33803</b>	<b>9,80374</b>	<b>2,3811</b>	<b>0,018327</b>	71	108
Суицидальное поведение	7,57746	6,91589	0,9087	0,364751	71	108

Таблица 3

**Определение достоверности различий  
между подгруппой 2 (18–27 лет) и подгруппой 3 (28–37 лет)**

Переменные	Mean 2 (18-27 лет)	Mean 3 (28-37 лет)	t-value	p	Valid N 2	Valid N 3
<b>Сумма</b>	<b>36,00000</b>	<b>32,16667</b>	<b>2,0178</b>	<b>0,045415</b>	108	42
Возраст	22,3181	31,61905	-18,7064	0,0000	108	42
Импульсивность	11,23364	10,28571	1,5124	0,132578	108	42
Самоповр. поведение	7,87850	6,80952	1,4464	0,150207	108	42
Непереносимость одиночества	9,80374	9,38095	0,5333	0,594649	108	42
Суицидальное поведение	6,91589	5,64286	1,5790	0,116485	108	42

Таблица 4

**Определение достоверности различий  
между подгруппой 3 (28–37 лет) и подгруппой 4 (38–48 лет)**

Переменные	Mean 3 (28–37 лет)	Mean 4 (38–47 лет)	t-value	p	Valid N 3	Valid N 4
Сумма	32,16667	34,92308	1,04989	0,297599	42	26
Возраст	31,61905	41,61538	15,99333	0,000000	42	26
Импульсивность	10,28571	10,26923	-0,01801	0,985684	42	26
Самоповр. поведение	6,80952	7,96154	1,23687	0,220517	42	26
Непереносимость одиночества	9,38095	8,84615	-0,52322	0,602570	42	26
<b>Суицидальное поведение</b>	<b>5,64286</b>	<b>7,61538</b>	<b>2,03911</b>	<b>0,045447</b>	<b>42</b>	<b>26</b>

Таблица 5

**Определение достоверности различий  
между подгруппой 4 (38–48 лет) и подгруппой 5 (48 лет и старше)**

Переменные	Mean 4 (38–47 лет)	Mean 5 (48 и более лет)	t-value	p	Valid N 4	Valid N 5
Сумма	34,92308	27,00000	1,89504	0,068096	26	5
Возраст	41,61538	54,40000	-6,85213	0,00000	26	5
Импульсивность	10,26923	7,60000	1,58176	0,124551	26	5
Самоповр. поведение	7,96154	6,60000	0,82634	0,415361	26	5
Непереносимость одиночества	8,84615	8,40000	0,26277	0,704585	26	5
<b>Суицидальное поведение</b>	<b>5,64286</b>	<b>4,40000</b>	<b>2,09909</b>	<b>0,044628</b>	<b>26</b>	<b>5</b>

Таблица 6

**Определение достоверности различий  
между подгруппой 1 (до 18 лет) и подгруппой 3 (28–37) лет**

Переменные	Mean 3 (28– 37 лет)	Mean 1 (до 18 лет)	t-value	p	Valid N 3	Valid N 1
Сумма	<b>32,16667</b>	<b>40,11268</b>	<b>-3,73145</b>	<b>0,000302</b>	42	71
Импульсив- ность	10,28571	12,64789	-3,82566	0,000216	42	71
<b>Самоповр. поведение</b>	<b>6,80952</b>	<b>8,45070</b>	<b>-2,24169</b>	<b>0,016970</b>	42	71
Непереноси- мость оди- ночества	9,38095	11,33803	-2,43014	0,016696	42	71
<b>Суици- дальное поведение</b>	<b>5,64286</b>	<b>7,57746</b>	<b>-2,07634</b>	<b>0,040171</b>	<b>42</b>	<b>71</b>

С учетом этих данных с помощью процедуры нелинейной нормализации была проведена стандартизация опросника, в результате чего были созданы конверсионные таблицы для перевода сырых баллов в стены. Пример перевода сырых баллов в стены для возраста 18–27 лет представлен в таблицах 7–11.

Таблица 7

**Перевод суммы баллов (сырых) в стены**

Сырые баллы	До 15	16–20	21–25	26–30	31–35	36–40	41–45	46–50	51–55	56 и более
Стены	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Таблица 8

**Перевод сырых баллов в стены по критерию «импульсивность»**

Сырые баллы	До 4	5–6	7	8–9	10	11–12	13	14–15	16	17 и более
Стены	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Таблица 9

**Перевод сырых баллов в стены  
по критерию «самоповреждающее поведение»**

Сырые баллы	0–1	2–3	4–5	6–7	8–9	10–11	12–13	14–15	16 и более
Стены	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**Перевод сырых баллов в стены  
по критерию «непереносимость одиночества»**

Сырые баллы	0–1	2–3	4–5	6–7	8–9	10–11	12–13	14–15	16–17	18 и более
Стены	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Таблица 11

**Перевод сырых баллов в стены  
по критерию «суицидальное поведение»**

Сырые баллы	0	1–2	3–4	5–6	7–8	9–10	11–12	13–14	15 и более
Стены	2	3	4	5	6	7	8	9	10

В результате проведенной стандартизации установлены значения, при достижении которых испытуемым может быть выставлен диагноз ПЛР, а именно при достижении 8 и более стенированных баллов.

**Библиографический список**

1. Бурлачук Л. Психодиагностика. – СПб. : Питер. – 2002. – С. 153, 157–161.
2. Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В. Личностные и диссоциативные расстройства: расширение границ диагностики и терапии : монография. – Новосибирск : Издательство НГПУ, 2006. – С. 124–125, 144–146.
3. Купер К. Индивидуальные различия / пер. с англ. Т. М. Марютиной ; под ред. И. В. Равич-Щербо. – М. : Аспект-Пресс, 2000. – С. 430–436.
4. Нохуров Б. А. Судебно-психиатрическая оценка расстройств личности у подэкспертных, совершивших агрессивные правонарушения : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2005. – С. 8–9.
5. Обросов И. Ф. Расстройства личности у осужденных в местах лишения свободы (клинико-динамический и медико-социальный подходы) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2004. – С. 6–9.
6. Шмелев А. Г. и др. Основы психодиагностики : учеб. пособие для студ. педвузов. – М., Ростов н/Д : Феникс, 1996. – С. 148–152.
7. Borderline personality disorder. Clinical and empirical perspectives / ed. by J. F. Clarkin, E. Marziani, H. M. Blum. – New York, 1992. – P. 89–108.
8. Gunderson J. Borderline personality disorder. A Clinical Guide. – Washington, 2001. – P. 9–14.
9. Karterud S., Pedersen G., Bjordal E., Brabrand J., Friss S., Haaseth O., Haavaldsen G., Irion T., Leirvag H., Torum E., Urnes O. Day treatment of patients with personality disorder: experiences from a Norwegian treatment research network // J Personal Disord. – 2003. – Jun. – № 17 (3). – P. 243–62.
10. Koenigsberg H., Kaplan R. D., Gilmore M. M. et al. The relationship between syndrome and personality disorder in DSM-III: experience with 2.464 patients // Am. J. Psychiatry. – 1985. – № 142 (2). – P. 207–212.
11. Modestin J., Neuenschwander M., Roessler W. Naturalistic study on ICD-10 personality disorders // International J Psychiatry in Clinical Practice. – 2006. – № 10 (4). – P. 252–257.

12. Paris J. Implications of long-term outcome research for the management of patients with borderline personality disorder // Harv Rev Psychiatry. – 2002. – Nov. – Dec. – № 10 (6). – P. 315–23.
13. Swartz M., Blazer D., George L. et al. Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community // J Pers Disord. – 1990. – № 4. – P. 257–272.
14. Widiger T. A., Weissman M. M. Epidemiology of borderline personality disorder // Hospital & Community Psychiatry. – 1991. – № 42 (10). – P. 1015–1021.
15. Zimmerman M., Koryell W. DSM-III personality disorder diagnoses in a nonpatient sample. Demographic correlates and comorbidity // Arch Gen Psychiatry. – 1989. – № 46 (8). – P. 262–269.

## **ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПО ОХРАНЕ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ В ДОШКОЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ**

**Е. Б. Баранова**

**Детский сад «Центр коррекции и развития детей»  
основной общеобразовательной школы № 18,  
г. Новокуйбышевск, Самарская область, Россия**

**Summary.** One of the primary goals of preschool center is preservation and strengthening of health of children. In work with pupils with a delay of mental development the given problem assumes carrying out not only treatment-and-prophylactic actions, but also inclusion in educational process of the special pedagogical technologies directed on protection of psychological health of children. Creation of adequate conditions for preschool children with a delay of mental development promotes increase of efficiency of correctional work, successful adaptation of children in society.

**Key words:** health; kindergarten; children with a delay of mental development; pedagogical technologies.

Одной из приоритетных задач дошкольного образовательного учреждения является сохранение и укрепление здоровья детей, что приобретает особую значимость в группах компенсирующей направленности для детей с различными ограниченными возможностями здоровья, в том числе с задержкой психического развития (далее – ЗПР).

Говоря об охране здоровья детей с ЗПР, важно отметить исходный уровень, с которым приходят дети в детский сад, так как от этого зависят формы, содержание психолого-педагогической работы, направленные на охрану нервно-психического здоровья воспитанников.

По определению Всемирной организации здравоохранения, здоровье – это «состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней» [1,

с. 107]. Данное определение очень четко показывает значимость обеспечения психического благополучия как показателя здоровья.

В то же время дети с ЗПР в силу специфики имеющихся у них нарушений в развитии попадают в менее благополучную группу воспитанников дошкольного учреждения, так как у них нарушена динамическая совокупность психических свойств, которая позволяет человеку познавать окружающую действительность, адаптироваться к ней, формировать собственные модели поведения. Данные нарушения в развитии чаще всего вызываются рядом факторов. Анализ состояния здоровья наших воспитанников показал, что у всех детей с задержкой психического развития отмечаются различные функциональные отклонения, у некоторых хронические заболевания и даже инвалидность. Среди различных заболеваний на первом месте у детей находятся заболевания нервной системы: перинатальная энцефалопатия, внутричерепная гипертензия, гидроцефалия, минимальные мозговые дисфункции.

Важно отметить, что, по мнению ученых, у детей с перинатальной энцефалопатией, минимальной мозговой дисфункцией, интеллект, как правило, не страдает [2, с. 74]. Однако большинство педагогов, при отсутствии соответствующих знаний, ошибочно считают детей с такими заключениями недостаточно способными к обучению. Родители в свою очередь также воспринимают данные заключения негативно, считая, что на ребенка таким образом наклеивают ярлык умственно неполноценного.

Наличие различных неврологических синдромов часто приводит к особенностям развития эмоционально-волевой сферы детей с ЗПР. Многие педагоги, работающие с данной категорией детей, отмечают эмоциональную неустойчивость, импульсивность, двигательную расторможенность или, наоборот, вялость, апатичность.

Анализ причин, механизмов нарушений у детей с ЗПР привел педагогов, медицинских работников учреждения к пониманию, что проблему коррекции нарушений в развитии у детей с ЗПР необходимо рассматривать с позиции оздоровления за счет правильно организованной коррекционно-развивающей среды. Педагогические условия, в которых находятся дети с ЗПР, должны быть провоцирующими развитие. Целесообразно использовать различные формы психолого-педагогической работы, направленные на охрану нервно-психического здоровья детей с ЗПР.

#### 1. Изучение особенностей развития детей

Говоря о формах работы, необходимо отметить один из важных аспектов с точки зрения охраны нервно-психического здоровья воспитанников – это уровень методической грамотности, просвещенности педагогов в вопросах воспитания и развития детей с ЗПР. Недостаточная информированность педагогов часто приводит к страхам, различного рода ошибкам при работе с детьми. Значимы-



ми формами информирования, просвещения являются не только наблюдения педагогов за детьми, беседы с родителями, но и организация консультаций, семинаров с педагогами учреждения.

## 2. Оптимальная организация режима дня

Работая с дошкольниками с ЗПР, сотрудники детского сада на собственном опыте убедились, что режим дня обязательно должен быть охранительным и достаточно гибким, так как дети часто нуждаются в увеличении длительности сна, дозировании умственных и физических нагрузок, а также обеспечении достаточной двигательной активности в различных формах. Это могут быть подвижные игры, логоритмические упражнения, элементы психогимнастики, самомассажа и обязательное использование релаксации в режиме дня.

## 3. Психогигиеническая и психопрофилактическая работа

Особенности эмоционально-волевой сферы детей с ЗПР являются факторами, определяющими важную роль психогигиены и психопрофилактики в охране нервно-психического здоровья дошкольников. Главными средствами психогигиены являются создание взрослыми условий для формирования у детей состояния жизнерадостности, организация увлекательной деятельности, соблюдение охранительного режима. Психопрофилактическая работа заключается в умении педагогов найти наиболее адекватный подход к воспитанию каждого ребенка и предполагает учет индивидуальных возможностей детей, контроль за адекватностью эмоциональных, интеллектуальных, физических нагрузок, гибкую систему поощрений и наказаний.

## 4. Коррекция нарушений адаптации в детском коллективе

Использование приемов психокоррекционной работы позволяет уменьшить эмоциональные переживания, влиять на особенности поведения ребенка. Для этого можно проводить не только беседы с детьми, родителями, но и игры по формированию коммуникативных навыков, игры с песком и водой, использовать приемы арт-терапии, релаксации.

## 5. Консультирование родителей по вопросам воспитания детей

Необходимым условием охраны нервно-психического здоровья воспитанников является преемственность в работе с семьей ребенка. Для этого в учреждении используются различные формы работы: консультации, анкетирование, круглые столы с врачами, а также Дни здоровья, в ходе которых родители знакомятся с использованием здоровьесберегающих технологий в различных режимных моментах.

Обязательный учет особенностей нервно-психической сферы детей, целенаправленное применение здоровьесберегающих технологий позволяют в процессе коррекционно-воспитательной работы более успешно стимулировать развитие психических процессов, что

способствует адаптации дошкольников с ЗПР к условиям обучения в школе.

### **Библиографический список**

1. Лакосина Н. Д., Сергеев И. И., Панкова О. Ф. Клиническая психология : учеб. для студ. мед. вузов. – 3-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2007. – 416 с.
2. О здоровье дошкольников. Родителям и педагогам / сост. Н. В. Нищева. – СПб. : «ДЕТСТВО-ПРЕСС», 2006. – 208 с.
3. Оздоровительная работа в дошкольных образовательных учреждениях : учеб. пособие / под ред. В. И. Орла и С. Н. Агаджановой. – СПб. : «ДЕТСТВО-ПРЕСС», 2008. – 176 с.
4. Программа укрепления здоровья детей в коррекционных группах. – М. : ТЦ «Сфера», 2008. – 144 с.

## **АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ МЕЖДУ ПАЦИЕНТОМ И ВРАЧОМ-СТОМАТОЛОГОМ**

**Р. Г. Давыдов, Р. Н. Данилова, Ш. М. Атенова,  
К. Г. Газизова, Н. А. Камшыбаева**  
**Международный казахско-турецкий университет  
им. Х. А. Ясави,  
Учебно-клиническая база, г. Шымкент, Казахстан**

**Summary.** The article gives the average data of children's teething. It describes the factors which have influence on delayed dentition and on mechanisms for stimulating the growth of child's teeth and teething. The authors write about means and methods of care of the mouth cavity's hygiene. They show the influence on health of the mouth cavity and health of the child's organism as a whole.

**Key words:** milk teeth, teething, toothbrush, toothpaste.

«Любая профессия, связанная с постоянным общением с разными людьми, требует компетентного поведения в конфликтных ситуациях. Конфликтные ситуации с непосредственным участием врача могут возникать по всему спектру профессионального общения. Это могут быть конфликты с пациентами или их родственниками, со средним медицинским персоналом, с младшими коллегами или руководством. Иногда, выполняя свои профессиональные обязанности, врач может оказаться в роли арбитра в конфликте между пациентами и медперсоналом».

Анализ состояния практической медицины свидетельствует о росте числа конфликтных ситуаций между медицинским учреждением и пациентом, между врачом и пациентом. Медицинский персонал лечебного учреждения находится в постоянном состоянии риска возникновения конфликтов, которые можно условно разделить на две группы: конфликты, произошедшие вследствие врачеб-

ных ошибок, и конфликты, возникающие из-за личностных особенностей врача и пациента [9].

Существуют различные подходы к определению понятия «конфликт» и классификации его видов. Но в любом случае можно выделить: а) *конфликтную ситуацию*, включающую альтернативные взгляды, противоречивые позиции, противоположные цели или средства их достижения; б) собственно *конфликт* как осознанное противоречие между общающимися личностями или группами при наличии попыток их разрешения на фоне эмоциональных отношений. Конфликт или конфликтная ситуация нередко являются причиной возникновения стрессовых ситуаций в процессе коллективной трудовой деятельности.

Как и у многих понятий в психологии, у конфликта имеется множество определений и толкований. Само понятие «конфликт» берет свое начало от латинского слова “conflictus” – столкновение. И следуя этимологическому значению этого термина, английский социолог Э. Гидденс дает такое определение конфликта: «Под конфликтом я имею в виду реальную борьбу между действующими людьми или группами, независимо от того, каковы истоки этой борьбы и средства, мобилизуемые каждой из сторон» [7].

Увеличение количества жалоб и претензий со стороны пациентов и тенденция к их росту, очевидно, могут быть обусловлены, с одной стороны, появлением большого числа стоматологических клиник различных форм собственности и внедрением рыночных отношений в практику стоматологии, когда пациент является одновременно потребителем стоматологических медицинских услуг. С другой стороны, возбуждение гражданских исков при неудовлетворенности пациентов оказанным лечением может объясняться осознанием ими своих прав как субъектов правового государства [1; 2].

Трудности, с которыми сталкивается врач-стоматолог в своей работе, определяются такими детерминантами, как психоэмоциональная напряженность стоматологических пациентов, дистрессовая психотравмирующая ситуация стоматологического приема, обусловленная негативно-болевым стоматологическим опытом индивида, что в конечном итоге оказывает неблагоприятное воздействие на лечебный процесс, на оказание стоматологической помощи пациенту.

В качестве основных детерминант негативных социальных взаимоотношений субъектов стоматологической практики могут выступать следующие факторы: непредвиденный (непредупрежденный) дискомфорт, небрежность персонала при выполнении обязанностей, недоразумения с оплатой работ, отступления врача от своих обязательств, замалчивание гарантий, затянувшееся ожидание приема и т. д. [3]. Все это может служить поводом для возникновения интерперсональных конфликтов.

Конфликты делятся на позитивные (конструктивные) и негативные (деструктивные). Позитивная роль конфликтов состоит в том, что они необходимы и даже неизбежны для развития трудового коллектива. Развитие такого конфликта сопровождается более активным обменом информацией, согласованием различных позиций и желанием понять друг друга. В ходе обсуждения различий вырабатывается компромиссное решение, основанное на творческом и инновационном подходе к проблеме. Такое решение приводит к более эффективной работе в организации.

Разрушительные последствия конфликта возникают тогда, когда конфликт либо очень слаб, либо очень силен. Когда конфликт слаб, то чаще всего он остается незамеченным и не находит адекватного разрешения. Конфликт, достигший сильной степени интенсивности, сопровождается развитием у его участников напряженности. Разрушаются коммуникационные сети, решения принимаются в условиях сокрытия или искажения информации и не обладают достаточной мотивирующей силой, что ведет к снижению морали и сплоченности.

Пациент или его родственник может быть недоволен компетентностью врача или его некорректным обращением, врач может обвинить пациента в нарушении режима, пациенты жалуются на недостаточное внимание медсестры, медсестра – на необоснованные придирки врача, врач отчитывает медсестру за недобросовестное выполнение своих обязанностей, завотделением – врача за нарушение дисциплины.

На объективные трудности и противоречия накладывается усталость от напряженной работы (у медработников) и изматывающей боли у пациента, внутренние конфликты и неумение общаться, а также личностные особенности: повышенная тревожность, вспыльчивость, склонность к доминированию, подозрительность, ослабление памяти и внимания.

Иногда заведующий отделением ругает в присутствии пациента лечащего врача, подрывая его авторитет и свой собственный в глазах пациента. У пациента при этом повышается уровень тревоги.

Нарушенные отношения между врачом и медсестрой также отрицательно влияют на пациентов. Пациентам трудно разобраться в квалификации медработников и возникает недоверие.

Беседы среди больных и психологическое состояние родственников иногда оказывают решающее влияние на судьбу пациента.

*Управление конфликтом* есть целенаправленное воздействие на процесс протекания конфликта, обеспечивающее решение социально значимых задач.

Управление конфликтом включает в основном прогнозирование конфликта; профилактику и предупреждение одних и вместе с тем стимулирование других; прекращение и подавление конфликта;

регулирование и разрешение. Каждый из названных видов действий представляет собою акт сознательной активности субъектов: одного из конфликтующих либо обоих, или же третьей стороны, не включенной в конфликтное действие.

*Предупреждение конфликтов* – это создание объективных условий и субъективных предпосылок, способствующих разрешению предконфликтных ситуаций неконфликтными способами [5].

Управление становится возможным при наличии некоторых необходимых условий. К таковым относятся: объективное понимание конфликта как реальности; признание возможности активного воздействия на конфликт и превращения его в фактор саморегуляции и самокорректировки; наличие материальных и духовных ресурсов для управления, согласования своих позиций и интересов, взглядов и ориентаций.

Профилактика конфликта – это деятельность, направленная на недопущение его возникновения и разрушительного влияния на ту или иную сторону, тот или иной элемент общественной системы. С позиций современной науки управления предупреждение конфликтов выступает в виде особой тактики, осуществляемой в чрезвычайных ситуациях [5; 6].

Активное вмешательство в возникший конфликтный процесс может приобретать разнообразные формы: регулирование конфликта, подавление и разрешение. Регулирование конфликта представляет собой действие управляющего субъекта с целью смягчения, ослабления или перевода его в другое русло и на другой уровень отношений. Регулируемый конфликт есть конфликт контролируемый и, стало быть, предсказуемый.

Процесс разрешения любого конфликта складывается из трех этапов. Первый – подготовительный – это диагностика конфликта. Второй – применение стратегии разрешения конфликтного противоречия. Третий – реализация методов, способов и средств управления конфликтом.

Оказавшись в конфликтной ситуации, человек выбирает, часто неосознанно, одну из пяти стратегий поведения: компромисс, избегание или уход, соперничество или конкуренция, приспособление.

Таким образом, при возникновении конфликтной ситуации на стоматологическом приеме врач должен уметь прогнозировать развитие конфликта, уметь управлять им и при необходимости конструктивно разрешать, выбрав наиболее подходящую в данном случае стратегию поведения для разрешения конфликтных ситуаций.

#### **Библиографический список**

1. Беспалько И. Г., Гильяшева И. Н. Проективные методы. // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. – Л., 1983. – С. 102.

2. Бондаренко Н. Н. Стоматолог и пациент: права, обязанности, ответственность. – М. : Медицинская книга, 2004. – 96 с.
3. Данилов Е. О. Правовые основы стоматологической практики. – СПб. : Институт Стоматологии, 2002. – 176 с.
4. Донцов А. И. Проблемы групповой сплоченности. – М., 1979. – 240 с.
5. Евстафьева Т. И. Практика разрешения конфликтных ситуаций, возникающих в стоматологии // Экономика и менеджмент в стоматологии. – 2004. – № 1(12). – С. 64–65.
6. Зеркин Д. П. Основы конфликтологии. – М., 2000. – С. 362.
7. Конфликт как разновидность стресса // Здоровье-МЭИ, 2001 г. URL: <http://health.mpei.ac.ru/konfl1.htm>
8. Кутасов Т. В. Хрестоматия по социальной психологии». – М., 1994.
9. Учимся жить без конфликтов // Медицинская газета. – 6.04.2012.
10. Седова Н. Н., Дмитриенко С. В. Ваш бизнес – стоматология. – М. ; Н. Новгород, 2001. – 111 с.

## ВРАЧ КАК ОСОБЫЙ ПАЦИЕНТ: СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ДИСКУРСА

**Л. Е. Петрова**

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

**Summary.** The doctor is seen as a special patient. The behavior of the physician as a patient depends on the social climate in the society, the characteristics of professional medical education, distance from the medical profession. Russian doctors are not ideal patients.

**Key words:** typology of patients; the physician as a special patient; professionalism transformation of a doctor.

Типологизация – классический инструмент научного познания. Типологизация пациентов имеет не только теоретическое, но и прикладное значение. В отечественной практике здравоохранения выделяются следующие типы «особых пациентов»: ветераны Великой Отечественной войны, дети-инвалиды, бизнесмены и пр. Проводятся тренинги, посвященные «особым пациентам». Издательский дом «Академиздат» выпускает журнал для врачей «Трудный пациент».

С нашей точки зрения, врач также является особым пациентом: 1) высокий уровень компетентности отличает его отношение к здоровью от дилетантов, не имеющих профессионального медицинского образования и практики; 2) по сравнению с немедиками у врачей более широкие социальные сети в медицине, а именно они используются в ситуации необходимости медпомощи и т. д. Характеристика врача в роли пациента – индикатор трансформации профессионализма современной врачебной профессии.

Вспоминая предложенную Т. Парсонсом модель взаимодействия врача и пациента, можно сказать, что врач в роли пациента –

идеальный тип. Казалось бы – до минимума сводится проблема доверия, до максимума должна доходить практика самосохранительного поведения.

В реальности здоровье российских врачей незначительно отличается от популяции в целом. В чем причина? Междисциплинарный дискурс этой проблематики включает философию, этику, психологию, собственно медицину, и, наконец, социологию. Именно социологическая интерпретация научной проблемы «Врач как особый пациент» является наиболее полной.

Особенности социологического анализа – акцент на социальных и институциональных детерминантах формирования отношения к здоровью врачей, а также – конвертация образовательного и профессионального капитала: как медики знания и опыт используют «для себя», в повседневных практиках самосохранительного поведения.

Социетальные детерминанты поведения врача как пациента – статус медицины в актуальном обществе, статус врачей как социальной группы, сформированная культура здоровья в массе пациентов и т. д.

Институциональные детерминанты – содержание и форма профессионального образования, актуальные внутриотраслевые требования, сложившиеся в организациях (ЛПУ) практики медицинских услуг.

Конвертация социального капитала врачом заключается в тезисе – «врач сам должен быть здоров, вести здоровый образ жизни». И если это не так – можно фиксировать отчуждение от профессии.

Маргинальность врача как пациента заключается в том, что он – и дилетант (в другой медицинской специальности), и эксперт (в части знаний о функционировании организма человека, в организационных принципах лечения и профилактики и пр.). Конструирование аналитической модели «врач как особый пациент» – одна из возможностей описания процессов трансформации профессионализма врачей.

# ОСОБЕННОСТИ ПСИХОФИЗИЧЕСКИХ КАЧЕСТВ ОФИЦЕРА, ИМЕЮЩИХ ВЛИЯНИЕ НА ПОДЧИНЕННЫХ

**Р. А. Гуца, И. В. Иванов**

**Новосибирский военный институт внутренних войск  
им. генерала армии И. К. Яковлева МВД России,  
Новосибирский институт повышения квалификации  
и переподготовки работников образования,  
г. Новосибирск, Россия**

**Summary.** In the modern military organization of the state, education of military men is considered as purposeful and systematic activity of the state and a society, and also bodies of military management and officials of internal troops of the Ministry of Internal Affairs of Russia on formation and development of the person of the military man. As it is known, the victory and successful performance of sluzhebno-fighting problems are reached only by common efforts of all collective.

**Key words:** officer; commander; psychophysical qualities; physical preparation; humanism; law; order.

Воинская служба – это особый вид человеческой деятельности, связанный с постоянным напряжением духовных и физических сил, с экстремальными ситуациями, с тяготами, лишениями, риском, а при выполнении задач в боевой обстановке – с угрозой для жизни военнослужащих. В структуре современных внутренних войск МВД России офицер является основной фигурой. Профессиональная деятельность современных офицеров весьма разнообразна. С одной стороны, это обусловлено сложной структурой войск правопорядка, наличием различных воинских специальностей, с другой – усложнением самой воинской службы, связанной с развитием человеческого общества. В военно-профессиональной деятельности офицера можно выделить несколько основных направлений: управление деятельностью воинского коллектива; воспитание и обучение личного состава подразделения; постоянное совершенствование своих профессиональных навыков и знаний.

Воспитание подчиненных – исключительно серьезное дело. Оно должно базироваться на постоянных, непреходящих идеях и ценностях. В качестве идейной основы системы воспитания сегодня все более настойчиво внедряются принципы гуманизма, а в современном образовании и воспитании реализуются тенденции гуманизации образования. Интересные идеи высказывал М. И. Драгомиров, которым были возрождены суворовские идеи бережного отношения к военному человеку. «Кто не бережет солдата, – говорил он, – тот недостоин чести им командовать» [11]. Наряду с Драгомировым прогрессивные педагогические идеи высказывали М. Д. Скобелев, И. В. Гурко, Г. А. Леер. С. О. Макаров [11]. Особый интерес сегодня представляют и труды Н. Д. Бутовского, изложенные с пози-



ций командира роты [6]. Способность мобилизовать личный состав подразделения, нацелить военнослужащих на достижение намеченной цели, своевременно принять верное решение, обеспечивающее достижение успеха в бою, – именно в этом проявляется задача командира. Но тогда встает вопрос, какими качествами должен обладать сам командир, чтобы подразделение успешно выполняло задачу? Анализируя личностные характеристики офицера, можно выделить следующие психофизические качества, необходимые командиру, – коммуникабельность, ответственность, самокритичность, выносливость, ловкость, сила, быстрота, смелость, решительность, эмоционально-волевая устойчивость, толерантность (устойчивость) к стрессу, целеустремленность, самообладание, самостоятельность, настойчивость, инициативность, умение найти контакт с подчиненными, умение слышать и слушать, дисциплинированность. Рассмотрим каждое качество и дадим краткую характеристику.

Слушать – это значит внимательно воспринимать звуки, выбирая из них нужные. А вот умение слышать – это гораздо больше. Командиру необходимо слушать так, чтобы подчиненный хотел рассказывать, говорил открыто и с удовольствием, а умение слышать помогает командиру установить контакт, расположить к себе подчиненного, поняв его точку зрения, – и при необходимости корректировать ее в нужную сторону.

Инициативность – способность командира как личности, выраженная в стремлении к самостоятельным начинаниям, инициативе, активности, предприимчивости. Здоровая напористость командира, отстаивание своих интересов, умение заметить возможность и вовремя ею воспользоваться – вот что отличает инициативного офицера. Сразу стоит отметить, что инициативность – это смелость и ответственность за свои решения. Встречается много людей, чьи идеи свежи и порой даже гениальны, однако воплощает их кто-то другой – тот, кто: а) смелый, б) предприимчивый, в) находчивый. Многим знакомо выражение, что в армии инициатива наказуема, что, на наш взгляд, совершенно необоснованно, ведь инициатива наказуема лишь в том случае, когда она проявлена не вовремя и не в правильной форме [1].

Настойчивость – волевое качество командира, заключается в умении добиваться поставленной цели, преодолевая при этом внешние и внутренние трудности, отличается от упрямства тем, что желание достичь результата определяется разными мотивами, а не лишь мотивом самоутверждения, как при упрямстве.

Коммуникабельность – способность, умение и готовность командира легко устанавливать, поддерживать и сохранять позитивные контакты в общении и взаимодействии с окружающими, в том числе и подчиненными. Коммуникабельность является одним из определяющих навыков успешного социального взаимодействия,

затрагивающим как профессиональные, так и личные отношения офицера.

Ответственность – одна из наиболее важных личностных характеристик офицера, описывающая его способность обстоятельно анализировать ситуацию, заранее прогнозировать последствия своих действий или бездействий в данной ситуации и делать выбор формы своих поступков с готовностью принять последствия выбора как неизбежные свершившиеся факты.

Целеустремленность – сознательная и активная направленность командира на определенный результат своей деятельности. Такой офицер точно знает, чего хочет, куда идет и за что борется, умеет преодолевать возникшие препятствия и не опускать руки, встречаясь с трудностями.

Самокритика – рефлексивное отношение человека к себе, способность к самостоятельному поиску ошибок, оценке своего поведения и результатов мышления. Наличие критики к себе считается условием психического здоровья личности. Исходя из этого, самокритичность – это умение командира отстраненно взглянуть и оценить себя и свои поступки; увидеть собственные ошибки и по возможности их исправить.

Смелость – энергия и уверенность в себе, готовность идти вперед и делать то, что хочется и считаешь нужным, несмотря на страх или не видя страха. Смелость не всегда подразумевает отсутствие страха. Смелость – это умение командира быть сильнее страха: страх может быть – это чаще всего инстинктивная реакция. Смелость заключается в том, чтобы быть сильнее страха. В тесте Кеттелла, смелость – это предприимчивость, активность; человек имеет эмоциональные интересы, готовность к риску и сотрудничеству с незнакомыми людьми в незнакомых обстоятельствах, способность принимать самостоятельные, неординарные решения, склонность к авантюризму и проявлению лидерских качеств.

Решительность – это индивидуальное качество воли человека, связанное со способностью и умением самостоятельно и своевременно принимать ответственные решения и упорно реализовывать их в реальной деятельности. У решительного командира начавшаяся борьба мотивов завершается принятием и исполнением решения. Проявление решительности – это не всегда мгновенное, но всегда своевременное решение, принятое и со знанием дела, и с учетом конкретных обстоятельств. Именно поэтому на протяжении всего периода обучения и воспитания бедующего офицера особое значение придается развитию этого качества.

Эмоционально-волевая устойчивость – склонность к самостоятельному выбору линии поведения, энергичное и целеустремленное осуществление тех или иных действий, принятие на себя ответственности за их результаты. Некоторые авторы понимают под эмо-

циональной устойчивостью не эмоциональную невозмутимость, а преобладание положительных эмоций (Ольшанникова, 1974; Аболин, 1974). В. М. Писаренко (1986а), например, рассматривает эмоциональную устойчивость как «такое свойство личности, которое обеспечивает стабильность стенических эмоций и эмоционального возбуждения при воздействии различных стрессоров» [9]. Е. П. Ильин полагает, что это не самое лучшее определение эмоциональной устойчивости, поскольку эмоциональное возбуждение как раз и наблюдается при воздействии различных стрессоров. Гораздо точнее он определяет эмоциональную устойчивость, когда понимает под ней самообладание, выдержку, хладнокровие. Исходя из этого, можно дать расширенное определение эмоциональной устойчивости: «это свойство, характеризующее индивида в процессе напряженной деятельности, отдельные эмоциональные механизмы которого, гармонически взаимодействуя между собой, способствуют успешному достижению поставленной цели» [8]. Одними из важнейших и основополагающих черт для командира являются умения справляться с внешним выражением эмоций, оставаться хладнокровным в экстремальной ситуации, не реагировать на раздражители и сохранять внутреннее спокойствие.

Самообладание. Прекрасное и точное определение самообладания как лидерского качества дал Евгений Павлович Ильин, доктор психологических наук, профессор Российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена, заслуженный деятель науки РФ: «Самообладание является собирательной волевой характеристикой, которая включает в себя выдержку, смелость и отчасти решительность, т. е. те волевые качества, которые связаны с подавлением отрицательных эмоций, вызывающих нежелательные для человека побуждения. Самообладание связано с самоконтролем и саморегуляцией эмоционального поведения, с самоограничением эмоционального реагирования и зависит от соотношения между аффектом и интеллектом» [7]. Мы считаем, что самообладание – это уверенный взгляд и твердая рука командира, устойчивость в любой ситуации.

Толерантность – это антипод агрессивности, злобности и раздражительности, способность уживаться с различными точками зрения, стремление к согласию, бесконфликтность. Под толерантностью понимают и ценность взаимодействия в условиях противоречия, и принятие иных, отличающихся от твоих собственных, интересов и целей, и дружелюбие, спокойствие, мирную настроенность.

Немаловажную роль в жизнедеятельности командира играет уровень развития его физических качеств, таких как выносливость, сила, быстрота, ловкость. Физически развитый командир пользуется уважением своих подчиненных, являясь для них образцом. Его организм лучше противостоит утомлению в процессе двигательной деятельности, способен преодолевать большое внешнее сопротив-

ление или противодействовать ему за счет мышечных усилий, совершает больше двигательных действий в минимальное время, способен выполнять движения координированно и точно, а также своевременно и рационально справляться с новой, неожиданно возникшей задачей.

Исходя из вышеизложенных психофизических качеств, мы считаем, что командир также как личность формируется, видоизменяется в процессе всей своей профессиональной жизнедеятельности. Воспитание и формирование будущего офицера происходит в процессе его обучения в военном институте. К абитуриентам предъявляются высокие требования, они должны обладать всеми психофизическими качествами рассмотренными выше, именно качественный отбор кандидатов позволяет впоследствии успешно решать образовательные задачи в военном институте по подготовке и выпуску офицеров. В образовательном процессе военного института создаются условия, при которых врожденные психофизические качества будущего офицера, выявленные на стадии профессионального отбора, позволяют успешно их развивать и формировать до уровня, предъявляемого к выпускнику-офицеру. Но все они подчинены принципу «Тяжело в учении – легко в бою». Обстановку создавать на занятиях сложнее, чем в реальном бою, не допускать упрощенного варианта, послабления в организации и проведении мероприятий. В повседневной деятельности особое внимание необходимо уделять мероприятиям боевой подготовки, включая в них элементы внезапности, риска, состязательности. Главное при проведении занятий:

- продолжительное воздействие средств имитации на обучаемых в ходе занятий;
- длительные или трудные форсированные марши;
- проведение занятий в любых погодных условиях, но с соблюдением всех требований безопасности;
- широкое применение инженерных заграждений и др. препятствий;
- длительные тактические действия без сна, но с обязательным 4-часовым отдыхом в сутки;
- ожесточенные атаки «противника»;
- действия в условиях опасности, требующие риска;
- развитие духа соревнования;
- требование быстроты действий на труднопроходимой местности;
- противодействие «противника» с нескольких направлений;
- обучение действиям при отказе вооружения и военной техники;
- неукоснительное выполнение нормативов;
- обучение действиям в ночных условиях;

– создание постоянной действенной угрозы со стороны «противника»;

– использование возможных факторов для создания напряженности и неясности обстановки;

– постоянное и непрерывное взаимодействие и взаимовыручка.

Эффективным средством воспитания и формирования психофизических качеств у курсантов является физическая подготовка.

**Воспитание умственных качеств.** В ходе занятий физической подготовкой и спортом непрерывно возникают двигательные познавательные ситуации, требующие значительного умственного напряжения. Решение двигательных задач: как сделать движение быстрее, точнее, что надо предпринять, чтобы исправить допущенную ошибку, и т. д., выполнение любого задания – представляют собой цепь мыслительных операций, включающих наблюдение, обобщение, принятие плана действий. Умственное воспитание в процессе физической подготовки успешно, если в процессе занятий постоянно создаются познавательные ситуации, в которых занимающиеся вынуждены сами принимать решения и действовать творчески, например проведение занятия в роли командира взвода.

**Воспитание волевых качеств.** Целеустремленность, смелость и решительность, настойчивость и упорство, инициатива и находчивость, выдержка и самообладание – таков перечень основных волевых качеств, формирование и совершенствование которых активно осуществляется в процессе физической подготовки.

**Целеустремленность.** Постоянная постановка посильных, но все более и более усложняющихся задач по физическому и спортивному совершенствованию курсантов, преодоление трудностей, связанных с выполнением различных по своему характеру физических упражнений, как в обычной обстановке, так и в условиях соревнований, например сдача норм ВСК, участие в спартакиаде подразделений.

**Смелость и решительность** воспитываются преимущественно при выполнении упражнений, содержащих элементы новизны, риска и опасности, при изменении и усложнении условий их выполнения: передвижение на значительной высоте по узкой опоре, прыжки в глубину и через широкие (глубокие) препятствия, соскоки с гимнастических снарядов, опорные прыжки, акробатические упражнения, спуски с крутых склонов и прыжки на лыжах, выполнение приемов самбо и рукопашного боя.

**Инициатива и находчивость** наиболее эффективно вырабатываются при выполнении упражнений, требующих принятия самостоятельных решений (спортивные игры, приемы единоборств,

приемы и действия по внезапно подаваемым командам и сигналам, бег с ориентированием на местности), а также в ходе осуществления обязанностей спортивных организаторов подразделений, тренеров и судей по спорту.

**Настойчивость и упорство** воспитываются главным образом путем использования упражнений, в процессе выполнения которых военнослужащие переносят большие и продолжительные физические нагрузки и психические напряжения, особенно в условиях соревнований (кроссы и марш-броски, марши на лыжах, бег на средние и длинные дистанции, лыжные гонки, поднимание тяжестей и силовые упражнения на максимальное количество раз).

**Выдержка и самообладание** вырабатываются, прежде всего, при выполнении упражнений, связанных с необходимостью действовать точно и сноровисто в условиях физических нагрузок и психических напряжений (преодоление сложных препятствий, плавание в обмундировании с оружием, ныряние, переправы вплавь, действия на воде и под водой, метание гранат по целям).

**Эмоциональная устойчивость.** Выполнение физических упражнений в условиях опасности, ограниченной видимости, сильного физического утомления позволяет будущему командиру эмоционально адаптироваться к тому или иному воздействию фактору и не только выработать соответствующее эмоциональное состояние, но и закрепить определенный способ поведения в той или иной ситуации. Так, например, военнослужащие, подвергаемые в течение нескольких занятий по физической подготовке специальному педагогическому воздействию, направленному на повышение их эмоциональной устойчивости, после преодоления «огневой» полосы препятствий практически сохраняют свой уровень работоспособности. В то же время личный состав, не прошедший специального курса занятий по физической подготовке, под влиянием указанного стресс-фактора снижает результаты в стрельбе из АКМ на 38–39 %, в метании боевых гранат на точность – на 44–45 %, существенно ухудшает показатели кратковременной памяти, переключения и распределения внимания [5]. У эмоционально адаптированных в процессе физической подготовки и спорта курсантов военно-специальные навыки и умения оказываются более устойчивыми и в других сложных условиях: при обкатке танками, действиях в условиях ограниченной видимости.

Таким образом, в процессе воспитания и формирования психофизических качеств командира можно выделить три этапа:

1. Профессиональный отбор будущих командиров при поступлении в военный институт, выявление у них психофизических качеств, изложенных нами выше.

1. Создание необходимых условий, которые позволят развить данные качества с учетом требований, предъявляемых к выпускнику-офицеру.

2. Совершенствование психофизических качеств путем создания в процессе обучения необходимых условий с постепенным усложнением до экстремального воздействия.

### Библиографический список

1. Агеев В. С. Психология межгрупповых отношений. – М. : Изд-во МГУ, 1983. – 143 с.
2. Ананьев В. Г. Избранные психологические труды. В 2-х т. – М. : Педагогика, 1980. – Т. 1. – 232 с.
3. Боген М. М. // Теория и практика физической культуры. – 1997. – № 5.
4. Военная психология / под ред. В. В. Шеляга, А. Д. Глоточкина, К. К. Платонова. – М. : Воен. изд-во, 1972.
5. Волухов В. П. О воспитании смелости и решительности у солдат, физически слабо подготовленных, средствами физической подготовки // Труды факультета. – Л. : ВКФФКиС, 1961. – Вып. 27.
6. Вестовой. – 1909. – 23 янв. (№ 149).
7. Ильин Е. П. Работа и личность. – СПб. : Питер, 2011. – 224 с.
8. Ильин Е. П. Эмоции и чувства. URL: <http://psiem.ru>
9. История отечественной и мировой психологической мысли: Постигая прошлое, понимать настоящее, предвидеть будущее // Мат-лы междунар. Конф. по истории психологии «IV московские встречи», 26–29 июня 2006 г. [Электронный ресурс] / отв. ред. А. Л. Журавлев, В. А. Кольцова, Ю. Н. Олейник. – М. : Изд-во «Институт психологии РАН», 2006. URL: <http://psyche.ru>
10. Малышев И. Изучение и учет индивидуально-психологических особенностей подчиненных в повседневной служебной деятельности // Ориентир. – 1996. – № 12.
11. Сборник оригинальных и переводных статей М. Драгомирова 1856–1881 гг. Т. II. – СПб., 1881.

## РОЛЬ ШКОЛЫ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОЙ ДУХОВНО-НРАВСТВЕННОЙ ЛИЧНОСТИ

О. В. Григорьева<sup>1</sup>, Л. Е. Дудырева<sup>2</sup>,  
Н. Ю. Ракитина<sup>2</sup>, И. А. Вербицкая<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Институт экономики, управления и права,  
г. Казань, Республика Татарстан, Россия

<sup>2</sup>Средняя общеобразовательная школа № 32,  
г. Казань, Республика Татарстан, Россия

**Summary.** This article is devoted to questions of education of the healthy person, to receptions of formation of physical and psychological health of schoolboys and to questions of education of tolerance and spiritually-moral education as a whole. The role of school is defined in education of the healthy spiritually-moral person.

**Key words:** health; psychological health; physical health; moral health; health protection; education of the healthy person; healthy spiritually-moral person.

Охрана собственного здоровья – это непосредственная обязанность каждого, он не вправе перекладывать ее на окружающих. По определению Всемирной организации здравоохранения, «здоровье – это состояние физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов». Вообще можно говорить о трех видах здоровья: физическом, психическом и нравственном (социальном). Если физическое здоровье – это естественное состояние организма, обусловленное нормальным функционированием всех его органов и систем, то психическое здоровье зависит от состояния головного мозга, оно характеризуется уровнем и качеством мышления, развитием внимания и памяти, степенью эмоциональной устойчивости, развитием волевых качеств. Нравственное здоровье определяется теми моральными принципами, которые являются основой социальной жизни человека, т. е. жизни в определенном человеческом обществе [1].

С древних времен ученые разных стран искали пути гармоничного развития человека. Эта проблема занимала умы мыслителей Древней Греции, Египта, Китая, Индии, которые отмечали связь между движениями и состоянием психики, мыслями, поступками и чувствами человека. Поисками способов гармоничного развития занимались также ученые России. И. М. Сеченов и И. П. Павлов научно обосновали взаимодействие психики и мышечной деятельности, роль мозга и центральной нервной системы. В. М. Бехтерев подтвердил зависимость двигательных и психических функций. Таким образом, гармоничное развитие происходит при целостной, комплексной, сбалансированной реализации всех потенциальных возможностей человека, а одностороннее развитие губительно для личности.



В современных условиях, когда темп жизни ускоренный, экология нарушена самим человеком, планету сотрясают катаклизмы, в обществе периодически вспыхивают межнациональные конфликты, человеческий организм, в особенности детский или юношеский, не в состоянии это преодолеть и подвержен эмоциональным стрессам. И как бы мы ни были подкованы теоретически, чтобы противостоять этому, практика свидетельствует о весьма плачевной ситуации. В первую очередь, жизнь для детей перестала быть ценностью, а это страшно. Вот некоторые факты: возраст приобщения к курению уже снизился до 10 лет у мальчиков и до 12 лет у девочек; из трех миллионов наркоманов в России более половины миллиона человек – дети; примерно 80 процентов детей в нашей стране нуждаются в медико-психологической помощи; из 35 миллионов детей в возрасте до 16 лет около полмиллиона – инвалиды; у 8 из 10 детей неврозы. 20 процентов от общего числа всех самоубийств совершают дети и подростки. Воистину страшные цифры. Если сравнить год 1961 и год 2010, то можно отметить, что если для учеников 1961 года характерными были такие проблемы, как разговоры во время уроков, явка на урок с невыученным домашним заданием, шум на занятиях, бег по коридору, школьники в то время обижали слабых, сорили в классах, ломали мебель, курили; то в 2011 году – главными проблемами школы стало употребление школьниками наркотиков, употребление алкоголя, ранняя беременность, суицид, проституция, хулиганство и грабеж, беспризорщина [2].

Анализ данных проблем заставляет задуматься о роли школы и образования в целом в развитии и поддержании физического, психического и духовно-нравственного здоровья подрастающего поколения. Ребенок будет здоров, если он наилучшим образом приспособлен к условиям меняющейся среды. Важную роль в этом играют следующие компоненты здоровья: духовно-нравственное воспитание детей, которое заключается в создании базовой культуры личности, основ гуманизма, воспитании любви к земле, уважении других национальных традиций (духовно-нравственный компонент школьника выражается в умении творчески реализовывать себя в различных сферах деятельности); соматический компонент, куда входит гигиеническое воспитание и посильные физические нагрузки, что является фундаментом для достижения активного долголетия; психический компонент, или устойчивость к стрессам, гармония интеллектуальной, эмоциональной и волевой сфер деятельности человека. По оценке академика К. М. Быкова, «эмоциональные воздействия могут часто оказывать во много раз больше влияния, чем какой-либо физический фактор, слово может наносить глубокие изменения во всем организме»; социальные и личностные компоненты включают в себя осознание себя как личности. Нужно

учить детей общаться, сопереживать, помогать другим. Личностные черты закладываются в детстве.

Таким образом, развитие человека включает в себя физическую, психическую, социальную и духовную эволюцию человека.

Для сохранения *физического здоровья* школьников необходимо уделить особое внимание внедрению здоровьесберегающих технологий. Под этими технологиями мы понимаем в широком смысле слова все те технологии, использование которых в образовательном процессе идет на пользу здоровья учащихся. Это благоприятные условия обучения ребенка в школе (отсутствие стресса, адекватность требований и методик обучения и воспитания); оптимальная организация учебного процесса (в соответствии с возрастными, половыми, индивидуальными особенностями и гигиеническими требованиями); необходимый, достаточный и рационально организованный двигательный режим.

В школе № 32 Кировского района г. Казани разработана и реализуется программа «Здоровье». Она включает в себя: образование в области здоровья; физическое воспитание; участие родителей и общественности; службу питания.

Также проводится комплекс здоровьесберегающих мероприятий, куда входят: организация летнего оздоровительного лагеря; диспансеризация учащихся; диспансеризация работников школы; профилактические прививки детям и взрослым; Дни здоровья; оздоровительные поездки выходного дня; школьные спортивные праздники; беседы о здоровье с учащимися и родителями; выпуск санбюллетеней, листовок здоровья.

Особо хочется отметить работу педагогического коллектива по воспитанию здорового образа жизни. На здоровье человека влияют биологические и социальные факторы. Рациональный режим труда и отдыха – необходимый элемент здорового образа жизни. При правильном и строго соблюдаемом режиме вырабатывается четкий ритм функционирования организма, что создает оптимальные условия для работы и отдыха и тем самым способствует укреплению здоровья. Следующими звеньями здорового образа жизни являются искоренение вредных привычек (курение, алкоголь, наркотики) и рациональное питание.

Работа по воспитанию здорового образа жизни ведется на уроках ОБЖ, естественнонаучного цикла и во внеурочное время. Необходима данная работа и среди родителей. С этой целью в нашей школе проводится педагогический лекторий.

Еще древние говорили, что «легче устранить причину, порождающую зло, чем бороться с ним». Почему же современный ученик является причиной конфликта? Родители не всегда хорошо знают своего ребенка. Одно из главных заблуждений состоит в том, что взрослые считают: «Проблемы нашего общества, актуальные для

нас, совершенно не касаются наших детей». Безусловно, ребенок не может дать глубокий анализ явлениям общественной жизни. Но это не означает, что все проходит бесследно для его сознания.

В настоящее время педагоги отмечают увеличение нарушений *психического здоровья* школьников. В первую очередь причины следует искать в семье. Большинство семей можно разделить на 2 группы. В первой группе имеет место воспитание ребенка в стиле «золушки». В таких семьях ребенка наказывают за малейшую провинность, подвергают унижениям и оскорблениям, что ведет к формированию комплекса неполноценности и заниженной самооценки. Во второй группе семей – воспитание ребенка в стиле «принцессы». В подобных семьях детей балуют, прощают любые шалости и проступки. Такие дети ни в чем не знают отказа и запрета, что ведет к формированию капризного и привередливого эгоиста. И те, и другие дети требуют особого внимания со стороны учителя [5].

Наряду с психологическими патологиями существуют и психические патологии. Это врожденная патология, родовые травмы, психические заболевания, которые передаются генетически. Наследственная или приобретенная патология головного мозга является основной причиной появления у детей конфликтности, драчливости, жестокости и других отклонений в поведении. Такие дети создают много проблем для учителя, родителей и самих детей. Важная роль в воспитании таких детей отводится психологической службе и школьным психологам, которые должны ежегодно проводить профилактическое психологическое обследование учащихся. В нашей школе дети и их родители знают, куда обратиться за психологической помощью. При детской поликлинике № 4 г. Казани работает «Клиника, дружественная к молодежи». Опытные психологи бесплатно и анонимно проводят тренинги и индивидуальные и групповые занятия с детьми, которые могут приходить к ним даже без взрослых.

Важным является и создание комфортных условий для каждого ребенка в классном коллективе. Для уменьшения психической нагрузки необходимы смена деятельности на уроках, физминутки, посильные дифференцированные творческие задания, стимулирующие познавательную активность и повышающие интерес к изучаемым предметам, доброжелательное отношение педагога к каждому ребенку.

Детство – время интенсивного накопления социально значимого опыта, формирования отношения к окружающему миру. Чтобы воспитать личность, нужно пробудить духовный инстинкт в ребенке. Если это не сделать в детстве, впоследствии все ценности ему придется навязывать, и он начнет бунтовать против них. В ребенке нужно развивать вкус к доброте и правде. Духовность можно определить как устремленность личности избранным целям. А нрав-

ственность – это совокупность общих принципов поведения людей по отношению друг к другу и обществу. В сочетании они составляют основу личности.

Воспитание нравственности начинается с формирования понятий «хорошо» и «плохо». Ребенок должен осознавать свои поступки, как хорошие, так и плохие. Но далеко не все поступки детей являются таковыми. Поэтому *главной задачей духовно-нравственного воспитания* является воспитание привычки к делам милосердия, любви к другим людям на основе чувства сострадания. Воспитать у ребенка правильное отношение к другим людям помогут два правила: никого не обижай и всем, насколько можешь, помогай. По-другому это можно сказать так: «Относись к другим так, как хочешь, чтобы они относились к тебе».

Ключевую роль в духовно-нравственном воспитании играет образование. Через школу проходят все граждане России. Ценности личности в первую очередь закладываются в семье. Но наиболее системно и глубоко духовно-нравственное воспитание личности происходит в сфере образования. Ребенок школьного возраста наиболее восприимчив к духовно-нравственному развитию и воспитанию. А вот недостатки этого развития и воспитания трудно восполнить в последующие годы.

Основным содержанием духовно-нравственного развития и воспитания являются базовые национальные ценности: патриотизм, гражданственность, социальная солидарность, семья, труд, искусство, наука, религия, природа. Эти базовые ценности должны закладываться в течение школьной жизни. Для достижения желаемого результата – воспитания духовно-нравственной личности – необходимо тесное взаимодействие школы и семьи, общественных организаций и средств массовой информации. Только при этом взаимодействии появляется возможность получить реальные результаты: приобретение школьником знаний об общественных нормах, поведении в обществе и морали; формирование позитивного отношения к семье, природе, Отечеству, труду, культуре; получение школьником опыта самостоятельного социального действия.

Работа по духовно-нравственному воспитанию детей ведется в школе и на уроках, и на классных часах, и на внеклассных мероприятиях.

Особенно актуальной в настоящее время становится проблема терпимого отношения к людям иной национальности и культуры. В последние годы наблюдается приток в Россию выходцев из республик бывшего СССР. Дети таких иммигрантов обучаются в массовых школах, но отличаются от российских детей не только незнанием русского языка и неумением выражать свои мысли на нем, но и другим поведением, привычками, внешним видом. Им очень трудно вживаться в классный и школьный коллектив, дети не всегда пра-

вильно их воспринимают. Поэтому необходимо искать эффективные способы воспитания учащихся в духе толерантности. «Давайте учиться толерантности в школах, дома и на работе, а самое главное постигать ее суть умом и сердцем», – призывает ЮНЕСКО. А что же такое толерантность? Это – терпение, снисходительность к чужим мнениям и верованиям. Это социальная норма, в которую входят такие компоненты, как интерес к особенностям друг друга, признание равенства партнеров, отказ от доминирования и насилия, готовность принять другого таким, какой он есть, доверие, умение слушать и выслушивать другого, способность к сочувствию, сопереживанию [3].

Обществу не хватает толерантности. Из-за этого происходит много бед. Казалось бы, живи сам и давай жить другим, имей свой образ жизни и признай право других на то же самое. И все будет хорошо. Но почему-то такого не происходит. И в детской среде все большее распространение получают недоброжелательность, озлобленность, агрессивность [4].

Причин этому много, их следует искать и устранять. Поэтому проблема толерантности – это и воспитательная проблема. Проблема культуры общения – одна из самых острых в школе, да и в обществе в целом. Прекрасно понимая, что люди все разные и что надо воспринимать другого человека таким, какой он есть, дети все же не всегда ведут себя корректно и адекватно. Важно быть терпимым по отношению друг к другу, что очень непросто. «Педагогика сотрудничества» и «толерантность» – те понятия, без которых невозможны какие-либо преобразования в современной школе. Как сложится взаимодействие между 20–30 детьми, пришедшими из разных микросоциумов, с разным жизненным опытом. В школе важно научить ребенка, с одной стороны, принимать другого как значимого, а с другой – критически относиться к своим собственным взглядам. На классных часах, уроках эстетического цикла, внеурочной деятельности необходимо детей воспитывать в духе терпимости к людям, учить умению различать добро и зло. Но воспитание культуры толерантности должно идти в тесном контакте: родители + дети + учитель. Путь к толерантности – это серьезный эмоциональный и интеллектуальный труд и психическое напряжение, т. к. оно возможно только на основе изменения самих себя, своего сознания [3].

Дети – это будущее, это создатели нового демократического общества. Общество станет идеальным только тогда, когда все его представители будут физически, духовно, нравственно здоровыми. Благополучие общества зависит от здоровья наших детей, ведь без здорового подрастающего поколения у нации нет будущего. Сегодня проблема сохранения здоровья вышла на первый план, и решать эту проблему необходимо всем вместе. Проблема здоровья нации стала сегодня самым серьезным вызовом системе управления государством. Можно ли решить эту проблему? И много ли может сделать

простой учитель для решения этой проблемы? Профессия учителя удивительна, она связана с детьми. Мы в ответе за здоровье своих воспитанников, и никто не скажет, что это дело второстепенное. Каким будет здоровье наших детей, их жизнь сегодня и завтра, их желание и потребность быть здоровым – зависит и от нас, от учителей. Необходимо помнить, что бережное отношение к своему здоровью и ориентация на здоровый образ жизни не появляются у детей сами собой, а формируются в результате целенаправленного педагогического воздействия. Улучшение здоровья детского населения – одна из актуальных проблем современности. Радует тот факт, что сейчас многое делается для решения этой проблемы. Многие можем сделать и мы, педагоги. Ведь педагог – это человек, который оказывает воздействие на развитие ребенка, способствует реализации его интеллектуального, физического, духовного потенциала, контролирует и корректирует его развитие.

Чтобы остановить регресс нации и прогресс ее разрушения, необходимо воспитывать у ребенка ценностное отношение к здоровью, формировать у него четкую гражданскую позицию, заключающуюся в понимании здорового образа жизни как основного принципа жизнедеятельности и единственного пути к долгой, активной и счастливой жизни. Наши дети – будущее нашей нации – должны бережно относиться к своему здоровью, осознавать потребность в его сохранении, укреплять свой организм и совершенствовать собственные физические навыки и умения.

Сегодня для России как многонационального государства чрезвычайно важна деятельность, которая способна объединить нацию, содействовать сопряжению разнородных интересов различных слоев общества. Любое общество проектирует свое будущее через воспитание. Система воспитания должна быть нацелена на универсальные общенациональные ценности. И именно школа представляет собой уникальную среду для формирования у детей потребности в здоровом образе жизни. Именно нам, учителям, предоставлена возможность научить ребенка быть здоровым душой и телом, стремиться творить свое здоровье, применяя знания и умения, чтобы в дальнейшем действия ребенка, его поступки, инициативы, творчество соприкасалось с потребностью быть здоровым физически и нравственно.

### **Библиографический список**

1. Ахиезер А. С. Жизнеспособность российского общества // *Общественные науки и современность*. – М., 1996. – № 6. – С. 58–66.
2. Бородай Ю. М. Этнические контакты и окружающая среда // *Природа*. – М., 1981. – № 9. – С. 82–85.
3. Ванюхина Н. В., Григорьева О. В., Семенова-Полях Г. Г. Толерантность: что это такое? // под ред. И. М. Юсупова. – Казань, 2008. – 128 с.

4. Воробьева О. Я. Педагогические технологии воспитания толерантности учащихся. – М., 2007. – 160 с.
5. Касаткин В. Н. Педагогика здоровья. – М. : Линка-Пресс, 1998. – 336 с.

## **ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ НА УРОКАХ ИСТОРИИ**

**А. В. Ярцев**

**Татаринская средняя общеобразовательная школа  
Каменского района Воронежской области, Россия**

**Summary.** The article is devoted to healthsaving technologies in activity of the teacher of history. The problem urgency is noted.

**Key words:** healthsaving; history.

На сегодняшний день, по моему мнению, нет более важной задачи в воспитании подрастающего поколения, как здоровьесбережение обучающихся. Здоровье человека – тема достаточно актуальная для всех времен и народов, а в XXI веке она становится первоочередной. Состояние здоровья российских школьников вызывает серьезную тревогу специалистов. Наглядным показателем неблагополучия является то, что здоровье школьников ухудшается по сравнению с их сверстниками двадцать или тридцать лет назад. При этом наиболее значительное увеличение частоты всех классов болезней происходит в возрастные периоды, совпадающие с получением ребенком общего среднего образования. В связи с переводом российской общеобразовательной школы в новое качество в рамках модернизации образования назрела необходимость внедрения в учебный процесс инновационных методик и передовых педагогических технологий, призванных обеспечить индивидуализацию обучения, развивать самостоятельность учащихся как сложное интегральное качество личности, а также содействовать сохранению и укреплению их здоровья. В соответствии с президентской инициативой «Наша новая школа» одним из приоритетных направлений ее работы является пропаганда здорового образа жизни. И эта проблема сейчас действительно очень актуальна. По данным статистики в нашей стране из года в год снижается индекс здоровья и увеличивается общая заболеваемость детей и подростков. Особую тревогу в этом плане вызывает сам характер заболеваний, изменяющийся в сторону хронических неинфекционных: аллергических, сердечно-сосудистых, онкологических, нервно-психических, болезней органов дыхания, зрения, слуха и т. д.

Физически неблагополучный ребенок с трудом осваивает курс обучения. Свои проблемы он и его родители пытаются объяснить избыточными требованиями со стороны учителей. И действительно,

характерная для современного урока информационная перегрузка учащихся, его высокая интенсивность, чрезмерное нервно-эмоциональное напряжение, недостаточная двигательная активность школьников – все это ведет к потере здоровья детей.

От учителя – основной фигуры педагогического процесса – в наибольшей степени зависит, какое влияние на здоровье учащихся оказывает их пребывание в школе, процесс обучения, насколько здоровьесберегающими являются образовательные технологии.

Как известно, урок является основной формой организации обучения в школе. Здоровьесберегающие технологии на своих уроках может и должен применять каждый учитель. И я не являюсь исключением.

На уроках истории учитель формирует психическое (духовное), социальное, физическое здоровье обучающихся.

К воздействию на физическое здоровье во время урока истории относится, прежде всего, сохранение физических характеристик обучающихся: зрения, слуха, осанки. Их сохранению способствует смена деятельности на уроке. Во избежание усталости учащихся чередую различные виды работ: самостоятельная работа, работа с учебником (устно и письменно), творческие задания – необходимый элемент на каждом уроке. Они способствуют развитию мыслительных операций памяти и одновременно отдыху ребят. Организую выполнение разноуровневых заданий, индивидуально дозирую объем учебной нагрузки. Применяю различные тестовые задания с выбором ответа, с открытым ответом; задания на перегруппировку; на распознавание ошибок.

Учитель должен стремиться вызывать положительное отношение к предмету. Доброжелательный и эмоциональный тон педагога – важный момент в преподавании. На своих уроках стараюсь создать условия, которые будут способствовать сохранению здоровья детей.

На мой взгляд, здоровьесберегающие технологии нельзя отделять от духовного воспитания детей. На уроках обществознания, истории стараюсь приучать ребят разбираться в разных мировоззренческих системах, представлениях, бытующих в обществе, и сознательно совершать выбор духовных ценностей.



# ПОВЫШЕНИЕ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ ЛИЧНОСТИ В ЭКЗАМЕНАЦИОННОЙ СИТУАЦИИ У СТУДЕНТОВ УЧРЕЖДЕНИЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Е. Н. Мазур

Северный (Арктический) федеральный университет  
им. М. В. Ломоносова, Гуманитарный институт,  
г. Северодвинск, Архангельская область, Россия

**Summary.** There are the results of the experimental studying of level tolerance to stress students in examination period in the article. A program of training to rise tolerance to stress of personality in establishments of profession education is proposed.

**Key words:** examination; tolerance to stress; students of establishments of profession education; training.

Экзаменационный стресс занимает одно из первых мест среди причин, вызывающих психическое напряжение у студентов высшей школы. В последние годы получены убедительные доказательства того, что экзаменационный стресс оказывает негативное влияние на нервную, сердечно-сосудистую и иммунную системы студентов. Исследования показывают, что за экзаменационный период в школах и вузах 48 % юношей и 60 % девушек заметно теряют в весе, а кровяное давление у них повышается до 149–155 мм рт. ст. [3].

Экзаменационный стресс порождается интенсивной умственной деятельностью, нагрузкой на одни и те же мышцы и органы из-за длительного сидения за учебниками, а также нарушением режима сна и отдыха. Но главный фактор, провоцирующий развитие стресса, – это отрицательные переживания.

Наиболее подвержены стрессу студенты с ослабленным здоровьем, особенно страдающие хроническими заболеваниями либо имеющие отклонения от нормы в нервном и психическом плане. Имеет значение также степень их социальной адаптации. В группу риска входят студенты с низким уровнем самооценки, поэтому стресс может оказать влияние не только на тех, кто плохо успевает, но и на, казалось бы, вполне благополучных детей с хорошей подготовкой и высоким чувством ответственности.

Таким образом, экзамен является стрессофактором по следующим показателям: во-первых, это серьезная интеллектуальная задача, связанная с большой нагрузкой на мозг. Во-вторых, сама процедура испытания и оценки связана с глубокими эмоциональными переживаниями. В-третьих, успех зависит от отношения студента к учебе и самой процедуре экзамена [2].

У каждого человека есть некоторый индивидуальный набор психологических ресурсов, помогающих выдержать экзаменационную гонку. Нельзя сказать, чтобы одни люди по своей психологиче-

ской природе были лучше готовы к экзамену, чем другие. Все дело в том, что кто-то из них более стрессоустойчив, кто-то менее [1].

Под стрессоустойчивостью мы понимаем способность человека сохранять целенаправленную деятельность в трудных, иногда экстремальных условиях существования. К компонентам стрессоустойчивости отнесем уровень нервно-психического напряжения (НПН), самочувствие, активность и настроение.

В ходе определения уровня стрессоустойчивости личности нами использовались методики, направленные на исследование самооценки психического состояния (В. А. Доскин и др.) и определение нервно-психического напряжения (Т. А. Немчин). Уровень стрессоустойчивости определен у студентов первого курса, обучающихся по специальности «специальная дошкольная педагогика и психология» в количестве 28 человек (женского и мужского пола, возраст 17–18 лет).

Результаты исследования самооценки психического состояния перед экзаменом показали, что для большинства студентов академической группы (71 %) характерно благоприятное самочувствие, активность и хорошее настроение (61 %). Однако у 29 % обучающихся констатировали признаки негативного состояния, такие как разбитость, усталость, вялость, утомление и болезненность. Чуть больше респондентов (39 %) указали на медлительность реакций, пассивность, сонливость, рассеянность, желание отдохнуть. Такое же количество студентов (39 %) отметили у себя накануне экзамена плохое настроение, проявляющееся в озабоченности, недовольстве, унынии, пессимистичности и разочарованности.

Результаты по методике, направленной на изучение уровней нервно-психического напряжения показали, что 32 % студентов испытывает перед экзаменом детензивное (слабое) нервно-психическое напряжение, 39 % студентов – экстенсивное (чрезмерное) нервно-психическое напряжение и для 29 % характерно интенсивное (умеренное) напряжение. Нервно-психическое напряжение проявлялось в физическом дискомфорте, болевых ощущениях, мышечном напряжении, в вегетативных проявлениях со стороны дыхательной, сердечно-сосудистой, выделительной систем, особенностях терморегуляции (повышение или понижение температуры конечностей).

По результатам методик мы выделили следующие группы студентов: 1) имеющие высокий уровень стрессоустойчивости (32 %); 2) со средним уровнем стрессоустойчивости (39 %) и 3) с низким уровнем стрессоустойчивости (29 %).

Среди средств, способствующих повышению стрессоустойчивости, мы отдали предпочтение социально-психологическому тренингу (СПТ). Он направлен на овладение определенными социально-психологическими знаниями, развитие коммуникативных способностей, рефлексивных навыков, способности анализировать си-

туацию, поведение, состояние как членов группы, так и свои собственные, умения адекватно воспринимать себя и окружающих. При этом вырабатываются и корректируются нормы личностного поведения и межличностного взаимодействия, а также развивается способность гибко реагировать на ситуацию, быстро перестраиваться в различных условиях и разных группах.

На основе анализа всех полученных диагностических данных был разработан СПТ, включающий цикл тренинговых занятий по повышению стрессоустойчивости студентов к экзаменационной ситуации.

Выделим задачи тренинга: регуляция эмоциональных реакций во время экзамена; развитие навыков уверенного поведения; повышение самооценки; осознание внутренних потенциальных возможностей личности; ознакомление с правилами подготовки к экзаменам; ознакомление с приемами снятия нервно-психического напряжения и закрепление их в своем поведении; осознание ресурсов внешней среды, которые могут служить источником энергии для человека; осознание неадаптивных мыслей и развитие умения их переструктурировать в адаптивные; обучение рациональному распределению времени в период экзаменационной сессии.

СПТ предполагал фронтальную работу (в круге) и работу в парах в течение двух месяцев в свободное от учебы время. Структура тренингов включала следующие элементы: разминка, работа с теорией, упражнения на снятие НПН. Занятия проводились во второй половине дня в академической аудитории. Длительность проведения занятия зависела от физического и психического состояния студентов (не более 2 академических часов). В ходе тренингов менялось отношение студентов к себе и к экзаменационной ситуации. Релаксационные упражнения имели музыкальное сопровождение. Для оценки динамики уровня стрессоустойчивости использовали методику «Гора стрессоустойчивости».

Работа проходила в три этапа. *Этап 1. Подготовительный.* Цель: создание условий для знакомства, доброжелательной атмосферы, заинтересованности студентов к тренингу по повышению стрессоустойчивости личности в экзаменационной ситуации, знакомство студентов с понятием стрессоустойчивости (1 занятие).

*Этап 2. Основной.* Цель: создание условий, способствующих повышению стрессоустойчивости личности в экзаменационной ситуации. Занятие 1. «Выявление неадаптивных мыслей». Цель: создать условия для выявления неадаптивных иррациональных мыслей; знакомство с техникой «Азбука стресса». Занятие 2. «Работа по переструктурированию неадаптивных мыслей». Цель: создать условия для осознания и переструктурирования неадаптивных мыслей. Занятие 3. «Повышение самооценки». Цель: способствовать повышению самооценки студентов. Работа с техниками трансактного

анализа. Психологические поглаживания. Занятия 4–6. «Регуляция эмоциональных состояний». Цель: создание условий для регуляции эмоциональных реакций во время экзамена. Аутогенная тренировка, релаксация, дыхательные упражнения, приемы снятия нервно-психического напряжения. Занятие 7. «Внешние и внутренние ресурсы». Цель: создать условия для осознания внутренних и внешних ресурсов для заряжения энергией. Упражнение «Формулы», беседа, упражнение «Маяк». Результат: умение восстанавливать силы, осознание внутренних ресурсов. Занятие 8. «Правила подготовки к экзаменам». Цель: создание условий для ознакомления с правилами подготовки к экзаменам. Беседа на тему режима дня, питания во время экзаменов, места для занятий, как запомнить большее количество материала, закономерностей запоминания, настроая на экзамен, поведения до и во время экзамена. Занятие 9. «Рациональное распределение времени». Цель: создать условия для научения рациональному распределению времени. Беседа. Упражнение «Психологическое время», тест на умение распоряжаться временем, обсуждение причин слабого контроля за временем. Домашнее задание «Журнал учета повседневной деятельности». Упражнение «Пройди за время». Занятия 10–12. «Поведение на экзамене, уверенное поведение». Цель: создание условий для осознания поведения на экзамене. Упражнение «Походка». Проигрывание психодрамы. Беседа на тему, как правильно зайти в аудиторию, как держать себя, вспомнить жесты уверенного поведения, вспомнить приемы снижения НПН, которые можно было бы использовать, взгляд (куда направлен), психогимнастика (работа с мимикой). Проигрывание идеального варианта «уверенного поведения на экзамене».

*Этап 3. Заключительный.* Цель: проверить эффективность проведенных тренинговых занятий (полученные знания и приобретенные умения). Проверка знаний по теории вопроса. Демонстрация умения изменять пульс (до и после упражнения). Демонстрация уверенного поведения (2 занятия).

В ходе последующей сессии было проведено повторное изучение экзаменационного поведения у данной группы студентов. Отмечено увеличение количества студентов с высоким уровнем стрессоустойчивости (54 %), понижение – со средним уровнем стрессоустойчивости (32 %) и с низким уровнем стрессоустойчивости (14 %).

С целью доказательства эффективности СПТ был проведен сравнительный анализ данных контрольного и констатирующего экспериментов с помощью Т-критерия Вилкоксона. Установлено, что в *экспериментальной группе* преобладание положительных сдвигов по самочувствию, активности и настроению и понижению НПН не случайно ( $p < 0,01$ ), т. е. установлен положительный эффект от СПТ, а в *контрольной группе* случайно ( $p > 0,05$ ).

Следовательно, разработанная нами программа проведения СПТ может быть использована кураторами и педагогами учреждений профессионального образования в предэкзаменационный период в целях повышения стрессоустойчивости студентов.

#### **Библиографический список**

1. Ефремов К. Стресс – первобытный, цивилизованный, школьный // Социальная педагогика. – 2004. – № 1. – С. 47–54.
2. Рубцов В. В. Школа и стрессы: современное состояние проблемы // Вестник практической психологии образования. – 2006. – №1. – С. 11–15.
3. Фаустов А. С., Щербатых Ю. В. Коррекция уровня экзаменационного стресса у студентов как фактор улучшения их здоровья // Здоровоохранение Российской Федерации. – 2001. – № 4. – С. 38–39.

## **V. СЕКСУАЛЬНОСТЬ, РЕПРОДУКЦИЯ И ЗДОРОВЬЕ МАТЕРИ И РЕБЕНКА**

### **ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С АНОМАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ**

**Ю. А. Орлова, О. В. Чечулина**

**Казанская государственная медицинская академия  
Федерального агентства по здравоохранению  
и социальному развитию, г. Казань, Россия**

**Summary.** Article is devoted one of actual problems of the present - to reproductive health. In article it is told about research of physical development of girls-teenagers with abnormal uterine bleedings.

**Key words:** teenagers; uterine bleedings.

Репродуктивная функция женского организма является важнейшим интегральным показателем здоровья женщины. Очевидно, что России нужно здоровое потомство, а фундамент здоровья женщин детородного возраста, т. е. матерей или потенциальных матерей, закладывается с первых дней жизни. Общеизвестен факт прямой зависимости здоровья детей от состояния здоровья родителей, особенно матерей. Именно с детства начинается становление общесоматического здоровья женщин, берут свое начало органические и тем более функциональные заболевания женских половых органов, закладывается фундамент полового и физического развития. Улучшение репродуктивного здоровья нации – одна из важнейших задач государства в области социальной политики [1].

Задачей нашего исследования явилось изучение данных анамнеза и физического развития у девочек-подростков с аномальными маточными кровотечениями в пубертатном периоде (АМК ПП) и контрольной группы.

#### **Результаты собственных исследований**

Нами проведено изучение данных физического развития и данных анамнеза у 40 девочек-подростков с аномальными маточными кровотечениями пубертатного периода и 329 девочек-подростков из контрольной группы.

Исследуя группу девочек-подростков с АМК, мы выявили 57,5 % случаев искривления позвоночника, что на 20 % больше, чем в контрольной выборке. Кровоточивость десен и варикозное расширение вен также чаще встречались у девочек-подростков с АМК, чем у девочек контрольной группы, составив 22,5 % и 10 % соответственно.

В целом в группе с АМК достоверно чаще, чем в контрольной группе, встречалась практически вся вышеуказанная патология ( $\chi^2 = 20,73$ ;  $df = 4$ ;  $p = 0,0006$ ).

Наибольшие отличия наблюдались по частоте встречаемости плоскостопия ( $\chi^2=40,7$ ;  $df = 15$ ;  $p=0,001$ ), которое в детском возрасте отмечалось у 15 % опрошенных из группы с АМК, что вдвое превышает подобную частоту в контрольной выборке.

Более чем двукратные различия между исследуемыми группами наблюдались в отношении патологии эндокринной системы, которая встречалась у 25 % девочек-подростков с АМК против 11,2 % у лиц из контрольной выборки. Различия оказались статистически достоверны ( $\chi^2 = 6,06$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,02$ ).

### **Оценка физического развития**

Для определения гибкости всем участницам было предложено выполнить ряд гимнастических упражнений («мостик», «лотос», «шпагат»). 29,4 % девочек-подростков из контрольной выборки и 20 % из группы девочек-подростков с АМК не смогли выполнить ни одно из предложенных упражнений. Упражнение «мостик» в обеих группах выполнило примерно одинаковое число человек (38,9 и 40 %, соответственно). Наибольшие различия между группами наблюдались при выполнении упражнений «мостик» и «лотос». В контрольной группе их смогли выполнить 7,9 % девочек-подростков, тогда как в группе с АМК пубертатного периода данные упражнения выполнили 25 %. В целом в группе с АМК число девочек-подростков, способных выполнять гимнастические упражнения, оказалось достоверно больше, чем в контрольной группе ( $\chi^2 = 17,57$ ;  $df = 8$ ;  $p = 0,038$ ).

Сравнительный анализ роста исследуемых групп девочек-подростков выявил статистически достоверные отличия между группами ( $\chi^2 = 19,62$ ;  $df = 5$ ;  $p = 0,003$ ). Наиболее существенные различия наблюдались в интервале 171–173 см, частота которого в группе с АМК составила 30 % против 8,5 % в контроле.

Для более детальной оценки физического развития нами был использован индекс Варги, который позволяет диагностировать снижение массы тела. У участниц исследования выявлены преобладание нормы в группе контроля (65 %) и повышенный процент случаев умеренного снижения массы тела у девочек-подростков с АМК, достигший отметки в 55 %. Сравнительный анализ показал, что у девочек-подростков с АМК наблюдается статистически значимое снижение веса ( $\chi^2 = 12,23$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0,0042$ ).

Арахнодактилия (длинные, тонкие, извитые пальцы. Диагностируется с помощью клинических тестов) у девочек-подростков с АМК встречалась достоверно чаще, чем в группе контроля ( $\chi^2 = 5,72$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,0231$ ).

Плоскостопие было зафиксировано преимущественно у девочек-подростков с АМК – 40 %, что на 17 % больше, чем в контроль-

ной группе. В целом можно отметить, что у девочек-подростков с АМК плоскостопие встречается достоверно чаще, чем в группе контроля ( $\chi^2 = 8,94$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0,012$ ).

**Заключение:** анализ данных анамнеза и физического исследования показал, что у девочек-подростков с аномальными маточными кровотечениями достоверно чаще встречаются такие заболевания, как искривления позвоночника, плоскостопие, патология эндокринной системы. Также у девочек-подростков с АМК наблюдаются статистически значимое снижение веса и достоверные различия в росте по сравнению с группой контроля. Сравнение групп показало статистически значимое преобладание наличия арахноидальной кисты у девочек-подростков с АМК.

### **Библиографический список**

1. Кучма В. Р. Гигиена детей и подростков. – М. : Медицина, 2004. – С. 383.
2. Онищенко Г. Г., Баранов А. А., Кучма В. Р. Безопасное будущее детей России: научно-методические основы подготовки плана действий в области окружающей среды. – М. : НЦЗД, 2004. – С. 154.
3. Уварова Е. В. Репродуктивное здоровье девочек России в начале XXI века // Акуш. и гинек. – 2006. – Прил. – С. 27–30.

## **ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ КАК ФАКТОР НАРУШЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИНЫ**

**Е. Б. Алексеева, М. А. Беялова**

**Краснодарский муниципальный медицинский институт  
высшего сестринского образования, г. Краснодар, Россия**

**Summary.** Russia takes one of the first places in the world in a number of abortions. The breach of family canons and values is one of the reasons of breaking the pregnancy. The systematic work in the prevention of abortions for preserving the reproductive woman health.

**Key words:** abortions; reproductive health; prevention of abortions.

По данным ООН, Россия занимает одно из ведущих мест по количеству аборт. В 2006 году, по данным Росстата, был зарегистрирован 1 млн 582 тыс. абортов, из них около 10 % были произведены женщинами в возрасте до 19 лет. Несмотря на незначительное их снижение в последние годы (в 2007 г. – 1 млн 479 тыс., в 2008 г. – 1 млн 385 тыс., в 2010 г. – 1 млн 186 тыс.), уровень абортов в России остается одним из самых высоких в мире.

В последние годы рождаемость в России немного увеличилась, но аборт как метод регулирования рождаемости до сих пор используется очень широко. Существует серьезное противоречие между



желанием иметь детей и отсутствием у большинства населения социально-экономической базы, гарантирующей достаточный уровень материального благополучия семьи и воспитания ребенка. Проблему усугубляет и тот факт, что указанные отрицательные проявления наблюдаются на фоне изменения семейных канонов и ценностей, трансформации традиционных стереотипов репродуктивного поведения, изменения семейных отношений. Наблюдается рост незапланированных беременностей среди несовершеннолетних и аборт у женщин, которые еще не имеют детей. На готовность к материнству влияет более поздний возраст вступления в брак, установки на уменьшение количества детей в семье, карьерные устремления женщин. Увеличивается количество семей, в которых ребенок не принят родителями из-за нарушения материнско-детских отношений. Сложившуюся ситуацию необходимо изменять, внедряя программы реабилитации женщин, которые по различным причинам прервали беременность, оказывать доабортную медицинскую, психологическую, социальную помощь.

Исследования Н. Н. Авдеевой, О. В. Баженовой, Л. Л. Баз, О. А. Копыл показали наличие двух психологических статусов женщин с нежелательной беременностью:

- 1) женщина чувствует себя хорошо, но появляется некоторая невключенность в происходящее, безразличие или эйфория;
- 2) устойчивый негативный депрессивный фон настроения, желание избавиться от плода реально и в фантазиях [1; 2].

В нашем исследовании изучались женщины, прерывающие беременность не по медицинским показаниям.

В. И. Гарбузов подчеркнул, что психоэмоциональный стресс стал хроническим у населения территорий России, в том числе у беременных женщин [3].

По утверждению Н. П. Коваленко, незавершенная беременность имеет особый смысл. Не каждая беременность для того, чтобы женщина стала матерью. Беременность может выступать как бессознательное средство подтверждения женской идентичности или взрослой физической зрелости. Если беременность первая, то можно с уверенностью утверждать, что она средство индивидуализации женщины [5]. По результатам исследования Н. Н. Петрова, иерархия ценностей у женщин, прерывающих беременность не по медицинским показаниям, такова, что потребность в материнстве уступает потребности самореализации в других сферах деятельности [6].

Согласно исследованиям М. О. Карпова были выяснены причины, по которым женщины делали аборт и их отношение к этой операции с моральной стороны. Было проведено анкетирование 100 женщин в женской консультации г. Краснодара в возрасте от 18 до 35 лет, делавших аборт, в результате выделено три группы.

Первая группа. Женщины до 25 лет, незамужние, учащиеся различных учебных заведений. Причины, побудившие сделать аборт: незаконченное образование, отсутствие надежного партнера и поддержки семьи, материального благополучия. Для них аборт является психической травмой, они тяжело переживали необходимость этой операции, относились к ней как к убийству ребенка.

Вторая группа. Женщины старше 25 лет, половина из них была замужем. Причины, побудившие сделать аборт: карьера, желание самой достичь материального благополучия, а также избежать в семье патриархата. Моральное отношение к аборту такое же, как и в первой группе.

Третья группа. Женщины старше 30 лет, состоящие в браке, уже имеющие одного ребенка, делали аборт в связи с ухудшением состояния здоровья, а также финансовых проблем. С моральной точки зрения они относились к аборту как к неизбежной операции в данной ситуации и не переживали [4].

Самая большая группа планирующих прерывание беременности – это служащие (40 %), на втором месте – представители рабочего класса (20 %), домохозяйки (20 %), студентки (13 %) и предприниматели (7 %), что свидетельствует о зависимости рода деятельности от ценностных ориентаций респондентов. Анализ образовательного ценза свидетельствует об отсутствии каких-либо зависимостей.

Большинство женщин (76 %) уже имеют детей, что может препятствовать рождению ребенка в будущем. И все же 60 % женщин, планирующих прерывание беременности, выразили желание иметь детей в будущем. Информацию о сексуальных отношениях от полового партнера впервые получили 83 % женщин и позже дополнили ее из литературы 80 % исследуемых. Отец ребенка был первым половым партнером у 70 % женщин, планирующих прерывание беременности. 50 % женщин делали ранее искусственные аборты.

30 % женщин были единственным ребенком в семье, у 60 % респондентов в семье было двое детей, а у 10 % было трое и более детей. Женщины воспитывались в полной семье в 60 % случаев, в неполной – 40 %. Образование матери: высшее и незаконченное высшее у 30 % женщин, среднее и средне-специальное у 70 % исследуемых.

По показателям семейного статуса женщины распределились следующим образом: 40 % живут в браке, 60 % – в неофициальном браке. Вероятно, данное состояние может свидетельствовать о неустойчивости семейного положения, о страхах женщины, связанных с возможным разрывом отношений с партнером. Только 40 % охарактеризовали свое материальное положение как среднее, остальные 60 % сочли его низким.

В группе женщин, прерывающих беременность, только половина (50 %) проживает отдельно от родителей. Можно предположить, что у другой половины женщин остро стоит жилищная и ма-

териальная проблема, без решения которых практически невозможно планирование рождения ребенка.

Проведя сравнительную оценку социокультурного статуса и репродуктивной активности женщин, планирующих прерывание беременности, можно составить общую характеристику прерывающих беременность: имеют одного, двух детей, недостаточно высокий уровень образования, в половине случаев проживают отдельно от родителей; недостаточность культуры полового воспитания; достаточно высокая сексуальная и репродуктивная активность; низкий материальный и жилищный уровень.

Один из ведущих факторов, негативно влияющих на репродуктивное здоровье, приводящих к нарушению репродуктивной функции, бесплодию, возникновению гинекологических заболеваний у женщин, – аборт.

Профилактика абортов является одной из приоритетных задач, направленных на охрану репродуктивного здоровья и рождения здоровых детей. Это положение закреплено в Концепции демографической политики России до 2025 года.

#### **Библиографический список**

1. Авдеева Н. Н. Привязанность ребенка к матери и образ себя в раннем детстве // Вопросы психологии. – 2007. – № 4.
2. Баженова О. В., Баз Л. Л., Копыл О. А. Готовность к материнству: выделение факторов, условий психологического риска для будущего развития ребенка // Синапс. – 2009. – № 4.
3. Гарбузов В. И. Практическая психотерапия. – СПб. : АО «Сфера», 2004.
4. Карпов М. О. Оценка причин, повлиявших на решение женщин сделать аборт // Современные проблемы науки и образования. – Краснодар, 2004. – № 4.
5. Коваленко Н. П. Перинатальная психология. – СПб. : Ювента, 2000.
6. Петрова Н. Н. Психологические факторы искусственного прерывания беременности. – СПб. : Вестник университета, 2006.

# ВЫДЕЛЕНИЕ ПОДТИПОВ ПКГД НА ОСНОВЕ ТЕСТА ОТНОШЕНИЙ БЕРЕМЕННОЙ И. В. ДОБРЯКОВА

Л. Н. Рабовалюк

Морской государственный университет  
им. адмирала Г. И. Невельского, г. Владивосток, Россия

**Summary.** In article it is offered to select subtypes different types of psychological component of gestational dominant options (PCGD). It classification is given. It is offered to select four analyzed groups on the basis of classification of subtypes PCGD for psycho correctional work.

**Key words:** pregnancy; psychological component of gestational dominant; group of risk; psycho correction program.

И. В. Добряков рассматривает психологический компонент гестационной доминанты (ПКГД) как совокупность механизмов психической саморегуляции, включающихся у женщины при возникновении беременности, направленных на сохранение гестации и создание условий для развития будущего ребенка, формирующих отношение женщины к своей беременности, ее поведенческие стереотипы [5]. Этот ученый разработал экспериментальный метод, который предназначен для определения типа психологического компонента гестационной доминанты беременной женщины и назван им: «Тест отношений беременной» (ТОБ). Концептуальными основами создания теста, как отмечает сам И. В. Добряков, послужили теория психологии отношений В. Н. Мясищева (1960), что позволило рассматривать беременность через призму единства организма и личности, а также понятие «гестационной доминанты». На основе учения А. А. Ухтомского о доминанте И. А. Аршавским была предложена теория о существовании в период вынашивания ребенка гестационной доминанты (от лат. *gestatio* – беременность, *dominans* – господствующий) [2]. Гестационная доминанта обеспечивает направленность всех реакций организма на создание оптимальных условий для развития эмбриона, а затем плода. Это происходит путем формирования под влиянием факторов внешней и внутренней среды стойкого очага возбуждения в центральной нервной системе, обладающего повышенной чувствительностью к раздражителям, имеющим отношение к беременности и способным оказывать тормозящее влияние на другие нервные центры [18].

Автор теста утверждает, что метод создавался и апробировался в течение ряда лет. В настоящее время он получил довольно широкое распространение. Его применяют как в учреждениях практического здравоохранения, так и при проведении научно-исследовательских работ. Есть достоверные сведения об успешном использовании его специалистами Москвы и Санкт-Петербурга, Новосибирска и Норильска, Ярославля и Екатеринбурга, Томска и Новгорода, Вологды и

Челябинска, а также многих других городов Российской Федерации. Тест применяется в республиках Беларусь, Украина, Кыргызстан, Латвия, Литва и др. [5; 18]. Он переведен на английский, армянский, киргизский, латышский, французский языки. Тест опубликован многими изданиями и рекомендован к применению [3; 6; 9; 13]. ТОб активно используется при проведении диссертационных исследований как психологами [7; 16; 17], так и врачами [12; 14].

По нашему мнению, у данного теста помимо неоспоримых плюсов: это простота и удобство использования данного теста, высокая валидность, хорошая методологическая основа, широкое распространение, есть некоторая сложность (двоякость) интерпретации. Автор методики указывает, что основным методом диагностики варианта ПКГД был и остается клинико-психологический, включающий психологическую беседу (интервью) и наблюдение, и только как вспомогательный и фиксирующий письменные ответы самой беременной женщины можно использовать скрининг-тест отношений беременной женщины (ТОб-б).

В результате изучения анамнестических сведений, клинико-психологических наблюдений за беременными женщинами и бесед с ними И. В. Добряковым было выделено пять типов ПКГД: оптимальный, гипогестогнозический, эйфорический, тревожный и депрессивный [18].

*Оптимальный тип ПКГД* отмечается у женщин, которые относятся к своей беременности ответственно, но без излишней тревоги. В этих случаях, как правило, супружеский холон зрелый, отношения в семье гармоничны, беременность желанна обоими супругами. Беременная женщина продолжает вести активный образ жизни, но своевременно встает на учет в женскую консультацию, выполняет рекомендации врачей, следит за своим здоровьем, с удовольствием и успешно занимается на курсах дородовой подготовки. Оптимальный тип способствует формированию гармонического типа семейного воспитания ребенка [18].

*Гипогестогнозический тип ПКГД* (от греч. *hypo* – приставка, означающая слабую выраженность; лат. *gestatio* – беременность; греч. *gnosis* – знание) нередко встречается у женщин, не закончивших учебу, увлеченных работой. Среди них встречаются как юные студентки, так и женщины, которым скоро исполнится или уже исполнилось 30 лет. Первые не желают брать академический отпуск, продолжают сдавать экзамены, посещать дискотеки, заниматься спортом, ходить в походы. Беременность у них часто незапланированная. Женщины второй подгруппы, как правило, уже имеют профессию, увлечены работой, нередко занимают руководящие посты. Они планируют беременность, так как справедливо опасаются, что с возрастом повышается риск возникновения осложнений. С другой стороны, эти женщины не склонны менять жизненный стереотип, у

них «не хватает времени» встать на учет в женскую консультацию, посещать врачей, выполнять их назначения [5; 18].

Женщины с гипогестогнозическим типом ПКГД нередко скептически относятся к курсам дородовой подготовки, пренебрегают занятиями. Уход за детьми, как правило, передоверяется другим лицам (бабушкам, няням), так как сами матери «очень заняты». Нередко этот тип ПКГД также встречается у многодетных матерей. Чаще всего ему сопутствуют такие типы семейного воспитания, как гипопротекция, эмоциональное отвержение, неразвитость родительских чувств [18].

*Эйфорический тип ПКГД* (от греч. *eu* – хорошо; *phew* – переносить) отмечается у женщин с истерическими чертами личности, а также у длительно лечившихся от бесплодия. Нередко беременность у них становится средством манипулирования, способом изменения отношений с мужем, достижения меркантильных целей. При этом декларируется чрезмерная любовь к будущему ребенку, возникающие недомогания и трудности преувеличиваются. Женщины претенциозны, требуют от окружающих повышенного внимания, выполнения любых прихотей. Врачи, курсы дородовой подготовки посещаются, но далеко не ко всем советам пациентки прислушиваются и не все рекомендации выполняют или делают это формально. Эйфорическому типу ПКГД соответствует расширение сферы родительских чувств к ребенку, потворствующая гиперпротекция, предпочтение детских качеств. Нередко отмечается вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания [5].

*Тревожный тип ПКГД* характеризуется высоким уровнем тревоги у беременной, что влияет на ее соматическое состояние. Тревога может быть вполне оправданной и понятной (наличие острых или хронических заболеваний, дисгармоничные отношения в семье, неудовлетворительные материально-бытовые условия и т. п.). В некоторых случаях беременная женщина либо переоценивает имеющиеся проблемы, либо не может объяснить, с чем связана тревога, которую она постоянно испытывает. Нередко тревога сопровождается ипохондричностью. Повышенную тревожность нетрудно выявить как врачу женской консультации, так и ведущим курсы дородовой подготовки, однако беременные женщины с этим типом ПКГД далеко не всегда получают адекватную оценку и помощь [18].

*Депрессивный тип ПКГД* проявляется, прежде всего, резко сниженным фоном настроения у беременных. Женщина, мечтавшая о ребенке, может утверждать, что теперь не хочет его, не верит в свою способность выносить и родить здоровое дитя, боится умереть в родах. Часто у нее возникают мысли о собственном уродстве. Женщины считают, что беременность «изуродовала их», боятся быть покинутыми мужем, часто плачут. В некоторых семьях подобное поведение будущей матери может действительно ухудшить

ее отношения с родственниками, объясняющими все капризами, не понимающими, что женщина нездорова. Это еще больше усугубляет ее состояние. В тяжелых случаях появляются сверхценные, а иногда и бредовые ипохондрические идеи, идеи самоуничтожения, обнаруживаются суицидальные тенденции [5].

Мы предлагаем в некоторых случаях (о которых речь пойдет дальше), в отличие от оригинальной интерпретации и деления видов на пять диагностических типов, выделить несколько подвидов у основных видов ПКГД. Подтипы ПКГД следует выделять для более точной описательной диагностики варианта ПКГД, для более предметного деления беременных женщин на психокоррекционные группы при большой выборке испытуемых. Мы считаем, что не следует проводить профилактические и психокоррекционные мероприятия, четко не разделив женщин по проблемным зонам. И более тщательный подход и узкое деление способствуют более детальной проработке проблемы и скорейшему «эффекту выздоровления».

Например, преимущественно оптимальный тип ПКГД, по И. В. Добрякову, диагностируется в случае, если будет набрано 7 баллов (из 9 возможных) по данной шкале, а остальные будут разбросаны, допускается иметь 1 балл по тревожному типу ПКГД. Но, по нашему мнению, необходимо более тщательное разделение, так как при наличии депрессивного и тревожного компонентов мы считаем, что психологический компонент гестационной доминанты не соответствует преимущественно оптимальному, так как у этой женщины уже есть определенные зоны, с которыми можно работать специалисту. И в данном случае нужно четко выделять данные «проблемные зоны», для своевременной коррекции и предотвращения развития более глубоких нарушений. В связи с вышеизложенным просто необходимо более детальное разделение основных типов ПКГД на подтипы.

Итак, *оптимальный тип* может быть разделен на подтипы (рис. 1):

- *чисто оптимальный* подтип ПКГД (9 баллов);
- *преимущественно оптимальный* подтип ПКГД (7 баллов по основной шкале, а остальные 2 распределены между эфорическим и гипогестогнозическим, но по тревожному и депрессивному варианту нет ни одного балла);
- *оптимально-эйфорический* подтип ПКГД (5–6 баллов по оптимальному типу ПКГД и 4–3 – по эйфорическому типу ПКГД);
- *оптимально-гипогестогнозический* подтип ПКГД (5–6 баллов по оптимальному типу ПКГД и 4–3 – по гипогестогнозическому типу ПКГД);
- *оптимально-тревожный* подтип ПКГД (5–6 баллов по оптимальному типу ПКГД и 4–3 – по тревожному типу ПКГД, и допус-

кается при высоком балле (7–8) по оптимальному типу, один балл по депрессивному типу ПКГД);

– *оптимально-депрессивный* подтип ПКГ (5–6 баллов по оптимальному типу ПКГД и 4–3 – по депрессивному типу ПКГД, и/или один балл по тревожному типу ПКГД).

Следует отметить, что более четкая дифференциация по подтипам способствует более тщательной классификации. И мы твердо уверены, что смешанные в плане разбросанности типов ПКГД на психокоррекции группы затрудняют психокоррекционную работу. Так, по нашему убеждению, не требующие коррекции подтипы ПКГД: чисто оптимальный подтип, преимущественно оптимальный подтип и оптимально-эйфорический подтип ПКГД. Оптимально-гипогестогнозический подтип ПКГД следует относить к группе минимального риска, несмотря на преимущественный оптимальный тип, данным женщинам показана психопрофилактическая работа над «проблемными зонами»; оптимально-тревожный и оптимально-депрессивный подтипы относим в группу умеренного риска.

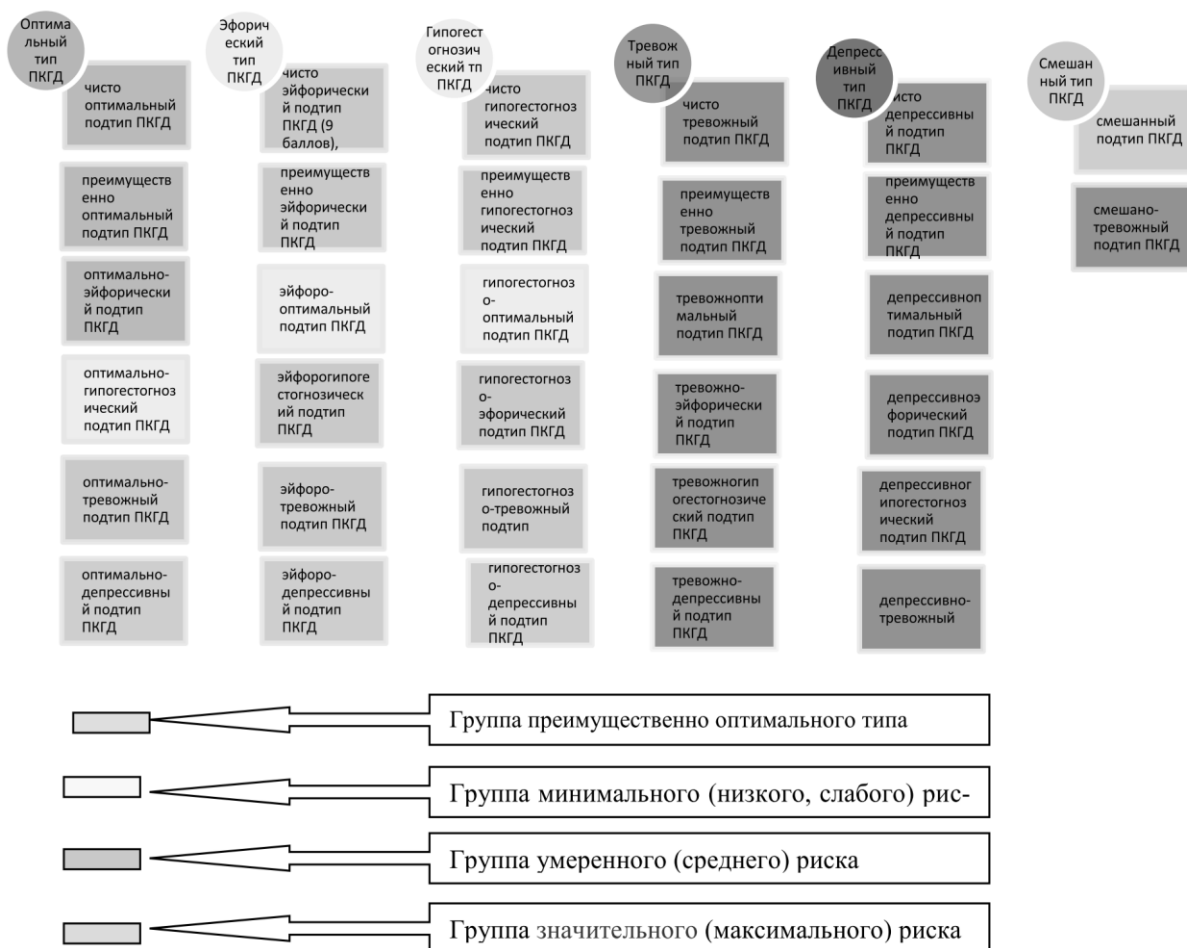


Рис. 1. Классификация подтипов ПКГД

В нашем исследовании, которое проводилось на базе городского родильного дома № 5 г. Владивостока, редко встречались женщины с чистым гипогестогнозическим типом ПКГД, вероятно, дан-



ный факт можно объяснить теми личностными особенностями, которые присущи данному типу женщин. Женщин, увлеченных работой, учебой или карьерой, трудно застать в стационаре, они если посещают гинеколога и проходят комплекс диагностических мероприятий, то амбулаторно.

*Гипогестозногностический тип ПКГД* может быть разделен на подтипы:

- *чисто гипогестозногностический* подтип ПКГД (9 баллов);
- *преимущественно гипогестозногностический* подтип ПКГД (7 баллов по основной шкале, а остальные 2 распределены между эфорическим и оптимальным, по тревожному допускается 1 балл);
- *гипогестозно-оптимальный* подтип ПКГД (5–6 баллов по гипогестозногностическому типу ПКГД и 4–3 – по оптимальному типу ПКГД);
- *гипогестозно-эйфорический* подтип ПКГД (5–6 баллов по гипогестозногностическому типу ПКГД и 4–3 – по эфорическому типу ПКГД);
- *гипогестозно-тревожный* подтип ПКГД (5–6 баллов по гипогестозногностическому типу ПКГД и 4–3 – по тревожному типу ПКГД);
- *гипогестозно-депрессивный* подтип ПКГД (5–6 баллов по гипогестозногностическому типу ПКГД и 4–3 – по депрессивному типу ПКГД, и/или один балл по тревожному типу).

Ввиду того, что гипогестозногностический тип ПКГД сам И. В. Добряков и многие другие исследователи [4; 8; 13] относят к группе риска, то и все входящие в него подтипы ПКГД требуют психокоррекционных мероприятий и относятся к группе умеренного риска, за исключением гипогестозно-оптимального подтипа ПКГД, который можно отнести к группе минимального риска.

Точно по такой же схеме можно выделить подтипы у *эйфорического типа ПКГД*:

- *чисто эйфорический* подтип ПКГД (9 баллов);
- *преимущественно эйфорический* подтип ПКГД (7 баллов по основной шкале, а остальные 2 распределены между гипогестозногностическим и оптимальным, по тревожному типу допускается 1 балл);
- *эйфоро-оптимальный* подтип ПКГД (5–6 баллов по эфорическому типу ПКГД и 4–3 – по оптимальному типу ПКГД);
- *эйфоро-гипогестозногностический* подтип ПКГД (5–6 баллов по гипогестозногностическому типу ПКГД и 4–3 – по эйфорическому типу ПКГД);
- *эйфоро-тревожный* подтип ПКГД (5–6 баллов по эйфорическому типу ПКГД и 4–3 – по тревожному типу ПКГД, и допускается один балл по депрессивному типу ПКГД);

– *эйфоро-депрессивный* подтип ПКГД (5–6 баллов по эйфорическому типу ПКГД и 4–3 – по депрессивному типу ПКГД, и допускается один балл по тревожному типу ПКГД).

Исследователи расходятся во мнениях, стоит ли действительно относить эйфорический тип ПКГД к группе риска [16] или же в сочетании с оптимальным типом это всего лишь личностные особенности беременной женщины (приподнятый фон настроения и переполненность радостью ожидания рождения ребенка). В связи с этим мы считаем, что к группе умеренного риска относятся чисто эйфорический подтип, преимущественно эйфорический подтип, эйфоро-гипогестогнозический подтип, эйфоро-тревожный подтип и эйфоро-депрессивный подтип ПКГД. А эйфоро-оптимальный подтип ПКГД следует относить к группе минимального риска.

Аналогичным способом можно выделить подтипы *тревожного и депрессивного типов ПКГД*:

- *чисто тревожный* подтип ПКГД (9 баллов);
- *преимущественно тревожный* подтип ПКГД (7 баллов по основной шкале, а остальные 2 распределены между гипогестогнозическим и оптимальным и эйфорическим, депрессивным);
- *тревожно-оптимальный* подтип ПКГД (5–6 баллов по тревожному типу ПКГД и 4–3 – по оптимальному типу ПКГД);
- *тревожно-гипогестогнозический* подтип ПКГД (5–6 баллов по тревожному типу ПКГД и 4–3 – по гипогестогнозическому типу ПКГД);
- *тревожно-эйфорический* подтип ПКГД (5–6 баллов по тревожному типу ПКГД и 4–3 – по эйфорическому типу ПКГД);
- *тревожно-депрессивный* подтип ПКГД (примерно равное количество баллов между двумя типами (5–6 по тревожному));
- *чисто депрессивный* подтип ПКГД (9 баллов);
- *преимущественно депрессивный* подтип ПКГД (7 баллов по основной шкале, а остальные 2 распределены между гипогестогнозическим/оптимальным/эйфорическим/тревожным);
- *депрессивно-оптимальный* подтип ПКГД (5–6 баллов по депрессивному типу ПКГД и 4–3 – по оптимальному типу ПКГД);
- *депрессивно-гипогестогнозический* подтип ПКГД (5–6 баллов по депрессивному типу ПКГД и 4–3 – по гипогестогнозическому типу ПКГД);
- *депрессивно-эйфорический* подтип ПКГД (5–6 баллов по депрессивному типу ПКГД и 4–3 – по эйфорическому типу ПКГД);
- *депрессивно-тревожный* (примерно равное количество баллов между двумя типами, с небольшим перевесом в сторону депрессивного типа).

Все выделенные подтипы тревожного и депрессивного типов ПКГД необходимо относить к группе значительного риска. И с нашей точки зрения, женщины данной группы должны получать

психологическую помощь незамедлительно в индивидуальном порядке, в том числе и для профилактики ятрогений и дактогении, гестогений. И необходимо своевременно выявлять женщин с данными типами и подтипами ПКГД в психокоррекционных группах для более быстрой и качественной работы самой группы, и в частности для самих женщин, потому как их тревожность может усугубляться. По отношению к данной группе женщин необходимы особый осторожный подход и индивидуальная психокоррекция.

Нами был выделен *и смешанный подтип* ПКГД, потому как часто возникают ситуации сложности отнесения типа психологического компонента гестационной доминанты к определенному подтипу, даже при таком многообразии выделенных подтипов. Т. е. в данной ситуации лидирующий тип трудно выделить и баллы распределяются примерно ровно среди всех типов (оптимальный, эйфорический, гипогестогнозический и допускается один балл по тревожному типу ПКГД). Если же баллы распределились следующим образом, что по тревожному типу 2–3 балла, а остальные равномерно распределены между остальными типами, можно отнести данный подтип к *смешанно-тревожному подтипу* ПКГД. Стоит отметить, что и смешанный подтип относим к группе умеренного риска, а смешанно-тревожный к группе значительного риска.

Учитывая приведенную нами выше классификацию выделенных подтипов психологического компонента гестационной доминанты, мы предлагаем разделить выборку на четыре анализируемые группы по степени выраженности рисков. Риск, по мнению В. Авдеева [1], выражает прогностическую оценку вероятности неблагоприятного исхода развивающейся (еще не закончившейся) ситуации, таким образом существует некоторая вероятность, что неблагоприятный эффект будет иметь место у индивидуума или группы при воздействии определенных вредоносных факторов, в нашем случае риск связан с не оптимальным типом ПКГД. Степень выраженности риска зависит и от степени выраженности неблагоприятного ПКГД, и от уровня его воздействия, и от сочетания с другими неблагоприятными факторами.

*Группа риска*, по определению Н. Д. Твороговой, – это условная группа с высокой вероятностью возникновения в ней заболеваний, травм и других нарушений здоровья. Для членов этой группы характерны те или иные факторы риска. Факторы риска – потенциально опасные для здоровья особенности поведенческого, биологического, генетического, экологического, социального характера, повышающие вероятность развития заболеваний с неблагоприятным исходом [10].

Мы выделили четыре анализируемые группы для дифференциации степени риска:

- 1) группа преимущественно оптимального типа ПКГД (не выявленных, несущественных рисков);
- 2) группа минимального (низкого, слабого, приемлемого) риска;
- 3) группа умеренного (среднего) риска;
- 4) группа значительного (повышенного, высокого, максимального) риска.

Представленная нами типология подтипов ПКГД является условной, но она необходима для более глубокого понимания феномена психологического компонента гестационной доминанты и более четкого, детального анализа данных. Разумеется, не стоит делить и анализировать данные подтипы отдельно, их характеристика происходит от производных типов и отображена в названии. Возможно, на практике в реальной выборке испытуемых не будет каких-то подтипов, впрочем, как и в нашем случае (рис. 2.), а какие-то будут встречаться чаще других.



**Рис. 2. Процентное распределение подтипов ПКГД**

Данной подклассификацией типов ПКГД мы постарались восполнить пробел в интерпретации, на наш взгляд, такого функционального, простого и информативного теста И. В. Добрякова ТОБ. Разбивая на подтипы, мы преследовали цель более детального дальнейшего синтеза, объединения беременных женщин с разными подтипами ПКГД в условно выделенные группы для дальнейшей психопрофилактики и психокоррекции. Но женщины с различными подтипами ПКГД нуждаются в разной по продолжительности, направленности и углубленности работе. Для этого мы предлагаем объединить данные подтипы в условно выделенные

группы женщин и для удобства назвать эти группы (для дальнейшей обработки результатов).

В данной работе мы не задавались целью описывать какое-либо эмпирическое исследование, основная цель статьи – предложить уважаемому читателю новый взгляд на интерпретацию, внести новые критерии оценки и выделить группы для дальнейшей работы. Но в рамках диссертационного исследования [15] были получены данные, о которых стоит упомянуть в контексте данной статьи. Ранее говорилось, что распределение типов и подтипов ПКГД в реальной выборке не равномерное, возможно, численность респондентов колеблется в зависимости от региона, места исследователя, возраста испытуемых и многих других факторов. В нашей выборке беременных женщин (всего 188 женщин) в возрасте от 17 до 40 лет (средний возраст –  $26,35 \pm 0,521$  лет) на разных сроках беременности ( $32,49 \pm 0,828$ ), исследованных в рамках стационара (роддома) не все подтипы были выявлены (рис. 2). Еще раз отмечу, что вся выборка была разделена на четыре анализируемые группы на основе анализа результатов клинико-психологической беседы, наблюдения и методики «Тест отношений беременной (ТОБ)».

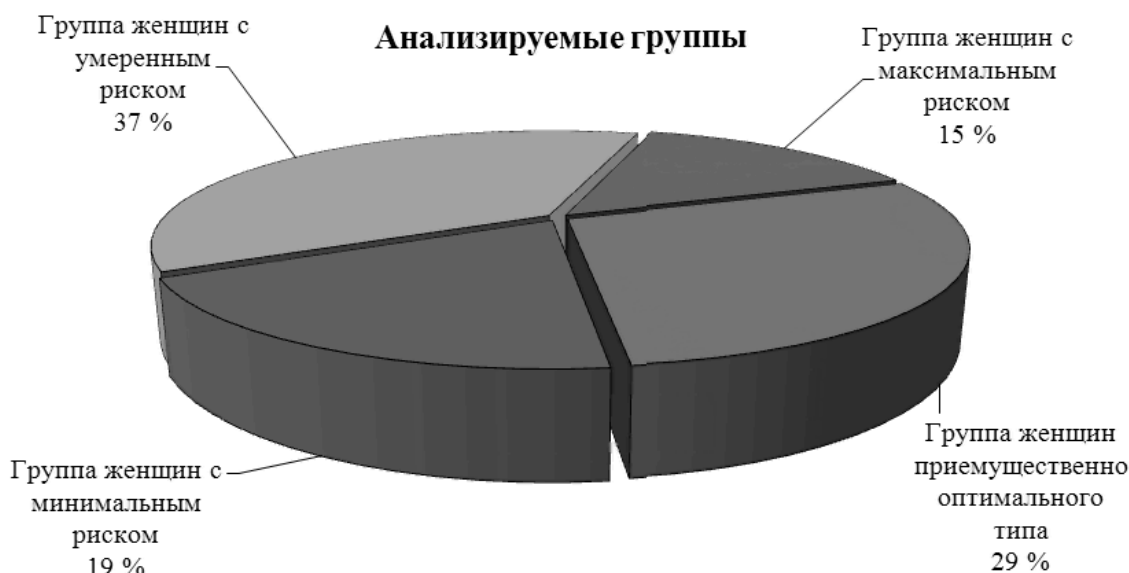
В нашем исследовании первую группу (пОт ПКГД) составили 54 беременные женщины (28,723 %) с чисто оптимальный подтипом ПКГД, с преимущественно оптимальным подтипом психологического компонента гестационной доминанты и с оптимально-эфорическим подтипом ПКГД (рис. 3). На наш взгляд, данная категория женщин выше перечисленных типов ПКГД не нуждается в коррекционных мероприятиях, посвященных оптимизации типов психологического компонента гестационной доминанты. У этих женщин не выявлены признаки тревожности или какие-либо еще социально-психологические факторы, негативно влияющие на процесс гестации.

Вторая группа женщин, названная нами *группа минимального риска (Грм Р)*, – 36 беременных женщин (19,149 %). В нее мы включили женщин с оптимально-гипогестогнозическим подтипом ПКГД, с эйфоро-оптимальным подтипом ПКГД и с гипогестогнозо-оптимальным подтипом ПКГД. Данная группа женщин, если и нуждается в психокоррекционных мероприятиях, то в незначительной (минимальной) степени, и длительность психокоррекционных мероприятий будет небольшой. Данная условно выделенная группа может быть названа группой приемлемого риска (оправданного) – это уровень риска, оправданный с точки зрения психологических, социальных и медицинских факторов. Максимальный уровень приемлемого риска определяет предельный (граничный) уровень опасности, который может быть допущен.

В третью анализируемую группу *умеренного (среднего) риска (Гру Р)* мы включили 70 женщин (37,234 %) с оптимально-

тревожным и оптимально-депрессивным подтипами ПКГД, потому как, несмотря на преимущество баллов по оптимальному типу, существует определенный уровень тревоги, который необходимо своевременно выявлять и купировать. Подтипы эйфорического типа ПКГД, такие как чисто эйфорический, преимущественно эйфорический, эйфоро-гипогестогнозический, эйфоро-тревожный и эйфоро-депрессивный подтипы, тоже относятся к группе умеренного риска. В эту группу мы включили и большинство подтипов гипогестогнозического типа ПКГД: чисто гипогестогнозический, преимущественно гипогестогнозический, гипогестогнозо-эйфорический и гипогестогнозо-тревожный, гипогестогнозо-депрессивный подтипы ПКГД. Условно выделенная группа женщин с умеренным риском нуждается в психокоррекционных мероприятиях по оптимизации психологического компонента гестационной доминанты для профилактики различных психологических и соматических расстройств в период гестации и постродового периода и для профилактики гармоничного развития взаимоотношений матери и ребенка. Женщины данной группы, как правило, неплохо адаптированы и имеют незначительные осложнения течения беременности. Стоит обратить внимание на «проблемные зоны отношений» и вести дальнейший мониторинг психологического состояния беременных женщин.

*Группу значительного (максимального) риска (ГрМ Р) составили 28 (14,893 %) женщин со всеми подтипами тревожного (чисто тревожный подтип, преимущественно тревожный подтип, тревожно-оптимальный, тревожно-гипогестогнозический, тревожно-эйфорический и тревожно-депрессивный подтипы ПКГД) и депрессивного типов ПКГД (чисто депрессивный подтип, преимущественно депрессивный подтип, депрессивно-оптимальный, депрессивно-гипогестогнозический, депрессивно-эйфорический, депрессивно-тревожный подтипы ПКГД). В эту же группу мы включили женщин со смешанно-тревожным подтипом ПКГД. Данной группе женщин незамедлительно должна оказываться психологическая поддержка. Желательно исключать женщин с этими типами ПКГД из психокоррекционных групп и работать с ними индивидуально. И даже если психотерапевт или психолог решается работать с данной группой беременных женщин, то группы должны быть очень маленькие и подобраны по сходному «проблемному компоненту», для того чтобы была одна психокоррекционная задача, над которой будет проводиться дальнейшая последовательная кропотливая работа.*



**Рис. 3. Процентное распределение выборки по группам**

В заключение необходимо отметить, что результаты и данные статьи позволяют уточнить теоретические представления о ПКГД, добавить критерии оценки, уточнить и выделить новые подтипы ПКГД, а также на основе выделенных подтипов перегруппировать выборку, учитывая степень факторов риска. Практическая значимость работы состоит в том, что материалы исследования, выделенная классификация подтипов ПКГД могут быть использованы в процессе подготовки и повышения квалификации практических психологов и медицинских работников, оказывающих психологическую помощь беременным женщинам.

### **Библиографический список**

1. Авдеев В. Психотехнология решения проблемных ситуаций. – М., 1992. – 219 с.
2. Аршавский И. А. Очерки по возрастной физиологии. – М., 1967. – 476 с.
3. Билецкая М. П., Маликова Т. В. Семейная психология и семейная психотерапия. Ч. I // Перинатальный период развития : учеб.-метод. пособие. – СПб. : СПбГПМА, 2008. – 368 с.
4. Вербицкая М. С. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода у женщин с различным психосоматическим статусом. URL: [http://www.bsmu.by/index.php?option=com\\_content&task=view&id=738&Itemid=52&showall=1](http://www.bsmu.by/index.php?option=com_content&task=view&id=738&Itemid=52&showall=1)
5. Добряков И. В. Клинико-психологические методы определения типа психологического компонента гестационной доминанты // Хрестоматия по перинатальной психологии. – М., 2005. – С. 93–102.
6. Добрянская Р. Г., Евтушенко И. Д., Залевский Г. В. Система дифференциальной медико-психологической помощи беременным женщинам : метод. рекомендации для врачей-акушеров-гинекологов и психологов женских консультаций. – Томск : Сибирский ГМУ, 2005.
7. Жданова Т. Н. Особенности эмоционально-личностной сферы наркозависимых и ВИЧ-инфицированных женщин в период беременности : автореф. дис. ... канд. наук. – Калуга, 2004.

8. Жданова Т. Н., Добряков И. В. Особенности психологического компонента гестационной доминанты наркозависимых беременных женщин // Сб. мат-лов конф. по перинатальной психологии, СПб., 3–5 окт. 2003 г. / Ин-т акушерства и гинекологии РАМН им. Д. О. Отта, Межрегиональная Ассоциация перинатальной психологии и медицины, Междунар. ин-т психологии и управления, Ассоциация «Психотерапевты Санкт-Петербурга», Санкт-Петербургское психологическое общество. – СПб., 2003. – 145 с.
9. Иванова А. А. Организация работы с беременными женщинами в рамках дородовой подготовки : метод. пособие. – Калуга : Доверие, 2008.
10. Клиническая психология. Словарь / под ред. Н. Д. Твороговой // Психологический лексикон. Энциклопедический словарь : в 6 т. / ред.-сост. Л. А. Карпенко; под общ. ред. А. В. Петровского. – М. : ПЕР СЭ, 2007. – 416 с.
11. Кондратьев М. Ю., Ильин В. А. Азбука социального психолога-практика. – М. : ПЕР СЭ, 2007. – 464 с.
12. Макарова А. А. Влияние тревожности во время беременности на развитие диады «мать – ребенок» : автореф. дис. ... канд. наук. – Архангельск, 2006.
13. Олифирова Н. И., Зинкевич-Куземкина Т. А., Велента Т. Ф. Психология семейных кризисов. – СПб. : Речь, 2006. – 360 с.
14. Прохорова О. В. Пути оптимизации амбулаторного ведения ювенильной беременности : Автореф. дис. канд. наук. – Самара, 2006.
15. Рабовалюк Л. Н. Ценностные ориентации беременных женщин с разными типами психологического компонента гестационной доминанты // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал), №1 (09), 2012. URL: [sisp.nkras.ru>issues/2012/1/rabovalyuk.pdf](http://sisp.nkras.ru/issues/2012/1/rabovalyuk.pdf)
16. Спицина Н. К. Перинатальные аспекты материнско-детских отношений в семьях детей с детским церебральным параличом : фвтореф. дис. ... канд. наук. – СПб., 2008.
17. Урусова О. А. Динамика психических состояний беременных женщин и их нормализация с помощью авторской программы психофизиологической подготовки к родам : автореф. дис. ... канд. наук. – Калуга, 2004.
18. Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М. Семейный диагноз и семейная психотерапия : учеб. пособие для врачей и психологов. – СПб., 2006. – 352 с.
19. Яворская О. В. Детские центры рационального питания как новая организационная форма оптимизации питания детей грудного возраста : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2009.



# ОЦЕНКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МАТЕРЕЙ ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С РОЖДЕНИЯ

М. Г. Соколова

Хоспис (детский), г. Санкт-Петербург, Россия

**Summary.** The article discusses the health problems from the standpoint interrelation between mother and child gravely ill. Provide a common understanding of the psycho-emotional state women having child gravely ill. Special attention is given to the work of the hospice for children in Saint-Petersburg.

**Key words:** psycho-emotional state women; child gravely ill; the hospice for children.

Очевидно, что здоровье ребенка в основном зависит от трех основополагающих факторов: это здоровье родителей, состояние окружающей среды и уровень медицинского обслуживания. К сожалению, за последние десятилетия отмечается увеличение числа детей с хроническими заболеваниями и детей-инвалидов с раннего детства [1]. Успехи неонатологов, с одной стороны, снизили младенческую смертность, а с другой стороны, увеличили процент детей с перинатальным поражением ЦНС [4]. Ребенок инвалид с детства – это, конечно, большая социально-экономическая проблема нашего государства. Однако в большей мере это проблема семьи, матери и отца больного ребенка. Мы очень редко интересуемся состоянием семьи, где есть ребенок-инвалид, и совсем не знаем или не хотим знать о состоянии здоровья матери ребенка. Данные, которые будут представлены в этой статье, возможно, потрясут вас, но только знание дает нам возможность решить проблему, игнорировать сложившуюся ситуацию – преступно.

За 2 года работы организации «Хоспис (детский)» в городе Санкт-Петербурге на стационарном лечении находилось 782 ребенка. 85 % детей это дети с наследственными заболеваниями, с врожденными аномалиями и пороками развития ЦНС, орфанными заболеваниями и тяжелыми органическими поражениями ЦНС перинатального периода. Нами было проведено психологическое обследование матерей, дети которых находились на лечении в учреждении «Хоспис (детский)». При обследовании применялся адаптированный опросник Кеттела и Айзенка [2], шкала тревожности [3] и личностный опросник [5]. Целью исследования была оценка психоэмоционального состояния матерей детей инвалидов с раннего детства. Необходимо сразу отметить, что были выделены две группы, первую группу составили женщины, у которых ребенок-инвалид был первым ребенком в семье, а вторую группу составили женщины, у которых в семье были дети старше и они были здоровы. В первой группе был выявлен более высокий процент женщин с высокой тревожностью (68 %), по шкале депрессии они имели более высокие оценки,

предъявляли больше претензий к обществу, окружающим людям, медицинскому персоналу. По данным опроса было выявлено, что 97 % этих женщин имеют состояние неудовлетворенности собой и своими жизненными возможностями. Это подтверждается также анамнестическими данными: в первой группе 73 % женщин воспитывают ребенка-инвалида в неполных семьях, часть из них – это матери одиночки, находящиеся на момент беременности в гражданском браке, но после рождения ребенка-инвалида совместное проживание закончилось и мужчина покинул гражданскую семью. Среди женщин первой группы, где был зарегистрирован брак, в 63 % он заканчивался разводом в среднем в течение двух лет после рождения ребенка. Практически все женщины считают, что поводом для прекращения отношений между ними и их мужьями стал больной ребенок. Кроме того, 75% женщин из первой группы высказали мнение, что не имеют шансов на создание новой семьи, 82 % женщин не хочет больше иметь детей из-за страха рождения ребенка-инвалида, а 46 % женщин уже сделали медицинские аборт, хотя медицинских показаний для прерывания беременности не было. Заметим, что 73 % – это женщины детородного возраста от 20 до 35 лет. Перед матерями-одиночками был поставлен вопрос, что могло бы помочь в сложившейся ситуации и способствовать укреплению семьи, практически все ответили, что если бы они не чувствовали себя в обществе изгоями, если бы у них были социальные гарантии и адекватная финансовая поддержка, то, скорее всего, семьи были сохранены. Когда женщина находится в состоянии постоянной стрессовой ситуации и не видит выхода из нее, какой микроклимат она может создать в семье. Можем отметить, что открытие медицинских учреждений такого типа, как «Хоспис (детский)», помогает не только тяжело больным детям, но дает возможность матерям детей-инвалидов получить немного свободного времени, зная, что ребенок находится под присмотром квалифицированного медицинского и педагогического персонала. Мы отметили, что уровень тревожности снизился у 38 % матерей детей-инвалидов при повторных посещениях учреждения «Хоспис (детский)», по их мнению, улучшению их психоэмоционального состояния способствовало то, что они знают о существовании такой организации, где планомерно и бесплатно их дети могут получить необходимую медико-педагогическую помощь. На наш взгляд, важно и то, что созданные условия в организации «Хоспис (детский)» помогают матерям почувствовать себя в среде взаимопомощи, сопереживания, внимания и любви. Это взаимодействие с медико-педагогическим персоналом, когда времени, желания помочь и профессиональных знаний хватает у врача и педагога на каждого ребенка и его маму, оказывает благоприятное воздействие. Получая психологическую поддержку, женщина, оказавшаяся в трудной жизненной ситуации, перестает

чувствовать себя одинокой, озлобленной, брошенной и готова жить, преодолевая трудности. Ситуация в семьях, где есть старшие, здоровые дети, совершенно другая, конечно, помощь и поддержка в семье, ответственность старших за младших помогают женщине. Развод после рождения младшего ребенка-инвалида был зарегистрирован только в 5 % случаев. В тех семьях, где есть старшие здоровые дети, отношение к младшему ребенку несколько иное. Но и этим матерям нужна поддержка, так как эти женщины относятся к категории более старшего возраста (от 35 до 50 лет), у многих из них возникают проблемы со здоровьем, и чтобы они могли своевременно получить медицинскую помощь, необходимо свободное время, которое они могут получить, когда их ребенок находится в стационаре. В развитых странах мира давно поняли, что ребенок-инвалид, находящийся в семье, при адекватной социальной поддержке общества, экономически более выгодный проект, чем создание и содержание домов-интернатов. Надеемся, что создание таких медицинских учреждений, как «Хоспис (детский)» в городе Санкт-Петербурге, поможет изменить взгляд на эту проблему, родители не будут отказываться от детей, если те родились не здоровыми, будут сохраняться семьи, если люди будут чувствовать поддержку своих близких, общества и государства.

#### **Библиографический список**

1. Барашнев Ю. И., Бахарев В. А., Новиков П. В. Диагностика и лечение врожденных и наследственных заболеваний у детей. – М. : Med+Books, 2004. – 560 с.
2. Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия. В 2-х т. (пер. с англ.). – М. : Медицина, 1994. – 420 с.
3. Менделевич В. Д., Соловьева С. Л. Неврология и психосоматическая медицина. – МЕДпресс-информ, 2002. – 608 с.
4. Пальчик А. Б., Шабалов Н. Н. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных: руководство для врачей. – СПб. : Питер, 2000. – 224 с.
5. Смулевич А. Б. Депрессии в общей медицине: руководство для врачей. – М. : Медицинское информационное агентство, 2001. – 256 с.

**План международных конференций,  
проводимых вузами России, Азербайджана, Армении,  
Белоруссии, Ирана, Казахстана, Польши и Чехии  
на базе НИЦ «Социосфера» в 2012 году**

1–2 июня 2012 г. II международная научно-практическая конференция **«Социально-экономические проблемы современного общества»** (К-25-6-12).

3–4 июня 2012 г. международная научно-практическая конференция **«Текст. Произведение. Читатель»** (К-45-6-12).

5–6 июня 2012 г. II международная научно-практическая конференция **«Права и свободы человека: проблемы реализации, обеспечения и защиты»** (К-26-6-12).

10–11 сентября 2012 г. III Международная научно-практическая конференция **«Проблемы современного образования»** (К-27-9-12)

15–16 сентября 2012 г. II Международная научно-практическая конференция **«Новые подходы в экономике и управлении»** (К-28-9-12)

20–21 сентября 2012 г. II Международная научно-практическая конференция **«Традиционная и современная культура: история, актуальное положение, перспективы»** (К-29-9-12)

1–2 октября 2012 г. II Международная научно-практическая конференция **«Иностранный язык в системе среднего и высшего образования»** (К-31-10-12)

5–6 октября 2012 г. III Международная научно-практическая конференция **«Семья в контексте педагогических, психологических и социологических исследований»** (К-32-10-12)

10–11 октября 2012 г. Международная научно-практическая конференция **«Современная психология на перекрестке естественных и социальных наук: проблемы междисциплинарного синтеза»** (К-33-10-12)

15–16 октября 2012 г. II Международная научно-практическая конференция **«Личность, общество, государство, право. Проблемы соотношения и взаимодействия»** (К-34-10-12)

25–26 октября 2012 г. II Международная научно-практическая конференция **«Социально-экономическое, социально-политическое и социокультурное развитие регионов»** (К-36-10-12)

1–2 ноября 2012 г. II Международная научно-практическая конференция **«Религия – наука – общество: проблемы и перспективы взаимодействия»** (К-37-11-12)

5–6 ноября 2012 г. III Международная научно-практическая конференция **«Современные тенденции развития мировой социологии»** (К-38-11-12)

10–11 ноября 2012 г. Международная научно-практическая конференция **«Дошкольное образование в стране и мире: исторический опыт, состояние и перспективы»** (К-39-11-12)

20–21 ноября 2012 г. II Международная научно-практическая конференция **«Подготовка конкурентоспособного специалиста как цель современного образования»** (К-41-11-12)

25–26 ноября 2012 г. Международная научно-практическая конференция **«История, языки и культуры славянских народов: от истоков к грядущему»** (К-42-11-12)

1–2 декабря 2012 г. III Международная научно-практическая конференция **«Практика коммуникативного поведения в социально-гуманитарных исследованиях»** (К-43-12-12)

5–6 декабря 2012 г. Международная научно-практическая конференция **«Актуальные вопросы теории и практики лингвострановедческой лексикографии»** (К-44-12-12)

## ИНФОРМАЦИЯ О ЖУРНАЛЕ «СОЦИОСФЕРА»

Научно-методический и теоретический журнал «Социосфера» публикует научные статьи и методические разработки занятий и дополнительных мероприятий по социально-гуманитарным дисциплинам для профессиональной и общеобразовательной школы. Тематика журнала охватывает широкий спектр проблем. Принимаются материалы по философии, социологии, истории, культурологии, искусствоведению, филологии, психологии, педагогике, праву, экономике и другим социально-гуманитарным направлениям. Журнал приглашает к сотрудничеству российских и зарубежных авторов и принимает для опубликования материалы на русском и английском языках. Полнотекстовые версии всех номеров журнала размещаются на сайте НИЦ «Социосфера». Журнал «Социосфера» зарегистрирован Международным Центром ISSN (Париж), ему присвоен номер ISSN 2078-7081; а также на сайтах Электронной научной библиотеки и Directory of open access journals, что обеспечит нашим авторам возможность повысить свой индекс цитирования. **Индекс цитирования** – принятая в научном мире мера «значимости» трудов какого-либо ученого. Величина индекса определяется количеством ссылок на этот труд (или фамилию) в других источниках. В мировой практике индекс цитирования является не только желательным, но и необходимым критерием оценки профессионального уровня профессорско-преподавательского состава.

Содержание журнала включает следующие разделы:

- Наука
- В помощь учителю
- В помощь преподавателю
- В помощь соискателю

Объем журнала – 80–100 страниц.

Периодичность выпуска – 4 раза в год (март, июнь, сентябрь, декабрь).

Главный редактор – Борис Анатольевич Дорошин, кандидат исторических наук, доцент.

Редакционная коллегия: Дорошина И. Г., кандидат психологических наук, доцент (ответственный за выпуск), Антипов М. А., кандидат философских наук, Белолипецкий В. В., кандидат исторических наук, Ефимова Д. В., кандидат психологических наук, доцент, Саратовцева Н. В., кандидат педагогических наук, доцент.

Международный редакционный совет: Арабаджийски Н., доктор экономики, доцент (София, Болгария), Большакова А. Ю., доктор филологических наук, ведущий научный сотрудник Института мировой литературы им. А. М. Горького РАН (Москва, Россия), Берберян А. С., доктор психологических наук, профессор (Ереван, Армения), Волков С. Н., доктор философских наук, профессор (Пенза,

Россия), Голандам А. К., заведующий кафедрой русского языка Гилянского государственного университета (Решт, Иран), Кашпарова Е., доктор философии (Прага, Чехия), Сапик М., доктор философии, доцент (Колин, Чехия), Хрусталькова Н. А., доктор педагогических наук, профессор (Пенза, Россия).

### **Требования к оформлению материалов**

Материалы представляются в электронном виде на e-mail [sociosphera@yandex.ru](mailto:sociosphera@yandex.ru). Каждая статья должна иметь УДК (см. [www.vak-journal.ru/spravochnikudc/](http://www.vak-journal.ru/spravochnikudc/); [www.jssc.ru/informat/grnti/index.shtml](http://www.jssc.ru/informat/grnti/index.shtml)). Формат страницы А4 (210 x 297 мм). Поля: верхнее, нижнее и правое – 2 см, левое – 3 см; интервал полуторный; отступ – 1,25; размер (кегель) – 14; тип – Times New Roman, стиль – Обычный. Название печатается прописными буквами, шрифт жирный, выравнивание по центру. На второй строчке печатаются инициалы и фамилия автора(ов), выравнивание по центру. На третьей строчке – полное название организации, город, страна, выравнивание по центру. В статьях методического характера следует указать дисциплину и специальность учащихся, для которых эти материалы разработаны. После пропущенной строки печатается название на английском языке. На следующей строке фамилия авторов на английском. Далее название организации, город и страна на английском языке. После пропущенной строки следует аннотация (3–4 предложения) и ключевые слова на английском языке. После пропущенной строки печатается текст статьи. Графики, рисунки, таблицы вставляются, как внедренный объект должны входить в общий объем тезисов. Номера библиографических ссылок в тексте даются в квадратных скобках, а их список – в конце текста со сплошной нумерацией. Ссылки расставляются вручную. Объем представляемого к публикации материала (сообщения, статьи) может составлять 2–25 страниц. Заявка располагается после текста статьи и не учитывается при подсчете объема публикации. Имя файла, отправляемого по e-mail соответствует фамилии и инициалам первого автора, например: **Петров ИВ** или **German P**. Оплаченная квитанция присылается в отсканированном виде и должна называться, соответственно **Петров ИВ квитанция** или **German P receipt**.

Материалы должны быть подготовлены в текстовом редакторе Microsoft Word 2003, тщательно выверены и отредактированы. Допускается их архивация стандартным архиватором RAR или ZIP.

Выпуски журнала располагаются на сайте НИЦ «Социосфера» по адресу <http://sociosphera.ucoz.ru> в PDF-формате.

УДК 94(470)»17/18»

**ВОПРОСЫ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ  
Г. СЕМИРЕЧЕНСКА В XVIII–XIX ВВ.  
В ОСВЕЩЕНИИ МЕСТНОЙ ПЕРИОДИЧЕСКОЙ ПЕЧАТИ**

**И. И. Иванов**

**Семиреченский институт экономики и права,  
г. Семиреченск, Республика Хакасия, Россия**

**QUESTIONS OF SOCIAL AND ECONOMIC DEVELOPMENT  
OF SEMIRECHENSK IN XVIII–XIX  
IN VIEW OF LOCAL PERIODICAL PRESS**

**I. I. Ivanov**

**Semirechensky Institute of Economics and Law,  
Semirechensk, Republic of Khakassia, Russia**

**Summary.** This article observes the periodicals of Semirechensk as written historical sources for its socio-economical history. Complex of publications in these periodicals are systematized depending on the latitude coverage and depth of analysis is described in these problems.

**Key words:** local history; socio-economic history; periodicals.

Некоторые аспекты социально-экономического развития г. Семиреченска в XVIII–XIX вв. получили достаточно широкое освещение в местных периодических изданиях. В связи с этим представляется актуальным произвести обобщение и систематизацию всех сохранившихся в них публикаций по данной проблематике. Некоторую часть из них включил в источникную базу своего исследования Г. В. Нефедов [2, с. 7–8]. ...

**Библиографический список**

1. Богданов К. Ф. Из архивной старины. Материалы для истории местного края // Семиреченские ведомости. – 1911. – № 95.
2. Нефедов Г. В. Город-крепость Семиреченск. – М. : Наука, 1979.
3. Рубанов А. Л. Очерки по истории Семиреченского края // История г. Семиреченска. – URL: <http://semirechensk-history.ru/ocherki>. – Дата обращения: 20.04.2011.
4. Семенихин Р. С. Семиреченск // Города России. Словарь-справочник. В 3-х т. / Гл. ред. Т. П. Петров – СПб. : Новая энциклопедия, 1991. – Т. 3. – С. 67–68.
5. Johnson P. Local history in the Russian Empire, the post-reform period. – New York.: H-Studies, 2001. – 230 p.



## Сведения об авторе

Фамилия

Имя

Отчество

Ученая степень, специальность

Ученое звание

Место работы

Должность

Домашний адрес

Домашний или сотовый телефон

E-mail

Научные интересы

Согласен с публикацией статьи на сайте до выхода журнала из печати? **Да/нет** (оставить нужное)

## Оплата публикации

Стоимость публикации составляет **150 рублей за 1 страницу**. Выпущенная в свет статья предусматривает выдачу одного авторского экземпляра. Дополнительные экземпляры (в случае соавторства) могут быть выкуплены в необходимом количестве из расчета 150 руб. за один экземпляр. **Оплата производится только после получения подтверждения о принятии статьи к публикации.**

## Расчетный счет для перечисления денег

**Получатель: ООО Научно-издательский центр «Социосфера»**  
р/с № 40702810000000002313 в ФАКБ «Инвестторгбанк» (ОАО)  
«Пензенский» г. Пенза

ОГРН 1095837003239

ИНН 5837042277

КПП 583701001

БИК 045655722

к/с 30101810900000000722 в ГРКЦ г. Пензы ГУ Банка России по Пензенской области

**Платеж: ФИО автора**

Тел. (8412) 21-68-14, e-mail: [sociosphere@yandex.ru](mailto:sociosphere@yandex.ru)

Главный редактор – Дорошин Борис Анатольевич.

Генеральный директор НИЦ «Социосфера» – Дорошина Илона Геннадьевна.

## ИЗДАТЕЛЬСКИЕ УСЛУГИ НИЦ «СОЦИОСФЕРА»

Научно-издательский центр «Социосфера» приглашает к сотрудничеству всех желающих подготовить и издать книги и брошюры любого вида:

- ✓ учебные пособия,
- ✓ авторефераты,
- ✓ диссертации,
- ✓ монографии,
- ✓ книги стихов и прозы и др.

Мы осуществляем следующие виды работ.

- Редактирование и корректура текста (исправление орфографических, пунктуационных и стилистических ошибок) – 50 рублей за 1 страницу \*.
- Изготовление оригинал-макета – 30 рублей за 1 страницу.
- Дизайн обложки – 500 рублей.
- Печать тиража в типографии – по договоренности.

Данные виды работ могут быть осуществлены как отдельно, так и комплексно.

Полный пакет услуг «Премииум» включает:

- редактирование и корректуру текста,
- изготовление оригинал-макета,
- дизайн обложки,
- печать мягкой цветной обложки,
- печать тиража в типографии,
- присвоение ISBN,
- обязательная отсылка 16 экземпляров в Российскую книжную палату,
- отсылка книг автору по почте.

Тираж	Цена в рублях за количество страниц				
	50 стр.	100 стр.	150 стр.	200 стр.	250 стр.
50 экз.	7900	12000	15800	19800	24000
100 экз.	10800	15700	20300	25200	30000
150 экз.	14000	20300	25800	32300	38200
200 экз.	17200	25000	31600	39500	46400

\* **Формат страницы** А4 (210x297 мм). Поля: левое – 3 см; остальные – 2 см; интервал 1,5; отступ 1,25; размер (кегель) – 14; тип – Times New Roman.

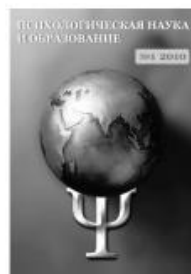
**Тираж** включает 16 экземпляров, подлежащих обязательной отсылке в Российскую книжную палату.

**Другие варианты** будут рассмотрены в индивидуальном порядке.

**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](mailto:test@psyjournals.ru)
- Условия подписки: [PsyJournals.ru/](http://PsyJournals.ru/)



ИЗДАТЕЛЬСТВО  
МГППУ

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 II международной научно-практической конференции  
20–21 апреля 2012 года

Редактор В. А. Дорошина  
Корректор Ж. В. Кузнецова  
Оригинал-макет И. Г. Балашовой  
Дизайн обложки Ю. Н. Банниковой

Подписано в печать 19.05.2012. Формат 60x84/16.

Бумага писчая белая. Учет.-изд. л. 7,88 п. л.

Усл.-печ. л. 7,33 п. л.

Тираж 100 экз. Заказ № 26/12.

ООО Научно-издательский центр «Социосфера»:  
440026, г. Пенза, ул. Лермонтова, д. 34, ком. 201-в. (8412) 21-68-14,  
web site: <http://sociosfera.ucoz.ru>,  
e-mail: [sociosfera@yandex.ru](mailto:sociosfera@yandex.ru)

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