



Научно-издательский центр «Социосфера»
ФГНУ «Институт психолого-педагогических проблем детства»
Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет

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

Материалы III международной научно-практической
конференции 20-21 апреля 2013 года

Прага
2013

Социальные науки и общественное здоровье: теоретические подходы, эмпирические исследования, практические решения : материалы III международной научно-практической конференции 20-21 апреля 2013 года. – Прага: Vědecko vydavatelské centrum «Sociosféra-CZ», 2013 – 102 с.

Редакционная коллегия:

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

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

Кириллов Иван Львович, кандидат психологических наук, доцент, заместитель директора по научной работе Института психолого-педагогических проблем детства РАО.

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 здоровья, болезни и медицины. Освещаются вопросы педагогики здоровья и педагогических технологий здоровьесбережения, роль образования в пропаганде здорового образа жизни.

© Vědecko vydavatelské centrum
«Sociosféra-CZ», 2013.

© Коллектив авторов, 2013

ISBN 978-80-87786-31-4

СОДЕРЖАНИЕ

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

- Бегиев В. Г., Назаров А. Н., Москвина А. Н., Яковлева Н. Г.**
Медицинская помощь больным с офтальмологическими
заболеваниями в республике Саха (Якутия) 6
- Бельчусова Е. А., Колосова О. Н., Мельгуй Н. В.,
Яковлева А. П.**
Исследование неспецифических адаптивных реакций организма
у больных туберкулезом в условиях Севера 10
- Василенко В. Г.**
Из истории общественного здоровья
дореволюционного Армавира 12
- Девятых С. Ю.**
Основные черты государственной политики КНДР в сфере
здравоохранения 14
- Елин Д. В.**
Проблемы взаимодействия при исследовании летальных исходов
на уровне амбулаторных учреждений 18
- Максимова А. А., Саввина Н. В.**
Распространенность инвалидности и заболеваний мочевой
системы в республике Саха (Якутия) 21

II. ЗДОРОВЬЕ И БОЛЕЗНЬ В ВОЗРАСТАХ ЧЕЛОВЕКА

- Королькова Г. С., Шкатова Е. Ю., Благодатских С. В.**
Уровень и прогноз вызовов скорой медицинской помощи
по поводу сердечно-сосудистых заболеваний и артериальной
гипертензии 23
- Романчук Е. В., Куксова Н. В.**
Состояние общесоматического здоровья учащихся
общеобразовательных школ в возрастных группах по данным
контент-анализа 25
- Русякова Е. Е.**
Исследование представлений здоровых детей о врачах 26
- Сабгайда Т. П., Сергиевская А. Л., Алексеев А. В.**
Поведение успешных студентов, направленное на сохранение
стоматологического здоровья 37

Беньковская Л. К.

Серологическая диагностика гепатита с у лиц с хронической соматической патологией 43

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

Плотникова О. А.

Исследование психической реальности 48

Карбалевич А. С.

Когнитивное бессознательное: история одного термина 51

Белозерская А. В., Ананко Е. Н.

Психологическое здоровье личности 53

Татарина О. А.

Здоровьесберегающая организация учебного процесса 54

Акимова Л. А.

От здоровьесберегающей к здоровьесформирующей образовательной деятельности (в контексте обновленных стандартов) 56

Андреев К. В.

Современные требования к здоровьесберегающей и здоровьесформирующей деятельности образовательного учреждения и педагога 65

Корешкина О. В.

Сохранение здоровья детей в условиях детского сада 70

Злобина М. А.

Обеспечение психологического здоровья ребенка в период адаптации к детскому саду 73

Загрядская Е. А.

Здоровый образ жизни школьников как социально-педагогическая проблема 75

Богачева Е. А.

Опыт формирования здорового образа жизни обучающихся в Белгородской области 80

Юнусова Г. С.

Результаты исследования мотивации по отношению к поддержке и одобрению у детей подросткового и юношеского возраста воспитывающихся в полных и неполных семьях 83

Коробейникова Е. Р., Шкатова Е. Ю.	
Психо-эмоциональный статус лиц призывного возраста	87
Яковлева А. П., Колосова О.Н., Шиц И. В.	
Состояние здоровья женщин репродуктивного возраста по психофизиологическому статусу	89
Шаповалов М. В.	
Роль родителей в подготовке детей с ограниченными возможностями к школьному обучению	90
План международных конференций, проводимых вузами России, Азербайджана, Армении, Болгарии, Белоруссии, Ирана, Казахстана, Польши, Украины и Чехии на базе НИЦ «Социосфера» в 2013 году	94
Информация о журнале «Социосфера»	97
Издательские услуги НИЦ «Социосфера»	101

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

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ С ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

В. Г. Бегиев, А. Н. Назаров, А. Н. Москвина, Н. Г. Яковлева
Северо-Восточный федеральный университет
им. М. К. Аммосова, г. Якутск, Россия

Summary. The problems of organization and functioning of the departments SBD (Yakutia) Yakut Republican Eye Hospital, especially out-patient and in-patient eye care, the use of the upper urinary tract. The presented data demonstrate the features of the availability and quality eye care delivery system in the country can develop a management solutions in the field of medical care.

Key words: Eye care; affordability and quality; high technology medical care; stationary and outpatient medical care. Alpha Dictionary Would you mind answering some questions to help improve translation quality?

Здоровье населения является важным критерием развития и благополучия страны. Принятие Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ФЗ № 323) обеспечивает условия для реализации каждым гражданином России установленного статьёй 41 Конституции Российской Федерации конституционного права на охрану здоровья.

Ухудшение здоровья населения, имеющее место в России в последнее десятилетие, обусловлено не только общими социально-экономическими факторами, но и рядом негативных тенденций в системе здравоохранения, одной из которых является несбалансированность структуры медицинской помощи по её видам и территории [6].

Серьёзные проблемы в функционировании системы здравоохранения вызваны главным образом несовершенством стратегического и текущего планирования отрасли, которое должно осуществляться с учётом социально-экономического развития страны [1].

Состояние медицинских учреждений в ДФО пока не отвечает современным требованиям и не обеспечивает допустимого качества медицинских услуг. За 2000–2007 гг. в строй было введено чуть более 4000 больничных коек, основная часть – на территории Республики Саха (Якутия) и около 20 % – в Хабаровском крае [2].

Ведущим направлением в области управления здравоохранением в России стало проведение широкомасштабной высокотехнологичной модернизации здравоохранения, обеспечивающее до-

ступность и качество медицинской помощи, улучшающее качество жизни населения.

Одной из важных социально ориентированных задач ответственного здравоохранения в настоящее время является доступность качественной офтальмологической помощи [3].

Увеличение доступности для населения Российской Федерации и повышение качества высокотехнологичной медицинской помощи является в настоящее время одной из основных задач государственной политики в сфере здравоохранения, а также одним из направлений приоритетного национального проекта «Здоровье».

В Республике Саха (Якутия) приказом МЗ РС(Я) [4] и Распоряжением Правительства РС(Я) [5] в 1996 году ГУЗ «Республиканский трахоматозный диспансер» переименован в ГБУ РС(Я) «Якутская республиканская офтальмологическая больница».

Основными направлениями работы больницы являются оказание специализированной офтальмологической, в том числе высокотехнологичной и экстренной, медицинской помощи населению республики.

В организации работы учреждения важное место уделяется совершенствованию подготовки медицинских работников. Укомплектованность штатов физическими лицами составляет 88,7 %. Квалификационные категории имеют 67,5 % врачей и 40 % среднего медицинского персонала, два врача имеют учёную степень кандидата медицинских наук.

Повышение квалификации врачи получают в г. Москве (МНТК МГ, ФМБА ИПК, НИИ ГБ им. Гельмгольца), Иркутске (филиал МНТК), Казани (ОЦ ВМТ, ИФ МНТК МГ), Санкт-Петербурге.

В поликлиническом отделении больницы за 2010–2012 годы общее число посещений увеличилось на 11,5 %, число посещений врачей-офтальмологов – на 9,1 %.

В структуре заболеваний, выявленных при обращении за медицинской помощью в поликлиническое отделение, первое место занимает первичная глаукома (2011 г. – 19,1 %, 2012 г. – 22,6 %), второе место – заболевания хрусталика (2011 г. – 33,7 %, 2012 г. – 21,2 %), третье место – нарушения рефракции (2011 г. – 10,6 %, 2012 г. – 14,6 %).

В структуре первичной заболеваемости всего населения республики болезни глаза и его придаточного аппарата составляют 4,8 % (у детей – 3,7 %, у подростков – 5,9 %, у взрослых – 8,5 %).

В общей заболеваемости населения болезни глаз занимают четвёртое место и в динамике отмечается их рост (2005 г. – 116,4 %, в 2009 г. – 134,6 %, у детей в 2009 г. – 155,9%, у взрослых – 126,8 %, шестое место с тенденцией к снижению от 138,4 % в 2007 г.).

Среди обратившихся за медицинской помощью в поликлиническое отделение офтальмологической больницы в 2011–2012 гг. наибольший удельный вес составляют жители г. Якутска (44–48,5 %).

В поликлиническом отделении за 2009–2011 годы прооперировано 7652 больных, из них в лазерном отделении оперируются от 30,5 до 87,7 % амбулаторных больных, им проведено от 39,8 % до 72,7 % лазерных амбулаторных операций.

Среди оперированных в 2011 г. наибольший удельный вес (73,6 %) занимают больные с заболеваниями хрусталика – 33,7 %, первичной глаукомой – 19,1 %, нарушениями рефракции – 10,6 %, заболеваниями сетчатки – 10,2 %.

В стационарном отделении функционирует 101 койка, в том числе 5 коек дневного стационара и 30 коек для оказания неотложной помощи.

За счёт повышения эффективности использования коечного фонда увеличивается число больных, получивших стационарную медицинскую помощь. В 2012 г. на стационарное лечение поступило на 16,8 % больных больше, чем в 2009 г. Среди поступивших на стационарное лечение 60 % больных с катарактой, 15 % с глаукомой и 7,1 % с заболеваниями сетчатки. Микрохирургическая активность составляет 100 %.

Таблица 1

**Хирургическое лечение заболеваний глаз
в стационарном отделении больницы (в %)**

Наименование заболеваний	Годы					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Всего больных	1374	2334	2933	2945	3552	3666
Сделано операций	1810	3407	3921	3872	3857	4519
Катаракта	43,1	67,3	79	70,8	57,6	52,3
Глаукома	53,8	14,8	10,2	14,8	14,1	13,2
Заболевание сетчатки	4,1	3,3	2,5	4,2	5,9	11,7
Травмы	8,7	5,4	2,7	2,4	2,4	3,1

Наибольший удельный вес (табл. 1) среди оперированных составляют больные с катарактой и глаукомой, при этом по сравнению с 2007 годом ежегодно с 2008 года удельный вес оперируемых превышал показатель 2007 года, при глаукоме удельный вес оперируемых снижался и в 2012 году был ниже, чем в 2007 году в 4,1 раза. В 2010–2012 годах повышается удельный вес оперативных вмешательств при заболеваниях сетчатки, уменьшается удельный вес оперативных вмешательств при травмах.

В структуре прооперированных больных в лазерном отделении (табл. 2) преобладают больные с глаукомой, при этом удельный вес

больных с глаукомой увеличился с 35,6 % в 2007 г. до 61,6 % в 2012 году, с тенденцией к снижению больных с катарактой от 30,4 % в 2008 году до 14,2 % в 2012 году.

Таблица 2

**Структура оперативных вмешательств
в лазерном отделении (в %)**

Наименование заболеваний	Годы					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Прооперировано больных всего	376	516	726	1015	891	628
Глаукома, в %	35,6	34,9	33,3	35,1	55,3	61,6
Катаракта, в %	18,6	30,4	23,2	17,1	15,5	14,2

Полученные в результате исследования данные позволяют выявить особенности организации, функционирования структурных подразделений ГБУ РС(Я) «Якутская республиканская офтальмологическая больница», разработать управленческие решения для улучшения обеспечения доступной, качественной высокотехнологичной офтальмологической медицинской помощи населению республики.

Библиографический список

1. Капитоненко Н. А, Дьяченко В. Г. Итоги научно- исследовательских работ по совершенствованию основных направлений охраны здоровья населения Дальнего Востока России // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. 2010. URL: <http://www/fesmu.ru/voz /2010 102.aspx>
2. Капитоненко Н. А, Кирик Ю. В., Киселев С. Н. Проблемы эффективного развития системы здравоохранения Дальневосточного Федерального округа Российской Федерации в условиях модернизации // Дальневост. мед. журнал. – 2012. – № 2. – С. 114–117.
3. Махотин А. Е. Допустимость медицинской помощи больным с офтальмологическими заболеваниями при различных организационно-правовых формах её оказания //Пробл. сог. гиг., здравоохр. и истории мед. – 2011. – № 3. – С. 27–30.
4. Приказ Министра здравоохранения РС(Я) от 23.09.96 г. № 01-8/60.
5. Распоряжение Правительства РС (Я) № 1007 от 25.12.1996 г.
6. Стародутов В. И. // Менеджер здравоохр. – 2007. – № 1. – С. 4–9.

ИССЛЕДОВАНИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ АДАПТИВНЫХ РЕАКЦИЙ ОРГАНИЗМА У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ В УСЛОВИЯХ СЕВЕРА

Е. А. Бельчусова, О. Н. Колосова, Н. В. Мельгуй,
А. П. Яковлева

Северо-Восточный федеральный университет
им. М. К. Аммосова г. Якутск,
Республика Саха (Якутия), Россия

Summary. Presents the results of studying the ethno genetic peculiarities of psycho-emotional stress and nonspecific adaptive reactions of TB patients in conditions of the North. Living in extreme conditions are exposed to a number of stress factors, which are reinforced by the disease.

Key words: stress; tuberculosis; adaptation; psychophysiology.

Несмотря на разнообразие развития процессов адаптации, имеется ряд закономерностей, обусловленных как влиянием среды обитания, так и индивидуальными особенностями организма. Исследование неспецифических адаптивных реакций организма больных туберкулёзом в условиях Якутии проводится впервые.

Больные туберкулёзом, независимо от места проживания, составляют особую социальную группу. Основной целью настоящего исследования является изучение неспецифических адаптивных реакций (НАР) больных туберкулёзом в условиях Якутии.

Выяснение особенностей состояния НАР у больных туберкулёзом позволяет расширить знания о механизмах регуляции адаптивных процессов при воздействии стресс-факторов в экстремальных климатических условиях. Понимание состояния адаптивных реакций у больных туберкулёзом даёт возможность разработать и применить конкретные мероприятия, направленные на повышение устойчивости организма, а также появляется возможность прогнозировать успешность выздоровления.

Неспецифические адаптивные реакции организма определялись по методу Л. Х. Гаркави, Е. Б. Квакиной и М. А. Уколовой (1979, 1998). В основе данной методики – анализ лейкоцитарной формулы крови на 300 клеток.

В рамках теории неспецифических адаптивных реакций фазы устойчивой активации (УА) и устойчивой тренировки (УТ) рассматриваются как позитивные НАР и соответствуют высокому адаптивному потенциалу организма – состоянию «здоровье». Фазы «стресс» и «переактивация» (ПА) представляют негативные НАР и соответствуют состоянию «предболезнь».

Состояние неустойчивой активации (НА) характеризуется вероятностью перехода при благоприятных условиях в реакцию УА и УТ, при неблагоприятных условиях – в состояние «стресс».

Нами обследовано 466 больных туберкулёзом, из них 294 мужчины и 172 женщины. Ранее было выявлено у 2 % практически здоровых людей, проживающих в условиях Якутии, наличие негативного состояния «стресс». У больных туберкулёзом количество людей, находящихся в фазе «стресс», почти в 8 раз больше и составляет 15,7 %.

Фазы негативного состояния НАР выявляются у 26,2 % больных туберкулёзом. При этом отмечаются половые различия: мужчин на 6,5 % больше, чем женщин, находится в фазе «стресс». Наибольшее количество больных, находящихся в стрессе, – это женщины-монголоиды. На больше у монголоидов – 38%, и, наоборот, УА составляет 38 % у европеоидов.

Полученные результаты указывают на необходимость использования знаний об этнических и половых отличиях протекания неспецифических адаптивных реакций организма у больных туберкулёзом в условиях Якутии с целью успешной профилактики, лечения, реабилитации заболевания с учётом индивидуальных особенностей.

Библиографический список

1. Агаджанян Н. А., Дегтярев В. П., Радыш И. В. и др. Здоровье студентов. – М. : Изд-во РУДН, 1997.
2. Агаджанян Н. А., Жвавий Н. Ф., Ананьев В. Н. Адаптация человека к условиям крайнего севера: эколого-физиологические механизмы. – М. : КРУК, 1998. – С. 77–78.
3. Агаджанян Н. А., Ермакова Н. В. Экологический портрет человека на севере. – М. : КРУК, 1997. – 208 с.
4. Короленко Ц. П. Психофизиология человека в экстремальных условиях. – Л. : Медицина, 1978. – 272 с.
5. Гаркави Л. Х., Квакина Е. Б., Уколова М. А. Адаптационные реакции и резистентность организма. – Ростов-н/Д : Изд-во Ростовского ун-та, 1979. – 126 с.

ИЗ ИСТОРИИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ ДОРЕВОЛЮЦИОННОГО АРМАВИРА

В. Г. Василенко

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

Summary. The paper analyzes one of the main indicators of public health of the city of Armavir. The diseases leading to death of adult population are listed. The statistics of mortality of children is collected. The author drew a conclusion that during the pre-revolutionary period in structure of mortality the exogenous reasons prevailed.

Key words: hospital; public health; mortality; illness; doctor; epidemic; infectious disease; exogenous reasons.

В настоящее время Всемирная организация здравоохранения не предложила точного определения популяционного здоровья. Ю. П. Лисицин считает, что общественное здоровье – такое состояние общества, которое обеспечивает условия для активного продуктивного образа жизни, не стеснённого физическими и психическими заболеваниями, т. е. это то, без чего общество не может создавать материальные и духовные ценности, это и есть богатство общества. В международной практике для его описания традиционно используют: комплекс демографических показателей (рождаемость, смертность, среднюю продолжительность предстоящей жизни); показатели заболеваемости; показатели инвалидности; уровень физического развития.

В XX столетии Россия по уровню заболеваемости и смертности занимала лидирующие позиции среди европейских стран. Смертность населения составляла в 1901–1905 гг. – 31,0; в 1906–1910 гг. – 29,5; в 1911–1913 гг. – 27,1 на 1000 населения, на что в первую очередь повлияло широкое распространение инфекционных болезней. Увеличение или уменьшение степени распространения этих заболеваний определяло показатели общей смертности в стране [2]. С 1891 по 1914 гг. в 50 губерниях России от инфекционных заболеваний умерло 2,35 млн человек [6].

В дореволюционный период структура смертности Армавира не отличалась от российской и была представлена всеми известными заразными болезнями: натуральной оспой, корью, холерой, тифом, туберкулёзом и др. Интересным фактом является то, что в Армавире не регистрировалась чума (морская язва), которая постоянно регистрировалась на Кавказе. Тиф, который лидировал среди других заразных болезней, регистрировался ежегодно, но крупная эпидемия 1917–1920 гг. определила его приоритетное место. Другое заболевание – холера, имела две крупные вспышки, что вывело её на одно из ведущих мест. Среди детских инфекций лидировали корь, коклюш, скарлатина, что также не отличалось от российских

показателей. В то же время в метрических книгах православного населения зарегистрированы причины смерти, которые также имели отношение к инфекционным заболеваниям, например, лихорадка, горячка, катар, кашель могли быть симптомами капельных инфекций, понос – кишечных заболеваний. После опасных инфекций регистрировались заболевания органов дыхания (8,7 %), сердечно-сосудистой системы (5,0 %), внешние причины (4,6 %), болезни желудочно-кишечного тракта (2,1 %), онкологические заболевания (0,8 %) [3].

Приоритетное место в смертности по возрастам занимала детская смертность. В начале XX столетия в 50 губерниях России ежегодно умирало около 1 200 000 младенцев на первом году жизни. В 1896–1897 гг. из 1000 родившихся умирали, не дожив до года, 279 детей, в 1913 г. – 269. Как видим, смертность детей снижалась, но очень медленно [5]. В Екатеринодаре дети до 1 года составляли 42 %, от 0 до 5 лет – 68 % от всех умерших. «Высокая детская смертность обусловлена в Екатеринодаре как и везде двумя группами заболеваний: желудочно-кишечного тракта и заразными. Первая дает 25 % всей смертности, вторая (оспа, скарлатина, корь, коклюш, дифтерия, круп) – 17 %. Из заразных болезней следует отметить оспу, детские болезни встречаются постоянно, а оспа эпидемически, в 1898 г. – была вспышка по всей Области» [4].

Анализ архивных документов Армавира показывает, что наибольшая смертность наблюдалась среди детей самого раннего возраста. Например, в 1888 г. из 194 умерших за год грудничков было 46,3 %; в 1890 г. – 41,1 %; в 1901 г. – 40,7 %; в 1913 г. – 35,1 % [10]. Целый комплекс причин (тяжёлый труд женщин во время беременности, отсутствие санитарно-гигиенических знаний по уходу, больниц и поликлиник для детей, плановых профилактических мероприятий и др.) приводил к тому, что 40 % детей умирали, не дожив до года.

В дальнейшем в связи с перестройкой социально-экономического устройства общества произошло изменение структуры факторов и причин смерти. Несмотря на трудности, порождённые Гражданской войной, социальными потрясениями 20–30-х гг. XX в., в бывшем СССР произошло ограничение экзогенных факторов смертности. Как и в большинстве экономически развитых стран, на первое место вышли заболевания сердечно-сосудистой системы.

Таким образом, показатели общественного здоровья Армавира дореволюционного периода соответствовали российским. Приоритет в структуре смертности в рассматриваемый период оставался за экзогенными причинами.

Библиографический список

1. Архивный отдел администрации Армавира (АОАА). Ф. 55. Оп. 1. Д. 2. Л. 216–220, 238–298.
2. Васильев К. Г. История эпидемий и борьба с ними в России в XX столетии. – М., 2001. – С. 9.
3. Василенко В. Г. Медико-демографические показатели дореволюционного Армавира. – Армавир, 2012. – С. 35.
4. Кубанский сборник. Т. 5. – Екатеринодар, 1899. – С. 10.
5. Население СССР за 70 лет. – М., 1988. – С. 117.
6. Токарева Н. А. История глазами доктора. Хроника российского здоровья за 100 лет // Экология и жизнь. – 2004. – № 6 (41). – С. 72.

ОСНОВНЫЕ ЧЕРТЫ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ КНДР В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

С. Ю. Девярых

Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет, г. Витебск, Беларусь

Summary. The paper presents the main features of the DPRK government policy in health care. Shows its focus on prevention and the prevention of disease in populations

Key words: Korean People's Democratic Republic; public health system; public policy in the health sector.

Согласно опубликованному в 2010 г. докладу неправительственной организации «Международная амнистия», система здравоохранения КНДР разваливается. Эксперты этой организации считают, что больницы в изолированном от мира коммунистическом государстве дышат на ладан, правила гигиены не соблюдаются, профилактику и борьбу с болезнями затрудняет повсеместная проблема недоедания [6]. Такие выводы оспаривают эксперты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). На их взгляд, этот явно претенциозный документ выглядит так, будто он был написан по заказу Соединённых Штатов, развернувших враждебную пропагандистскую кампанию в отношении КНДР. В целом, созданной в КНДР системе здравоохранения могут позавидовать во многих развивающихся государствах. Об этом заявила на пресс-конференции в Женеве генеральный директор ВОЗ Маргарет Чан по завершении трёхдневного визита в КНДР [1].

В свою очередь представитель европейской гуманитарной организации European Union programme support (EUPS) после своего визита в КНДР заявил, что сведения некоторых СМИ о сложившейся в КНДР бедственной ситуации в здравоохранении явно не соответствуют действительности. Вместе с тем, проблемы корейского

здравоохранения во многом обусловлены санкциями, введёнными Советом Безопасности ООН. Так, в частности, EUPS не смогла поставить предназначенные для ряда больниц сельских районов КНДР солнечные батареи, которые попадали под санкции [5].

В КНДР установлена социалистическая система здравоохранения, в центре которой стоит человек. Она гарантируется Социалистической Конституцией КНДР (Ст. 56): «Государство охраняет жизнь, заботится о здоровье трудящихся путём укрепления и развития системы общедоступной бесплатной медицинской помощи, совершенствования участкового принципа медицинского обслуживания и профилактического направления в медицине» [4, с. 15]. Кроме того, законодательную базу здравоохранения в КНДР составляют «Закон о заботе и воспитании детей» (1976), «Закон о народном здравоохранении» (1980), «Закон об охране окружающей среды» (1986).

Сегодня в КНДР все без исключения граждане пользуются бесплатной системой здравоохранения. В стране не платят за лекарство, постановку диагноза, лабораторные анализы, госпитализацию, операцию и другие формы лечения; бесплатны и путевые и все др. расходы на санатории, медицинские осмотры, консультации, профилактические прививки, все виды профилактического медобслуживания.

В стране успешно действует система участковых врачей, построенная на принципе органического сочетания производственных и территориальных единиц. Каждый участковый врач обслуживает примерно 130 семей. Государство особо заботится и о медицинской охране материнства и детства. Женщинам предоставляется отпуск по беременности и родам, обеспечивается предродовое, родовое (включая выхаживание недоношенных детей) и послеродовое медицинское обслуживание [3].

Государственная политика КНДР в сфере здравоохранения носит явно выраженный профилактический характер. Она определяется задачами построения социально ориентированного государства, нацелена на выявление преимуществ социалистического строя и определяется национальным своеобразием прочтения марксизма-ленинизма, воплощённым в идеях чучхе. В контексте этих идей здравоохранение – один из аспектов революционной деятельности. Его развитие вызвано необходимостью более глубокого и творческого включения граждан в строительство нового социального мира, поскольку физическое совершенство – «основа ведения революционной борьбы и построения богатого и могущественного общества» [2, с. 3].

Социалистическое здравоохранение принципиально отличается от здравоохранения капиталистических стран, нацеленных на извлечение прибыли, своей профилактической направленностью. Ключевым моментом государственной политики КНДР в сфере

здравоохранения выступает усиление санитарно-противоэпидемиологической работы через ряд мероприятий:

- создание обстоятельств жизни и условий труда, отвечающих санитарно-гигиеническим нормам;
- предупреждение инфекционных заболеваний;
- регулярный мониторинг санитарно-противоэпидемиологической работы, оценка её качества, контроль её результатов;
- предупреждение заболеваний через развитие системы всеобщей диспансеризации, создание условий для массового занятия населения спортом, предотвращение загрязнений окружающей среды, активное распространение санитарно-гигиенических знаний;
- совершенствование массового медицинского обслуживания населения и, прежде всего, развитие системы участкового медобслуживания.

Обсуждая проблемы здравоохранения КНДР, тов. Ким Чен Ир подчёркивал, что совершенствование медицинского обслуживания «дело огромной значимости, имеющее целью предоставить населению возможность в полной мере пользоваться благами бесплатной медицинской помощи» [2, с. 10]. Сегодня в КНДР мероприятия по совершенствованию медицинского обслуживания проводятся по следующим направлениям:

- улучшение методики диагностики и лечения, что предполагает широкое внедрение в практику здравоохранения различных передовых методов диагностики и лечения;
- оптимальное сочетание корейской традиционной и современной медицины путём максимального проявления положительных сторон каждого из направлений медицины. Это предполагает установление научных основ приёмов диагностики и лечения корейской народной медицины, их систематизацию и активное применение в лечебной практике;
- повышение уровня специализации медицинских учреждений, создание специализированных больниц и отделений, развитие сферы восстановительного лечения;
- рациональная организация медобслуживания, рациональная расстановка медучреждений, эффективное использование медицинской аппаратуры и инструментов, развитие амбулаторного обслуживания больных;
- повышение идейно-этической ответственности медицинских работников и усиление их роли в обществе в целом;
- непрерывное повышение медицинскими работниками своей клинической квалификации путём применения различных её форм и методов, в том числе самоподготовки; развёртывание среди медицинских работников движения за овладение несколькими иностранными языками для ознакомления с передовыми новинками медицинской теории и практики.

Совершенствование медицинского обслуживания невозможно без развития медицинской науки и техники, что предполагает:

- улучшение текущего и перспективного планирования научно-технического развития здравоохранения;
- усиление ответственности и роли учёных;
- совершенствование научно-технической базы учебных и научно-исследовательских центров здравоохранения;
- активизацию международного сотрудничества и обмена передовым опытом в сфере охраны здоровья;
- совершенствование подготовки врачей и фармацевтов;
- совершенствование материального снабжения медицинских учреждений, что предполагает развитие собственной медицинской и фармацевтической промышленности.

В КНДР давно и полностью искоренены корь, японский энцефалит, полиомиелит, растёт средняя продолжительность жизни. Власти страны сотрудничают с Всемирной организацией здравоохранения. КНДР как член ВОЗ (WHO) принимает активное участие в международных проектах, организатором которых является ВОЗ. В профилактической работе главное усилие направляется на усиление санитарно-гигиенической пропаганды среди трудящихся масс. Ряды пропагандистов пополняют добровольцы – студенты и школьники, члены женского союза и актив других общественных организаций трудящихся.

Однако общему здоровью населения Северной Кореи в конце 1990-х – нач. 2000-х был нанесён значительный вред, чему способствовали многолетние стихийные бедствия, экономические трудности, вызванные блокадой и дефицитом электроэнергии, полоса неурожаев и вызванный ими голод. Вместе с тем корейский народ, уже давно живущий только за счёт собственных ресурсов и усилий, полон решимости эти трудности преодолеть.

Библиографический список

1. Здравоохранение в КНДР. URL: <http://rodon.org/society-100826112249> (дата обращения: 6.12.2012).
2. Ким Чен Ир. О дальнейшем улучшении здравоохранения. – Пхеньян : Изд-во лит-ры на иностранных языках, [б. г.]. – 27 с.
3. Система бесплатной медпомощи в Корее // Корея сегодня. – 2011. – № 12. – С. 26.
4. Социалистическая Конституция Корейской народно-демократической республики. – Пхеньян : Изд-во лит-ры на иностранных языках, 1998. – 35 с.
5. EUPS: в Северной Корее нет голода и нищеты. URL: http://www.gazeta.ru/news/lenta/2010/04/05/n_1478976.shtml (дата обращения: 6.12.2012).
6. The Crumbling State of Health in North Korea. – L. : Amnesty International Publications, 2010. – 54 p.

ПРОБЛЕМЫ ВЗАМОДЕЙСТВИЯ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ НА УРОВНЕ АМБУЛАТОРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Д. В. Елин

Московский государственный медико-стоматологический
университет им. А. И. Евдокимова, г. Москва, Россия

Summary. The prevalence of the forensic medical examination in case of sudden death is about 16 % of all non-violent mortality, however, the study of the medical commissions of these cases are usually not investigated, in the first place because of imperfection of the interaction between the institutions.

Key words: sudden death; quality of medical care; outpatient; forensic-medical.

В соответствии с приказом Минздравмедпрома России от 29 апреля 1994 г. № 82 «О порядке проведения патологоанатомических вскрытий» при направлении и проведении патологоанатомического вскрытия умершего вне стационара амбулаторно-поликлиническое учреждение (АПУ) прилагает Направление на патологоанатомическое вскрытие и историю болезни амбулаторного больного (далее – история болезни). При констатации смерти врачом АПУ он оформляет историю болезни, заключительный клинический диагноз и посмертный эпикриз. После проведения патологоанатомического исследования врач-патологоанатом обязан внести в историю болезни клиничко-анатомический эпикриз и патологоанатомический диагноз. По истечении одного месяца после направления трупа на патологоанатомическое вскрытие история болезни должна быть возвращена в АПУ для анализа результатов исследования. Установленный порядок проведения патологоанатомического вскрытия лиц, умерших скоропостижно, позволяет проводить своевременное исследование случаев скоропостижной смерти в АПУ комиссиями по летальным исходам.

Однако при так называемой скоропостижной смерти, под которой подразумевается быстро наступившая, неожиданная для окружающих ненасильственная смерть на фоне кажущегося здоровья от атипично или скрыто протекавшего хронического или внезапно возникшего острого заболевания, вне стационара, как правило, производится судебно-медицинское исследование [4].

В соответствии со ст. 196 УПК РФ, характер секционного исследования, т. е. направить труп на патологоанатомическое вскрытие или судебно-медицинское исследование, при скоропостижной смерти определяют сотрудники органов правопорядка. Показанием для судебно-медицинского исследования является «подозрение на насильственную смерть». В настоящее время судебно-медицинскому

исследованию, как правило, подвергаются трупы лиц, скончавшихся вне дома (на рабочем месте, в общественных местах), и на дому, в условиях неочевидных обстоятельств (одиноко проживающие граждане), а также в карете скорой помощи, при этом более чем в 60 % причиной смерти оказываются заболевания, т. е. ненасильственные причины.

При подсчётах распространённость явления в нашем исследовании составила за 2010–2012 годы почти 16 % от всех ненасильственных летальных исходов (данные по г. Москве) [1].

Регламент направления и проведения судебно-медицинского исследования трупа человека, умершего вне стационара, определён приказом Минздравсоцразвития России от 12 мая 2010 г. № 346н «Об утверждении порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации».

При направлении трупов на судебно-медицинское исследование документооборот регулируется приказом №346 н. Согласно ему медицинская документация, в том числе история болезни, должна быть направлена в судебно-медицинский морг. По результатам судебно-медицинского исследования трупа оформляется «Акт», один экземпляр которого передаётся сотруднику полиции, назначившему исследование, второй хранится в архиве Бюро СМЭ. Согласно приказу № 346н оформление каких-либо иных документов запрещено, например клинко-анатомического эпикриза, а история болезни также выдаётся сотруднику органов правопорядка, назначившему исследование.

Иных указаний о порядке направления материалов, в том числе и медицинских документов, в случае ненасильственных причин смерти при организации и производстве судебно-медицинских исследований в приказе № 346н не содержится.

Тем не менее, согласно ст. 81 УПК РФ, при подтверждении ненасильственной причины смерти история болезни подлежит возврату в АПУ. Данная статья гласит: «изъятые документы, не признанные вещественными доказательствами, подлежат возврату лицам, у которых они были изъяты», при этом сроки возврата документации не определены, так как в статье 6.1 УПК РФ, устанавливающей сроки возврата материалов, не признанных вещественными доказательствами, фигурирует формулировка: «в разумные сроки».

Исследование случаев скоропостижной смерти в АПУ проводится в соответствии с положениями о комиссиях по изучению летальных исходов (КИЛИ). Данные положения утверждены уполномоченными органами в сфере здравоохранения субъектового уровня. Согласно приказам органов управления здравоохранения некоторых субъектов РФ, предметом анализа КИЛИ являются соответствие диагноза и непосредственной причины смерти, указанной

врачами поликлиники, медицинской документации, содержащейся в истории болезни умершего; соответствие оформления статистической документации действующим положениям, требованиям МКБ-10; качество оформления поликлинической медицинской документации, в том числе бланка направления умершего больного на секционное исследование [2; 3].

На основе вышеизложенного мы приходим к выводам, что существующий алгоритм направления и проведения судебно-медицинского исследования при скоропостижной смерти имеет ряд недостатков:

- в нормативно-правовых документах не содержится указаний в адрес АПУ о необходимости предоставления историй болезни в учреждение, проводящее судебно-медицинское исследование трупа;

- нет указаний о внесении специалистами Бюро патологоанатомического диагноза в историю болезни, что делает невозможным дальнейший анализ в АПУ;

- не определён механизм возврата историй болезни в АПУ: напрямую из судебно-медицинского морга или же после работы с ними органов правопорядка.

Таким образом, даже в случае доставки карты на вскрытие и внесении в неё патологоанатомического диагноза по инициативе АПУ или судебно-медицинских экспертов возврата её обратно в АПУ, как правило, не происходит.

Недостатки существующего алгоритма рассмотрения случаев скоропостижной смерти, направляемых на судебно-медицинское вскрытие, отрицательно сказываются на деятельности КИЛИ в АПУ, которая в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России № 502н «Порядок создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации» обязана изучать каждый случай смерти прикрепленного контингента. Указанные недостатки нормативно-правовых документов делают невозможным изучение не менее десятой части случаев скоропостижной смерти. Минусы алгоритма направления и проведения судебно-медицинского исследования при скоропостижной смерти также искажают достоверность таких показателей деятельности АПУ, как «пациенты, умершие, трудоспособного возраста», «пациенты, умершие, старше трудоспособного возраста», «из числа умерших на дому в возрасте до 65 лет умерли от инсульта», «из числа умерших на дому в возрасте до 65 лет умерли от инфаркта миокарда», представляемых в отчётах по установленной форме (Приказ Росстата от 14 января 2013 г. № 13).

Имеются недостатки и в утверждённых протоколах КИЛИ. При изучении случаев скоропостижной смерти в АПУ не учитываются показатели деятельности врача, позволяющие контролировать качество медицинской помощи, в том числе и профилактической. При этом цель изучения врачебной комиссией случая смерти паци-

ента заключается в выработке мероприятий по устранению нарушений, приведших к смерти пациента, в деятельности медицинской организации и медицинских работников.

Библиографический список

1. Демографический ежегодник России. 2010 // Росстат. Стат. сб. – М., 2010. – С. 215–359.
2. О дальнейшем совершенствовании системы учёта, информационного обеспечения и анализа смертности в городе Москве : приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 28.04.2012 № 354 / ЗАО «Консультант Плюс». – ИБ СПС Консультант Плюс.
3. Об усилении контроля качества лечебно-диагностического процесса и совершенствования клиничко-анатомического анализа в ЛПУ области : приказ Комитета по здравоохранению Ленинградской области от 06.06.2000 № 147 (ред. от 12.02.2008) / ЗАО «Консультант Плюс». – ИБ СПС Консультант Плюс.
4. Судебно-медицинские аспекты скоропостижной смерти / В. И. Витер, А. В. Пермяков. – Ижевск : Экспертиза, 2000. – 152 с.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ИНВАЛИДНОСТИ И ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

А. А. Максимова, Н. В. Саввина
Северо-Восточный федеральный университет
им. М. К. Аммосова, г. Якутск,
Республика Саха (Якутия), Россия

Summary. In the Republic of Sakha (Yakutia) indicators of disability decrease. The share the established disability increases for the first time. The most numerous group is preschool children. Boys prevail.

Key words: Children; disabled people; disease.

Актуальность. Проблема детской инвалидности обусловлена неуклонным ростом тяжёлых нарушений здоровья, вызывающих ограничения жизнедеятельности в детском возрасте, что следует расценивать как маркер медико-социального неблагополучия и снижения уровня общественного здоровья [1; 2].

Целью статьи является анализ распространённости инвалидности и заболеваний мочевой системы в Республике Саха (Якутия).

Результаты. Количество детей-инвалидов в Республике Саха (Якутия), по данным официальной статистики, составляет 6111 инвалидов в возрасте от 0 до 17 лет (2010 г. – 6166; 2009 г. – 6316), в том числе с впервые установленной инвалидностью – 823 ребёнка (2010 г. – 779; 2009 г. – 790). Показатель инвалидности на 10 тысяч детского населения составил 242,9 (2010 г. – 244,2; 2009 г. – 249,0),

впервые выявленной инвалидности – 32,7 (2010 г. – 30,8; 2009 г. – 31,1). Самой многочисленной группой детей-инвалидов являются дети в возрасте от 5 до 9 лет (1778 детей, 29,1 %). В общем числе инвалидов преобладают мальчики. Так, в 2011 году они составили 56,6 % (3456 чел.), девочки – 43,4 % (2655).

В динамике наблюдается снижение количества детей-инвалидов с заболеваниями мочевой системы, за 2011 г. оно составляет 5,4 на 10 тысяч детского населения (2010 г. – 6,3, 2009 г. – 5,7). Доля впервые установленной инвалидности с заболеваниями мочевой системы в 2011 г. составила 21 % (2010 г. – 19 %, 2009 г. – 16 %). Возрастная группа представлена следующим образом: детей-инвалидов в возрасте от 0 до 9 лет 43,3 %, в возрасте 10–14 лет 33,3 %, в возрасте 15–18 лет 23,3 %. При этом в динамике доля детей 0–9 лет возросла в 2011 г. на 1,6 % (2010 г. – 32,4 %, 2009 г. – 26,7 %), а доля подростков 15–17 лет снизилась в 2011 г. на 1,6 % (2010 г. – 30,6 %, 2009 г. – 37,8 %). По поводу хронического гломерулонефрита имеет инвалидность каждый четвёртый – пятый ребёнок по данным на 2011 г. – 37,8 % (2010 г. – 34,4 %, 2009 г. – 29,6 %) и этот показатель имеет тенденцию к увеличению. У каждого пятого ребёнка имеются аномалии развития мочевой системы, в 2011 г. – у 28,3 % (2010 – 26,5 %, 2009 – 23,3 %).

Выводы. Таким образом, исход хронического заболевания в инвалидность чаще наблюдается при недостаточном уровне профилактической работы со здоровым ребёнком, а также при недостаточном уровне оздоровительной и реабилитационной работы с детьми с хронической патологией.

Библиографический список

1. Баранов А. А. Состояние здоровья детей в Российской Федерации // Педиатрия. – 2012. – № 3. – С. 9–14.
2. Баранов А. А., Ильин А. Г. Актуальные проблемы сохранения и укрепления здоровья детей в Российской Федерации // Российский педиатрический журнал. – 2011. – № 4. – С. 7–12.
3. Зелинская Д. И. Детская инвалидность как проблема здравоохранения // Здравоохранение Российской Федерации. – 2008. – № 2. – С. 23–26.

II. ЗДОРОВЬЕ И БОЛЕЗНЬ В ВОЗРАСТАХ ЧЕЛОВЕКА

УРОВЕНЬ И ПРОГНОЗ ВЫЗОВОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПОВОДУ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Г. С. Королькова^{1, 2}, Е. Ю. Шкатова¹, С. В. Благодатских³

¹ Ижевская государственная медицинская академия,
г. Ижевск, Удмуртская Республика, Россия

² Станция скорой медицинской помощи министерства
здравоохранения Удмуртской Республики,
г. Ижевск, Удмуртская Республика, Россия

³ Республиканский наркологический диспансер
министерства здравоохранения Удмуртской Республики,
г. Ижевск, Удмуртская Республика, Россия

Summary. The leading place in the structure of the ambulance occupy diseases of the cardiovascular system, and among them - arterial hypertension. Mathematical forecasting demonstrated the growth of call of ambulance teams of Izhevsk in Udmurtia on this pathology in the coming years.

Key words: emergency medical assistance; arterial hypertension; the structure of the call; cardio-vascular system.

В течение последних десятилетий сердечно-сосудистые заболевания являются ведущей причиной смертности населения в индустриально развитых странах, в том числе и в России [2, с. 58–61]. В Приволжском федеральном округе данной патологией страдает до 42,0 % населения, что составляет около 13 млн человек [3, с. 309–311].

Цель исследования – провести анализ и дать прогноз вызовов скорой медицинской помощи (СМП) по поводу артериальной гипертензии (АГ).

Материал и методы исследования. Уровень обращаемости населения за СМП проанализирован нами по данным годовых отчётов станций СМП г. Ижевска Удмуртский Республики за 2007–2012 гг. и 1209877 карт вызовов бригад СМП (форма № 40 медико-статистической отчётности). Статистическую обработку результатов проводили на персональном компьютере с использованием программ *MS Excel 7.0*.

Результаты и их обсуждение. Анализ обращаемости в службу скорой медицинской помощи г. Ижевска показал, что в среднем данный показатель составляет $390,2 \pm 31,5$ обращений в год на 1000 населения, прирост его на 2011 г. составил + 6,0, тогда как по РФ данный показатель составляет 280–320 вызовов на 1000 че-

ловек [1, с. 291]. Уровень обращаемости за скорой медицинской помощью по поводу сердечно-сосудистых заболеваний с 2007 г. по 2011 г. увеличился с 356,9 на 1000 населения в 2007 г. до 499,6 вызовов в 2012 г.

Наибольшая доля в структуре вызовов приходится на внезапные заболевания (от 65,3 до 65,7%), такие как гипертонический криз, инфаркт миокарда, острая сердечно-сосудистая недостаточность, стенокардия. За 6-летний период отмечен рост частоты вызовов по поводу заболеваний сердечно-сосудистой системы – от 18,3 % до 20,3 % от числа всех вызовов, по поводу АГ – от 41,6 % до 59,6 % от числа всех вызовов по поводу сердечно-сосудистой патологии.

При прогнозировании показателей обращаемости на последующие годы методом трендового моделирования мы предположили дальнейший рост показателей обращаемости населения за скорой медицинской помощью по поводу АГ при стабилизации обращаемости по поводу сердечно-сосудистой патологии в целом (рис. 1).

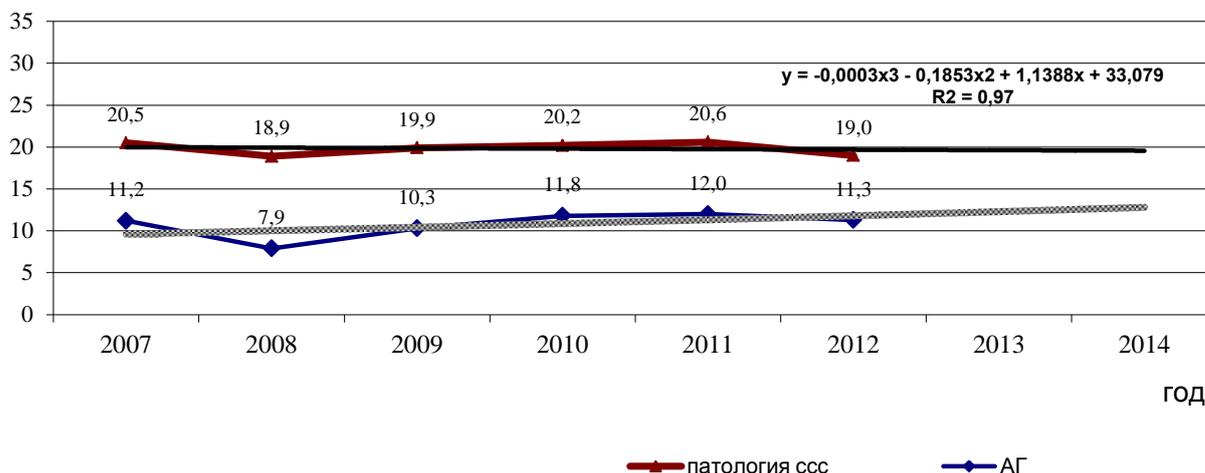


Рис. 1. Частота вызовов бригад СМП по поводу заболеваний сердечно-сосудистой системы и АГ, в % от числа всех вызовов.

Таким образом, в г. Ижевске частота обращений в службу СМП по поводу сердечно-сосудистой патологии выше, чем в среднем по РФ. Прогнозируется дальнейший рост вызовов больными с артериальной гипертензией, что требует совершенствования мероприятий по профилактике АГ и по организации терапевтической помощи данным пациентам.

Библиографический список

1. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Удмуртской Республики в 2010 году. – Ижевск, 2011. – 291 с.

2. Оганов Р. Г., Масленникова Г. Я. Вклад сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний в здоровье населения России // Сердце : журнал для практикующих врачей. – 2003. – № 2. – С. 58–61.
3. Скворцова В. И., Стаховская Л. В., Айриян Н. Ю. Проблема инсульта в Российской Федерации // Сердце : журнал для практикующих врачей. – 2005. – № 6. – С. 309–311.

СОСТОЯНИЕ ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ УЧАЩИХСЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ В ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ ПО ДАННЫМ КОНТЕНТ-АНАЛИЗА

Е. В. Романчук, Н. В. Куксова
Волгоградский государственный медицинский
университет,
Стоматологическая поликлиника № 10, г. Волгоград,
Россия

Summary. This article provides an analysis of the general health of schoolchildren according to the accounting and reporting documents. Most of the surveyed children belongs to the first group of health (57.4%), more than a quarter of the children in the second (27.3%) and 15.4 percent of children are outpatients--the third group of the dispensary. Among the leading diseases are diseases of the musculoskeletal system.

Key words: schoolchildren; general health; age groups.

В настоящее время здоровье детей рассматривается в качестве потенциального ресурса, внимание к которому возрастает пропорционально развитию неблагоприятных факторов, приводящих к развитию заболеваний. Анализ состояния здоровья детского населения на региональном уровне способствует разработке мер по улучшению состояния здоровья детей, совершенствованию организации и повышению качества медицинской помощи этой группе населения.

Целью данного исследования явилось изучение состояния общесоматического здоровья учащихся муниципальных общеобразовательных школ.

Материалы и методы. Исследование было проведено в двух школах: «Средняя общеобразовательная школа № 93» и «Средняя общеобразовательная школа № 56» Советского и Кировского районов г. Волгограда. В обследовании приняли участие 1346 школьников в возрасте 7–17 лет, из них 692 (51,4 %) мальчики и 654 (48,5 %) девочки.

Состояние общего здоровья детей изучали путём контент-анализа документов школьного медицинского кабинета (форма № 026/у).

Результаты и обсуждение

Изучая общее здоровье школьников по результатам анализа медицинской карты ребёнка (форма № 026/у), выяснили, что большинство обследованных детей относится к первой группе здоровья (57,4 %), больше четверти детей – ко второй (27,3 %) и 15,4 % детей находятся на диспансерном учёте – третья диспансерная группа. Из обозначенного числа учащихся 11 человек находятся на индивидуальном обучении и относятся к четвёртой группе здоровья, в исследовании эти дети участия не принимали. Учащихся пятой группы здоровья не было выявлено.

Среди заболеваний второй группы лидируют заболевания опорно-двигательного аппарата (нарушение осанки – 45,5 %), второе место занимают заболевания сезонного характера (частые респираторные заболевания – 23,4 %), далее следуют аллергические заболевания – 12,3 %.

В педиатрической диспансерной группе (III группа здоровья) большинство (40,1 %) детей имели хронические заболевания ЛОР-органов (хронический тонзиллит, ларингит, фарингит, синусит, аденоидит). Реже встречались заболевания дыхательной системы (хронический бронхит, бронхиальная астма – 15,5 %), сердечно-сосудистой системы (вегето-сосудистая дистония, артериальная гипертония, миокардит, врождённый порок сердца – 12,7 %).

Выводы. Полученные сведения позволяют более целенаправленно планировать профилактические программы для детей школьного возраста. Так как состояние всего организма отражается на развитии возможных патологических заболеваний всех органов и систем, то тесное взаимодействие с узкими специалистами позволит снизить риск развития возможных осложнений.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ О ВРАЧАХ

Е. Е. Русякова

**Магнитогорский государственный университет,
г. Магнитогорск, Челябинская область, Россия**

Summary. In article is described results of the psychological study of the presentations sound детей 7-9 years about physician. In addition model "ideal" doctor was valued for детей. Analysis of the relations of the presentations was Conducted about physician, health and pr.

Key words: children of the younger school age; physician; belief about physician; health.

Наиболее важным и наименее определённым в профессии врача-педиатра является взаимодействие с пациентом-ребёнком.

Среди причин большинства случаев ухудшения состояния у ребёнка выделяют неправильные действия родителей пациентов и неадекватные действия, коммуникацию медицинского персонала (В. И. Маколкин и др., 1996). В. К. Солондаев, Ю. Ф. Панина (2009) провели исследования в группе из 55 случайно отобранных женщин, имеющих детей от 0 до 16 лет, для этого использовалось стандартизованное интервью для сбора описаний типичных ситуаций «плохого» и «хорошего» взаимодействия с врачом по поводу ребёнка. Наиболее неожиданным результатом стало отсутствие ребёнка как действующего лица и отсутствие результатов лечения [8].

Эффективная педиатрическая помощь возможна только при грамотной профессиональной коммуникации врача с ребёнком. Для этого необходимо понимание того, как ребёнок воспринимает врача, его представление о нём, прошлый опыт, «идеальный» образ. Знания представлений ребёнка о враче способствуют установлению лучшего контакта между врачом и ребёнком, удовлетворяют потребность в помощи и эмоциональном общении у маленького пациента. Если врач фиксирует своё внимание на соматическом неблагополучии ребёнка-пациента, то личность данного ребёнка воспринимается им лишь сквозь призму болезни, и тогда индивидуальность и внутренний мир ребёнка, его переживания и опасения ускользают. Такая ситуация уводит врача от ребёнка-пациента, а значит, от реально страдающего человека всё дальше. Врач и ребёнок не взаимодействуют, не доверяют друг другу. В результате эффективность диагностики и лечения более низкая, чем могла бы быть. Поэтому перед врачом всегда должен быть, прежде всего, ребёнок с его болью и тревогой.

А что думают дети обо всей этой ситуации? Как им представляется врач? Какой доктор действительно поможет ребёнку, не только избавит от симптомов, но и поможет обрести душевное равновесие? Может быть, доктор Айболит?

Если устроить опрос о том, каков для россиян образ «идеального» врача, то большинство ответят: джентльмен в возрасте, с бородкой и в пенсне, очень добрый, любящий всё живое, готовый мчаться на край света, чтобы оказать врачебную помощь. Не многие знают, что в 2012 году всемирно известный сказочный доктор отметил столетний юбилей. Впервые образ Айболита появляется в записных книжках Чуковского уже в 1912 году. Наверное, в нашей стране нет ребёнка, который не был бы знаком с творчеством Корнея Ивановича Чуковского, его «Айболит» вот уже много десятков лет держит лидерство среди самых популярных произведений для детей.

Взаимоотношения ребёнка и медицины начинаются с рождения, связаны с отрицательным опытом, болью. Доктор Айболит К. И. Чуковского ничего плохого (страшного и болезненного) своим

пациентам не делает, что вызывает в отношении доктора повышенную любовь детского населения. Милая сказочная теория уступает место реальной практике. Ребёнок и врач с трудом находят взаимопонимание. Дети испытывают страх и антипатию по отношению к медицинским работникам [5]. А встречаются ли современные дети Айболита?

Цель исследования – выявление представления современных здоровых детей о врачах.

В исследовании принимали участие здоровые дети младшего школьного возраста. Все дети проявляли интерес и с удовольствием отвечали на вопросы и выполняли задания. Участие в исследовании было добровольным.

Было предположено, что представления здоровых детей младшего школьного возраста о врачах имеют спектр отрицательных переживаний, они их боятся; образ «идеального» врача у детей схож с образом Айболита из сказки К. Чуковского – такой доктор является лучшим, «идеальным» для детей; к сожалению, в жизни ребёнок с такими «идеальными» врачами не встречается.

Представление – психический процесс, в результате которого отражаются, обобщаются, преобразовываются ранее пережитые события и ранее воспринимаемые объекты, предметы; знание и понимание, основанное на опыте, структурный элемент мировоззрения. Представление является переходной ступенью от конкретных образов к абстрактным понятиям, от ощущений к мышлению. В возрасте 7–9 лет у детей происходит интенсивное развитие представлений, связанное с развитием произвольности. В младшем школьном возрасте дети умеют произвольно вызывать нужные представления, в это время у детей происходит формирование индивидуальных различий в представлениях. Эмоциональное напряжение побуждает формировать образ «идеального» врача, который обладает возможностью оказать более эффективную помощь. Выяснение представлений здоровых детей о врачах, желаемых и реальных, поможет сделать процесс взаимодействия «врач – ребёнок» продуктивным для лечения и ускорит реабилитацию.

Каждый больной на основе культурных влияний (представлений общества о враче), прошлого опыта общения с представителями медицинской профессии (и вообще с авторитетными лицами) и характера ожидаемой помощи имеет определённый образ врача (эталон), который может удовлетворить его потребность в помощи и эмоциональном общении [7, с. 53]. Малая степень сходства между обликом «идеального» и лечащего врача на всём протяжении пребывания в клинике может отражать невысокое качество общения с врачом и неудовлетворённость лечением [1]. Знание и учёт врачом имеющегося у больного образа «идеального» врача способствуют установлению лучшего контакта между ними [7, с. 28]. Важными

условиями, определяющими установление контакта врача с больным, являются представления последнего о враче на основе прошлого опыта и характер первой беседы, с которой и начинается лечебный процесс [7, с. 58]. Поэтому изучение представлений ребёнка о враче, выяснение идеального образа необходимо для повышения эффективности лечения детей.

Идеальных врачей, конечно же, не существует, как не существует в мире ничего идеального, но во многих научных исследованиях часто используются «идеальные модели». Это такие модели, которые удовлетворяют наши потребности и отвечают нашим желаниям, представлениям. Попробуем и мы представить себе «идеального» врача, который сможет оказать ребёнку грамотную помощь.

Вспомните теперь: «Всех излечит-исцелит добрый доктор Айболит...» Когда К. Чуковский писал для детей эти строки, он, конечно же, интуитивно выделил здесь две главные черты «идеального» доктора, каковым хочет представить маленькому читателю Айболита. Первая: он лечит один – всех, то есть все болезни. А значит, имеет широчайшие познания. Вторая же черта – доброта. Доброта, по моему, должна проявляться не в сюсюканье и потакании всем прихотям больного, а в вежливости, чуткости, сострадании, отзывчивости, умении внимательно выслушать и ответить на вопросы.

Начальный этап в исследовании состоял в задании: «Нарисовать самого лучшего врача», намеренно избегались слова «добрый», «доктор» и не вносилось дополнительных пояснений или комментариев, чтобы не направлять рисунки детей и не способствовать стереотипному пониманию задачи, использованию в рисунках сюжетного шаблона. Детям предлагалось в свободной форме изобразить с помощью карандашей, фломастеров или красок то, как они представляют самого лучшего врача. Использование проективных методов даёт возможность автору проецировать реальность и по-своему интерпретировать её [2]. Исследователи детского рисунка подчёркивают, что рисунок является своего рода рассказом и, по существу, не отличается от словесного рассказа [3; 4]. В «рисунках на заданную тему» (т. е. в ситуации стандартного изобразительного задания) содержится значительно больше информации о представлениях рисовавшего их человека, чем в простом рукописном тексте, поэтому такие рисунки являются весьма мощным психодиагностическим средством.

Чтобы провести оценку полученного материала, мы изучали: особенности эмоциональной экспрессии у детей при отражении темы врача, медицины; особенности использования детьми шаблонных сюжетов и персонажей; а также основные темы рисунков, характер изображения врача.

1. Можно утверждать, что представление как познавательный процесс хорошо сформировано у всех детей и соответствует

возрастной норме. Все дети сумели представить и достаточно полно и ярко описать, как выглядит его лучший доктор.

2. Большинство детей обобщили в образе врача опыт взаимодействия с авторитетными лицами из своей жизни. Многие дети сближали образ лучшего врача, прежде всего, со своей матерью, со своим лечащим врачом, со своими родными (тётя, бабушка, папа). Известно, что профессия врача даже для многих взрослых окружена некоторым магическим ореолом, врач воспринимается как авторитет, с одной стороны, близкий к образу родителя (опека, забота, помощь), а с другой – образ учителя (представление знаний). Поскольку маленькие дети обладают высокой эмоциональностью, а их личность ещё формируется, чаще именно первый образ ребёнку значительно ближе.

3. При анализе графических характеристик рисунков мы исходили из положения К. Маховер о том, что степень или тип штриховки может считаться выражением тревоги. По особенностям деталей рисунка (в частности – по наличию штриховок) можно сделать вывод, что рисовавший находился в состоянии внутреннего напряжения [6]. Было обнаружено, что у большинства детей вне зависимости от возраста площадь заштрихованной поверхности занимает не менее половины рисунка, что может свидетельствовать о высокой эмоциональной насыщенности переживания взаимодействия с врачом и вообще вопросов медицинского плана.

4. Эмоциональное отношение детей к врачам очень разное. Но во многих рисунках (38 % – портреты) выражена эмоциональная фиксация на фигуре врача, вовлечённость в процесс социальных взаимоотношений. Согласно Маховер К., «голова взрослого – наиболее важный орган, связанный с эмоциональным комфортом ребёнка», «лицо – важный центр коммуникации, социальная часть жизни» [6, с. 37–38].

5. Несмотря на то, что объектом исследования были здоровые дети, некоторые демонстрировали в рисунках зависимую позицию, характерную для больных детей, находящихся на лечении, таких рисунков 25 %. Возможно, это результат прошлых переживаний, сильного стресса, связанного с болезнью. Рисунков, где образ врача – друг, помощник 2 %. Это свидетельство пассивно-оборонительной позиции.

6. Отражение деятельности врача в рисунках детей присутствует не всегда. Интересно, что в 28 % рисунков детей это «ветеринар» – образ лучшего врача и ещё 32 % детей сообщили об этом в беседе в конце задания. Самый страшный врач, по мнению детей, – хирург. Его никто не рисовал. Мало кто из детей нарисовал врача-специалиста (5 % – стоматолог, 5 % – врач скорой помощи). Были работы, преимущественно среди детей 9 лет, отражающие деятельность и активные действия врача. То есть для ребёнка важно,

насколько врач поглощён своей работой. Он должен быть врачом общего профиля (педиатром) и «всё уметь». Дети ждут, чтобы врач им скорее помог, «вылечил», «выписал», «облегчил страдания».

После рисования использовалась методика «Неоконченные предложения», которая проводилась с каждым ребёнком индивидуально. Существует множество различных вариантов этой методики, они являются модификацией широко известной методики Сиднея и Сакса, которую используют в клинической и исследовательской практике. Испытуемому предлагается закончить предъявленные ему незаконченные предложения, составленные так, что допускают практически неограниченное разнообразие возможностей их завершения. Полученные фразы отражают значимые, актуальные переживания, отношения, представления, знания, связанные с врачами и здоровьем.

Для исследования представлений о врачах и отношения к ним из методики, разработанной В. Е. Каган и И. К. Шац, выделены шкалы, связанные с врачами, госпитализацией, здоровьем, болезнью: «Отношение к врачу (госпитализации)», «Представление о здоровье» [3]. Кроме этого, введены дополнительные шкалы: «Представление о враче», «Представление об идеальном враче» – шкалы, раскрывающие личные знания, непосредственный опыт взаимодействия с врачами и желаемый образ врача для детей, а также введена шкала, отражающая общую медицинскую осведомлённость и грамотность.

Далее представлен анализ результатов методики «Неоконченные предложения».

1. 13 % детей имеют ярко выраженное эмоциональное напряжение по **отношению к врачам**. Окончания их предложений «Когда я вижу врача...», «Когда я первый раз пришёл(а) к врачу из-за болезни...» были следующие: «начинаю плакать», «испугался», «сделал укол», «покрылся мурашками».

61 % детей боятся врачей, их предложения, как правило, заканчивались так: «боюсь», «стесняюсь», «немного испугался», «страшненько чуть-чуть». Они желали бы избежать возможного контакта с врачами, дистанцироваться от них.

26 % детей заявили, что совсем не боятся врачей. Их предложения завершились фразой: «не боюсь», «мне нравится», «рассмешил», «подарил игрушку». Можно предположить наличие в их жизни приятных воспоминаний о взаимодействии с врачом и о понимании важности медицинского осмотра и лечебных процедур.

2. 35 % детей сильно переживают за своё **здоровье**. В результате беседы с родителями выяснилось, что это часто болеющие дети или один из членов их семьи тяжелобольной. Большинство детей за своё здоровье не переживают, но знают, что оно очень важно. 7 % детей подчёркивают важность здоровья и считают себя абсо-

лютно здоровыми людьми. В исследовании не встретились дети, которым бы их здоровье было безразлично.

Дети 6–9 лет здоровьем считают просто отсутствие болезни. Интересно, что девочки и старшие дети больше опасаются расстроить здоровье, чем мальчики и младшие дети. Оценивая здоровье, дети больше ориентируются на соматическое благополучие.

3. В целом дети смогли представить **образ «идеального» доктора**.

- «Идеальный» доктор – это «добрый» – 70 %, «хороший», «самый лучший в мире», «вежливый», «заботливый», «весёлый».

- Были указания на конкретных людей, с фиксацией на их образах: «мама» – 15 % – в случае, когда по профессии мама-врач и мама не врач, «мой врач» – 6 %, «моя бабушка», «моя тётя», «ветеринар», «психолог», «зубной», «главный врач», «медсестра».

- Указания на деятельность: «лечащий», «работающий», «всегда ходит на работу», «лечит животных», «больше всех лечит», «не делает уколов», «не говорит грубо», «лечит малышей», «помогает», «не делает больно», «не кладёт в больницу», «любит детей», «даёт конфеты», «разрешает делать всё, что захочешь», «делает мне хорошо».

- Также дети предполагают, где такого «идеального» врача можно встретить: «в самой лучшей поликлинике мира», «такие врачи есть» – 98 %, «таких врачей нет» – 2 %.

Результаты, полученные с помощью методики незаконченных предложений, позволили выделить следующие характеристики отношения к врачу: 1) всеми больными высоко оцениваются в первую очередь эмоциональные и морально-этические черты личности врача; 2) почти никто из больных не оценивает профессиональных качеств; 3) никто не оценивает интеллектуальных и физических качеств.

У 18 % наблюдается малая степень сходства между образом «идеального» и лечащего врача – это предполагает внутриличностный и межличностный конфликт. Высокая степень сходства между образом «идеального» и лечащего врача у 18 % – это свидетельствует о том, что ребёнок доволен своим врачом. В 64 % детских ответов присутствует естественная разница между реальным и идеальным образом врача. Опираясь на теорию И. П. Лапина, можно сказать, что если у детей преобладает малая степень сходства между обликом идеального и лечащего врача, то это отражает низкое качество общения ребёнка с врачом и неудовлетворённость лечением [4].

4. Несмотря на свой юный возраст, 26,7 % детей уже имеют негативный **опыт взаимодействия с врачами**, помнят неприятные процедуры, противопоказания, ограничения. Завершали незаконченные предложения «Врач – это...», «Большинство врачей...» словами: «зомби», «злодеи», «злые». 53,3 % помнят врача как хорошего и доброго человека. Незаконченные предложения «Врач –

это...», «Большинство врачей...» дети заканчивали так: «спаситель», «психолог», «доктор», «человек», «помощник», «моя бабушка». Остальные дети (20 %) сосредоточены не на личности и межличностном взаимодействии, а на деятельности врача и на информационном опыте: «доктор», «человек, который лечит», «лечат людей», «осматривает», «делает уколы», «ходит по кабинетам», «делает, что хочет», «делает, что умеет». Врач не плохой и не хороший, он просто делает своё дело. Можно сказать, что в этом случае срабатывает рациональное представление о профессии врача и лечении или защитный механизм – рационализация. В то же время врачи редко: «ошибаются» (7 %), «ругаются». Мнения детей разошлись в следующих вопросах: «ходят куда-то» / «сидят дома», «делают уколы» / «не делают уколы», «лечат плохо» / «лечат хорошо», «помогают» / «не помогают», то есть с точки зрения и опыта детей в жизни бывает по-разному.

5. К сожалению, только несколько человек (2 %) демонстрировали высокую грамотность в общих вопросах. 87 % детей имеют низкую грамотность. Сохранение здоровья и заботу о нём дети связывают с отказом от сладостей и посещением врача. Это значит, сохранение здоровья является важным, но очень сложным, неприятным процессом.

Это подтверждают работы других исследователей. Например, Е. В. Свистунова обращает внимание на представление детей о внутренних органах. Дети думают, что количество органов у разных детей разное. По-разному оценивается и степень важности различных органов: на 1-е место дети ставят сердце, затем (с 9–10 лет) – мозг и, наконец, желудок. Дети младшего школьного возраста жизненно важными считают лёгкие, нос, глотку и рот. Если старшие дети судили о значимости органов по их участию в жизнедеятельности организма, то младшие – по тому времени, которое требовалось для ухода за ними; например, ноги назывались в связи с постоянной обязанностью их мыть. До 60 % детей 4–6 лет относительно верно определяют расположение сердца, расположение других органов редко показывают правильно [6, с. 49].

6. Используя средние значения, выполним анализ взаимосвязи шкал методики «Незаконченные предложения» с помощью статистической программы Statistika 6. Получена сильная положительная взаимосвязь (0,78 при $p < 0,05$) между переменными методики «неоконченные предложения»: шкала 2 «представление о здоровье» и шкала 4 «представление о враче». Таким образом, можно сказать, что у здоровых детей здоровье связано с деятельностью реального врача и представляется в виде пассивной, зависимой позиции.

Выводы

- Исследование графических характеристик детских рисунков выявляет высокую степень эмоциональной насыщенности темы медицины. В представлении детей врач является одним из факторов, негативных переживаний, вызывающих тревогу. Дети «навязано» боятся врача, хотя в их памяти преобладают позитивные воспоминания.
- Подавляющее большинство рисунков отражает стремление к передаче эмоциональной атмосферы при контакте с врачом. Такая позиция определяется повышенной потребностью детей в особом отношении, понимании, внимании, вследствие свойственного им возрастного эгоцентризма. Дети ориентированы на эмоциональный, коммуникативный аспект взаимодействия с врачом. Имеют установку на сочувствие, понимание и поддержку в большей степени, чем на наличие нового лекарства или нового оборудования, современного метода лечения.
- Фигура врача отражает эмоциональную фиксацию современного, здорового ребёнка младшего школьного возраста на поддерживающем его образе матери.
- К особенностям экспрессивного выражения детьми собственных представлений (мыслей и ощущений) относится стремление большинства из них усилить смысловую нагрузку своего рисунка соответствующими комментариями к нему (текстом, сопровождающим рисунок). Например: «Берегите здоровье!», «Добрый доктор», «Все болезни лечит врач. Он уколет – ты не плачь, веселей смотри вокруг: детский врач – ребятам друг!» и др.
- Большинство детей (61 %) боятся врачей и желали бы избежать возможного контакта с врачами, дистанцироваться от них. У 80 % детей представление о врачах связано с чувственно-эмоциональным опытом, а у 20 % с информационным. В первую очередь дети ценят во враче черты характера, его личность, эмоциональное, чувственное отношение к ним. 70 % хотят, чтоб он был добрым. Образ лучшего врача связан у детей младшего школьного возраста с образом матери в 15 % случаев, с образом бабушки в 6 %.
- Здоровье в представлении детей – это отсутствие болезни. Лишь 7 % детей считают себя здоровыми. Девочки и старшие дети больше опасаются расстроить здоровье, чем мальчики и младшие дети. Низкий уровень грамотности у детей в медицинской сфере способствует повышению тревоги, неуверенности, дискомфорта при посещении врача и неправильной жизненной позиции в отношении своего здоровья.
- Образ врача сопряжён в сознании ребёнка со здоровьем, поскольку, как правило, встречаются они с врачом исключительно в

случаях нарушения самочувствия. Дети считают, что именно врач несёт ответственность за их здоровье.

По окончании исследования можно сказать, что гипотеза, которую мы выдвинули в начале исследования, подтвердилась в первой её части и частично – во второй.

1. Для детей младшего школьного возраста эмоциональный контакт «врач – ребёнок» важнее, чем интерьер поликлиники, больницы, эффективные таблетки и новые методы лечения. Действительно, как мы и предполагали, дети боятся врачей. 74 % здоровых детей испытывают страх перед врачами. Из них только 27 % реально переживали угрозу своей жизни и здоровью сильным стрессом. А остальные 47 % боятся врачей потому, что это «выученный страх», навязанный извне.

2. Образ доктора Айболита и «идеальный» образ врача для детей младшего школьного возраста имеют некоторые различия. Детям больше по душе женщина-врач, поскольку у неё преобладает «сопереживающий» комплекс черт, эмоциональность. Сближение «идеального» образа врача прежде всего с матерью необходимое для детской психики условие комфорта и безопасности в сложной ситуации (болезнь). К тому же современная ситуация такова, что количество женщин-врачей в медицине преобладает. Женщины приносят в медицину, может быть, то, чего ей больше всего сегодня не хватает, – душевность и сострадание к больному.

3. Образ «идеального» врача в представлении ребёнка на 70 % связан с добротой. «Идеальный» врач для современного ребёнка – добрый, заботливый, вежливый, не ругается, весёлый, много работает, помогает, проводит много времени на работе, лечит так, чтобы было приятно, а не больно, всё разрешает, дарит игрушки и конфеты. Таким образом, всеми больными высоко оцениваются в первую очередь эмоциональные и морально-этические черты личности врача. Профессиональные, физические, интеллектуальные качества, имидж дети почти не упоминают. Малая и средняя степень сходства между образом «идеального» и лечащего врача у %, высокая у 18 %. То есть некоторые современные дети всё-таки встретили своего Айболита. В целом дети не удовлетворены качеством общения с врачом и лечением.

Таким образом, следует учитывать специфические представления ребёнка о враче, здоровье и лечении, продолжать их изучение, проводить коррекцию образа врача, если он не является продуктивным. Это позволит существенно снизить эмоциональный дискомфорт ребёнка, избежать вторичного напряжения, стресса, связанного с диагностическими и лечебными методами, настроить маленького пациента на выполнение необходимых рекомендаций, процедур, на содействие, а также сформировать адекватные представления у ребёнка о своём здоровье и степень ответственности за

него. Также детям желательно повышать свою грамотность и получать знания о своём организме, вредных или полезных факторах, влияющих на него, знания о врачах, здоровье, медицине, профилактических мероприятиях, а главное – формирование правильного образа жизни уже с ранних лет.

Библиографический список

1. Лапин И. П. Плацебо и терапия. – М. : Лань, 2000. – 224 с. – (Серия: Мир медицины).
2. Никольская И. М., Грановская Р. М. Психологическая защита у детей. – СПб. : Речь, 2000. – 507 с.
3. Психодиагностические методы в педиатрии и детской психоневрологии : учеб. пособие / под ред. Д. Н. Исаева и В. Е. Кагана. – СПб. : ПМИ, 1991. – 80 с.
4. Ромицина Е. Е. Здоровье глазами детей: опыт психологического анализа детских рисунков // Вопросы психологии. – 2006. – № 1. – С. 39–47.
5. Русякова Е. Е. Психологическое сопровождение соматически больного ребёнка. – 145 Мб. – 1 CD-ROM. Систем. требования: ПК Pentium, Windows 2000, Microsoft Internet Explorer 6.0. – Свидетельство о регистрации электронного ресурса. – М. : ОФЭРНиО ГАН «РАО». – № 18282 от 04.07.2012.
6. Свистунова Е. В. Как ребёнок воспринимает болезнь // Медицинская сестра. – 2012. – № 6. – С. 47–52.
7. Ташлыков В. А. Психология лечебного процесса. – Л. : Медицина, 1984. – 192 с.
8. Солондаев В. К., Панина Ю. Ф. Анализ сюжетов взаимодействия врач – родители больного ребёнка // Медицинская психология в России : электрон. науч. журн. 2009. № 1. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: 05.03.2013).

ПОВЕДЕНИЕ УСПЕШНЫХ СТУДЕНТОВ, НАПРАВЛЕННОЕ НА СОХРАНЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Т. П. Сабгайда¹, А. Л. Сергиевская², А. В. Алексеев³

¹ Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Минздрава РФ, г. Москва, Россия

² Представительство Оксфордского Российского Фонда (Великобритания) в РФ, г. Москва, Россия

³ Рязанский государственный медицинский университет им. И. П. Павлова, г. Рязань, Россия

Summary. A questionnaire survey of Fellows Oxford Russia Fund in 19 Russian classical universities was done. The results show that the student's behaviour to maintain dental health is determined by the worldview structure. The more positive students' worldview, the more aiming of the behavior is to preserving health. Commitment to the prevention of disease is significantly determined by the status and self-employed father and mother's education level.

Key words: correlation worldview structure with health; behavior for preserving health; formation for the motivation of self-preserving behavior; frequency of timely medical dental help.

Переориентация приоритетов здравоохранения России с лечебных мероприятий на профилактические обусловлена возрастающей ролью здоровья населения в условиях улучшения экономической ситуации в стране. До настоящего времени около половины населения остаются пассивными потребителями медицинских услуг [4]. Изменение поведения граждан в сторону осознания собственной активной позиции в сохранении здоровья в первую очередь должно происходить среди молодёжи. Известно, что самосохранительное поведение существенным образом зависит от уровня образования, хотя опрос студентов показал, что образование не выполняет функцию обеспечения населения информацией о здоровом образе жизни [2; 3]. Также известно, что позитивный настрой помогает сохранять здоровье [1], было выявлено прямое влияние пессимистических ожиданий молодёжи на рисковое поведение [5], что обуславливает целесообразность анализа самосохранительного поведения молодёжи в зависимости от позитивности мировоззрения. Поскольку стоматологическую медицинскую помощь получает большинство населения, связь позитивного настроения и отношения студентов к сохранению здоровья рассмотрена на примере стоматологии. Исследование ставило своей целью оценить, насколько молодые, здоровые и успешные граждане мотивированы на сохранение стоматологического здоровья, а также определить, с чем связано формирование такой мотивированности.

Используемые данные. Для анализа использованы результаты исследования среди студентов 19 ведущих гуманитарных университетов РФ – стипендиатов Оксфордского Российского Фонда (ОРФ, UK, Company No: 5341971 England and Wales Registered, Charity No: 1108957). Требования для получения стипендии ОРФ включают в себя, кроме отличной учёбы, участие в научных конференциях, наличие публикаций, участие в общественной деятельности. Таким образом, респонденты представляют собой выборку молодёжи с активной жизненной позицией, однородную по возрасту, типу и уровню образования, социальному благополучию, нацеленности на успех.

Анализ проведён на основе объединённой выборки из всех университетов. Статистической обработке подверглись 2002 анкеты опроса студентов. Корреляция ответов на две пары совпадающих вопросов составляет 0,83 и 0,92. Большинство респондентов девушки (81,6 %), что связано с гуманитарной направленностью деятельности ОРФ. Средний возраст юношей 20,5, девушек – 20,4 года.

Результаты и их обсуждение. Результаты показали, что даже среди самых передовых групп молодёжи ценность здоровья не всегда высока. Суммарная часть ответов, которые демонстрируют низкую ценность здоровья («зубная боль не является угрозой для жизни, и есть более срочные дела, чем своевременное посещение стоматолога» и «не обращаю внимания на здоровье зубов»), составляет 32,3 % у юношей и достоверно меньше у девушек – 19,0 % ($p < 0,05$). Кроме того, далеко не все студенты своевременно обращались за медицинской помощью: в течение последних трёх лет 11,1 % юношей и 12,8 % девушек обращались к стоматологу лишь после появления острой боли. Треть студентов отметили наличие у них каких-либо проблем с зубами в настоящий момент (33,8 % юношей и 34,8 % девушек). В семьях лишь 76,7 % юношей и 75,3 % девушек уделяется внимание профилактике стоматологических заболеваний.

Студенты оценили состояние своего здоровья в текущий период, на основе чего все респонденты были разделены на четыре группы. Студенты, описавшие состояние своего здоровья как плохое и очень плохое, были отнесены к группе 1 (2,6 % юношей и 1,9 % девушек), как среднее – к группе 2 (25,5 и 29,2 % соответственно), как хорошее – к группе 3 (57,9 % и 59,4 %). Очень хорошим посчитали состояние своего здоровья 13,9 % юношей и 9,0 % девушек (группа 4). Оценки студентами состояния своего здоровья согласуются с их мироощущением: среди студентов группы 4 доля лиц, чувствующих себя счастливыми, и доля лиц, полностью удовлетворённых жизнью, наибольшие (52,8 % среди юношей и 71,3 % среди девушек и 52,8 и 59,2 % соответственно). Среди студентов группы 1 таких респондентов меньше (20,0 % и 12,9 %; 10,0 и 0,0 % соответственно).

Проблема сохранения здоровья студентами разных групп воспринимается по-разному, и в этом вопросе закономерность не линейная (табл. 1). Было установлено, что в группах 1 и 4 несколько больше доля лиц, беспечно относящихся к вопросам сохранения здоровья (занимающихся самолечением при появлении зубной боли и считающих, что до 40 лет о здоровье можно не заботиться). В отношении поведения, нацеленного на сохранение здоровья, прослеживается градиент активности жизненной позиции: от группы 1 к группе 4 увеличивается доля студентов, которые считают, что человек может сам многое сделать, чтобы предотвратить болезнь, и которые регулярно обращаются к стоматологу для профилактики заболеваний.

Не найдено выраженной зависимости знания мер профилактики стоматологических заболеваний от мироощущения и состояния здоровья студентов, что отражает низкий уровень медицинской грамотности населения. Отсутствие прямой корреляции активности жизненной позиции с уровнем знаний и предпринимаемых усилий в плане сохранения здоровья среди студентов свидетельствует о том, что категория здоровья остаётся для студентов абстрактной ценностью.

Среднее число обращений к стоматологу за последние три года составило 3,1 для юношей и 3,4 для девушек. Из посещавших стоматолога респондентов доля лиц, обратившихся по причине острой боли, наибольшая среди группы 2 (15,4 % и 17,1 %). Среди юношей в группе 1 не было обращений по острой боли, а среди девушек в группе 1 доля таких обращений больше, чем в группе 4 (11,1 % против 9,0 %). Среди девушек прослеживается закономерность снижения доли профилактических обращений по мере снижения активности жизненной позиции, среди юношей такой закономерности не выявлено.

По мере снижения позитивности мироощущения среди студентов растёт доля лиц, обращающихся за медицинской помощью лишь при наличии достаточных материальных средств, а также снижается доля лиц, обращающихся за медицинской помощью в ближайший свободный период после появления первых признаков стоматологических заболеваний. Результаты показывают, что медицинская активность связана с психологическими особенностями студентов: чем более позитивно мировоззрение, тем в большей степени поведение студентов направлено на сохранение здоровья.

Среди респондентов, в семьях которых обращают внимание на профилактику стоматологических заболеваний, доля студентов, обращающихся к стоматологам с острой болью, парадоксальным образом выше, чем среди респондентов, в семьях которых внимания на профилактику не обращают. Но при этом существенно выше доля лиц, обращающихся к стоматологам с целью профилактики. Можно

сделать заключение, что обращение на поздних стадиях заболевания связано с поведенческими особенностями студентов.

Таблица 1

Доля респондентов в выделенных группах, согласившихся с утверждениями, касающимися сохранения здоровья (%)

Показатели	Группы респондентов			
	Группа 4	Группа 3	Группа 2	Группа 1
<i>Доля лиц с хорошей коммуникабельностью</i>				
Юноши	84,9	72,7	42,3	0,0
Девушки	91,1	77,3	52,1	38,7
<i>Доля лиц, чувствующих себя счастливыми</i>				
Юноши	52,8	29,1	9,3	20,0
Девушки	71,3	38,0	13,7	12,9
<i>Доля лиц, занимающихся самолечением при появлении зубной боли</i>				
Юноши	9,4	2,3	2,2	20,0
Девушки	0,6	0,7	1,5	10,0
<i>Доля лиц, не обращающих внимание на стоматологическое здоровье</i>				
Юноши	17,0	9,8	16,1	0,0
Девушки	6,4	6,3	7,4	6,7
<i>Доля лиц, регулярно (2 раза в год) для профилактики обращающихся к стоматологу</i>				
Юноши	28,3	25,2	18,3	10,0
Девушки	39,5	31,5	23,2	23,3
<i>Считают, что до 40 лет о здоровье можно не беспокоиться</i>				
Юноши	13,2	1,8	6,2	10,0
Девушки	3,8	1,5	1,5	0,0
<i>Считают, что заботиться о здоровье могут только обеспеченные люди</i>				
Юноши	11,3	9,1	13,4	10,0
Девушки	7,6	8,2	13,3	12,9
<i>Считают, что человек сам может многое сделать для предотвращения болезни</i>				
Юноши	98,1	93,2	89,7	70,0
Девушки	93,0	92,5	86,9	90,3
<i>Считают, что здоровые зубы - символ эстетики и благополучия</i>				
Юноши	60,4	52,7	46,4	30,0
Девушки	65,6	57,6	55,8	61,3

Приверженность профилактике стоматологических заболеваний воспитывается в родительских семьях. Превентивное обращение к врачу по поводу профилактики более связано с благополучием семьи: чем выше доход в родительской семье, тем чаще студенты своевременно обращаются к стоматологу. Одновременно, чем выше доход в родительской семье, тем чаще в семье обращали внимание на профилактику.

В семьях с достаточными для проживания доходами существенное влияние на частоту прохождения студентами профилактических осмотров оказывает трудовая деятельность отца. Среди студентов, чей отец является руководителем среднего звена, доля лиц, обращавшихся в течение трёх лет к стоматологам с зубной болью, наименьшая (7,5 %), а доля лиц, обращавшихся по поводу стоматологических осмотров, – наибольшая (71,9 %). Среди студентов, чей отец является инвалидом, доля лиц, обращавшихся к врачу с зубной болью, одна из самых больших (13,3 %), а доля лиц, обращавшихся по поводу стоматологических осмотров, – одна из самых маленьких (50,0 %).

Для трудовой деятельности матери чёткой зависимости не прослеживается. Однако образование матери существенно определяет активность поведения студентов в плане сохранения здоровья. Среди студентов, чья мать является кандидатом или доктором наук, доля лиц, обращавшихся к врачу с зубной болью, наименьшая (9,9 %), а доля лиц, обращавшихся для стоматологических осмотров, – наибольшая (69,1 %). Однако внимание на профилактику стоматологических заболеваний наиболее часто обращали в семьях студентов, где матери имеют высшее образование, но не имеют учёной степени (77,9 против 74,1 %). Среди студентов, чья мать окончила общеобразовательную школу и не получила дополнительного образования, доля лиц, обращавшихся к врачу с зубной болью, наибольшая (36,1 %), а доля лиц, обращавшихся для стоматологических осмотров, – наименьшая (50,0 %). В семьях таких студентов внимание на профилактику обращали реже всего (58,3 %).

Следовательно, статусность трудовой деятельности отца и уровень образования матери существенным образом формируют отношение молодых людей к своему здоровью.

Заключение. Результаты исследования показывают, что среди высокоинтеллектуальной успешной молодёжи самосохранительное поведение различается существенным образом. Отношение студентов к сохранению здоровья определяется мировоззренческой структурой: чем более позитивно мировоззрение, тем в большей степени поведение студентов направлено на сохранение здоровья. Приверженность профилактике заболеваний существенным образом определяется статусностью и самостоятельностью трудовой деятельности отца и уровнем образования матери.

Библиографический список

1. Демина Л. Д., Ральникова И. А. Психическое здоровье и защитные механизмы личности. – Изд-во Алтайск. гос. ун-та. – 2000. – 123 с.
2. Ивахненко Г. А. Здоровье московских студентов: анализ самосохранительного поведения // Социологические исследования. – 2006. – № 5. – С. 78–81.

3. Козина Г. Ю. Здоровье в ценностном мире студентов // Социологические исследования. – 2007. – № 9. – С. 147–149.
4. Максимова Т. М., Белов В. Б., Роговина А. Г. Некоторые особенности образа жизни в группах лиц с различными ценностными ориентациями // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2004. – № 3. – С. 8–11.
5. Clark J., Kim B., Poulton R., Milne B. The Role of Low Expectations in Health and Education Investment and Hazardous Consumption // Canadian Journal of Economics. – 2006. – Vol. 39. – № 4. – P. 1151–1172.

СЕРОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ГЕПАТИТА С У ЛИЦ С ХРОНИЧЕСКОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Л. К. Беньковская

**Государственное управление делами, Государственное
научное учреждение «Научно-практический центр
профилактической и клинической медицины»,
г. Киев, Украина**

Summary. The patients with non-infectious chronic diseases were examined for serologic markers of HCV-infection. The high prevalence of anti-HCV among patients and high proportion of false-positive screening results were shown. The most frequent serological profile of true positive serologic diagnostics results was anti-HCV for core and NS3 proteins. It is necessary to include the HCV-screening into examination algorithm for patients with chronic non-infectious pathology.

Key words: hepatitis C; chronic non-infectious disease; specific diagnostics; false-positive reactions.

Гепатит С (ГС) относится к числу важнейших проблем современной медицины и практического здравоохранения всех стран мира. Вирусом гепатита С (HCV), по оценкам, инфицировано около 3 % населения земного шара, и фактически речь идёт о пандемии, которая по масштабу и количеству инфицированных лиц в глобальном масштабе в 5 раз превышает распространение ВИЧ-инфекции. Ежегодно 3–4 млн человек заражаются HCV и более 350000 умирают от поражений печени, этиологически обусловленных этим вирусом [6; 8; 11].

Характерной особенностью ГС является длительный период (5–10–20 лет) между острым гепатитом, который в большинстве случаев протекает с минимальной симптоматикой, и развитием клинически выраженного хронического гепатита. Желтуха и другие клинические проявления инфекции отмечаются примерно у 20 % больных, тогда как у 50–85 % инфицированных HCV лиц развивается хронический гепатит С (ХГС), который и является основной клинической формой этой болезни. Течение ХГС, как правило, тоже отличается стёртой симптоматикой или её отсутствием на протяжении длительного времени, однако у 7–86 % инфицированных лиц

наблюдается стойкая вирусемия [10], и у 20–30 % пациентов с ХГС на протяжении 20 лет может развиваться цирроз печени (ЦП), из них у 4 % – гепатоцеллюлярная карцинома. Многие из инфицированных лиц не осведомлены о своей болезни, остаются без внимания специалистов, являются основными источниками возбудителя инфекции для окружающих восприимчивых людей и через несколько лет пополнят ряды больных с тяжёлыми хроническими поражениями печени.

Несмотря на то, что с момента обнаружения HCV прошла почти четверть века, многие вопросы, связанные с клинико-эпидемиологическими особенностями ГС, до сих пор в полной мере не раскрыты. И одним из важнейших среди вопросов остаётся своевременное выявление инфекции, назначение в случае необходимости специфической терапии и контроль её эффективности. Совершенно очевидно, что ключевым моментом в решении этого вопроса является эффективная и точная специфическая диагностика – выявление специфических маркеров инфицирования с помощью серологических и молекулярно-биологических методов исследования.

Вирус ГС относится к семейству *Flaviviridae*, отдельному роду *Hepacivirus*, и это первый вирус, который в 1989 г. был идентифицирован путём молекулярного клонирования без использования прямых биологических или биофизических методов при относительном отсутствии сведений о природе этого инфекционного агента. В геноме вируса закодировано 3 структурных (нуклеокапсидный белок *C – core* и 2 гликопротеина внешней оболочки – *E1, E2*) и 5 неструктурных белков с ферментативной активностью (*NS1, NS2, NS3, NS4, NS5*). Наиболее консервативными являются *core*-белок и *NS5*, гипервариабельными – белки оболочки *E1, E2* и *NS1*, которые обеспечивают высокую степень изменчивости вируса [9]. Несмотря на то, что гуморальный иммунный ответ при ГС выражен слабо, к каждому из иммунодоминантных белков вырабатываются специфические антитела (анти-HCV), по присутствию которых в периферической крови и определяют серопозитивность в отношении HCV. Среди методов серологической диагностики наибольшее применение нашёл иммуноферментный анализ (ИФА). Как скрининговый тест используют определение суммарных анти-HCV (или антител, относящихся к классу IgG), а в качестве подтверждающего теста – выявление антител к отдельным белкам возбудителя (*core, NS3, NS4, NS5*) [4; 5]. В настоящее время для серологической диагностики ГС используются коммерческие тест-системы ИФА 3-го поколения, обладающие высокими показателями чувствительности и специфичности, однако при выявлении анти-HCV не исключена возможность получения ложных результатов исследования (как ложноотрицательных, так и ложноположительных), что обусловлено целым рядом факторов. В контексте данной работы мы фокусировались на ложноположи-

тельных результатах серологической диагностики, главным фактором возникновения которых считают неспецифическое связывание иммуноглобулинов сыворотки крови с компонентами иммуносорбента тест-систем ИФА. Такое неспецифическое связывание может наблюдаться при обследовании лиц с повышенным уровнем иммуноглобулинов сыворотки крови (при ревматизме, злокачественных новообразованиях), у лиц с аутоиммунными заболеваниями, патологией соединительной ткани, при некоторых инфекционных болезнях, при беременности и т. д. [5]. Особое значение проблема ложноположительных результатов ИФА приобретает при обследовании лиц, не относящихся к «видимым» группам риска, страдающих какими-либо хроническими неинфекционными заболеваниями, которые, в свою очередь, могут быть внепеченочными проявлениями ХГС, которые, по данным литературы, наблюдаются у 32–74 % таких больных [1; 6; 7].

Исходя из изложенного, **цель работы** заключалась в определении частоты обнаружения серологических маркеров HCV-инфекции у лиц, обследованных в амбулаторно-поликлиническом отделении по причине различной соматической патологии, и в оценке частоты ложноположительных результатов тестирования на анти-HCV.

Материал и методы

Проведено исследование на маркеры инфицирования HCV 1328 образцов сывороток крови пациентов, проходивших диспансерное обследование по клиническим и / или лабораторным показателям. В образцах сывороток крови определяли анти-HCV (суммарные). Для подтверждения первично положительных результатов скрининга проводили исследование на спектр антител к отдельным белкам возбудителя – *core*, *NS3*, *NS4*, *NS5*. Суммарные антитела определяли с помощью тест-систем «DIA-HCV» и «ИФА-АНТИ-HCV», к отдельным специфическим белкам – «DIA-HCV-different» и «ИФА-АНТИ-HCV-СПЕКТР» производства АОЗТ НПК «Диапроф-Мед» (Украина) и НПО «Диагностические системы» (РФ) соответственно. Критерием позитивности при подтверждении была реакция не менее чем с 2-мя специфическими белками.

Результаты и их обсуждение

При обследовании 1328 диспансерных пациентов в результате первичного скрининга было выявлено 104 положительных результата ИФА – $(7,8 \pm 0,8) \%$. При проведении подтверждающих исследований было установлено, что из 104 первично реактивных сывороток 81 (77,9 %) была действительно положительной, в то время как 23 (22,1 %) оказались ложноположительными (ЛПС). Таким образом, истинная доля инфицированных HCV лиц среди обследованных составила $(6,1 \pm 0,7) \%$.

Частота, с которой антитела сывороток крови реагировали со специфическими белками HCV, была неодинаковой. Так, из 81 действительно положительных сывороток 45 (43,3 %) взаимодействовали со всеми специфическими белками (*core*, *NS3*, *NS4*, *NS5*), с белками *core* и *NS3* – все сыворотки (100 %); 7 образцов (6,7 %) имели положительный результат с белками *NS4* и *NS5*. Наибольший процент отрицательных результатов приходился на белок *NS5* – 57 (54,8 %) истинно положительных образцов сывороток крови не реагировали с этим белком в подтверждающем тесте. Полученный серологический профиль может свидетельствовать в пользу ХГС. Анализ взаимодействия ЛПС с отдельными белками HCV показал, что 4 (17,4 %) образца сыворотки крови положительно реагировали с белком *core*, 3 (13,0 %) – с белком *NS4* и 1 (4,3 %) – с белком *NS3*; ни одна из 23 ЛПС (100 %) не реагировала в ИФА с *NS5*.

В дальнейшем 30 пациентов с истинно положительными результатами обнаружения анти-HCV обследовались с помощью молекулярно-биологических методов на наличие РНК HCV и определение генотипа возбудителя, и у 23 из них при тестировании методом ПЦР была обнаружена вирусная РНК (76,7 %); чаще определялся генотип 1b (66,7 %), у 2 лиц – генотип 2, у 1 пациента – 3а.

Учитывая, что в настоящее время ГС рассматривают как системную, полиорганную патологию, и с HCV-инфекцией связывают значительный список как соматических патологических процессов, так и внепеченочных проявлений [1; 2], мы провели анализ амбулаторно-поликлинических карт обследованных больных с целью выяснения наиболее общих диагнозов, результатов клинико-лабораторных исследований и т. д. Основными диагнозами больных, по поводу которых они наблюдались в амбулаторно-поликлиническом отделении, были хронический холецистит, хронический гепатит, панкреатит, гастродуоденит, патология щитовидной железы (узловой зоб, гиперплазия, аутоиммунный тиреоидит). На протяжении диспансерного наблюдения все они от 2 до 5 раз приходили на обследование в поликлинику, в том числе с проведением биохимического анализа крови. У $(27,9 \pm 5,6)$ % пациентов по крайней мере во время одного обследования были повышены показатели содержания общего билирубина, у $(52,3 \pm 5,4)$ % – повышена активность АлАТ, у $(48,8 \pm 5,4)$ % – АсАТ, у $(34,9 \pm 5,1)$ % – ГГТП. У 11 больных с отклонениями в показателях активности АлАТ и АсАТ коэффициент де Ритиса постоянно превышал 1,0, что рассценивается как неблагоприятный признак, свидетельствующий о прогрессировании хронического воспалительного процесса в печени и указывает на возможность формирования ЦП [3]. У 19 лиц с серологическими признаками HCV-инфекции без отклонений в активности «печеночных» ферментов величина соотношения АсАТ/АлАТ также превышала 1,0. Следует обратить внимание, что лишь у 4 из

пациентов с серологическими признаками HCV-инфекции в амбулаторных картах наряду с основной хронической патологией указывался ХГС, для остальных же обследованных обнаружение серологических, а впоследствии и молекулярно-биологических маркеров инфицирования оказалось неприятной неожиданностью.

Выводы

1. При обследовании пациентов с хронической неинфекционной патологией различных органов и систем на наличие анти-HCV выявляется значительная пропорция лиц с положительными результатами серологического обследования – 6,1 %. При этом после проведения первичного скринингового обследования регистрируется значительное число ложноположительных результатов ИФА – 22,1 %.

2. Определение антител к отдельным белкам ВГС является необходимой составляющей специфической диагностики ГС методом ИФА как в плане подтверждения первично реактивных результатов тестирования, так и с позиции ориентировочной постановки клинического диагноза и прогнозирования течения болезни.

3. Наиболее информативными в подтверждении результатов скрининга пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением при различных патологических состояниях, являются антитела к поверхностным белкам ВГС, в частности.

4. Пациентов, которые находятся под диспансерным наблюдением по поводу хронической соматической патологии, которая может ассоциироваться с печеночными или внепеченочными проявлениями ХГС, необходимо обследовать на специфические маркеры HCV с целью своевременного выявления инфекционного процесса, назначения адекватной терапии, предупреждения прогрессирования хронического поражения печени. В алгоритм обследования пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями органов желудочно-кишечного тракта и патологией щитовидной железы, помимо обнаружения специфических маркеров инфицирования HCV, целесообразно включать определение в сыворотке крови активности печеночных ферментов, как минимум, раз в год.

Библиографический список

1. Внепеченочные проявления хронической HCV-инфекции / Т. М. Игнатова, З. Г. Апросина, В. В. Серов [и др.] // Рос. мед. журн. – 2001. – № 2. – С. 13–18.
2. Громашевская Л. Л. Вирусные гепатиты как полигранная, системная патология // Вирусные гепатиты с парентеральным механизмом передачи возбудителей и их исходы. – Киев, 2001. – С. 97–101.
3. Громашевська Л. Л. Діагностика хронічного гепатиту С: біохімічні дослідження // Лаб діагностика. – 2003. – № 4. – С. 9–13.
4. Маяский А. Н., Обрядина А. П., Уланова Т. И. и др. Диагностика гепатита С. Информационные материалы. – Нижний Новгород, 2006. – 46 с.

5. Михайлов М. И. Лабораторная диагностика гепатита С (серологические маркеры и методы их выявления). Вирусные гепатиты: достижения и перспективы. – 2001. – № 2. – С. 8–18.
6. Серов В. В., Апросина З. Г., Крель П. Е., Игнатова Т. М., Секамова С. М., Танащук Е. Л., Бушуева Н. В., Ильянова А. А., Дроздова А. С. Хронический вирусный гепатит – одна из наиболее важных проблем современной медицины // Архив патологии. – 2004. – № 6 (66). – С. 6–11.
7. Extrahepatic manifestation in hepatitis C virus infection / D. Olteanu, M. Argesanu, L. Radu [et al.] // Rom. J. Intern Med. – 2004. – Vol. 42. – № 1. – P. 69–81.
8. Grammaticos A. P. Hepatitis C virus infection // Scr. sci. med. – 2005. – Vol. 37. – P. 25–32.
9. Houghton M., Weiner A., Han J., Kuo G., Choo Q. L. Molecular biology of the hepatitis C viruses: implications for diagnosis, development and control of viral disease // Hepatology. – 1991. – № 2 (14). – P. 381–388.
10. Lauer G. M., Walker D. B. Hepatitis C Virus Infection // N. Engl. J. Med. – 2001. – Vol. 345. – P. 41–52.
11. WHO, Factsheet No 164, July 2012. URL: <http://goo.gl/5m3sY>

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

ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХИЧЕСКОЙ РЕАЛЬНОСТИ

О. А. Плотникова

Северо-Кавказский федеральный университет,
филиал в г. Пятигорске, Ставропольский край, Россия

Summary. In this work possibility of psychoanalytic approach in research of mental reality is considered. Value of intersubjectiv approach and modern psychoanalytic theories for knowledge of deep phenomena of mentality is emphasized. The author specifies that psychoanalysis can be used for the help not only to neurotic patients, but also people with heavy violations of mentality.

Key words: psychoanalysis; intersubjection; empathy; introspection.

Актуально ли изучение психической реальности сегодня? Прежде всего, это становится необходимым для облегчения душевных страданий человека и обогащения смысла его бытия в условиях стремительно меняющегося мира. За последние годы в России количество людей, страдающих от психических расстройств и депрессий, резко возросло [2]. Тем не менее вопрос, поставленный ещё Кохутом [3], и его ответ в отношении использования психоаналитических техник для решения проблем в обозначенной сфере заслуживают большего внимания. Сегодня в России всё ещё остаётся недооценённым вклад психоанализа в общественное здоровье, как в научных кругах, так и в работе специалистов сервиса психического здоровья и медицинской практике. К тому же психоаналитическое поле может выступать тем пространством, которое способно объединять специалистов, занимающихся проблемами психического здоровья населения.

В связи с возможностью глубокого познания психической реальности психоаналитические теории оказываются весьма полезными и эффективными в оказании помощи страдающему человеку. Аналитическое мировоззрение обеспечивает исследователя разнообразными предположениями, которые могут быть проверены в процессе изучения психических механизмов конкретной личности. Понимание механизмов работы психики, создающих реальное взаимодействие между людьми, предоставляет шанс человеку стать автором своей судьбы, творчески раскрывать свои возможности, создавать устойчивые социальные связи.

Основой психоаналитического познания является фундаментальное философское учение о существовании объективной реаль-

ности, переживание которой образует субъективность человека. Субъективная реальность, являясь частью объективной реальности, может быть исследована в процессе её активного проявления, например, в контакте с другим человеком. С этой точки зрения полезным становится интересубъективный подход. Составляющими психической реальности являются интересубъективная система в результате взаимодействия двух людей, а также субъективная реальность исследуемого и субъективная реальность аналитика.

Главными принципами в изучении психической реальности являются интроспекция и эмпатия [4]. Расширение границ исследования становится возможным только через повышение уровня эмпатического понимания человека специалистом. Благодаря этому исследователь (психоаналитик, психотерапевт, а по сути – философ) обогащает интересубъективный диалог. Интересубъективная реальность обнаруживается и находит своё отражение в сознании и речи [7].

Бесперывное эмпатическое исследование формирует условие для создания интересубъективной системы, в ней становятся возможными изучение опыта человека и поиск смысла бытия. Поиск истины в психоаналитическом пространстве можно представить как обнаружение смысла взаимодействия двух людей в условиях интересубъективной системы, которую они же и формируют.

Современные психоаналитические школы рассматривают целую систему детерминирующих развитие личности факторов. Помимо теории влечений [5, с. 301–312], заняли своё почётное место объектные отношения [8] и теория привязанности [1], развитие самости [6] и интересубъективность личности, а также и другие теории. Наряду с пониманием эдипального конфликта [9] рассматривается дефицитарность психической жизни и возможность справляться с этим. Изучение объектных отношений на ранних этапах жизни сегодня позволяет обнаружить незрелость психических структур и отклонения в развитии с самых первых этапов жизни человека. Познание же глубинных аспектов психического развития, таких как параноидно-шизоидная и депрессивная стадии, изучение нарциссических расстройств и детерминант формирования психотической структуры личности позволяют использовать психоанализ для помощи не только невротическим пациентам, но и людям с тяжёлыми нарушениями.

Таким образом, исследовать психическую жизнь *возможно* с позиции психоаналитического подхода, разворачивая мышление человека в сторону познания себя как субъекта, способного к рефлексии, самоопределению и творческому раскрытию собственных ресурсов в своей жизни.

Библиографический список

1. Боулби и Эйнсуорт о человеческой привязанности // Журнал практической психологии. – 2002. – № 1. (Глава из книги Крэйн Уильям «Теории развития. Секреты формирования личности», изд-во: ОЛМА-ПРЕСС, ЕВРОЗНАК, 2002 г.) // Научно-практический портал электронных публикаций. URL: <http://psyjournal.ru/psyjournal/articles/> (дата обращения: 12.03.13).
2. Условия жизни в России способствуют развитию душевных расстройств // Медиа. Электронное периодическое издание «Ведомости» (Vedomosti). 2012. URL:http://www.vedomosti.ru/opinion/news/4831031/velikaya_depressiya?full#cut (дата обращения: 12.04.13).
3. Кохут Х. Стоит ли нам и сегодня изучать психическую жизнь человека? // Психоанализ в Берлине : сб. науч. ст. по истории, теории и практике психоанализа, посвящённый празднованию 50-летия Берлинского психоаналитического института (Karl-Abraham-Institut), Verlag Anton Hain, Meisenheim am Glan (ФРГ), 1971. – С. 79–96. – 2001 Николаев Виктор И. и Бугаёва Людмила Ф. All rights reserved. Revised: января 17, 2007 г. URL: <http://psychoanalyse.narod.ru/psychoan/kohut.htm> (дата обращения: 23.02.13).
4. Кохут Хайнц. Анализ самости URL - Библиотека «Куб». URL: http://www.koob.ru/kohut/analiz_samosti и <http://www.klex.ru/717> (дата обращения: 12.03.13).
5. Кинодо Ж.-М. Читая Фрейда. Изучение трудов Фрейда в хронологической перспективе / пер с фр. – М. : Когито-Центр, 2012. – 416 с.
6. Кохут Х. Восстановление самости / пер. с англ. INTERNATIONAL UNIVERSITIES PRESS, INC. Madison Connecticut. – М. : Когито-Центр, 2002. – 189 с. – (Серия «Современная психотерапия»).
7. Лакан Ж. Инстанция буквы, или судьба разума после Фрейда / пер. с фр. А. К Черноглазова, М. А. Титовой (Значение фаллоса). – М. : Русское феноменологическое общество, Логос, 1997. – 184 с. – URL: <http://elenakosilova.narod.ru/studia/lacan/lettre.htm> (дата обращения: 12.04.2013).
8. Мелани Кляйн. К вопросу о психогенезе маниакально-депрессивных состояний / пер. Е. Лapidус по изданию: Klein M. Contributions to Psycho-Analysis (1921–1945). – L. : Hogarth Press, The Institute of Psycho-Analysis, 1948. – P. 68–86. Науч. ред. С. Ф. Сироткина. URL: psyinst.ru/Библиотека?id=1014&part=article (дата обращения 12.03.13).
9. Фрейд З. Основные психологические теории в психоанализе / пер. М. В. Вульф, А. А. Спектор. – М. : АСТ, 2006. – 400 с.

КОГНИТИВНОЕ БЕССОЗНАТЕЛЬНОЕ: ИСТОРИЯ ОДНОГО ТЕРМИНА

А. С. Карбалевич

Белорусский государственный педагогический
университет им. Максима Танка, г. Минск, Беларусь

Summary. The article represents some facts about the origin of the term “cognitive unconscious”. Traditionally the concept “unconscious” is associated with the name of Z. Freud. But as time goes by emotional unconscious of psychoanalysis has transformed into cognitive unconscious of cognitive psychology and neuroscience.

Key words: consciousness; cognitive unconscious; implicit memory; implicit perception; implicit learning; priming effect; automaticity.

В настоящее время накоплено множество научных фактов, подтверждающих наличие ряда психических процессов, протекающих без осознания. Дж. Килстром объединяет их общим термином «когнитивное бессознательное» и определяет как «комплекс психических структур и процессов, который влияет на переживания, мышление и поведение, но недоступен для феноменального осознания» [4]. Хотя саморефлексия является одной из ведущих отличительных характеристик человека и её изучение занимает значимое место в системе научных поисков, бессознательные процессы играют не менее важную роль в понимании структуры и функционирования психики. Это накладывает свой отпечаток и на обоснование подходов к разработке психокоррекционных и психотерапевтических техник.

Данные, полученные в социальной психологии, когнитивной психологии и нейропсихологии, несмотря на различные методологические подходы, приводят учёных к одному выводу: большая часть психических процессов происходит без осознания [3]. Кроме процессов памяти и восприятия, на бессознательном уровне происходит научение, неосознаваемые стереотипы влияют на социальные суждения, а имплицитные цели направляют поведение субъекта наряду с эксплицитными.

Несмотря на многочисленные экспериментальные данные, подтверждающие неоднородность структуры сознания, вопрос использования термина «бессознательное» является дискуссионным. Однако экскурс в историю научного знания приводит к выводу о том, что бессознательные психические процессы интересовали исследователей ещё до широко известных во всем мире работ З. Фрейда. В 19 веке Ж. М. Шарко и Б. Сидис исследовали такие явления, как внушение и гипноз, а ученик Шарко П. Жане занимался изучением автоматизмов. Примерно в тот же период независимо друг от друга А. Бине и Г. Фехнером были проведены эксперименты, касающиеся подпорогового восприятия [1].

Хотя чаще термин «бессознательное» связывают всё же с работами З. Фрейда. Отношение к данному феномену, описанному в русле психоаналитического подхода, неоднозначно. Скепсис, выражаемый многими исследователями, объясняется сложностью поиска экспериментальных данных, способных подтвердить существование феноменов, называемых З. Фрейдом «бессознательным». Позже многие исследователи неоднократно пытались возвратиться к теме бессознательного. А. Гринвальд в своей работе «Новый взгляд – 3: возрождение бессознательного познания» описывает три исследовательские программы, направленные на реабилитацию термина «бессознательное» в психологической науке. Первая из них появилась в 1950-е годы и связана с такими именами, как Дж. Брунер и Л. Постман. Программа, условно названная «Новый взгляд – 1», предусматривала изучение процесса восприятия и его связи с защитными механизмами. Вторая программа – «Новый взгляд – 2» возникла в 1970–1980-х годах благодаря М. Эрдели, сделавшему смелую попытку объединения психоаналитического и когнитивного направлений в изучении бессознательного. По некоторым данным, именно в этот период появляется термин «когнитивное бессознательное» в одной из работ Поля Розина. А. Гринвальд также пишет о программе «Новый взгляд – 3», появившейся в 1990-е. Эта программа практически уходит от бессознательного в той трактовке, в которой оно было представлено в психоанализе, и обращается к коннекционистским моделям мышления [2]. Таким образом, несмотря на недостаточность эмпирических данных, подтверждающих научный статус модели З. Фрейда, идея существования бессознательных умственных процессов, влияющих на суждения и поведение субъекта, нашла своё продолжение в когнитивной психологии [5].

Сегодня термин «когнитивное бессознательное» обобщает такие феномены, как имплицитное научение (А. Ребер, Д. Бродбент, Д. Берри, Х. Левицки), имплицитная память (С. Блэкфорд, Л. Якоби, М. Ллойд, Л. Ньюкомб), подпороговое восприятие (А. Марсел, Р. Зайонц, П. Мерикл, Е. Рейнгольд), прайминг-эффекты (М. В. Юдина, К. Бок, Дж. Боднер, М. Массон), автоматичность (Дж. Бар, Д. Вегнер, Дж. Логан) и др. Но, несмотря на огромное количество эмпирических данных, единого подхода к дифференциации сознательного и бессознательного компонентов психики пока не найдено, так же как и чётких методологических оснований данного деления.

Библиографический список

1. Augusto L. M. Unconscious knowledge: A survey // *Advances in Cognitive Psychology*. – 2010. – № 6. – P. 116–141.
2. Greenwald A. G. New Look 3: Unconscious cognition reclaimed // *American Psychologist*. – 1992. – № 47. – P. 766–779.

3. Hassin R., Uleman J., Bargh J. The new unconscious. – New York : Oxford University Press, 2005.
4. Kihlstrom J. F., Barnhardt T. M., Tattryn D. J. The psychological unconscious: Found, lost, and regained // American Psychologist. – 1992. – № 47. – P. 788–791.
5. Westen D. The scientific status of unconscious processes: Is Freud really dead? // Journal of the American Psychoanalytic Association. – 1999. – № 47. – P. 1061–1106.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЛИЧНОСТИ

А. В. Белозерская, Е. Н. Ананко
Армавирский институт социального образования
(филиал РГСУ), г. Армавир, Краснодарский край, Россия

Summary. Human health remains one of the most intriguing, complex and urgent issues. Psychological health is the optimal functioning of all mental structures needed for the current activity. Psychological health is not only spiritual, but also the personal health.

Key words: psychological health; psychological aspect; motivational sphere.

Здоровье человека относится к числу наиболее интригующих, сложных и не утрачивающих своей актуальности проблем. Понятие «здоровье» характеризуется многозначностью и неоднородностью состава. Несмотря на мнимую простоту его обыденного понимания, в нём отражаются фундаментальные аспекты биологического, социального, психического и духовного бытия человека в мире. Психологическое здоровье – оптимальное функционирование всех психических структур, необходимых для текущей жизнедеятельности. Психологическое здоровье – это не только душевное, но ещё и личностное здоровье. Оно связано с особенностями личности, интегрирующей все аспекты внутреннего мира человека и способы его внешних проявлений в единое целое.

Выделяют признаки, используемые психологами при описании психологического здоровья личности:

- 1) осознанность и осмысленность человеком самого себя, своего взаимодействия с миром;
- 2) способность участвовать в сотворчестве с другим человеком;
- 3) состояние устойчивости, стабильности, определённости в жизни;
- 4) социальный интерес или социальное чувство;
- 5) способность человека пребывать в полноценном, подлинном диалоге и организовывать его.

Психологическое здоровье является важной составляющей социального самочувствия человека и его жизненных сил и предполагает устойчивое, адаптивное функционирование человека на витальном, социальном и экзистенциальном уровнях жизнедеятель-

ности. Понятие «психическое здоровье индивида» широко используется в гуманистическом направлении психологии, в рамках которого была предложена новая концепция «позитивного психического здоровья». Так, видный представитель этого направления А. Маслоу отмечает, что патологические нарушения психического здоровья – неврозы и психозы – есть следствие ошибочного, неверного развития личности. Психически здоровые индивидуумы – это «люди зрелые, с высокой степенью самоактуализации», имеющие реальные жизненные достижения и развившие свои личностные возможности. По его мнению, показателями психического здоровья являются полнота, богатство развития личности, её потенциал и стремление к гуманистическим ценностям – наличие и развитие таких качеств, как принятие других, автономность, спонтанность, альтруизм, креативность. Психологическое здоровье не только наполняет человека субъективным ощущением благополучия, оно само по себе правильно, истинно и реально. Именно в этом смысле оно «лучше» болезни и «выше» её. Недостаток психологического здоровья не только угнетает человека, но его можно рассматривать как своеобразную форму слепоты, когнитивной патологии, равно как форму моральной и эмоциональной неполноценности. Нездоровье – это всегда ущербность, ослабление или утрата способности к деятельности и самоосуществлению.

Библиографический список

1. Дмитриева Н. Б. Психология здоровья личности. – Казань, 2010.
2. Маслоу А. Г. Мотивация и личность. – СПб. : Евразия, 1999.
3. Слободчиков В. И., Исаев Е. И. Психология развития человека. – М. : Школьная пресса, 2000.
4. Франкл В. Человек в поисках смысла. – М. : Прогресс, 1990.

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА

О. А. Татарина

**Свердловский областной медицинский колледж,
г. Алапаевск, Свердловская область, Россия**

Summary. In article principles of technologies which save up health are considered. Rules of the organization of lessons within the limits of the savings of health are resulted. As well as the basic criteria are considered.

Key words: technologies; organization of lessons; savings of health.

Одной из приоритетных задач, стоящих перед образовательным учреждением, является сохранение и укрепление здоровья студентов. Данное направление работы является предметом валеоло-

гии. «Валеологизация» образовательного процесса состоит из формирования здоровьесберегающих условий в образовательном учреждении [3].

Выделяют следующие учебные факторы риска, негативно влияющие на здоровье студентов: стрессовая педагогическая тактика; интенсификация учебного процесса; несоответствие методик и технологий обучения возрастным и функциональным возможностям учащихся; нерациональная организация учебной деятельности; низкая функциональная грамотность педагогов и родителей в вопросах охраны и укрепления здоровья [1].

Рациональная организация учебного процесса необходима для предотвращения перегрузок, перенапряжения и обеспечения условий успешного обучения студентов, сохранения их здоровья. Поэтому одной из основных задач Алапаевского филиала ГБОУ СПО «Свердловский областной медицинский колледж», связанных с проблемой здоровья, является организация комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья студентов, и контроль за эффективностью его реализации. Важными показателями рациональной организации учебно-воспитательного процесса, на наш взгляд, являются: организация уроков на основе принципов здоровьесбережения и использование на уроках здоровьесберегательных технологий.

От правильной организации урока, уровня его рациональности во многом зависит функциональное состояние студентов в процессе учебной деятельности, возможность длительно поддерживать умственную работоспособность на высоком уровне и предупреждать преждевременное наступление утомления. Нельзя забывать и о гигиенических условиях урока, которые влияют на состояние здоровье учащихся и преподавателя [2].

Правило 1. Правильная организация урока. Организация урока должна обязательно включать три этапа:

- 1) преподаватель сообщает информацию (одновременно стимулирует вопросы);
- 2) учащиеся формулируют и задают вопросы;
- 3) преподаватель и студенты отвечают на вопросы.

Результат урока – взаимный интерес, который подавляет утомление.

Правило 2. Использование различных каналов восприятия.

Правило 3. Учёт зоны работоспособности учащихся. Экспериментально доказано, что биоритмологический оптимум работоспособности у студентов имеет свои пики и спады как в течение учебного дня, так в разные дни учебной недели.

Правило 4. Распределение интенсивности умственной деятельности. Эффективность усвоения знаний студентами в течение

урока такова: 5–25-я минута – 80 %; 25–35-я минута – 60–40 %; 35–40-я минута – 10 %.

Практически все исследователи сходятся во мнении, что урок, организованный на основе принципов здоровьесбережения, не должен приводить к тому, чтобы учащиеся заканчивали обучение с сильными и выраженными формами утомления.

Таким образом, здоровьесберегающие технологии – это образовательные технологии, соответствующие основным **критериям:**

– *почему и для чего?* – однозначное и строгое определение целей обучения;

– *что?* – отбор и структура содержания;

– *как?* – оптимальная организация учебного процесса;

– *с помощью чего?* – методы, приёмы и средства обучения;

– *кто?* – реальный уровень квалификации преподавателя;

– *так ли это?* – объективные методы оценки результатов обучения [4].

Библиографический список

1. Карасева Т. В. Современные аспекты реализации здоровьесберегающих технологий // Нач. школа. – 2005. – № 11.
2. Концепция модернизации российского образования до 2010 года. – М., 2003.
3. Педагогическая валеограмотность / под ред. Т. А. Солдатовой. – Ростов н/Д, 1997. – С. 13.
4. Соловьева Н. И. Концепция здоровьесберегающей технологии в образовании // ЭКО. – 2004. – № 17

ОТ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ К ЗДОРОВЬЕФОРМИРУЮЩЕЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (В КОНТЕКСТЕ ОБНОВЛЁННЫХ СТАНДАРТОВ)

Л. А. Акимова

**Оренбургский государственный педагогический
университет, г. Оренбург, Россия**

Summary. The results of the content analysis of normative documents of general education, indicating a need for health preservation and health forming activities in general education institutions, pilot study of teachers readiness to implement it.

Key words: health, health preservation, health forming.

Воспитание подрастающего поколения как процесс целенаправленной подготовки школьников к успешной социализации – эффективному исполнению социальных ролей (гражданин, семьянин, работник) – осуществляется в рамках образовательной системы

государства, развитие которой определяется и нормируется, прежде всего, правовой основой функционирования, отражающей приоритетные аспекты и направления стратегии образовательной политики, обуславливающей концептуальные позиции, стратегические ориентиры в сфере образования.

Социокультурная ситуация российского общества актуализирует необходимость сохранения, укрепления и охраны здоровья, а также образования обучающихся в сфере здоровьесбережения и обеспечения безопасности жизнедеятельности, что отражается в нормативных и правовых документах, определяющих функционирование системы российского образования: Конституции Российской Федерации, Федеральном законе «Об образовании в Российской Федерации», Федеральных государственных образовательных стандартах и принимаемых в соответствии с ними других законах, нормативных правовых актах РФ, субъектов РФ в области образования.

Государственная образовательная политика основывается на принципе гуманистического характера образования, приоритете общечеловеческих ценностей, жизни и здоровья человека, свободного развития личности [12, ст. 3]. К компетенции и ответственности образовательного учреждения относятся жизнь и здоровье обучающихся, воспитанников и работников образовательного учреждения во время образовательного процесса. В статье 41. ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» обозначены требования к охране здоровья обучающихся, в т. ч. к пропаганде и обучению навыкам здорового образа жизни.

В законе «Об образовании» и стандартах первого поколения актуализация здоровьесбережения и обеспечения безопасности жизнедеятельности обучающихся носили стратегический и декларативный характер, работа образовательного учреждения по организации и обучению в обозначенном контексте зачастую была бессистемна.

Ситуация изменилась с введением ФГОС второго поколения, устанавливающего требования к здоровьесберегающей и здоровьеформирующей организации деятельности образовательного учреждения, которые можно идентифицировать как организационно-педагогические, отражающие не только стратегию (к чему стремиться), но и тактику деятельности (что при этом и как должно быть организовано) [9–11].

Методологическую основу Стандарта в совокупности составляют принципы и подходы лучших образцов российской школы [13], способствующие, наряду с достижением целей и задач общего образования, здоровьесберегающей, здоровьеформирующей и безопасной жизнедеятельности обучающихся:

- принципы фундаментальности и системности;

– культурологический подход (М. Н. Скаткин, И. Я. Лернер, В. В. Краевский), провозглашающий культуру в качестве основания содержания образования, как значимую форму социокультурного опыта;

– системно-деятельностный подход (Л. С. Выготский, А. Н. Леонтьев, Д. Б. Эльконин, П. Я. Гальперин, Л. В. Занков, В. В. Давыдов, А. Г. Асмолов, В. В. Рубцов), проявляющийся в требованиях к структуре учебной деятельности обучающихся, основных психологических условиях и механизмах усвоения социокультурного опыта, национальных ценностей.

На начальной ступени общего образования (помимо содержания образовательных предметов, ориентированных на формирование здоровьесберегающих компетенций и компетенций в области обеспечения безопасности жизнедеятельности, таких как, например, «Окружающий мир») обязательным требованием является разработка и реализация комплексной программы формирования культуры здорового и безопасного образа жизни (в редакции 2013 г. – формирования экологической культуры, здорового и безопасного образа жизни), обеспечивающей системный характер деятельности педагогических работников в обозначенном контексте, способствующей формированию у обучающихся личностных ориентиров, установок, знаний о нормах поведения, детерминирующих сохранение и укрепление здоровья в триединстве его составляющих – физического, психического, социального здоровья. В примерной ООП начального общего образования [2] провозглашается паритет здоровья как условия для познавательного и эмоционального развития ребёнка, достижения им планируемых результатов образования. В документе выделены направления деятельности образовательного учреждения, которые комплексно интегрируют всю профессиональную деятельность работников в организационном и педагогическом аспектах.

К организационным направлениям относятся: здоровьесберегающая инфраструктура образовательного учреждения, рациональная организация труда и отдыха, в большей части зависящих от руководства и непедагогического персонала, и организационно-педагогические направления – организация физкультурно-оздоровительной работы, реализация дополнительных образовательных программ, работа с родителями и педагогическими работниками по вопросам здоровьесбережения и безопасности жизнедеятельности [2], успешность деятельности в контексте которых зависит от учителей, их умения не только системно организовать здоровьесберегающую работу в урочное и внеурочное время, но и от здоровьесберегающей компетентности, обуславливающей качество педагогической тактики по достижению личностных, метапредметных

и предметных результатов обучающихся по воспитанию культуры здорового и безопасного образа жизни.

Требования к системной организации здоровьесберегающей и здоровьесформирующей деятельности носят непрерывный характер и охватывают все три ступени общего образования. Так, на ступенях основного и среднего (полного) общего образования обязательной является разработка и реализация программы воспитания и социализации обучающихся [3], направленной на духовно-нравственное развитие, формирование экологической культуры, культуры здорового и безопасного образа жизни школьников в контексте целевых приоритетов воспитания, социализации и профессиональной ориентации в аспектах:

– личностной культуры – осознание ценности человеческой жизни, развитие умений противостоять негативным действиям и влияниям, представляющим потенциальную опасность для жизнедеятельности, здоровья, духовной безопасности человека, исходя из возможностей; формирование культуры экологической направленности, а также здорового и безопасного образа жизни;

– семейной культуры – осознание значения семьи для стабильного и благополучного саморазвития; формирование нравственно-ценностной основы семейного бытия: любовь и забота, основанная на духовно-эмоциональной близости членов семьи, на продолжении рода, стремлении к семейному социально-психологическому благополучию;

– социальной культуры – развитие благожелательной и эмоциональной чуткости, сопереживания и соучастия, приобретение опыта оказания само- и взаимопомощи.

Система базовых национальных ценностей, лежащая в основе воспитания экологической культуры, культуры здорового и безопасного образа жизни, включает в себя: жизнь во всём её многообразии; экологическую грамотность, культуру, этику, ответственность, ресурсосбережение, обеспечивающие безопасность; здоровье в единстве его составляющих: физическое, психическое, социально-психологическое, физиологическое, репродуктивное, духовное; гармонию с природой, обеспечивающую устойчивое развитие общества.

Педагогический аспект здоровьесберегающей, здоровьесформирующей и безопасной организации образовательного процесса в школе, обозначенный в ФГОС и примерных ООП общего образования, предельно чётко и ясно детализирован в Системе гигиенических требований [4] к условиям реализации основной образовательной программы, содержащей требования к организации учебного процесса, включающей:

– нормативы образовательной нагрузки;

– требования к уроку, в т. ч. к проведению занятий по физической культуре (продолжительности, количеству видов учебной дея-

тельности, продолжительности использования технических средств обучения и компьютера на учебных занятиях, использованию инновационных образовательных программ и технологий, плотности, продолжительности различных видов деятельности);

– рациональную смену труда и отдыха, оздоровительные мероприятия (в том числе во внеурочное время).

Таким образом, контент-анализ нормативно-правовой основы общего образования позволяет говорить о достаточной представленности концептуальных основ (в стратегических и тактических целях, требованиях, результатах) в контексте воспитания культуры здорового и безопасного образа жизни обучающихся.

В этой связи очевидно, что субъектами реализации комплексной работы по здоровьесбережению, здоровьесформированию и безопасности жизнедеятельности являются члены всего коллектива ОУ: директор, заместители директора, педагоги, медицинские работники, психологи, методисты во взаимодействии с социальными институтами и родительской общественностью, а основным средством являются здоровьесберегающие технологии, обеспечивающие сохранение, укрепление и формирование здоровья обучающихся.

На сегодняшний день среди множества вариантов подходов к трактовке и классификации здоровьесберегающих технологий общепризнанной является классификация Н. К. Смирнова (Н. К. Смирнов, 2006) [5]. В её основе – разнообразные подходы к здоровьесбережению, детерминирующие сообразные им формы и методы деятельности.

1. Медико-гигиенические технологии (МГТ). Относятся к сектору здравоохранения, компетенции медицинских работников, осуществляющих контроль и помощь в обеспечении соответствия гигиенических условий осуществления учебно-воспитательного процесса требованиям СанПиНов.

2. Физкультурно-оздоровительные технологии (ФОТ). Применяются на занятиях физической культуры и в организации внеурочной деятельности образовательного учреждения. Их реализация благотворно влияет на физическое развитие обучающихся (таких качеств, как сила, выносливость, быстрота, гибкость и др.), способствует формированию ценностного отношения к своему физическому «Я».

3. Экологические здоровьесберегающие технологии (ЭЗТ). Это система мероприятий, комплексно направленных на обеспечение экологически и природосообразных условий жизнедеятельности, гармонизации взаимоотношений человека с природой. В образовательном учреждении – это озеленение территории и пространства здания (кабинетов, рекреаций), организация «живых» уголков, природоохранных мероприятий.

4. Технологии обеспечения безопасности жизнедеятельности (ТОБЖ). Реализацию обозначенных технологий обеспечивают работники архитектуры, строители, коммунальные, инженерно-технические работники, специалисты по гражданской обороне, МЧС, пожарной безопасности, охране труда и т. д., реализуя организационную составляющую здоровьесбережения, подлежащую обязательному контролю и включению в систему здоровьесберегающих технологий. Образовательный компонент, обеспечивающий воспитание культуры безопасности жизнедеятельности обучающихся, относится к компетенции педагогов по дисциплинам «Основы безопасности жизнедеятельности» в школе, «Безопасность жизнедеятельности» – в учреждениях СПО и ВПО.

5. Здоровьесберегающие образовательные технологии (ЗОТ). В свете приоритетов здоровьесформирующей образовательной политики они приобретают особое значение. Их принято подразделять на организационно-педагогические, психолого-педагогические и учебно-воспитательные.

Организационно-педагогические технологии (ОПТ) обеспечивают здоровьесберегающую структуру учебно-воспитательного процесса, реализующегося в соответствии с регламентом СанПиНов, направленных на минимизацию рисков образовательного пространства, предотвращение переутомления, оптимизацию двигательной активности.

Психолого-педагогические технологии (ППТ) связаны с педагогическим мастерством преподавателя, способного к организации продуктивного взаимодействия на занятии, комфортной психологической и эмоциональной атмосферы, созданию ситуации успеха для каждого обучающегося, воспитанию ценностного отношения к здоровью и безопасности через предметное содержание, психолого-педагогическое сопровождение и поддержку на всех этапах учебно-воспитательного процесса.

Учебно-воспитательные технологии (УВТ) осуществляются при реализации специально разработанных программ по воспитанию культуры здоровья и культуры безопасности обучающихся, мотивации к здоровому и безопасному образу жизни, по профилактике асоциального поведения и вредных привычек. Эти программы предусматривают деятельность всего педагогического коллектива на аудиторных занятиях и во внеурочное время во взаимодействии с социальными институтами и родительской общественностью.

В настоящее время всё чаще в образовательных учреждениях используются социально адаптирующие и личностно развивающие лечебно-оздоровительные технологии, традиционные для системы дополнительного образования.

Социально адаптирующие и личностно развивающие технологии (САЛРТ) – социально-психологические тренинги, сквозные про-

граммы коррекционной и семейной педагогики, направленные на поддержание (при необходимости – на коррекцию) психологического здоровья, оптимизацию ресурсов адаптации обучающихся с привлечением родителей и педагогических работников.

Лечебно-оздоровительные технологии (ЛОТ) относятся к медико-педагогическим воздействиям, обеспечивающим восстановление физического здоровья средствами лечебной педагогики и лечебной физкультуры.

При анализе требований обновлённых образовательных стандартов становится очевидно, что только системная и систематическая работа ОУ по реализации всех выделенных групп здоровьесберегающих технологий обеспечит не только сохранение, но и эффективность работы по воспитанию культуры здорового и безопасного образа жизни обучающихся, что в конечном счёте оптимизирует человекообразующий, жизнеобеспечивающий процесс. Здоровьесберегающие технологии в этих условиях способствуют развитию природных задатков обучающихся: интеллектуальных, духовно-нравственных и эстетических чувств, мотивации деятельности, овладению позитивным опытом общения, значительно содействуя достижению паритета здоровья и образованности [1; 6; 7].

Вместе с тем переход от декларации к практической реализации здоровьесберегающей и здоровьесформирующей работы в образовательных учреждениях крайне затруднителен. Свидетельством заявленного положения являются результаты пилотажного исследования по изучению готовности педагогов к здоровьесберегающей и здоровьесформирующей деятельности.

Респондентам – студентам (будущим педагогам), учителям и преподавателям – предлагалось ответить на вопросы специально разработанного опросника:

– продолжить предложение «здоровье – это...», «здоровьесберегающие технологии – это...», «здоровьесберегающая компетентность педагога – это...»;

– применяете ли Вы здоровьесберегающие технологии (если «да», то какие, если «нет» – то почему?);

– что, на Ваш взгляд, необходимо сделать, чтобы педагоги в своей профессиональной деятельности применяли здоровьесберегающие технологии?

Анализ результатов позволяет констатировать следующее:

– 80 % респондентов определили здоровье в контексте устава ВОЗ, в единстве состояний полного физического, духовного и социального благополучия, что характеризует понимание опрашиваемыми составляющих здоровья на уровне понимания термина;

– при определении здоровьесберегающих технологий 50 % отметили системный характер и комплексность мер по здоровьесбережению и безопасности жизнедеятельности, остальные 50 % ука-

зали 1 или 2 аспекта в направлении здоровьесберегающей деятельности, среди них: профилактика вредных привычек, заболеваний, занятия физкультурой и спортом;

– определение здоровьесберегающей компетентности педагога вызвало особые затруднения. Лишь 25 % опрошенных определили её как готовность педагога к применению здоровьесберегающих технологий в единстве знаний, умений, навыков, направленности на здоровьесбережение школьников. Среди ответов встречались такие, как: направленность на ученика, отношение учителя к детям, образованность учителя по педагогическим вопросам, здоровье учителя, отсутствие у учителя вредных привычек;

– в аспекте применения здоровьесберегающих технологий в основном назывались физкультурно-оздоровительные мероприятия: физкультминутки, динамические паузы, посещение тренажёрного зала, дыхательные упражнения, гимнастика, а также организационно-педагогические технологии: проветривание, влажная уборка. Лишь у 15 % опрошенных встречались группы психолого-педагогических и учебно-воспитательных технологий: смена учебной деятельности, проведение классных часов и мероприятий, направленных на формирование культуры здорового и безопасного образа жизни обучающихся;

– в качестве мер, способствующих реализации здоровьесберегающих технологий в практике образовательного учреждения, наряду со стимулирующими (увеличение оплаты труда, улучшение материальной базы, снижение пенсионного возраста, денежные вознаграждения и премии), назывались следующие мероприятия: системный характер мероприятий обучающего характера – на уровне МО и РМО, проведение круглых столов, конференций, семинаров, педагогических советов; контроль администрации ОУ при посещении уроков и внеурочных мероприятий; обеспечение необходимой литературой.

Резюмируя вышесказанное, можно сделать следующие выводы.

Введение образовательных стандартов нового поколения оптимизировало работу по здоровьесбережению и здоровьесформированию, воспитанию культуры здорового и безопасного образа жизни обучающихся в образовательном учреждении, в т. ч. посредством реализации здоровьесберегающих технологий, показателем чего является стремление педагогов к их реализации в образовательной практике. Вместе с тем недостаточна функциональная грамотность, осведомлённость педагогических работников о здоровьесформирующем образовании, здоровьесберегающих технологиях, затруднена практика их реализации в профессиональной деятельности. Причины тому – недостаток научного и научно-методического обеспечения. Формально ценность здоровья признаётся приоритетной для личности и общества, вместе с тем концептуализация здоровьесбе-

режения и здоровьесформирования в образовательных технологиях, методах, средствах обучения и воспитания представлена диффузно. В теоретических концепциях большинства известных учёных и педагогов целеполагание в области обеспечения здоровья и безопасности не первостепенно в сравнении с достижением образовательных целей. Важнейший принцип здоровьесберегающей педагогики «Не навреди!» воспринимается а priori, как не требующий особых целенаправленных педагогических усилий.

Чтобы повысить компетентность педагогов в области реализации здоровьесберегающих технологий, готовность осуществлять не только здоровьесберегающую, но и здоровьесформирующую деятельность, необходима системная работа методических служб педагогических вузов и ссузов, институтов повышения квалификации, поддержка конгрессной и конкурсно-грантовой деятельности в сфере здоровьесберегающей педагогики региона.

Библиографический список

1. Акимова Л. А. Формирование культуры здорового и безопасного образа жизни школьников в контексте ФГОС нового поколения : моногр. – Оренбург : Экспресс-печать, 2012. – 216 с.
2. Примерная основная образовательная программа образовательного учреждения. Начальная школа / сост. Е. С. Савинов. – 4-е изд., перераб. – М. : Просвещение, 2013. – 223 с. – (Стандарты второго поколения).
3. Примерная основная образовательная программа образовательного учреждения. Основная школа / сост. Е. С. Савинов. – М. : Просвещение, 2011. – 342 с. – (Стандарты второго поколения).
4. Система гигиенических требований к условиям реализации основной образовательной программы основного общего образования. URL: <http://standart.edu.ru/catalog.aspx?CatalogId=2671> (дата обращения: 25.03.13).
5. Смирнов Н. К. Здоровьесберегающие образовательные технологии и психология здоровья в школе. – М. : АРКТИ, 2005. – 320 с.
6. Сократов Н. В. Культура здоровья с основами безопасности жизнедеятельности : учеб. пособие. – Оренбург : Изд-во ОПТУ, 2006. – 364 с.
7. Сократов Н. В., Акимова Л. А. Формирование культуры здорового и безопасного образа жизни в контексте ФГОС второго поколения // Внешкольник Оренбуржья. – 2012. – № 1. – С. 8–12.
8. Стратегия «Здоровье и развитие подростков России» (гармонизация Европейских и Российских подходов к теории и практике охраны и укрепления здоровья подростков). – М. : Научный центр здоровья детей РАМН, 2010. – 54 с.
9. Федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования от 6 октября 2009 г. № 373.
10. Федеральный государственный образовательный стандарт основного общего образования от 17 декабря 2010 г. № 1897.
11. Федеральный государственный образовательный стандарт среднего (полного) общего образования от 17 мая 2012 г. № 413.
12. Об образовании в Российской Федерации : федеральный закон Российской Федерации № 273 от 29 декабря 2012 г.

13. Фундаментальное ядро содержания общего образования / Рос. акад. наук, Рос. акад. Образования ; под ред. В. В. Козлова, А. М. Кондакова. – 4-е изд., дораб. – М. : Просвещение, 2011. – 79 с.

СОВРЕМЕННЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ И ЗДОРОВЬЕФОРМИРУЮЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ И ПЕДАГОГА

К. В. Андреев

**Оренбургское президентское кадетское училище,
г. Оренбург, Россия**

Summary. Russian education system plays a key role of health protection and promotion, developing a culture of healthy lifestyles of students. The article presents the results which generalize and systematize the requirements of the health and educational institution and the teacher in the context of the educational standards of the new generation.

Key words: health; health culture.

Современная социокультурная ситуация развития российского общества обуславливает необходимость формирования личности, обладающей не только интеллектуальными ресурсами, необходимыми для исполнения профессиональной деятельности, но и ценностными ориентациями и способностью их практической реализации в области сохранения, укрепления здоровья, проявляющимися в экономном расходовании и наращивании здоровьесберегающего потенциала как условия эффективности самореализации человека во всех сферах жизнедеятельности.

Ведущая роль в воспитании культуры здоровья и здорового образа жизни подрастающего поколения принадлежит системе образования. В нормативных документах образовательной сферы чётко обозначены требования к здоровьесберегающей деятельности, более того – к деятельности здоровьесформирующей.

В Федеральных государственных образовательных стандартах нового поколения, примерных основных образовательных программах обозначены требования к здоровьесберегающей работе – созданию безопасной здоровьесберегающей инфраструктуры, благоприятного психологического климата, рациональной организации образовательного процесса, системной физкультурно-оздоровительной деятельности, рациональному питанию и т. д. [4].

Здоровьесберегающей можно назвать такую инфраструктуру образовательного учреждения, когда обеспечиваются:

- соответствие здания и помещений нормам (санитарно-гигиеническим, пожарной безопасности, охраны здоровья и труда обучающихся);
- качественное горячее питание обучающихся в помещениях с необходимым оснащением;
- оснащённость помещений и площадок для осуществления учебно-воспитательного процесса (в том числе для занятий физической культурой);
- наличие помещений для медицинских работников;
- наличие квалифицированных специалистов, способных реализовывать оздоровительную работу с обучающимися.

Все данные требования соответствуют нашему учебному заведению, которое было открыто 1 сентября 2010 года. Оно представляет собой тип инновационного образовательного учреждения, целью которого является подготовка всесторонне образованных и патриотически настроенных молодых людей, ориентированных на государственную и военную службу.

В распоряжении воспитанников училища учебный корпус на 840 обучающихся, две современно оборудованные столовые (учащиеся получают пятиразовое питание), а также организован питьевой режим во всём училище. В училище создана современная материально-техническая база для полноценного занятия различными видами спорта: гимнастический зал; зал единоборств; теннисный корт; 2 тренажёрных зала; волейбольный зал; баскетбольный зал; плавательный бассейн; футбольное поле с искусственным покрытием; открытые площадки для игры в мини-футбол, волейбол, баскетбол.

Особое внимание следует уделять рациональной организации учебной и внеучебной деятельности, способствующей созданию условий для недопущения (или снятия) перегрузки, оптимального чередования труда и отдыха.

В этом направлении особая роль принадлежит каждому педагогу, необходимо: в обязательном порядке соблюдать гигиенические нормы и требования к организации учебно-воспитательного процесса (в том числе объёму и характеру нагрузки); использовать прошедшие апробацию педагогические средства и методы соответственно возрастным возможностям и особенностям обучающихся; осуществлять инновационную деятельность под контролем специалистов; учитывать особенности развития каждого обучающегося (через создание и реализацию индивидуальных программ); исполнять требования к уроку (занятию).

Система гигиенических требований к проведению урока (занятия) едина для всех возрастов обучающихся на ступенях общего образования, педагогу следует:

– контролировать учебную нагрузку, которая, постепенно увеличиваясь, должна достигать максимума к середине занятия, а затем снижаться;

– организовывать микропаузы, соблюдать оптимальную плотность урока (занятия): 60–75–80 % (% времени, затраченного на собственно учебную работу);

– использовать от 3 до 6 видов учебной деятельности обучающихся и не менее 3 видов преподавания;

– осуществлять смену видов деятельности через каждые 7–10 минут, чередовать рабочую позу в соответствии с видом работы;

– проводить физкультминутки (ФМ) и гимнастику для глаз на 20-й и 35-й минутах урока продолжительностью не более 1–2 минут по 2–3 лёгких упражнения с 3–4 повторениями каждого;

– соблюдать нормы использования средств ТСО, техники безопасности (при работе с техническими устройствами, учебным оборудованием, материалами), объёма домашних заданий [5].

При такой организации урока (занятия) возможно обеспечить безопасность и здоровьесбережение обучающихся, достичь физиологически оптимального переключения с одного вида учебной деятельности на другой без переутомления и вместе с тем способствовать более эффективному достижению образовательных целей.

Вместе с тем сегодня одной только здоровьесберегающей деятельности образовательного учреждения и каждого педагога недостаточно, поскольку важно не только сохранить здоровье обучающихся, но и способствовать привитию ценностных ориентаций на здоровый образ жизни как условия самосохранительного поведения на перспективу.

В текущем учебном году в нашем учреждении определена одна из важнейших задач воспитания – сохранение жизни и здоровья воспитанников училища через стимулирование потребности здорового образа жизни; формирование активной жизненной позиции на основе нравственных и эстетических ценностей, ответственного поведения, самостоятельности и личной инициативы.

Формирование активной жизненной позиции и стремления к здоровому образу жизни у воспитанников происходит через следующие мероприятия:

– практика бесед и классных часов по темам: «Здоровый образ жизни», «Влияние вредных привычек на здоровье человека», «Курение, алкоголизм», «Здоровое питание», «Как устроено наше питание», а также презентации «Фастфуд – это плохо», «О витаминах» и т. д.;

– зарядка и другие современные оздоровительные технологии;

– организованные выходы на экскурсии в парки города, на соревнования и показательные выступления;

– катание на коньках и лыжах, прогулки на лошадях;

– игра в пейнтбол, игра-поиск «В поисках диверсантов», «Зарница» и т. п.

В этой связи на уроке и во внеурочное время необходимо создавать и поддерживать условия для эмоционально-чувственного отношения обучающихся к здоровью, здоровому образу жизни, обеспечению безопасности через предметное содержание. Только тогда знания о здоровье будут осознаваться и станут основой самохранительного поведения в повседневной жизни. На основе эмоционально-чувственного отношения образуются потребности и мотивы, детерминирующие готовность человека к здоровьесформирующей деятельности, развивается аналитическая способность по отношению к собственному поведению, самооценке, происходит практическая реализация валеологических знаний [3]. Для этого в образовательном процессе следует создавать благоприятный психологический климат, осуществлять взаимодействие между обучающимися и педагогом в формате психологического и эмоционального комфорта, исключая психотравмирующие и стрессовые ситуации. Для этого рекомендуется использовать игровые технологии, технологии коллективного совместного обучения и творчества, создающие ситуацию успеха для каждого обучающегося. Такой подход по достижению образовательных целей, безусловно, будет положительно влиять и на отношение обучающихся к своему душевному «Я» (как составляющей многоаспектной категории «здоровье»), способствовать развитию чувства уверенности в свои силы и возможности, исключать боязнь неприятия себя окружающими [1; 6].

Здоровьесберегающая и здоровьесформирующая работа в образовательном учреждении должна осуществляться не только при организации уроков, но и во внеурочной деятельности. В этой связи физкультурно-оздоровительная работа (в группах, объединённых по возрастному принципу и с учётом развития и состояния здоровья) должна носить обязательный характер. Не менее 3 раз в неделю следует организовывать подвижные и спортивные игры, включающие физические упражнения, потенциально опасные для здоровья, используя современное исправное спортивное оборудование и инвентарь (в соответствии с санитарно-эпидемиологическим заключением).

В нашем учебном заведении ведётся целенаправленная воспитательная деятельность по формированию у обучающихся культуры здорового образа жизни, физической выносливости, стойкости, укреплению здоровья, достижению правильного физического развития. В контексте воспитания культуры здоровья и здорового образа жизни в систему работы образовательного учреждения необходимо внедрение дополнительных образовательных программ в качестве отдельных образовательных модулей или компонентов, проведение дней здоровья, конкурсов, праздников и т. п., нужно обес-

печивать возможность вариативности двигательно-активных, физкультурно-спортивных занятий и баланс между двигательно-активными и статическими занятиями (50 % / 50 %) [5].

В программах дополнительного образования наши воспитанники могут реализовать свои способности, занимаясь музыкой, танцами, изобразительным искусством в специально оборудованных студиях-мастерских, в клубах по интересам, в 17 спортивных секциях.

Важное значение для поддержания здоровья обучающихся имеет социальная среда. Такие негативные проявления, как криминализация, демографический спад, агрессия в семье, алкоголизация и наркотизация, являются мощными факторами, оказывающими отрицательное влияние на здоровье подрастающего поколения. Успешность здоровьесберегающей и здоровьесформирующей работы образовательного учреждения и каждого педагога в значительной степени определяется эффективностью взаимодействия со средой: семьёй, органами социальной защиты, правопорядка и общественными организациями (общества и фонды охраны материнства и детства, опеки и т. д.) – посредством проведения лекций, семинаров, консультаций, курсов по различным вопросам воспитания, развития, здоровья обучающегося, организации совместных спортивных соревнований, дней здоровья и т. п. [1; 6].

В процессе нашей работы особое внимание мы уделяем формированию экономической культуры воспитанников. Она предполагает природоохранную работу с ребятами по охране редких исчезающих растений, сохранению их генофонда. На территории ОПКУ посажены редкие исчезающие деревья и кустарники, организованы микроводоёмы и фонтаны. Всё это придаёт училищному участку декоративно-эстетический и оздоровительный эффект, что способствует здоровьесбережению.

Таким образом, на основании вышеизложенного, можно сделать следующие выводы.

Проблема сохранения, укрепления здоровья, воспитания культуры здорового образа жизни подрастающего поколения является актуальной и её решение во многом определяется деятельностью системы образования.

Сегодня в каждом образовательном учреждении только здоровьесберегающей работы не достаточно, нормативно-правовые документы ориентируют педагогическое сообщество на здоровьесформирующую деятельность.

Здоровьесберегающая и здоровьесформирующая деятельность работников системы образования должна носить системный, комплексный характер, реализовываться в различных формах урочной и внеурочной деятельности.

Первостепенная роль в воспитании культуры здоровья у учащихся принадлежит педагогу. В этой связи недостаточно следовать

гигиеническим требованиям к образовательному процессу, необходимо через предметное содержание прививать обучающимся ценности здорового и безопасного образа жизни, создавать психологически комфортную эмоциональную среду взаимодействия участников учебно-воспитательного процесса, используя широкий спектр педагогических средств и методов.

Библиографический список

1. Акимова Л. А. Формирование культуры здорового и безопасного образа жизни школьников в контексте ФГОС нового поколения : моногр. – Оренбург : типогр. «Экспресс-печать», 2012. – 216 с.
2. Андреева И. Г. Здоровье человека в содержании образования // Педагогика. – 2011. – № 10. – С. 26–33.
3. Давлетшина Р. М., Маджуга А. Г. Эмоциональная культура как фактор активизации здоровьесозидающего потенциала личности // Alma-mater. – 2012. – № 7. – С. 85–92.
4. Примерная основная образовательная программа образовательного учреждения. Основная школа / сост. Е. С. Савинов. – М. : Просвещение, 2011. – 454 с. – (Стандарты второго поколения).
5. Система гигиенических требований к условиям реализации основной образовательной программы основного общего образования. – М., 2009. – 61 с.
6. Сократов Н. В., Акимова Л. А. Формирование культуры здорового и безопасного образа жизни в контексте ФГОС второго поколения // Внешкольник Оренбуржья. – 2012. – № 1. – С. 8–12.

СОХРАНЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО САДА

О. В. Корешкина

**Детский сад № 187 «Солнышко»
АНО ДО «Планета детства „Лада”»,
г. Тольятти, Самарская область, Россия**

Summary. Article is devoted to the save health of children in kindergarten. Psychoprophylactic means of preserving and strengthening the health of children is offered. The meaning, the content of some of the (individual) health-saving technologies is explained.

Key words: health; conditions; health-technology.

В условиях современной природно-социальной и экологической ситуации проблематика здоровья детей приобретает глобальный характер. Разнообразные медицинские, социологические, демографические и другие данные свидетельствуют о том, что только 14 % детей России можно считать практически здоровыми; 50 % детей имеют те или иные отклонения в состоянии здоровья; 35 % – хронически больны (данные материалов Всероссийского совещания

«Пути оптимизации здоровья и физического развития детей в дошкольных образовательных учреждениях»).

Первые шаги к здоровью, стремление к здоровому образу жизни, к познанию самого себя, формированию культуры здоровья делаются в дошкольном учреждении. Катастрофическое состояние здоровья детей требует систематической работы по здоровьесбережению, оптимальному использованию материального, интеллектуального, творческого ресурсов дошкольного учреждения. Необходимость комплексного подхода к организации здоровьесберегающего пространства в дошкольном учреждении не вызывает ни у кого сомнения.

Здоровьесберегающие образовательные технологии в детском саду – это, прежде всего, технологии воспитания валеологической культуры или культуры здоровья дошкольников. Цель этих технологий – становление осознанного отношения ребёнка к здоровью и жизни человека, накопление знаний о здоровье и развитие умения оберегать, поддерживать и сохранять его.

В дошкольной педагогике к наиболее значимым видам технологий относятся технологии личностно ориентированного воспитания и обучения дошкольников. Ведущий принцип таких технологий – учёт личностных особенностей ребёнка, индивидуальной логики его развития, учёт детских интересов и предпочтений в содержании и видах деятельности в ходе воспитания и обучения. Построение педагогического процесса с ориентацией на личность ребёнка закономерным образом содействует его благополучному существованию, а значит, здоровью.

Технологии обеспечения социально-психологического благополучия ребёнка – технологии, обеспечивающие психическое и социальное здоровье ребёнка-дошкольника. Основная задача этих технологий – обеспечение эмоциональной комфортности и позитивного психологического самочувствия ребёнка в процессе общения со сверстниками и взрослыми в детском саду и семье.

Основным психогигиеническим и психопрофилактическим средством в ДОУ является рациональный оздоровительный режим. Режим дня в детском саду должен быть гибким. Современные дошкольники испытывают значительные умственные перегрузки: дети вынуждены значительное время находиться в статической позе. Ребёнок уже в детском саду испытывает вредное воздействие гиподинамии. Для компенсации недостаточной подвижности необходимо использовать оздоровительные физические упражнения, рационально организовать режим дня в группе таким образом, чтобы дети как можно больше находились в движении. В результате физических нагрузок улучшаются функциональные показатели сердечно-сосудистой системы, ускоряется её развитие, развивается и укрепляется мышечный аппарат, активнее работает дыхательная система,

улучшается координация деятельности нервных центров, повышается эмоциональный тонус. Занятия физической культурой улучшают процессы мышления, памяти, способствуют концентрации внимания, повышают функциональные резервы многих органов и систем организма.

В режиме дня обязательно должны присутствовать: утренняя гимнастика, физкультурные занятия, динамические паузы (физкультминутки, логоритмическая, пальчиковая гимнастики, телесные игры), профилактическая гимнастика (проводится с целью повышения функциональных возможностей организма, работоспособности и восстановления здоровья – это массаж и самомассаж, гимнастика для глаз, дыхательная гимнастика), дозированный бег и ходьба на прогулке, подвижные и спортивные игры на прогулке, игры-хороводы в группе, релаксационные упражнения (перед сном), бодрящая гимнастика (после сна), занятие в спортивных секциях, занятия в танцевальных кружках; должны иметь место спортивные, музыкальные и оздоровительные досуги и праздники, дни здоровья и неделя здоровья.

В детском саду необходимо создавать комфортные условия для детей с учётом положительного воздействия на здоровье цвета, света, растений, развивающей среды.

Светотерапия: правильно подобранный световой климат ДОУ оказывает положительное воздействие на детей, сохраняет зрение, выявляет художественную выразительность интерьера.

Цветотерапия: цвет – это важнейший элемент интерьера. Именно гармоничное сочетание красок в окружающей ребёнка обстановке лежит в основе его комфортного существования. У каждого цвета свои специфические свойства и сила. Цвет воздействует на эмоциональный настрой человека независимо от того, ощущает это сам человек или нет.

Фитодизайн: оздоровление воздушной среды с помощью растений. Растения способны активно удалять из атмосферы замкнутых пространств вредные органические соединения, они выделяют кислород и повышают влажность воздуха, что особенно важно во время отопительного сезона.

Музыкотерапия – музыка воздействует в первую очередь на эмоциональную сферу человека. Музыка выступает регулятором жизненных ритмов.

Микроклимат – комфортный психологический микроклимат является одним из главных направлений в работе с детьми.

Развивающая среда – в группах необходим уголок здоровья, в котором дети самостоятельно занимаются спортом и закрепляют знания о здоровье.

Условия должны создаваться не только в группе, но и на участке, участок должен быть не только красивым, но и полезным для всестороннего развития детей.

Ведь здоровье – это то, что желает иметь каждый человек, но быть абсолютно здоровым не может никто. Не иметь никаких отклонений в работе организма – невозможно. Но можно противостоять вредным влияниям на организм, чтобы не страдать от болезней и быть готовым к любой деятельности. Стоит изменить образ жизни и совершится чудо: дети будут чувствовать себя здоровыми.

Библиографический список

1. Касаткин В. Н. Педагогика здоровья. – М. : Линка-Пресс, 1998.
2. Оздоровительная работа в дошкольных образовательных учреждениях : учеб. пособие / под ред. В. И. Орла и С. Н. Агаджановой. – СПб. : ДЕТСТВО-ПРЕСС, 2008.
3. Приступа Е. И. Здоровье ребёнка как социальная ценность // Знание, понимание, умение. – 2007. – № 1.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ РЕБЁНКА В ПЕРИОД АДАПТАЦИИ К ДЕТСКОМУ САДУ

М. А. Злобина

**Детский сад № 187 «Солнышко»
АНО ДО «Планета детства „Лада”»,
г. Тольятти, Самарская область, Россия**

Summary. Article is devoted to the save health of children in the period of adaptation to preschool. System of work with parents to prepare children for kindergarten is explained.

Key words: Psychological health; adaptation; interaction with parents.

Термин «психическое здоровье» был введён Всемирной организацией здравоохранения. В докладе Комитета экспертов данной организации «Психическое здоровье и психосоциальное развитие детей» отмечено, что нарушения психического здоровья детей связаны как с соматическими заболеваниями или дефектами физического развития, так и с различными неблагоприятными факторами и стрессами, воздействующими на психику и связанными с социальными условиями. На нарушение психического здоровья также может влиять и адаптационный период, в течение которого дети привыкают к новым условиям. Адаптация к детскому саду – тяжёлое время как для каждого ребёнка, так и для родителей. Поступление ребёнка в дошкольное образовательное учреждение сопровождается изменением окружающей его среды, режима дня, характера питания, системы поведенческих реакций малыша, приводит к

необходимости устанавливать социальные связи, адаптироваться к новым условиям жизни.

От того, насколько ребёнок в семье подготовлен к переходу в детское учреждение, зависит и течение адаптационного периода, который может продолжаться иногда в течение полугода, и дальнейшее развитие малыша. Изменение образа жизни приводит в первую очередь к нарушению эмоционального состояния. Для адаптационного периода характерны эмоциональная напряжённость, беспокойство или заторможенность. Ребёнок много плачет, стремится к контакту со взрослыми или, наоборот, раздражённо отказывается от него, сторонится сверстников. Таким образом, его социальные связи оказываются нарушенными. Эмоциональное неблагополучие сказывается на сне, аппетите. Разлука и встреча с родными протекают подчас очень бурно, экзальтированно: малыш не отпускает от себя родителей, долго плачет после их ухода, а приход вновь встречает слезами. Меняется его активность и по отношению к предметному миру: игрушки оставляют его безучастным, интерес к окружающему снижается. Падает уровень речевой активности, сокращается словарный запас, новые слова усваиваются с трудом. Общее подавленное состояние в совокупности с тем обстоятельством, что ребёнок попадает в окружение сверстников и подвергается риску инфицирования чужой вирусной флорой, нарушает реактивность организма, приводит к частым болезням.

Таким образом, проблема адаптации зависит от возраста ребёнка, состояния здоровья, уровня развития. Период привыкания детей к ДОУ – неизменно сложная проблема. От того, как пройдёт привыкание ребёнка к новому распорядку дня, к незнакомым взрослым и сверстникам, зависят его физическое и психическое развитие, дальнейшее благополучное существование в детском саду и в семье.

Поэтому педагогам необходимо проводить комплексную работу как с ребёнком, так и с родителями детей для обеспечения успешной адаптации малышей к детскому саду.

Ребёнок – величайшая ценность для родителей. Иногда у родителей, плохо знающих работу воспитателя, его личностные качества, стиль общения с детьми в группе, возникает негативное отношение, недоверие к сотрудникам группы. Поэтому воспитателю необходимо предварительно познакомиться с семьёй будущего воспитанника (желательно в неформальной, домашней обстановке), вызвать к себе доверие, рассказать о режиме дня в группе, о занятиях, дать рекомендации по конкретным вопросам. При поступлении ребёнка в детский сад особое значение имеет его физическая подготовленность. Организм детей первых лет жизни больше, чем в старшем возрасте, подвержен заболеваниям, поэтому родителям можно порекомендовать закалять малышей – часто гулять в любое

время года, делать гимнастику, ходить, бегать, одеваться по погоде, соблюдать режим дня дома. У детей должны быть сформированы определённые культурно-гигиенические навыки, навыки самообслуживания. Часто дети приходят в детский сад, не умея самостоятельно есть, не просят на горшок, не умеют одеваться и раздеваться. Воспитатель, проводя беседу с родителями воспитанников, должен обратить внимание на эти стороны воспитания, раскрыть основные закономерности формирования навыков и привычек. Родители, в свою очередь, могут поделиться своими наблюдениями за ребёнком – что любит, что умеет, во что любит играть.

Тесное взаимодействие с семьями воспитанников помогает педагогу найти индивидуальный подход к каждому ребёнку, чтобы обеспечить безболезненное привыкание малышей к детскому саду.

Библиографический список

1. Ватутина Н. Д. Ребёнок поступает в детский сад. – М., 2008.
2. Доронова Т. Н., Соловьева Е. В. и др. Дошкольное учреждение и семья. – М. : ЛИНКА – ПРЕСС, 2001.
3. Печора К. Л., Пантюхина Г. В., Голубева Л. Г. Дети раннего возраста в дошкольных учреждениях. – М. : ВЛАДОС, 2003.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ ШКОЛЬНИКОВ КАК СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

Е. А. Загрядская

**Елецкий государственный университет им. И. А. Бунина,
г. Елец, Липецкая область, Россия**

Summary. The relevance of this article is in the fact that it is devoted to the problem of a healthy lifestyle not only of the adult, but also of the children (the primary school students). The information, presented by The All-Russian Public Opinion Research Center about the health of the Russian, and the percentage ratio of diseases of the primary school students, was totally analyzed. On the basis of the research, the author has proposed three classes, the purpose of which is the formation of health-saving knowledges and skills. The main feature of such lessons is in their usage in the educational process, as well as in the out-of-class activity.

Key words: health; harmful habits; healthy way of life; Health-saving technology.

Всероссийский центр изучения общественного мнения (<http://wciom.ru/>) представил данные о том, как россияне заботятся о своём здоровье и от кого или чего зависит плохое самочувствие людей. Забота о своём здоровье, как и прежде, сводится у россиян к отсутствию вредных привычек (33 %) и обращению к врачам в случае болезней (32 %). Больше стало тех, кто старается правильно питаться (с 16 до 23 % за четыре года), проходить диспансеризацию (с

12 до 16 %). По 15 % занимаются спортом, смотрят передачи о здоровом образе жизни и читают соответствующую литературу. Каждый пятый на свои недомогания не обращает внимания (20%), а 11 % заявляют, что им не приходится заботиться о здоровье. Проявлять заботу о собственном здоровье более склонны женщины. Среди представительниц слабого пола больше тех, кто свидетельствует об отсутствии вредных привычек (40 % против 25 % среди мужчин), правильно питается (27% против 18 % соответственно) и т. д. В плохом самочувствии россияне, как и прежде, склонны винить самих себя (35 % против 41 % в 2008 году), а также низкий уровень жизни (32 %) и плохую экологию (30 %), 25 % полагают, что неудовлетворительное состояние здоровья людей вызвано недостаточной квалифицированностью медработников, 18 % возлагают ответственность на государство. 10 % опрошенных считают, что люди болели во все времена, и винить в плохом самочувствии некого. Самих себя в плохом самочувствии склонны винить молодые россияне (44 %). Причину в низком уровне жизни склонны видеть респонденты предпенсионного и пенсионного возрастов (36–37 %), они же чаще возлагают ответственность на государство (22–23 %). Инициативный всероссийский опрос ВЦИОМ проведён 14–15 апреля 2012 г. Опрошено 1600 человек в 138 населённых пунктах в 46 областях, краях и республиках России. Статистическая погрешность не превышает 3,4 % [2]. На основе данной статистики можно утверждать, что портрет здоровьесберегающего поведения граждан России объединяет следующие аспекты жизнедеятельности: отсутствие вредных привычек, правильное питание, прохождение диспансеризации, занятия спортом, просмотр передач о здоровом образе жизни и чтение соответствующей литературы. Первое, что можно отметить при исследовании данных, – население нашей страны проинформировано о понятии здорового образа жизни и о факторах, влияющих на него. Второе – борьба за ЗОЖ осуществляется большинством жителей, следовательно, россияне думают о завтрашнем будущем уже сегодня и активно пропагандируют ЗОЖ. И наконец, третье, государство поддерживает нашу инициативу, формируя сознание через СМИ. Анализируя процентное соотношение, можно сказать, что более серьёзно относится к своему здоровью женская половина, заметим, что забота сводится лишь к отсутствию вредных привычек и правильному питанию. Говоря о здоровье и ЗОЖ граждан РФ, следует выделить, что их плохое самочувствие и настроение также зависят от следующих факторов: собственная мотивация, низкий уровень жизни, отвратительная экология, недостаточная квалификация медицинских работников, государство. Относя государство к последней категории влияния, можно говорить о том, что люди принимают и осознают всю ответственность за своё здоровье.

Во всём мире здоровье определяется как гармоничное сочетание физического, духовного и социального благополучия. Такой подход к здоровью позволяет правильно оценить себя и использовать все возможности, которыми располагает человек для повышения качества здоровья. Здоровье недостаточно рассматривать с чисто биологических позиций – человек существо общественное, социальное, поэтому наиболее полно определить качество здоровья можно с учётом образа жизни, поведения и деятельности человека, что характеризует его социальное благополучие [1, с. 83]. Приобретать свой индивидуальный опыт и вести здоровый образ жизни человек начинает с рождения под влиянием окружающей его среды. Школа является одним из первых институтов, где ребёнок ощущает всё многообразие влияния окружающей среды. Поэтому на сегодняшний день Министерство образования и науки РФ ставит задачи: создание условий, способствующих формированию здоровья подрастающего поколения и привитию молодёжи навыков безопасного и здорового образа жизни [1, с. 86]. Но, не смотря на это, специалисты уже давно обратили внимание общественности на то, что интенсификация процесса обучения приводит к хроническому утомлению школьников, вплоть до развития синдрома хронической усталости, к эмоциональным срывам и к ранним неврозам.

К сожалению, предпринятые меры пока не улучшили ситуацию, о чём свидетельствуют следующие цифры. За время обучения детей в школе 70 % функциональных расстройств, сформировавшихся в начальных классах, к моменту окончания школы перерастают в стойкую хронику: в 4–5 раз возрастает заболеваемость органов зрения, в 3 раза – органов пищеварения и опорно-двигательного аппарата. Только 10 % школьников старшей школы относятся к числу здоровых, 50 % имеют хронические заболевания и 40 % относятся к группе риска. Процент школьников, отнесённых по состоянию здоровья к подготовительной и специальной медицинским группам, неуклонно растёт [3, с. 26].

Для успешного формирования здоровьесберегающих знаний у учащихся начальных классов мы предлагаем систему занятий. Система занятий подготовлена с учётом факторов среды, которые, на наш взгляд, закладывают основы ЗОЖ у детей младшего школьного возраста.

Первое занятие – урок-исследование. Тема исследования: «Йогурт – полезный продукт детского питания?!». Цели исследования – сформировать у школьников правильное отношение к своему здоровью через понятие здорового питания; изучить состав детских йогуртов и выявить их уровень полезности. На подготовительном этапе проводится беседа: «Правильное питание – залог здоровья!» (презентация). Создание проблемной ситуации: лабораторная работа (рассмотреть и сопоставить рекомендуемые нормы потребления

пищевых веществ и энергетическую ценность состава продукта). Исследовательская работа: просмотр фрагмента фильма «Среда обитания», изучение таблицы суточного рациона младшего школьника, игра «Лишний продукт». Ожидаемые результаты: приобретение учащимися функционального навыка исследования как универсального способа получения новых прочных знаний; развитие исследовательского типа мышления, активизация личностной позиции учащегося в образовательном процессе; дети научились определять молочные продукты и закрепили знания о них.

Второе занятие – творческий ученический проект «Не курите рядом с нами!». Цель – формирование здоровых установок и навыков ответственного поведения, снижающих вероятность приобщения школьников к употреблению табачной продукции. Для достижения данной цели были определены следующие задачи: формирование у детей представлений о здоровом образе жизни и вреде курения (посредством бесед, игр, использования наглядного материала); разъяснение пагубного воздействия курения на здоровый организм; пропаганда среди родителей здорового образа жизни, отказа от курения; обучение воспитанников быстро находить правильное решение (обучение умению говорить «нет») в трудных ситуациях (в том числе в случае группового давления) путём обыгрывания ситуаций и проведения бесед; формирование веры в собственные силы.

Для выполнения задач проекта был разработан план его реализации, состоящий из шести этапов. Первый этап – беседа о вредных привычках «Курить – здоровью вредить!?». Второй этап – создание альбома «Вред курения» – предусматривает работу в трёх направлениях: анкетирование родителей, интервьюирование учителей школы, сбор информации с изображением курящих людей и рекламы табачных изделий. Третий этап: работа совместно с педагогом-психологом (обучение детей способам избавления от негативных эмоций, релаксации, навыкам говорить «нет» вредным привычкам). Четвёртый этап – составление коллажа «Борьба с курением» (совместно с родителями). Пятый этап – инсценировка ряда случаев, когда старшие ребята предлагают сигареты, и способы выхода из них. Заключительный этап – демонстрация проведённой работы учащимися и сотрудникам школы.

Третье занятие – путешествие в страну «Вредных и полезных привычек». Цели мероприятия: выяснить роль привычек в повседневной жизни, помочь детям объективно взглянуть на свои привычки; выделить «вредные» привычки и рассмотреть их влияние на человека и его окружение; учиться контролировать свои действия и отвечать за их последствия. Ожидаемый результат – воспитание личности с развитой потребностью в здоровом образе жизни, обладающей культурой здоровья, осознающей оздоровительную

направленность отношения к себе. В начале мероприятия проводится игра-разминка «Печатная машинка», далее ведётся беседа с учащимися с использованием презентации на тему «Вредные и полезные привычки». На заключительном этапе – инсценировка сказки В. А. Сухомлинского «Лентяй и Солнце», подведение итогов и домашнее задание – сочинение на тему: «Мои привычки».

В процессе разработки данных занятий были выявлены следующие факторы среды, формирующие и разрушающие здоровье школьников: рациональное и сбалансированное питание, режим труда и отдыха, гигиена; табакокурение, алкоголизм и переедание. В настоящее время очень остро стоит вопрос о состоянии здоровья школьников, так как дети более восприимчивы к различным биологическим и социальным факторам среды, поэтому формировать здоровый образ жизни необходимо начинать с раннего детства, тогда забота о собственном здоровье как основной жизненной ценности станет естественной и привычной формой поведения. Роль учителя в этом вопросе очень велика. Только он может правильно донести до детей, что забота о своём здоровье – норма жизни, лишь тогда можно будет существенно изменить в лучшую сторону здоровье наших детей, а значит, и будущее страны.

Библиографический список

1. Назарова Е. Н., Жилов Ю. Д. Основы медицинских знаний и здорового образа жизни. – М. : Академия, 2012. – 191 с.
2. Наше здоровье: что делать и кто виноват? URL: <http://wciom.ru/index.php?id=268&uid=112951>
3. Прохорова И. В., Держинский Г. А. Построение здоровьесформирующей технологии физического воспитания на принципах развивающего обучения // Начальная школа плюс до и после. – 2008. – № 4. – С. 26–28.

ОПЫТ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ОБУЧАЮЩИХСЯ В БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Е. А. Богачева

**Белгородский институт повышения квалификации
и профессиональной переподготовки специалистов,
г. Белгород, Россия**

Summary. An article presents the experience of the Belgorod region on the organization of professional development of teachers on a problem of preservation and strengthening of school students' health within an internship platform. The feature of professional development in this form is the strengthening of the practical module, i.e. the training of listeners directly in the educational institutions of the region being the carriers of the best practices on formation of a healthy lifestyle of students.

Key words: formation of a healthy lifestyle of school students, professional development of teachers, internship platforms.

Белгородская область представляет собой динамично развивающийся на инновационной основе индустриально-аграрный регион с расширенной хозяйственной деятельностью населения и усиленными техногенными нагрузками на природную среду. Здоровье населения, в том числе здоровье подрастающего поколения, рассматривается в качестве одного из определяющих факторов дальнейшего экономического развития и социального прогресса региона, повышения качества жизни населения, улучшения демографической ситуации. Решение проблемы сохранения и укрепления здоровья школьников актуализировало создание региональной стажировочной площадки как одной из эффективных форм повышения квалификации педагогов на основе усиления практического компонента в системе повышения квалификации. Финансирование деятельности региональной стажировочной площадки обеспечивается за счёт средств областной долгосрочной целевой программы «Развитие образования Белгородской области на 2011–2015 годы» и субсидии из бюджета РФ, предоставляемой министерством образования РФ в результате конкурсного отбора.

Региональная стажировочная площадка по распространению моделей формирования культуры здорового и безопасного образа жизни обучающихся была создана с целью повышения профессиональной компетентности руководителей и специалистов общеобразовательных учреждений в сфере охраны здоровья обучающихся, а также диссеминации передового педагогического опыта образовательных учреждений по проблеме сохранения и укрепления здоровья обучающихся, формирования у них культуры здорового и безопасного образа жизни.

В настоящее время в системе образования Белгородской области получили распространение три модели:

– «Формирование у обучающихся культуры здорового и безопасного образа жизни посредством системы здоровьесозидающей деятельности общеобразовательного учреждения в целостном образовательном процессе»;

– «Формирование у обучающихся культуры здорового и безопасного образа жизни посредством физической культуры, физкультурно-оздоровительной и спортивно-массовой работы на основе межведомственного взаимодействия общеобразовательного учреждения и социокультурных учреждений»;

– «Внедрение психолого-педагогических технологий по методу академика В. Ф. Базарного в практику работы общеобразовательных школ».

Обоснование и апробация первой модели осуществлялись в ходе регионального эксперимента «Технология создания педагогической системы школы, содействующей здоровью» (научный руководитель д.п.н. В. Н. Ирхин). При этом педагогическая система рассматривалась в трёх аспектах: управление, образовательный процесс, предметно-пространственная среда.

Предпосылкой реализации второй модели явились достаточно развитая спортивно-оздоровительная инфраструктура в отдельных муниципалитетах и эффективное взаимодействие школы, спортивных и медицинских учреждений. Научно-методическое обеспечение, полученное в результате экспериментальной деятельности по проблеме «Совершенствование содержания занятий физической культуры на основе применения народных подвижных игр» (научный руководитель д.п.н. Ф. И. Собянин), позволило повысить эффективность реализации модели.

Третья модель была апробирована в ходе широкомасштабного регионального инновационного проекта «Внедрение психолого-педагогических технологий по методу академика В. Ф. Базарного в практику работы общеобразовательных школ».

Работа региональной стажировочной площадки по распространению моделей формирования здорового и безопасного образа жизни обучающихся позволила обеспечить нормативно-правовые, материально-технические, кадровые и учебно-методические условия для обучения руководителей и педагогов; повысить информированность и профессиональные компетенции педагогов в области формирования культуры здорового и безопасного образа жизни обучающихся; распространить инновационный опыт базовых образовательных учреждений в сфере сохранения и укрепления здоровья обучающихся, формирования культуры здорового и безопасного образа жизни школьников; создать условия для проектирования собственной деятельности по формированию культуры здорового и безопасного образа жизни учащихся; подготовить научно-методические материалы здоровьесориентированной направленно-

сти в помощь стажёрам (методические и учебно-методические пособия, информационные ресурсы).

Залогом дальнейшей успешной деятельности региональной стажировочной площадки являются следующие факторы: созданная региональная стажировочная площадка имеет в своём составе оптимальное количество образовательных учреждений с высоким материально-техническим, кадровым, творческим и образовательным потенциалом; в общеобразовательных учреждениях – субъектах региональной стажировочной площадки созданы и функционируют целостные системы формирования культуры здорового и безопасного образа жизни; сформированы эффективные механизмы взаимодействия учреждения ДПО и базовых образовательных учреждений, разработанные программы повышения квалификации включают стажировку непосредственно в общеобразовательных учреждениях; софинансирование проекта в рамках субсидий, предоставляемых из федерального бюджета бюджету Белгородской области в соответствии с Соглашением, заключаемым между Министерством образования РФ и правительством Белгородской области.

Планируется, что в ближайшей перспективе региональная стажировочная площадка расширит целевую аудиторию слушателей и станет активным секторальным ресурсом трансформации опыта создания целостных образовательных систем формирования у обучающихся культуры здорового и безопасного образа жизни, а тиражирование опыта субъектов стажировочной площадки приведёт к последовательным позитивным изменениям в системе образования области и здоровье обучающихся.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ МОТИВАЦИИ ПО ОТНОШЕНИЮ К ПОДДЕРЖКЕ И ОДОБРЕНИЮ У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО И ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В ПОЛНЫХ И НЕПОЛНЫХ СЕМЬЯХ

Г. С. Юнусова

Научно-практический республиканский центр «Семья»,
г. Ташкент, Узбекистан

Summary. The problems of development of children in a nuclear family and incomplete families are considered in this article. We describe a research devoted to motivation studying the relation to support and approval of children of teenage and youthful age.

Key words: a nuclear and incomplete family, motivation, teenager, youth, requirement, recognition and approval.

Семья играет важную роль в становлении личности. Особенно важно то, что семейные взаимоотношения формируют духовное развитие гармонично развитого поколения.

В каждой семье есть перспективы и ценности. Для каждого из нас семья – это начало всех начал, начало новой жизни. Каждый человек чувствует себя счастливым, когда в семье царит мир и благополучие. Семья находится под опекой государства и общества.

На сегодняшний день многочисленные исследования посвящены изучению семьи и семейных взаимоотношений. В нашей работе посредством методики изучения мотивации по отношению к поддержке и одобрению были изучены дети подросткового и юношеского возраста, воспитывающиеся в разных семьях. Цель методики заключалась в выявлении мотивации по отношению к потребности в поддержке и одобрении со стороны близких, которые играют важную роль в выполнении той или иной деятельности. Данная потребность присуща всем подросткам и детям юношеского возраста, т. к. одобрение взрослых, поддержка и признание достоинств, достижений ребёнка дают мощный мотивационный толчок в их деятельности.

Методика изучения мотивации по отношению к поддержке была разработана американскими психологами Д. Крауном и Д. Марлоу в 1960–1964 годах. Разработанная ими шкала изучения мотивации по отношению к поддержке была адаптирована с учётом нашего менталитета и проведена среди девочек и мальчиков подросткового и юношеского возраста. Узбекский вариант методики состоит из 20 утверждений, за каждый ответ, совпадающий с ключом, начисляется 1 балл.

Лист ответов сделан так, чтобы можно было подсчитать количество «да» и «нет» в соответствии с ключом по следующим параметрам.

При ответах «да» на вопросы 1, 2, 3, 4, 5, 8, 11, 14, 15, 16, 20 и при любом ответе «нет» на вопросы 6, 7, 9, 10, 13, 17, 18, 19 присваивается 1 балл.

Общий показатель мотивации в поддержке оценивается в диапазоне от 0 до 20. Высокий показатель свидетельствует о том, что у испытуемого потребность в мотивационной поддержке велика, т. е. в процессе общения одобрение и поддержка его достоинств очень для него важны.

Необходимо учесть, что в семейных взаимоотношениях мотивационная поддержка ребёнка со стороны взрослых развивает его коммуникационные способности, которые помогают ему справиться с конфликтными ситуациями.

Данный опросник был апробирован на детях подросткового и юношеского возраста, воспитывающихся в полных и неполных семьях. Как подчёркивалось выше, высокий показатель свидетельствует о сильной мотивации по отношению к поддержке и одобрению, а низкий показатель означает, что у данного респондента мотивация низкая, т. е. испытуемый эмоционально независим от окружающих, но потребность в одобрении у него, скорее всего, внутренняя.

В таблице № 1, приведённой ниже, даются среднеарифметические показатели ответов детей подросткового и юношеского возраста. Таблица наглядно демонстрирует то, что между девочками и мальчиками подросткового и юношеского возраста, воспитывающимися в полных и неполных семьях, в установках, касающихся мотивации социальной поддержки, определённые различия не существенны.

К примеру, 44,4 % девочек из полных семей и 41,9 % из неполных семей выразили высокую мотивационную потребность в поддержке и одобрении, у мальчиков в полных и неполных семьях соответственно показатели были близки (44,0 % и 40,8 %).

Таблица № 1

Среднеарифметические показатели мотивации по отношению к поддержке и одобрению у детей подросткового и юношеского возраста (N = 275) (в %)

Мотивационная норма	Девочки (N = 176)				Мальчики (N = 99)			
	Полная семья (N = 90)		Неполная семья (N = 86)		Полная семья (N = 50)		Неполная семья (N = 49)	
	Средн. арифм. показат.	%	Средн. арифм. показат.	%	Средн. арифм. показат.	%	Средн. арифм. показат.	%
Высокая (15–20 б.)	16,8	37,8	17,7	29,1	15,4	44,0	16,7	40,8

Средняя (7–14 б.)	11,6	44,4	13,5	41,9	12,6	38,0	13,1	51,0
Низкая (0–6 б.)	4,4	17,8	3,9	29,1	5,5	18,0	3,3	8,2
Средний показатель	10,9	100	11,7	100,1	11,2	100	11,03	100

При сравнении баллов полученных данных, можно заметить, что среднеарифметический показатель у мальчиков из полных семей выше показателя 16,65, т. е. у них наблюдались показатели 16,8, 17,7 и 16,7. Кроме того, среднеарифметический балл 12,7 у испытуемых наблюдался только у детей из неполных семей, где соответственно были показатели 13,5 и 13,1.

Из этого можно сделать следующие выводы.

Во-первых, у мальчиков подросткового и юношеского возраста потребность в поддержке и одобрении со стороны окружающих выше, чем у девочек, т. к., несмотря на присутствующее «чувство взрослости», у детей наблюдается потребность в психологической поддержке. Такое состояние в основном наблюдается у детей из неполных семей, у девочек (17,7 баллов) – 29,1 %, у мальчиков (16,7 баллов) – 40,8 %.

Во-вторых, в общей выборке также можно заметить, что средние показатели (44 %) в мотивации поддержки у мальчиков из полных семей сравнительно выше (51,0 %). Это свидетельствует о том, что у детей из неполных семей потребность в поддержке и одобрении выше (51 %), чем у детей из полных семей (38 %). Низкие показатели (8,2 %) почти не наблюдаются у детей из неполных семей.

В третьих, при сравнении показателей девочек необходимо учесть, что у девочек из полных семей потребность в поддержке выше, т. е. только у 17,8 % девочек из полных семей потребность в поддержке и одобрении ниже, а у их сверстниц из неполных семей этот показатель составил 29,1 %. Это означает, что девочки из неполных семей под влиянием матери, а также подражая ей, стараются быть независимыми, самостоятельными.

В четвёртых, положительную роль в воспитании девочек играет и то, что мать-одиночка старается формировать у девочек независимость и уверенность. Хотя мать опирается и надеется в основном на мальчиков, мальчики из неполных семей жаждут иметь отца и ищут поддержку, одобрение со стороны окружающих больше, чем девочки.

Средние показатели мотивации по отношению к поддержке и одобрению у детей подросткового и юношеского возраста отражены на рис. 1 и рис. 2.

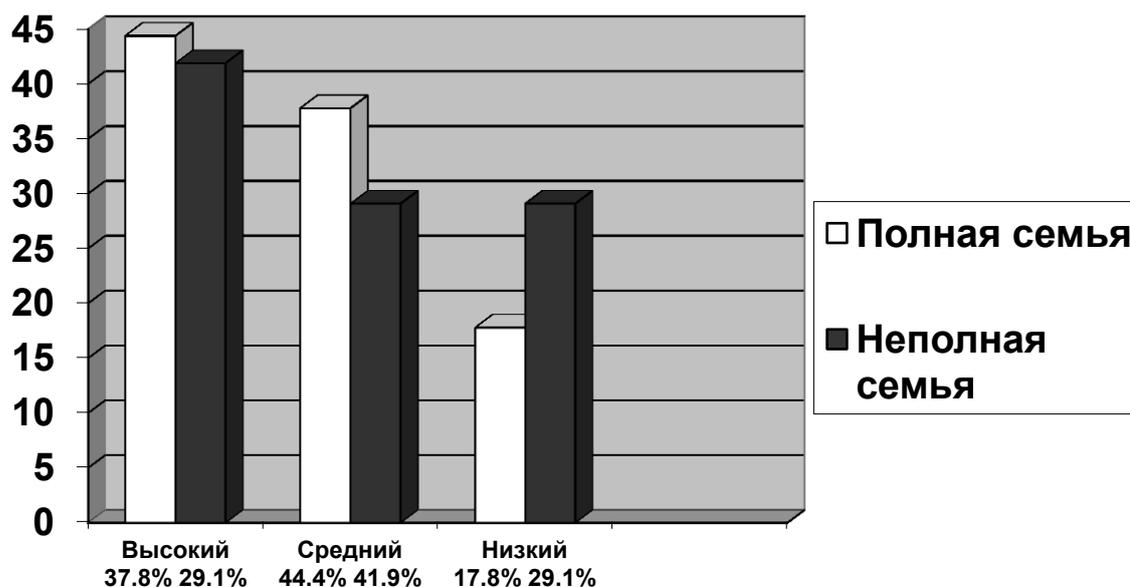


Рис. 1. Средние показатели мотивации по отношению к поддержке и одобрению у детей подросткового и юношеского возраста. Девочки (N = 176)

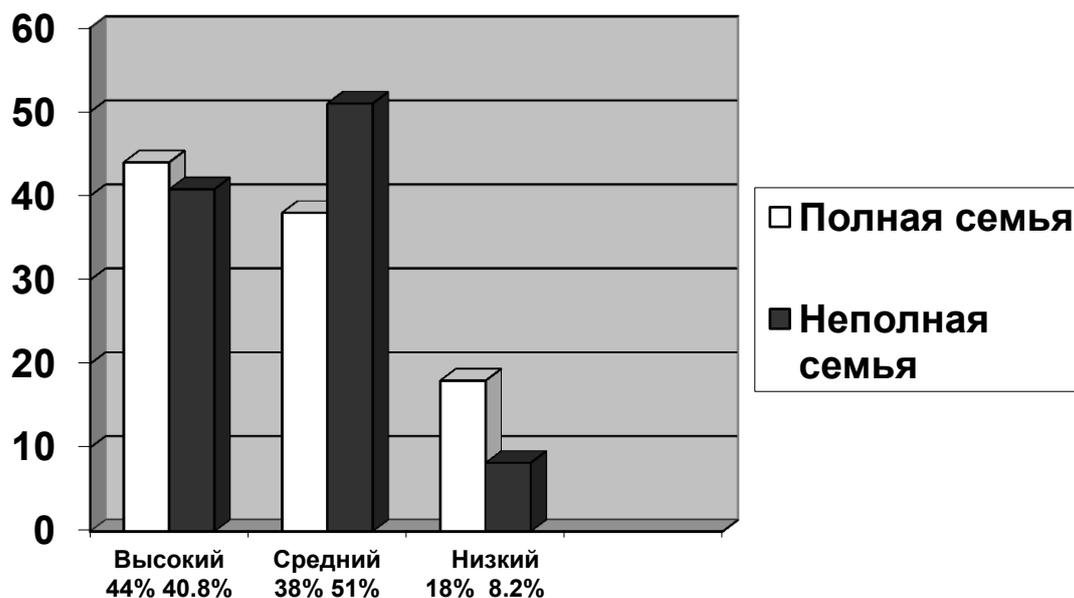


Рис. 2. Средние показатели мотивации по отношению к поддержке и одобрению у детей подросткового и юношеского возраста. Мальчики (N = 99)

Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что мальчики больше, чем девочки, острее ощущают нехватку отца именно в подростковом и юношеском возрасте. Возможно, это изменится, когда они повзрослеют, т. е. сила мотивации по отношению к поддержке и одобрению прямо пропорциональна самоуверенности и становлению личности ребёнка.

Библиографический список

1. Голод С. И. Стабильность семьи: социологический и демографический аспекты / под ред. Г. М. Романенковой. – Л., 1984. – 136 с.
2. Дружинин В. Н. Психология семьи. – 3-е изд. – СПб. : Питер, 2008.
3. Эйдемиллер Э. Г., Юстинский В. В. Семейная психотерапия. – Л., 1989. – 192 с.
4. Кон И. С. Психология юношеского возраста (Проблемы формирования личности) : учеб. пособие для студентов пед. ин-тов. – М. : Просвещение, 1979. – 175 с.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА

Е. Р. Коробейникова, Е. Ю. Шкатова

**Ижевская государственная медицинская академия,
г. Ижевск, Удмуртская Республика, Россия**

Summary. This paper presents the results of a study of psycho-emotional status of military age. The observation group were conscripts with gastroenterological diseases. To assess these indicators used questionnaires "Diagnosis rapid assessment health, activity and mood" (A. A. Karelin, 1999) and self-esteem scale anxiety Ch. D. Spielberg and Y. Hanin (1981).

Key words: person of military age; psycho-emotional status; gastroenterological diseases.

Введение. Для жизни современной молодёжи характерны высокое психоэмоциональное напряжение, информационные стрессы, частое нарушение режима труда, отдыха и питания, которые приводят к срыву процессов адаптации и развитию ряда заболеваний либо к обострению уже имеющихся патологических процессов. В Вооруженных Силах используется сложнейшая боевая техника, поэтому в настоящее время предъявляются высокие требования к психологическому и соматическому состоянию военнослужащих, а задача комплектования армии и флота здоровым пополнением вышла на государственный уровень [1, с. 37–38].

Цель исследования. Дать оценку психоэмоциональному статусу лиц призывного возраста.

Материалы и методы исследования. Был обследован 91 призывник, группу наблюдения составили 59 человек с патологией желудочно-кишечного тракта, группу сравнения – 32 практически здоровых призывника. Обследованные в обеих группах были в возрасте от 17 до 26 лет. В группе наблюдения 10 призывников были с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, 34 – с хроническим гастритом, 12 – с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, 3 – с дискинезией желчевыводящих путей. Исследование проводилось

методом анкетирования с использованием методик: «Диагностика оперативной оценки самочувствия, активности и настроения» (А. А. Карелин, 1999) и самооценка тревожности Ч. Д. Спилберга и Ю. Л. Ханина (1981) [2, с. 701].

Результаты. При изучении психоэмоционального статуса по анкете «САН» уровень самочувствия призывников составил в группе наблюдения $4,7 \pm 0,1$, сравнения – $5,5 \pm 0,1$ балла ($p < 0,001$); уровень активности – $3,9 \pm 0,1$ и $3,9 \pm 0,2$ балла соответственно ($p > 0,05$); настроения – $4,9 \pm 0,1$ и $5,8 \pm 0,1$ балла соответственно ($p < 0,001$). Самые низкие показатели были по шкале активности в обеих группах. Уровни самочувствия и настроения были достоверно выше в группе сравнения. Реактивная тревожность в наблюдаемых группах составила $27,4 \pm 1,0$ и $22,1 \pm 1,2$ балла соответственно ($p < 0,01$), личностная тревожность – $40,3 \pm 1,2$ и $36,7 \pm 1,7$ балла соответственно ($p > 0,05$). Установлен умеренный уровень личностной тревожности в обеих группах, с тенденцией к повышению в группе наблюдения.

Таким образом, у лиц призывного возраста статистически значимое влияние на психоэмоциональный статус оказывали низкое самочувствие и плохое настроение при повышенном уровне личностной тревожности. Полученные данные диктуют необходимость разработки лечебно-профилактических мероприятий, влияющих на коррекцию не только соматического состояния, но и психоэмоционального статуса.

Библиографический список

1. Боев В. М. и др. Эпидемиологические особенности заболеваемости подростков в Оренбургской области // Сб. науч. тр. Всерос. науч.-практ. конф. – Оренбург, 2003. – С. 37–38.
2. Ильин Е. П. Психология индивидуальных различий. – СПб. : Питер, 2004. – 701 с.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ПО ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОМУ СТАТУСУ

А. П. Яковлева, О. Н. Колосова, И. В. Шиц
Северо-Восточный федеральный университет
им. М. К. Аммосова, г. Якутск, Россия

Summary. In the present paper attempts to identify the physiological mechanisms underlying the deterioration of women's health, taking into account regional ecological-climatic features of Yakutia. Conducted a study of the health status of women of reproductive age depending on ethnicity, including the study of psycho-emotional status of the organism, nonspecific adaptive reactions and vegetative component functional adaptive systems. For the first time conducted a comparative study of the adaptive potential of practically healthy is not pregnant and pregnant women, and women with a pathology of pregnancy.

Key words: woman; pregnancy; stress; health.

Демографическую проблему можно решить путём сохранения, восстановления и защиты здоровья женщин репродуктивного возраста. Исследования, посвящённые изучению состояния здоровья женщин репродуктивного возраста, являются актуальными и зависят от влияния региональных особенностей на состояние психофизиологического статуса организма женщин.

Установлено, что у людей, проживающих в Якутии, наблюдается повышенное психоэмоциональное напряжение, возникает так называемый «синдром полярного напряжения» [1; 2].

В настоящей работе предпринята попытка выявления физиологических механизмов, лежащих в основе ухудшения здоровья женщин, с учётом региональных эколого-климатических особенностей Якутии. Проведено исследование состояния здоровья женщин репродуктивного возраста, включающее изучение психоэмоционального статуса организма и вегетативного компонента функциональных приспособительных систем. Впервые проведено сравнительное изучение адаптивного потенциала практически здоровых беременных женщин и женщин с патологией беременности.

Объектом исследования являлись добровольцы из числа практически здоровых небеременных (Ж) и беременных (БЖ) женщин, беременных женщин с патологией вынашивания ребёнка, находящихся на стационарном лечении (БЖП), в возрасте от 18 до 25 лет. Все исследования проводились в первой половине дня с 8.00 до 11.00 часов.

Полученные результаты исследования уровня психоэмоциональной напряжённости практически здоровых женщин указывают на наличие различий по этнической принадлежности: самый высокий процент эмоционально неустойчивых лиц – среди женщин-европеоидов (47 %). Здоровые женщины (30 %) в условиях Якутии

имеют низкий уровень лабильности нервной системы, что приводит к снижению возможности быстрого реагирования организма на вновь возникающие стрессирующие факторы. У более 72 % беременных практически здоровых женщин выявляется состояние эмоциональной устойчивости, характеризующееся отсутствием большой напряжённости функционирования организма, высоким адаптивным потенциалом, в то время как у БЖП, по сравнению с БЖ, в 2,5 раза выше количество женщин с высоким уровнем психоэмоционального напряжения.

Исследование состояния сердечно-сосудистой системы (ССС), как основной компенсаторно-приспособительной системы организма, указывает на то, что у практически здоровых женщин (Ж и БЖ), независимо от этнической принадлежности, деятельность системы кровообращения находится под превалирующим влиянием парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. У БЖП отмечается значительное усиление симпатической иннервации, что отражает напряжённое функциональное состояние организма, которое может привести к снижению резервных возможностей организма.

Наши исследования показали, что одной из причин патологии беременных женщин является снижение психоэмоциональной стабильности, коррелирующее с повышением уровня личностной тревожности, приводящее к чрезмерной активности симпатoadрeнaлoвoй системы, итогом которой является истощение резервов, дезадаптация организма и, как следствие, повышение риска психосоматических заболеваний, т. е. патологии беременности.

Библиографический список

1. Казначеев В. П. Современные аспекты адаптации. – Новосибирск : Наука, 1980. – 192 с.
2. Петрова П. Г., Кершенгольц Б. М., Колосова О. Н., Мельцер И. М. Влияние нарушений экологических равновесий на здоровье населения Севера на примере Республики Саха (Якутия) // Дальневосточный медицинский журнал. – 2001. – № 4. – С. 5–11.

РОЛЬ РОДИТЕЛЕЙ В ПОДГОТОВКЕ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ К ШКОЛЬНОМУ ОБУЧЕНИЮ

М. В. Шаповалов

**Карачаево-Черкесский республиканский институт
повышения квалификации работников образования,
г. Черкесск, Республика Карачаево-Черкесия, Россия**

Summary. in article, possibilities of parents in preparation of children with limited possibilities of health to training at school are shown.

Key words: children with limited possibilities of health; family with the disabled child; psychological support of children with limited possibilities of health.

В реализации национального проекта «Образование» особое место отведено мероприятиям раздела «Развитие дистанционного образования детей-инвалидов». Опыт работы регионов [4] по этому направлению свидетельствует о необходимости формирования у родителей мотивированного отношения к самообразованию по вопросам психолого-педагогической поддержки детей-инвалидов в условиях освоения ими компьютерных технологий дистанционного обучения.

Следует отметить, что в семьях детей-инвалидов и дети, и родители проявляют повышенный уровень тревожности в новых, ранее неизвестных условиях использования технического оборудования. Предвестниками этих страхов у ребёнка-инвалида могут быть переживания, связанные с соблюдением правил безопасности использования компьютера, требований квалифицированной эксплуатации комплексного оборудования, обеспечивающего бесперебойный процесс дистанционного обучения.

Вхождение ребёнка-инвалида в систему дистанционного обучения с необходимостью требует психолого-педагогической поддержки со стороны его родителей. Родителям детей с ограниченными возможностями здоровья могут быть предложены следующие рекомендации:

- сдерживать эмоциональные реакции, особенно в ситуации недовольства поведением ребёнка;
- ограничивать или не допускать категоричные слова и выражения, жёсткие оценки, упрёки, угрозы;
- контролировать речь, не манипулировать чувствами ребёнка, не унижать его;
- обустроить вместе с ребёнком его собственную «территорию» для занятий, для работы на компьютере, для игр, в целом – для уединения;
- составлять вместе с ребёнком распорядок его дня, способствовать формированию у ребёнка готовности к самоорганизации своей деятельности;
- определять с ребёнком круг его обязанностей, формирующих у него мотивацию к самоконтролю результатов деятельности.

Психолого-педагогическая поддержка ребёнка с ограниченными возможностями здоровья направлена, прежде всего, на достижение конкретных результатов освоения основной образовательной программы начального общего образования. Особо актуально для детей с ограниченными возможностями здоровья достижение таких результатов, как:

- овладение способностью принимать и сохранять цели и задачи учебной деятельности;

– формирование умения планировать, контролировать и оценивать учебные действия в соответствии с поставленной задачей и условиями её реализации;

– формирование умения понимать причины успеха / неуспеха учебной деятельности и способности конструктивно действовать даже в ситуациях неуспеха;

– активное использование речевых средств и средств информационных и коммуникационных технологий (ИКТ) для решения коммуникативных и познавательных задач;

– использование различных способов поиска (в справочных источниках и открытом учебном информационном пространстве сети Интернет), сбора, обработки, анализа, организации, передачи и интерпретации информации в соответствии с коммуникативными и познавательными задачами и технологиями учебного предмета.

Типичной для современной школы является ситуация, когда у ребёнка с ограниченными возможностями здоровья не сформирована готовность к школе. Столкнувшись с трудностями школьного обучения, ребёнок утрачивает интерес к учебной деятельности, что усугубляет имеющиеся трудности, ведёт к поведенческим нарушениям. Постепенно школьная ситуация становится для ребёнка настолько проблемной, что становится необходимой специальная коррекционная работа.

Учёные [1] аргументированно доказали: для того, чтобы ребёнок смог усвоить учебный материал, необходимы педагогическая поддержка мотивации положительного эмоционального отношения к умственной деятельности; развитие привычки к самоконтролю, самопроверке результатов всех видов умственной деятельности.

Психолого-педагогическая поддержка родителей требует особого внимания к проблемам формирования у них актуально значимых ценностных ориентиров на достойную жизнь их семьи, всех членов семьи, в которой растёт ребёнок с ограниченными возможностями здоровья. Ценностные ориентиры родительской заботы о детях с ограниченными возможностями здоровья младшего школьного возраста не исключают желания видеть своего ребёнка успешным, социально ориентированным на полноценную жизнь, на жизнь с возможностями «без границ». Любящий, ответственный, мудрый родитель устремляет своего ребёнка на постижение своего предназначения, на благоразумие управлять самим собой, на вхождение в пространство реального события, на умение побеждать слабости и пороки, на потребность творить и самосовершенствоваться в гармонии с сущностью своего предназначения, быть уникальной и самоценной личностью. Такие родители помогают ребёнку с ограниченными возможностями здоровья постигать ресурсы своих безграничных возможностей в мире конструктивной созидательной жизни человека культуры достоинства.

Библиографический список

1. Бурменская Г. В., Карабанова О. А., Лидерс А. Г. Возрастно-психологическое консультирование. Проблемы психического развития детей. – М. : МГУ, 1990.
2. Варга А. Я. Системная семейная психотерапия. Краткий лекционный курс. – СПб. : Речь, 2001.
3. Овчарова Р. В. Психология родительства : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М. : Академия, 2005.
4. Реализация здоровьесберегающих технологий в образовательном пространстве современной школы : сб. ст. / под ред. И. В. Плющ, Г. С. Чесноковой. – Новосибирск : НИПКи ПРО, 2008.

**План международных конференций,
проводимых вузами России, Азербайджана, Армении,
Белоруссии, Болгарии, Ирана, Казахстана, Польши,
Украины и Чехии на базе НИЦ «Социосфера»
в 2013 году**

Все сборники будут изданы в чешском издательстве
Vědecko vydavatelské centrum «Sociosféra-CZ» (Прага)

5–6 июня 2013 г. III международная научно-практическая конференция **«Права и свободы человека: проблемы реализации, обеспечения и защиты»** (К-06.05.13)

7–8 июня 2013 г. Международная научно-практическая конференция **«Социогуманитарные и медицинские аспекты развития современной семьи»** (К-06.07.13)

10–11 сентября 2013 г. IV международная научно-практическая конференция **«Проблемы современного образования»** (К-09.10.13)

15–16 сентября 2013 г. III международная научно-практическая конференция **«Новые подходы в экономике и управлении»** (К-09.15.13)

20–21 сентября 2013 г. III международная научно-практическая конференция **«Традиционная и современная культура: история, актуальное положение, перспективы»** (К-09.20.13)

25–26 сентября 2013 г. Международная научно-практическая конференция **«Проблемы становления профессионала»** (К-09.25.13)

28–29 сентября 2013 г. Международная научно-практическая конференция **«Этнокультурная идентичность как стратегический ресурс самосознания общества в условиях глобализации»** (К-09.28.13)

1–2 октября 2013 г. III международная научно-практическая конференция **«Иностранный язык в системе среднего и высшего образования»** (К-10.01.13)

5–6 октября 2013 г. Международная научно-практическая конференция **«Семья в контексте педагогических, психологических и социологических исследований»** (К-10.05.13)

10–11 октября 2013 г. IV международная научно-практическая конференция **«Современная психология на перекрестке естественных и социальных наук: проблемы междисциплинарного синтеза»** (К-10.10.13)

15–16 октября 2013 г. III международная научно-практическая конференция **«Личность, общество, государство, право. Проблемы соотношения и взаимодействия»** (К-10.15.13)

20–21 октября 2013 г. Международная научно-практическая конференция **«Трансформация духовно-нравственных процессов в современном обществе»** (К-10.20.13)

25–26 октября 2013 г. III международная научно-практическая конференция **«Социально-экономическое, социально-политическое и социокультурное развитие регионов»** (К-10.25.13)

28–29 октября 2013 г. Международная научно-практическая конференция **«Социализация и воспитание подростков и молодежи в институтах общего и профессионального образования: теория и практика, содержание и технологии»** (К-10.28.13)

1–2 ноября 2013 г. III международная научно-практическая конференция **«Религия – наука – общество: проблемы и перспективы взаимодействия»** (К-11.01.13)

3–4 ноября 2013 г. Международная научно-практическая конференция **«Профессионализм учителя в информационном обществе: проблемы формирования и совершенствования»** (К-11.03.13)

5–6 ноября 2013 г. IV международная научно-практическая конференция **«Актуальные вопросы социальных исследований и социальной работы»** (К-11.05.13)

10–11 ноября 2013 г. II международная научно-практическая конференция **«Дошкольное образование в стране и мире: исторический опыт, состояние и перспективы»** (К-11.10.13)

15–16 ноября 2013 г. Международная научно-практическая конференция «**Проблемы развития личности**» (К-11.15.13)

20–21 ноября 2013 г. III международная научно-практическая конференция «**Подготовка конкурентоспособного специалиста как цель современного образования**» (К-11.20.13)

25–26 ноября 2013 г. II международная научно-практическая конференция «**История, языки и культуры славянских народов: от истоков к грядущему**» (К-11.25.13)

1–2 декабря 2013 г. III международная научно-практическая конференция «**Практика коммуникативного поведения в социально-гуманитарных исследованиях**» (К-12.01.13)

5–6 декабря 2013 г. II международная научно-практическая конференция «**Актуальные вопросы теории и практики лингвострановедческой лексикографии**» (К-12.05.13)

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 преподавателю
- В помощь учителю
- В помощь соискателю

Объем журнала – 80–100 страниц.

Периодичность выпуска – 4 раза в год (март, июнь, сентябрь, декабрь).

Главный редактор – Б. А. 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, профессор (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 (Пен-

за, Россия), Голандам А. К., преподаватель кафедры 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. Каждая статья должна иметь УДК (см. www.vak-journal.ru/spravochnikudc/; 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.com> 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, N-ский край, Россия**

**QUESTIONS OF SOCIAL AND ECONOMIC DEVELOPMENT
OF SEMIRECHENSK IN XVIII–XIX
IN VIEW OF LOCAL PERIODICAL PRESS**

I. I. Ivanov

**Semirechensk Institute of Economics and Law,
Semirechensk, N-sk region, 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 источниковую 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. : Издательство «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!

Тел. (8412) 21-68-14, e-mail: sociosphere@yandex.ru

Главный редактор – Дорошин Борис Анатольевич.

Генеральный директор НИЦ «Социосфера» –

Дорошина Илона Геннадьевна.

**ИЗДАТЕЛЬСКИЕ УСЛУГИ НИЦ «СОЦИОСФЕРА» –
VĚDECKO VYDAVATELSKÉ CENTRUM «SOCIOSFÉRA-CZ»**

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.

Книги могут быть изданы в Чехии
(в выходных данных издания будет значиться –
Прага: Vědecko vydavatelské centrum «Sociosféra-CZ»)
или в России
(в выходных данных издания будет значиться –
Пенза: Научно-издательский центр «Социосфера»)

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 «Премиум» включает:

- редактирование и корректуру текста,
- изготовление оригинал-макета,
- дизайн обложки,
- печать мягкой цветной обложки,
- печать тиража в типографии,
- присвоение ISBN,
- обязательная отсылка 5 экземпляров в ведущие библиотеки Чехии или 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 (210х297 мм). Поля: левое – 3 см; остальные – 2 см; интервал 1,5; отступ 1,25; размер (кегель) – 14; тип – Times New Roman.

Тираж включает экземпляры, подлежащие обязательной отсылке в ведущие библиотеки Чехии (5 штук) или в Российскую книжную палату (16 штук).

Другие варианты будут рассмотрены в индивидуальном порядке.

Научно-издательский центр «Социосфера»
ФГНУ «Институт психолого-педагогических проблем детства»
Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет

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

Материалы III международной научно-практической конференции 20-21 апреля 2013 года

Редактор Л. И. Дорошина
Корректор Ж. В. Кузнецова
Оригинал-макет И. Г. Балашовой
Дизайн обложки Ю. Н. Банниковой

Подписано в печать 28.05.2013. Формат 60x84/16.
Бумага писчая белая. Учет.-изд. л. 5,47 п. л.
Усл.-печ. л. 5,08 п. л.
Тираж 100 экз.

Vědecko vydavatelské centrum «Sociosféra-CZ», s.r.o.:
U dálnice 815/6, 155 00, Praha 5 – Stodůlky.
Tel. +420608343967,
web site: <http://sociosphaera.com>,
e-mail: sociosphaera@yandex.ru

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