

**Материалы  
IX Всероссийского форума  
«Здоровье нации – основа процветания России»**

УДК 614.2 (470) (082)  
ББК 51.1 (2Рос) я43  
З-46

**З-46      Материалы IX Всероссийского форума «Здоровье нации – основа процветания России», Москва, 2015, с. 551**

ISBN 978-5-9900705-5-4



9 785990 070554

© Авторский коллектив, 2015

# СОДЕРЖАНИЕ

<b>НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ КОНГРЕСС «БОРЬБА С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ – ВКЛАД ГОСУДАРСТВА, ГРАЖДАНСКОГО ОБЩЕСТВА И ЧЕЛОВЕКА» . . . . .</b>	<b>11</b>
<b>ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИЕ АРИТМИИ. ВНЕЗАПНАЯ СЕРДЕЧНАЯ СМЕРТЬ.</b> Голухова Е.З. . . . .	12
<b>СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ КТ И МРТ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЦА И СОСУДОВ</b> Макаренко В.Н. . . . .	15
<b>РОЛЬ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА В ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ</b> Мальцева Г.С., Янов Ю.К. . . . .	17
<b>ПРОБЛЕМЫ МУЖСКОГО ЗДОРОВЬЯ КАК МИШЕНЬ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ССЗ: ВЗГЛЯД КАРДИОЛОГА</b> Мамедов М.Н. . . . .	20
<b>РОЛЬ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАСЕЛЕНИЯ</b> Поздняк А.О. . . . .	22
<b>СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РОССИИ</b> Попович Л.Д., Потапчик Е.Г. . . . .	26
<b>ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ГРУППАХ ВЫСОКОГО РИСКА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА</b> Школьникова М.А., Ковалёв И.А. . . . .	35
<b>РОЛЬ РОССИЙСКОГО КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА В БОРЬБЕ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В РОССИИ</b> Шляхто Е.В. . . . .	42
<b>ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ В КОНТЕКСТЕ СОЦИАЛИЗАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ: ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ» . . . . .</b>	<b>44</b>
<b>ТЕАТРАЛЬНО-ИГРОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАК СРЕДСТВО СОЦИАЛИЗАЦИИ ВОСПИТАННИКОВ С ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО ДОМА</b> Абдурахманова А.В., Чеканова О.И., Третьякова Л.В. . . . .	45

<b>РАБОТА ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК И ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В МБОУ СОШ № 3 г. ВЯЗЬМЫ СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ</b> Алексеева Н.Н., Гусарова Ф.С. . . . .	48
<b>САМООРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЖИЗНЕННОГО ПРОСТРАНСТВА ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ</b> Алябьева А.А. . . . .	60
<b>СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РЕГИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ ФИЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНОГО ПРОФИЛЯ НА ОСНОВЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ДОМИНАНТЫ</b> Антошкина Т.А., Потапова И.И. . . . .	64
<b>ВАЛЕОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА ПЕДАГОГОВ В ШКОЛЕ</b> Афанасьева Т.Г. . . . .	68
<b>ВОЛОНТЕРСКОЕ ДВИЖЕНИЕ В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ КАК РЕСУРС ПОПУЛЯРИЗАЦИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ</b> Балицкая Н.Ю. . . . .	72
<b>АПРОБАЦИЯ РЕГИОНАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДОШКОЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ</b> Бочарова Н.И., Потапова И.И. . . . .	74
<b>ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТНОГО ПОДХОДА В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У ОБУЧАЮЩИХСЯ</b> Булатова Т.Е. . . . .	80
<b>ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ: СПЕЦИФИКА РАБОТЫ С ДЕТЬМИ-ИНВАЛИДАМИ, ДЕТЬМИ С ОВЗ И ИХ СЕМЬЯМИ</b> Гальцева Н.Ф. . . . .	86
<b>СЕТЕВОЕ ПРОЕКТИРОВАНИЕ ИННОВАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ КУЛЬТУРЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ОБУЧАЕМЫХ И ВОСПИТАННИКОВ</b> Гладышева О.С. . . . .	93
<b>РИТМИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ КАК СРЕДСТВО ПРЕОДОЛЕНИЯ НЕДОСТАТКОВ ПСИХОМОТОРНОЙ СФЕРЫ ДЕТЕЙ С ПРОБЛЕМАМИ РАЗВИТИЯ</b> Гоголева Г.С. . . . .	103
<b>ИЗУЧЕНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ И ОТНОШЕНИЯ К ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ</b> Губарева В.А., Захарова Е.В., Клишунова Л.В. . . . .	108
<b>СИСТЕМА ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ В ВУЗЕ</b> Двоеносов В.Г. . . . .	110

<b>ПОДХОДЫ, ФОРМЫ, МЕТОДЫ И ТЕХНОЛОГИИ РАБОТЫ ТЬЮТОРА В ОБЛАСТИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ И ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ</b>	
Дегтярева Т.О., Готская А.И. . . . .	.114
<b>ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЕ КАК ОСНОВНОЙ НАВЫК ЖИЗНИ ШКОЛЬНИКА: УПРАВЛЕНЧЕСКИЙ АСПЕКТ</b>	
Дервягина Н.В. . . . .	.123
<b>ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ В ИНФОРМАЦИОННОЙ СРЕДЕ КАК СФЕРА ОТВЕТСТВЕННОСТИ СИСТЕМЫ ОБРАЗОВАНИЯ</b>	
Дзятковская Е.Н. . . . .	.127
<b>ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ВОСПИТАНИИ ДЕТЕЙ-СИРОТ И ДЕТЕЙ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ</b>	
Дуплякина С.В. . . . .	.137
<b>ОБ ОСОБЕННОСТЯХ РЕАЛИЗАЦИИ СУБЪЕКТНО-ДЕЯТЕЛЬНОСТНОГО ПОДХОДА В ПРОЕКТЕ «ЗДОРОВОЕ ПОКОЛЕНИЕ»</b>	
Дыхан Л.Б., Векслер А.Ф. . . . .	.140
<b>РАЗВИТИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ ПЕДАГОГОВ В ОБЛАСТИ ФОРМИРОВАНИЯ КУЛЬТУРЫ ЗОЖ В УСЛОВИЯХ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ</b>	
Елагина М.Ю., Звездина Г.П. . . . .	.150
<b>КОНЦЕПЦИЯ РАЗВИТИЯ ЗДОРОВЬЕОРИЕНТИРОВАННОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ (НА МАТЕРИАЛЕ ШКОЛ БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ)</b>	
Ирхин В.Н., Богачева Е.А. . . . .	.153
<b>ФОРМИРОВАНИЕ ОСНОВ КУЛЬТУРЫ ЗДОРОВОГО И БЕЗОПАСНОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ УЧАЩИХСЯ – СОСТАВЛЯЮЩИЙ КОМПОНЕНТ СОЦИАЛИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ</b>	
Казин Э.М., Абаскалова Н.П., Федоров А.И., Свиридова И.А. . . . .	.168
<b>ЗНАЧЕНИЕ ЗАНЯТИЙ ПО ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ ДЛЯ СОЦИАЛИЗАЦИИ СТУДЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА</b>	
Капилевич Л.В., Давлетьярова К.В., Ильин А.А. . . . .	.177
<b>СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ У НИХ ЗДОРОВОГО И БЕЗОПАСНОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ</b>	
Кисляков П.А., Силаева О.А. . . . .	.182

<b>ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЕТЕНТНОСТНОГО ПОДХОДА К ФОРМИРОВАНИЮ У ОБУЧАЮЩИХСЯ ЛИЧНОСТНЫХ РЕСУРСОВ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ РАЗВИТИЕ ЦЕННОСТЕЙ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ КАК ОДНОГО ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ СОЦИАЛИЗАЦИИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ ВУЗА (НА ПРИМЕРЕ ПЕНЗЕНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО ТЕХНОЛОГИЧЕСКОГО УНИВЕРСИТЕТА)</b>	
Козлова Н.В., Тимонина Т.А. . . . .	.187
<b>ЗДРАВООСОЗДАТЕЛЬНЫЙ МЕМОРАНДУМ ПРАВИТЕЛЬСТВУ РОССИИ</b>	
Колбанов В.В. . . . .	.191
<b>РАЗВИТИЕ ЛИЧНОСТНЫХ КАЧЕСТВ И ИНТЕРЕСА К ПРЕДМЕТУ «ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА» У СТУДЕНТОВ, ОСВОБОЖДЕННЫХ ОТ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ, В ПРОЦЕССЕ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ</b>	
Крылова А.С. . . . .	.199
<b>ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ОБУЧАЮЩИХСЯ КАК РЕАЛИЗАЦИЯ СОЦИАЛИЗИРУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ ОБРАЗОВАНИЯ</b>	
Ле-ван Т.Н., Осокина Е.С. . . . .	.201
<b>«ШКОЛА ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ» КАК МОДЕЛЬ «КРУЖКА КАЧЕСТВА» ПО ФОРМИРОВАНИЮ КУЛЬТУРЫ ЗДОРОВЬЯ В МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОМ КОЛЛЕДЖЕ</b>	
Литвинова Н.И. Алимущкина Ю.А., Шумова А.Л., Журавлева Т.П., Кузнецова Л.Е. . . . .	.211
<b>СУЩНОСТЬ И СТРУКТУРА ЗДОРОВЬЕСОЗДАЮЩЕГО ПОТЕНЦИАЛА ЛИЧНОСТИ: ВЕКТОРНО-КОНТЕКСТУАЛЬНЫЙ И ХОЛИСТИЧЕСКИЙ ПОДХОДЫ</b>	
Маджуга А.Г., Давлетшина Р.М. . . . .	.214
<b>ФРАКТАЛЬНО-РЕЗОНАНСНЫЙ ПОДХОД КАК МЕТОДОЛОГИЯ СОВРЕМЕННОГО ГУМАНИТАРНОГО ЗНАНИЯ</b>	
Маджуга А.Г., Салимова Л.Х., Синицина И.А. . . . .	.223
<b>ДИАГНОСТИКА УТОМЛЕНИЯ ДЕТЕЙ ПРИ ИХ ЗАНЯТИЯХ НА КОМПЬЮТЕРЕ</b>	
Макарова Л.В., Лукьянец Г.Н. . . . .	.232
<b>АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ФОРМИРОВАНИЯ ОСНОВ КУЛЬТУРЫ ПИТАНИЯ У СОВРЕМЕННЫХ ШКОЛЬНИКОВ</b>	
Макеева А.Г. . . . .	.236
<b>КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ ЗДОРОВЬЕСОЗДАЮЩЕГО ВОСПИТАНИЯ</b>	
Малярчук Н.Н. . . . .	.242
<b>ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНФОРМАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИХ ПОСОБИЙ НА ЗАНЯТИЯХ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ В ТЕХНИЧЕСКОМ ВУЗЕ</b>	
Мугаттарова Э.Р. . . . .	.251

<b>К ВОПРОСУ О ФЕНОМЕНЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ КАК ПРИРОДНОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ МЕРЕ БЫТИЯ</b>	
Павлова М.А. . . . . .	.255
<b>ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ В УСЛОВИЯХ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЙ БАЗЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ</b>	
Панкова Н.Б. . . . . .	.261
<b>ФОРМИРОВАНИЕ КУЛЬТУРЫ ЗДОРОВЬЯ В ВУЗЕ</b>	
Потапчук А.А. . . . . .	.267
<b>МЕТОДИКА РАЗВИТИЯ И КОРРЕКЦИИ ПСИХОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ И ФИЗИЧЕСКИХ СПОСОБНОСТЕЙ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ</b>	
Правдов М.А., Шмелева Е.А., Корнев А.В.. . . . .	.269
<b>О СОВРЕМЕННЫХ ВОЗМОЖНОСТЯХ ФОРМИРОВАНИЯ ВИДЕОЭКРАННОЙ КУЛЬТУРЫ И УСТАНОВКИ НА ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ</b>	
Смирнов Н.К. . . . . .	.274
<b>ШКОЛА ВОЛОНТЕРСКОГО АКТИВА «ЗДОРОВАЯ ИНИЦИАТИВА» НА БАЗЕ МАРИЙСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УНИВЕРСИТЕТА</b>	
Смышляева Т.В., Дорогова Ю.А., Рыбакова С.В. . . . .	.279
<b>ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ПРОСТРАНСТВА ДЛЯ ШКОЛЬНИКОВ В МУНИЦИПАЛЬНОМ ОБРАЗОВАНИИ, ВКЛЮЧАЯ ПОВЫШЕНИЕ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ, НА ОСНОВЕ 20-ЛЕТНЕГО ОПЫТА УЧАСТИЯ ГОРОДА В ПРОЕКТЕ ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «ЗДОРОВЫЕ ГОРОДА»</b>	
Теслева И.М., Зимина Е.А., Петрова С.Г. . . . . .	.282
<b>ГОТОВНОСТЬ ОБУЧАЮЩИХСЯ К ЗДОРОВЬЕОРИЕНТИРОВАННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ КАЧЕСТВА РАБОТЫ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ В ОБЛАСТИ СОХРАНЕНИЯ, УКРЕПЛЕНИЯ И ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ ЗДОРОВЬЯ</b>	
Третьякова Н.В. . . . . .	.294
<b>КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К СОЗДАНИЮ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ КАК ОСНОВЫ СОХРАНЕНИЯ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ</b>	
Тюмасева З.И. . . . . .	.304
<b>АНАЛИЗ ДОСУГОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МОЛОДЕЖИ В КОНТЕКСТЕ ГАРМОНИЧНО РАЗВИТОЙ ЛИЧНОСТИ</b>	
Хасигова А.С., Уртаева А.А. . . . . .	.311
<b>УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО КОМПОНЕНТА ФГОС ОО</b>	
Шклярова О.А. . . . . .	.318

<b>СОЦИАЛИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ С ОВЗ В УСЛОВИЯХ ПАРТНЕРСТВА ВУЗА И КОРРЕКЦИОННОЙ ШКОЛЫ-ИНТЕРНАТА</b>	
Шмелева Е.А., Мальцева Л.Д., Лаврух Н.А. . . . .	324
<b>УСТОЙЧИВОСТЬ К РЕКЛАМЕ КАК ОДИН ИЗ МЕХАНИЗМОВ ФОРМИРОВАНИЯ У ОБУЧАЮЩИХСЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ</b>	
Шумова А.Л., Литвинова Н.И., Аблицов А.И., Пришвин В.И. . . . .	328
<b>ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РАЗВИТИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И МАССОВОГО СПОРТА, ПОВЫШЕНИЯ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ, ВНЕДРЕНИЯ ВСЕРОССИЙСКОГО ФИЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНОГО КОМПЛЕКСА «ГОТОВ К ТРУДУ И ОБОРОНЕ» (ГТО)».</b>	<b>. . . . . 331</b>
<b>О ХОДЕ ОРГАНИЗАЦИОННО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ЭТАПА ВНЕДРЕНИЯ ВСЕРОССИЙСКОГО ФИЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНОГО КОМПЛЕКСА «ГОТОВ К ТРУДУ И ОБОРОНЕ» (ГТО)</b>	
Бабкин В.В., Коляскина Т.Ю. . . . .	332
<b>ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПО ПОДГОТОВКЕ НАСЕЛЕНИЯ К ВЫПОЛНЕНИЮ НОРМАТИВОВ И ТРЕБОВАНИЙ КОМПЛЕКСА «ГОТОВ К ТРУДУ И ОБОРОНЕ» В РАЗЛИЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ</b>	
Гаркавенко В.А, Перова Е.И. . . . .	337
<b>МАССОВЫЙ СПОРТ КАК ФАКТОР ПУБЛИЧНОЙ ДИПЛОМАТИИ</b>	
Долматова Т.В. . . . .	342
<b>ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ СРЕДСТВАМИ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И СПОРТА</b>	
Еремин М.В. . . . .	346
<b>ИСТОРИЧЕСКИЙ ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ МЕХАНИЗМОВ ГОСУДАРСТВЕННОГО УПРАВЛЕНИЯ В СФЕРЕ РАЗВИТИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И МАССОВОГО СПОРТА</b>	
Лукичев К.Е. . . . .	351
<b>ВСЕРОССИЙСКИЙ ФИЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНЫЙ КОМПЛЕКС «ГОТОВ К ТРУДУ И ОБОРОНЕ» В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ РАЗВИТИЯ МАССОВОГО СПОРТА И ФИЗКУЛЬТУРНОГО ДВИЖЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ</b>	
Перова Е.И. . . . .	363
<b>ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СПЕЦИАЛЬНЫХ УПРАЖНЕНИЙ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ГИБКОСТИ У ДЕВОЧЕК В ГРУППАХ НАЧАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ ПО ХУДОЖЕСТВЕННОЙ ГИМНАСТИКЕ</b>	
Тарасова Л.В., Куценко Ю.Е. . . . .	376



<b>РОЛЬ КОМПЛЕКСА ГТО В ФОРМИРОВАНИИ ГРАЖДАНСКОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА УРОВЕНЬ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ</b> Терентьев А.Е. . . . .	.379
<b>НАУЧНЫЕ ОСНОВЫ КОМПЛЕКСА ГТО, ПЕРСПЕКТИВЫ ЕГО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ И ПРОЦЕССА ВНЕДРЕНИЯ В СИСТЕМУ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ</b> Уваров В.А. . . . .	.383
<b>РАЗРАБОТКА И РЕАЛИЗАЦИЯ УЧЕБНЫХ ПРОГРАММ ПО ФИЗИЧЕСКОМУ ВОСПИТАНИЮ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ В СВЕТЕ ТРЕБОВАНИЙ НОВЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ СТАНДАРТОВ</b> Фильченков Д.А., Тиунова О.В. . . . .	.397
<b>КРУГЛЫЙ СТОЛ «ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ»</b> . . . . .	<b>.400</b>
<b>ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СТУДЕНТОВ И АСПИРАНТОВ ФАКУЛЬТЕТА ПСИХОЛОГИИ МГУ ИМЕНИ М.В. ЛОМОНОСОВА, НАПРАВЛЕННАЯ НА ОКАЗАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ, СТРАДАЮЩИМ РАЗЛИЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ</b> Долгих А.Г. . . . .	.401
<b>НАРУШЕНИЯ РЕГУЛЯЦИИ ЭМОЦИЙ У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ (НА МАТЕРИАЛЕ СРАВНИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗА ПАЦИЕНТОВ С РАЗНЫМИ ФОРМАМИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ)</b> Первичко Е.И. . . . .	.403
<b>РЕГУЛЯРНЫЕ ТВОРЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ КАК ОСНОВА НЕМЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ</b> Чурбанова С.М. . . . .	.413
<b>НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ КОНГРЕСС «ОБЕСПЕЧЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ БЕЗОПАСНЫМИ И КАЧЕСТВЕННЫМИ ПРОДУКТАМИ ПИТАНИЯ»</b> . . . . .	<b>.417</b>
<b>ПИТАНИЕ МАЛОИМУЩИХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ</b> Камбаров А.О. . . . .	.418

**ИТОГИ РЕАЛИЗАЦИИ КОНЦЕПЦИИ РАЗВИТИЯ ВНУТРЕННЕЙ  
ПРОДОВОЛЬСТВЕННОЙ ПОМОЩИ И РАЗРАБОТКА МЕРОПРИЯТИЙ  
ПО ОКАЗАНИЮ АДРЕСНОЙ ПРОДОВОЛЬСТВЕННОЙ ПОМОЩИ  
В САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

Кудашова Н.Н. . . . . . 423

**РАЗВИТИЕ ОТРАСЛИ ДЕТСКОГО ПИТАНИЯ КАК ОСНОВА ДЛЯ СИСТЕМЫ  
МЕРОПРИЯТИЙ ПО СОХРАНЕНИЮ И УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО  
И ПОДРОСТКОВОГО НАСЕЛЕНИЯ**

Симоненко С.В. . . . . . 424

**ЖИР КАК КОМПОНЕНТ РАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ**

Султанович Ю.А. . . . . . 431

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ КОНГРЕСС**

**«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ САНИТАРНО-  
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» . . . . . 437**

**ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ  
ПОМОЩИ, С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БАКТЕРИОФАГОВ**

Акимкин В.Г., Дроздова О.М., Брусина Е.Б., Зуева Л.П., Федорова Л.С. . . . . . 438

**ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОЛОГИИ ОЦЕНКИ РИСКА ЗДОРОВЬЮ НАСЕЛЕНИЯ  
ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО  
БЛАГОПОЛУЧИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Верещагин А.И., Аксенова О.И., Калиновская М.В. . . . . . 439

**ОБЕСПЕЧЕНИЕ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ  
ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КУЛЬТУРНЫХ И МАССОВЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В ПЕРИОД  
ПРАЗДНОВАНИЯ 700-ЛЕТИЯ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПРЕПОДОБНОГО СЕРГИЯ  
РАДОНЕЖСКОГО**

Гавриленко О.Л., Пронина Т.К. . . . . . 444

**О РЕЗУЛЬТАТАХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ  
ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ И ФАКТОРАХ ВНУТРИШКОЛЬНОЙ СРЕДЫ  
В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ**

Зайкова З.А., Помазкина Е.В., Бобкова Е.В. . . . . . 449

**ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПОТЕРЬ, СВЯЗАННЫХ С ПОТЕНЦИАЛЬНЫМ  
РИСКОМ, И ПРЕДОТВРАЩЕННОГО ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ НАСЕЛЕНИЯ,  
ОБУСЛОВЛЕННЫХ ВОЗДЕЙСТВИЕМ ФАКТОРОВ СРЕДЫ ОБИТАНИЯ**

Зайцева Н.В., Шур П.З., Голева О.И. . . . . . 451

<b>ОПЫТ РОССИИ ПО ОЦЕНКЕ И УПРАВЛЕНИЮ РИСКАМИ ЗДОРОВЬЮ НАСЕЛЕНИЯ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ ЗАГРЯЗНЯЮЩИХ ВЕЩЕСТВ С ПИЩЕВЫМИ ПРОДУКТАМИ</b>	
Зайцева Н.В., Шур П.З., Атискова Н.Г. . . . . .	.459
<b>БАКТЕРИОФАГИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПИЩЕВЫМ ПУТЕМ</b>	
Киселева И.А., Алешкин А.В., Воложанцев Н.В. . . . . .	.465
<b>ОЦЕНКА РИСКА ЗДОРОВЬЮ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ МАКРОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ</b>	
Лебедева-Несевря Н.А., Барг А.О., Кирьянов Д.А., Цинкер М.Ю. . . . . .	.471
<b>ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ НАНОБЕЗОПАСНОСТИ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ПРОМЫШЛЕННЫХ АЭРОЗОЛЕЙ</b>	
Луценко Л.А., Ильницкая А.В., Егорова А.М., Гвоздева Л.Л. . . . . .	.483
<b>ОРГАНИЗАЦИЯ И ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОГО НАДЗОРА И КОНТРОЛЯ ЗА ИСПОЛНЕНИЕМ ТРЕБОВАНИЙ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В ОБЛАСТИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ В ЧАСТИ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА ЭЛЕКТРОМАГНИТНЫХ ПОЛЕЙ, СОЗДАВАЕМЫХ ПЕРЕДАЮЩИМИ РАДИОТЕХНИЧЕСКИМИ ОБЪЕКТАМИ НА ТЕРРИТОРИИ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ</b>	
Микаилова О.М., Чигряй Е.К. . . . . .	.491
<b>ОЦЕНКА РИСКА ДЛЯ РАБОТАЮЩИХ КАК ОСНОВА БЕЗОПАСНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПЕСТИЦИДОВ В СЕЛЬСКОМ ХОЗЯЙСТВЕ</b>	
Ракитский В.Н., Ильницкая А.В., Березняк И. В. . . . . .	.496
<b>НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ ПУТЕМ БОРЬБЫ С НАСЕКОМЫМИ- ПЕРЕНОСЧИКАМИ ИХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ</b>	
Рославцева С.А. . . . . .	.502
<b>ЭЛЕКТРОННЫЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АТЛАС – СОВРЕМЕННАЯ СИСТЕМА ПРЕДСТАВЛЕНИЯ, ОЦЕНКИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ</b>	
Солнцев Л.А., Ефимов Е.И., Ершов В.И. . . . . .	.504
<b>НАУЧНОЕ И МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОГРАММЫ ЭЛИМИНАЦИИ КОРИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ</b>	
Тихонова Н.Т., Цвиркун О.В., Герасимова А.Г., Тураева Н.В., Мамаева Т.А., Шульга С.В., Ежлова Е.Б. . . . . .	.509
<b>ДОРМАНТНОЕ СОСТОЯНИЕ МИКРООРГАНИЗМОВ И ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ</b>	
Тутельян А.В., Гапонов А.М. . . . . .	.513

<b>НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА КЛЕЩЕВЫХ ИНФЕКЦИЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ: ДОСТИЖЕНИЯ, ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ</b>	
Шашина Н.И., Германт О.М. . . . .	.516
<b>НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДИАГНОСТИКИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ</b>	
Шемякин И.Г., Колесников А.В., Козырь А.В. . . . .	.518
<b>АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ</b>	
Шепелин А. П., Полосенко О.В., Дятлов И.А. . . . .	.522
<b>ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ В ПРОФПАТОЛОГИИ</b>	
Яцына И.В., Сааркоппель Л.М., Серебряков П.В., Федина И.Н. . . . .	.526
<b>НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ КОНГРЕСС «СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ» . . . . .</b>	<b>.532</b>
<b>СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ В СФЕРЕ ОБРАЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ. НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ И ПРОВЕДЕНИЕ КОНТРОЛЬНО-НАДЗОРНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ</b>	
Астапенко Е.М., Воробьева Е.А., Жирнов А.Д. . . . .	.533
<b>ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ. ОПЫТ, ПРОБЛЕМЫ РЕАЛИЗАЦИИ, ВЛИЯНИЕ НА ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ</b>	
Боброва С.В. . . . .	.535
<b>ЗАЩИТА ПРАВ ГРАЖДАН В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КОНТРОЛЯ. ОСНОВНЫЕ НАРУШЕНИЯ</b>	
Веселова Н.А. . . . .	.537
<b>ШКОЛА ПО ОРГАНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ОБЩЕСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ ДЛЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ОБЩЕСТВЕННЫХ СОВЕТОВ</b>	
Власов Я.В. . . . .	.539
<b>ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ОТДЕЛЬНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЯ» В ГОРОДЕ МОСКВЕ И МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ</b>	
Журавлев А.И. . . . .	.542

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ  
ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ**

Косенко В.В. . . . . .544

**ФАРМАКОНАДЗОР В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ**

Косенко В.В., Глаголев С.В., Горелов К.В., Врубель М.Е, Никитин Р.А. . . . . .547

**РЕЗУЛЬТАТЫ КОНТРОЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РОСЗДРАВНАДЗОРА ЗА  
СОБЛЮДЕНИЕМ ПРАВ ГРАЖДАН ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ  
НАСЕЛЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Рогинко Н.И., Дорофеев А.А. . . . . .550

**Научно-практический конгресс**  
**«Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями –**  
**вклад государства, гражданского общества и человека»**

## **ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИЕ АРИТМИИ. ВНЕЗАПНАЯ СЕРДЕЧНАЯ СМЕРТЬ.**

*Голухова Е.З.*

Руководитель Отделения неинвазивной аритмологии и хирургического лечения комбинированной патологии Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева, член-корреспондент РАН

Несмотря на существенное снижение уровня смертности в результате болезней сердца и сосудов, наблюдаемое в большинстве развитых стран в соответствующих возрастных группах в последние 40–50 лет, именно этот класс заболеваний остается наиболее часто встречаемой причиной естественной смерти. В России заболевания сердечно-сосудистой системы становятся причиной смерти в 56,7% случаев. Ежегодно в США сообщается о 300 – 400 тыс. случаев внезапной сердечной смерти (ВСС); они составляют большую часть всех летальных исходов в результате заболеваний сердца. ВСС определяют как естественную смерть, обусловленную кардиальными причинами и характеризующуюся внезапным развитием фатальных событий в течение одного часа с момента развития острых симптомов; возможно наличие предшествующего заболевания сердца, но время и характер развития смерти являются неожиданными.

Частота ВСС колеблется от 0,36 до 1,28 на 1000 жителей в год, причем этот показатель у подростков и молодых людей примерно в 100 раз меньше. В небольшой группе молодых пациентов случаи ВСС связаны в основном с относительно редкими генетически детерминированными заболеваниями, аномалиями строения ионных каналов, такими как синдром удлиненного интервала QT, синдром Brugada и другими, которые по существу характеризуются минимальными изменениями миокарда или же отсутствием последних.

Большинство случаев ВСС происходит вне клиники и зависит от возрастных и гендерных особенностей анализируемых групп, наличия сердечно-сосудистых заболеваний и других факторов. Популяционные исследования во многих странах продемонстрировали, что факторы риска ВСС преимущественно те же, что и для коронарной болезни и атеросклероза сосудов сердца – возраст, мужской пол, отягощенный семейный анамнез, повышенное содержание холестерина липопротеинов низкой плотности, артериальная гипертензия, курение и сахарный диабет. Однако кумулятивный риск, результирующий наличие всех перечисленных факторов, существенно превышает простую арифметическую сумму индивидуальных рисков. Относительно низкое кумулятивное значение этих наиболее часто используемых маркеров развития больших аритмических событий у конкретных индивидуумов стимулировало клиницистов к поиску более специфичных факторов, которые можно было бы использовать для стратификации риска. Таким образом, поиски эффективных стратегий для адекватной стратификации риска приобретают решающее значение. Если принять средний риск ВСС равным 1 на 1000, любые действия по снижению риска ВСС у 1 потенциальной жертвы должны быть адресованы и направлены на 999 пациентов, которым подобные фатальные события не угрожают.

Электрофизиологические механизмы остановки сердца могут быть представлены тахили или брадиаритмиями. Первые наиболее часто включают фибрилляцию желудочков (ФЖ) или

желудочковую тахикардию (ЖТ), дегенерирующую в ФЖ. Наиболее часто асистолия или электромеханическая диссоциация следует за периодом тахикардии.

В странах Запада ИБС и острый ИМ составляют около 80% случаев ВСС, 10–15% приходится на долю кардиопатий. ВСС является первым клиническим проявлением заболевания у 20–25% больных ИБС. Примерно у 75% внезапно умерших пациентов удается определить ранее перенесенный ИМ. Различают два наиболее часто встречаемых электрофизиологических паттерна, инициирующих развитие фатальных аритмий у больных ИБС, – желудочковые аритмии, пусковыми моментами развития которых является острая ишемия миокарда и желудочковые тахикардии, обусловленные наличием анатомического субстрата. Кроме того, известны и другие пусковые факторы аритмогенеза, прежде всего электролитные, метаболические и нейрогуморальные нарушения. Как бы то ни было, факторы, специфичные для развития фатальных аритмий, отражают динамично развивающиеся события и часто носят транзиторный характер.

Каскад патофизиологических механизмов, возникающих при ВСС, является результатом сложного взаимодействия между коронарными событиями, повреждением миокарда, вариациями вегетативного тонуса, метаболическими и другими особенностями, среди которых ключевая роль принадлежит развитию фатальных аритмий. Комбинация «уязвимого» миокарда и указанных факторов, играющих роль триггера, составляет фундаментальную электрофизиологическую концепцию формирования потенциально опасных аритмий. Роль триггера могут выполнять электрофизиологические факторы, острая ишемия, метаболические нарушения. Однако при отсутствии важнейшего звена – «уязвимого» миокарда – потенциальные триггеры (например, желудочковая экстрасистолия) могут быть абсолютно безопасны.

Представления кардиологов в отношении факторов риска ВСС и возможных путей предотвращения этого фатального события за последние годы претерпели драматические изменения. В значительной степени это обстоятельство является результатом проведения рандомизированных исследований, использующих ряд неинвазивных и инвазивных факторов риска в качестве критериев включения и оптимизации вариантов лечения. Соблюдение существующих рекомендаций привело к значительному снижению случаев ВСС и общей смертности при использовании имплантируемых кардиовертеров-дефибрилляторов (ИКВД), но большинство включенных в исследования пациентов не нуждались и впоследствии не получили электротерапию, то есть «спасительные» разряды имплантированных устройств. В то же время большинство фатальных событий произошло у лиц, ранее не имеющих симптомов и признаков заболевания сердца, которые не рассматривались как группа высокого риска.

Поскольку ВСС представляет мультифакторный синдром, для его профилактики используют различные направления, обеспечивающие, в первую очередь, адекватный уровень реперфузии, ограничение зоны рубца, модуляцию нейрогуморальных влияний, стабилизацию атеросклеротической бляшки, антиаритмическую и антифибрилляторную активность. Существуют следующие направления профилактики ВСС – это лекарственные средства без собственной электрофизиологической активности, сегодня к ним относят ингибиторы АПФ, блокаторы рецепторов альдостерона и липидоснижающие средства, содержащие высокую концентрацию  $\omega$ -3 полиненасыщенных жирных кислот. Другое направление связано с применением препаратов, обладающих определенными электрофизиологическими свойствами,



в том числе бета-блокаторов и амиодарона. Большинство исследований по использованию ИКВД для первичной и вторичной профилактики ВСС обнаружили позитивные результаты не только по снижению аритмических смертей, но и по снижению общей летальности и улучшению выживаемости больных. Внедрение в клиническую практику в течение трех последних десятилетий ИКВД вызвало революцию в лечении жизнеугрожающих аритмий. Эти исследования продемонстрировали превосходство данного подхода, по сравнению со стандартными вариантами лечения, в снижении частоты ВСС и общей летальности.

На сегодняшний день вопросы оптимизации стратификации риска по-прежнему остаются исключительно актуальными. В большинстве исследований по первичной профилактике внезапной сердечной смерти наиболее уязвимые пациенты не были идентифицированы даже при ретроспективном анализе. Вот почему поиски адекватных методов стратификации остаются исключительно актуальными. Не менее важным и значимым, по-видимому, является агрессивная и своевременная первичная и вторичная профилактика фатальных аритмий в группе высокого риска, а также доступность неотложных реанимационных мероприятий для населения в целом в широком смысле, включая автоматические дефибрилляторы и навыки проведения приемов поддержания жизнедеятельности.

## СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ КТ И МРТ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЦА И СОСУДОВ

*Макаренко В.Н.*

Руководитель рентгенодиагностического отдела и отделения рентгеновской компьютерной и магнитно-резонансной томографии НЦССХ им. А.Н. Бакулева, профессор

Невероятный прогресс технологий неинвазивной визуализации сердца и сосудов, который мы наблюдаем в последнее десятилетие, должен радикально изменить диагностические подходы при лечении безусловно социально значимой патологии являющейся причиной смерти в развитых странах, более чем в половине случаев.

Учитывая ограничения регламента нашей конференции и бескрайность обсуждаемой темы, считаю целесообразным обратить ваше внимание на следующие аспекты:

КТ и МРТ исследования сердца фактически имеют заметно более долгую историю чем исследования сосудистого русла например нижних конечностей. Здесь будет уместно вспомнить технологические разработки конца прошлого века эксклюзивный DSR и серийно выпускавшийся сверхбыстрый КТ, изначально предназначенных для исследования сердца. Накопленный опыт оказался чрезвычайно полезен, когда в клинике появились достаточно быстро работающие компьютерные томографы.

Хочу обратить ваше внимание на то, что все исследования о которых идет речь могут быть выполнены в амбулаторных условиях. Качественная и достоверная диагностика патологии сердца и сосудов с уникальными возможностями мониторинга изменений в ходе лечения и наблюдения за пациентом создает условия для пересмотра фактически всех диагностических алгоритмов.

Чрезвычайно важным аспектом использования технологий компьютерной томографии для исследования сердца и сосудов это разнообразные возможности оценки функциональных параметров.

Мировая тенденция роста использования МРТ для диагностики сердечно-сосудистой патологии, усовершенствование разработчиками имеющихся и появление новых программ для кардио-МР, рост числа современных МР-томографов в большинстве регионов России. В связи с этим встает вопрос о рациональном использовании МРТ для обследования пациентов с подозрением на патологию сердца и сосудов.

Современная МРТ сердца это: программы для оценки анатомии и геометрии; кино-программы для оценки функциональных параметров сердца; качественная и количественная оценка потоков с измерением градиентов давления и эффективной площади открытия; наглядное представление цветных карт скорости и направлений потока, возможность изучения геометрии кровотока; выявление очагов фиброзных изменений миокарда (отсроченное контрастирование).

Применение МР-контрастных препаратов во многом определяет значимость методики у пациентов с сердечно-сосудистой патологией и существенно выделяет МРТ на фоне других диагностических модулей. Уже имеются четкие рекомендации по применению МРТ при врожденных пороках сердца, при некоторых приобретенных пороках сердца, при инфаркте миокарда, при сердечной недостаточности, особенно вызванной прогрессированием различных кардиопатий. МРТ сердца выступает ведущим в решении определенных задач прежде всего из-за использования контрастных препаратов. В возможности оценки поражений миокарда различной природы и состоит индивидуальность и диагностическая значимость МРТ сердца.

Если объединить блоки диагностических задач, которые в большинстве случаев решаются именно с использованием МРТ сердца с контрастированием (МРТ с КУ), то можно выделить следующие: объемные / опухолевые образования сердца, средостения и грудной клетки в целом (диагностика, размеры, локализация, протяженность, тканевые характеристики, прогноз злокачественного процесса); коронарогенная патология (диагностика острых поражений, локализация, протяженность и объем рубцовой ткани, стресс-перфузия); некоронарогенная патология (МР-ангиография при врожденных пороках, оценка состояния миокарда при врожденных и приобретенных пороках до и после коррекции, поиск субстрата аритмий и его локализация, особенно перед аблацией, поиск воспалительных очагов, диагностика и диффдиагностика кардиомиопатий).

В заключение короткого сообщения по действительно необъятной теме представлю несколько клинических наблюдений из нашего опыта. Особо хочу обратить ваше внимание на высокое качество исследований и амбулаторный характер процедур. Уверен что повсеместное использование этих современных технологий способно изменить лицо нашей медицины.

## РОЛЬ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА В ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

*Мальцева Г.С., Янов Ю.К.*

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи» МЗ РФ, Санкт-Петербург

Трудно приуменьшить роль очаговой инфекции в развитии заболеваний сердечно-сосудистой системы (ССС) и, прежде всего, ревматической лихорадки, которую относят к постстрептококковым заболеваниям. В то же время в мире наблюдается рост заболеваемости ревматической лихорадкой. Важно отметить, что эта тенденция наблюдается как в развивающихся, так и в развитых странах.

Поэтому поиски оптимальных путей профилактики данного заболевания включают, в первую очередь, санацию инфекционных очагов. Наиболее часто резервуаром стрептококковой инфекции являются небные миндалины. Хронический тонзиллит (ХТ) является достаточно частым заболеванием среди трудоспособного населения. Так, по данным нашего института, частота ХТ среди работающего населения Санкт-Петербурга по результатам профилактических осмотров составляет от 22 до 44 случаев на 1000 осмотренных.

Исследования, проводимые в СПб НИИ уха, горла, носа и речи, направлены на оптимизацию диагностики и лечения ХТ, что, в свою очередь, способствует профилактике ряда СС заболеваний.

В последние десятилетия изменилось клиническое течение практически всех известных медицине заболеваний. Для инфекционно-аллергических заболеваний, к которым относят ХТ, это связано, прежде всего, с изменением среды обитания – ухудшением экологической обстановки, что повлекло за собой изменение состояния иммунитета, а также бесконтрольным применением антибактериальных препаратов, приведшим к возникновению изменчивых и более устойчивых штаммов микроорганизмов.

Мы проанализировали данные истории болезни примерно 1000 больных ХТ в возрасте от 16 лет и старше, обратившихся в наш институт в последние годы, с целью выяснить особенности клинического течения ХТ на современном этапе.

Оказалось, что только 1/5 больных (20,8%) имели в анамнезе ангины. У остальных 79,2% была безангинная форма ХТ, отличающаяся по клинической картине от ХТ с рецидивирующими ангинами. Больные не имели ангин с потерей трудоспособности, но качество их жизни было снижено из-за постоянных неприятных ощущений в горле, выделения пробок с гнилостным запахом. Достаточно часто наряду с этими жалобами в данной группе больных встречались длительный субфебрилитет, боли в суставах и сердце, заболевания почек.

Возможно, больные с данной формой ХТ перенесли стертую форму стрептококковой инфекции, которая оставила те же следы, что у больных с ангинами. Эти больные обращаются к оториноларингологу значительно позднее, чем больные ХТ с ангинами, когда наряду с

различными местными жалобами со стороны глотки появляются жалобы общего характера: длительный субфебрилитет, неопределенные боли в сердце, летучие боли в суставах и т. д.

Мы провели анализ 100 историй болезни пациентов с диагнозом паратонзиллярный абсцесс, то есть у больных с осложнениями ХТ. Оказалось, что только у 42% больных с паратонзиллярными абсцессами в анамнезе имелись указания на ангины. Причем, лишь у 14% из них паратонзиллярному абсцессу предшествовала ангина или сопровождала его. У остальных 58% больных паратонзиллярные абсцессы возникли на фоне безангинной формы вялотекущего ХТ. Указанные данные подтверждают положение о преобладании в настоящее время безангинной формы хронического тонзиллита, которая может привести к таким же осложнениям, как хронический тонзиллит с ангинами.

Несправедливо забыта и преуменьшается роль стрептококковой инфекции в этиологии ХТ несмотря на то, что этиологическая роль  $\beta$ -гемолитического стрептококка группы А (ГСА) хорошо доказана. В настоящее время внимание оториноларингологов к стрептококковой инфекции заметно упало. Не всегда оправданное щадящее отношение к небным миндалинам как иммунному органу отодвинуло на второй план положение о том, что небные миндалины могут быть очагом инфекции (не только стрептококковой).

Частота обнаружения ГСА при хроническом тонзиллите по данным разных авторов колеблется от 15 до 50%

Несмотря на то, что ГСА известен как экстрацеллюлярный патоген, он продуцирует и многочисленные инвазивные факторы, позволяющие проникать в тонзиллярные эпителиальные клетки. А. Osterlund обнаружил, что небные миндалины у детей с рецидивирующим тонзиллитом содержат стрептококки, находящиеся внутри клеток, и предположил, что этот лимфоидный орган может быть резервуаром для рецидивирующих инфекций.

Мы провели изучение ультраструктур эпителиальных клеток небных миндалин, удаленных у больных декомпенсированной формой ХТ, методом электронной микроскопии. Были обнаружены кокковые формы микроорганизмов, находящиеся как в межклеточном пространстве, так и внутри клеток. В случае внутриклеточной локализации ГСА доступен не всем антибиотикам и не может быть диагностирован обычными культуральными методами.

Все вышесказанное позволяет говорить о необходимости своевременной диагностики заболеваний глотки, вызванных ГСА

Для выяснения частоты выделения  $\beta$ -гемолитических стрептококков от больных ХТ мы провели специальные микробиологические исследования на базе Национального центра ВОЗ по стрептококкам и стрептококковым заболеваниям ИЭМ РАМН. В исследованиях применялись специальные методы для выявления стрептококков, локализующихся внутри эпителиальных клеток. Оказалось, что  $\beta$ -гемолитические стрептококки встречаются у 46% больных ХТ. Кроме того, помимо ГСА в лакунах небных миндалин при ХТ часто содержатся  $\beta$ -гемолитические стрептококки групп В, С, G, F и негруппируемые.

Исследование антистрептолизина-О (АСЛ-О), произведенное в нашем институте в последние годы почти 4000 больным хроническим тонзиллитом, выявило, что 37,03% пациентов с хроническим тонзиллитом имеют повышенное содержание АСЛ-О. Полученные данные

свидетельствуют о том, что 37,03% больных незадолго до обследования перенесли острую или страдают хронической стрептококковой инфекцией.

Постановка РТМЛ с антигеном ГСА показала, что почти у 69,0% пациентов с ХТ имеется повышенная сенсibilизация к ГСА, что статистически значимо выше, чем в группе сравнения больных с хроническим синуситом.

Таким образом, наши данные о частоте высева  $\beta$ -гемолитических стрептококков из глотки и о частоте повышенных титров АСЛ-О говорят об актуальности проблемы стрептококковой инфекции при ХТ. Как известно, стрептококковая инфекция является одной из самых опасных в плане развития осложнений со стороны внутренних органов и систем. Данное положение обосновывает необходимость системной антибактериальной терапии у больных ХТ при выявлении у них стрептококковой инфекции независимо от наличия ангин.

В изменившихся условиях требуют пересмотра некоторые положения, касающиеся лечения ХТ. Это, прежде всего, касается антибактериальной терапии ХТ. До сих пор среди оториноларингологов бытует мнение о том, что системная антибактериальная терапия при ХТ может применяться только при обострениях, то есть ангинах. Однако отсутствие ангин у больных с безангинной формой ХТ автоматически лишает их системной антибактериальной терапии.

Выводы:

1. Особое внимание следует уделять больным безангинной формой хронического тонзиллита, так как стертая клиническая симптоматика может маскировать хроническую стрептококковую инфекцию и ее осложнения.
2. Микробиологическое исследование содержимого лакун и мазков со слизистой оболочки глотки у больных хроническим тонзиллитом должно быть направлено на выявление, в первую очередь,  $\beta$ -гемолитических стрептококков групп А, В, С, G, как наиболее опасных в развитии осложнений. Исследование должно проводиться в соответствии с рекомендациями ВОЗ.
3. Наряду с микробиологическим исследованием у больных ХТ с клиническими признаками хронической стрептококковой инфекции для выявления последней следует применять определение титров АСЛ-О в сыворотке крови и сенсibilизации к аллергену ГСА. Одновременное повышение титров АСЛ-О и сенсibilизации к аллергену ГСА свидетельствует о хронической стрептококковой инфекции, отсутствие при этом  $\beta$ -гемолитических стрептококков в посевах говорит о возможной внутриклеточной персистенции указанных микроорганизмов.
4. Для лечения хронической стрептококковой инфекции при хроническом тонзиллите следует применять системную антибиотикотерапию. Препаратами выбора при положительных микробиологических посевах являются ингибиторзащищенные  $\beta$ -лактамы, при отрицательных – макролиды, воздействующие на внутриклеточно персистирующие микроорганизмы.

## ПРОБЛЕМЫ МУЖСКОГО ЗДОРОВЬЯ КАК МИШЕНЬ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ССЗ: ВЗГЛЯД КАРДИОЛОГА

*Мамедов М.Н.*

Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины  
Москва, Россия

В последние года отмечается прирост некоторых неинфекционных заболеваний среди мужчин трудоспособного возраста, что негативно влияет на продолжительность и качество жизни.

Эксперты полагают, что между сердечно-сосудистыми заболеваниями, эректильной дисфункцией и андроген-дефицитным состоянием имеется причинно-следственная связь. Так, каждый третий мужчина с сексуальными расстройствами имеет артериальную гипертонию, каждый пятый сахарный диабет, 40% из них злоупотребляет алкоголем и 10% курят. У 37% лиц с сексуальными расстройствами выявлено андроген-дефицитное состояние.

Согласно данным 8 летнего проспективного исследования традиционные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний играют неоспоримую роль в развитии эректильной дисфункции. Увеличение уровня общего ХС на 1 ммоль/л способствует развитию эректильной дисфункции на 30%. Повышение АД на 10 мм рт ст увеличивает риск сексуальных расстройств на 10%. У курильщиков инциденты увеличиваются в 1,7 раз, тогда как повышение физической активности улучшает эректильную функцию. Эректильная дисфункция является одним из предвестников сердечно-сосудистых событий. Это обусловлено тем, что пенильные артерии по диаметру в 2-3 раза меньше по сравнению с коронарными и сонными артериями, и при системном атеросклерозе в первую очередь, повреждаются более мелкие сосуды. По данным Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины на этапе формирования метаболического синдрома в возрасте 30-45 лет в качестве одного из его ярких проявлений выступает эректильная дисфункция. Это является одним из основных аргументов обращения к специалисту. На этом этапе выявление и коррекция других факторов риска ССЗ играет важную роль в предотвращении сердечно-сосудистых событий.

Андроген-дефицитное состояние (возрастной гипогонадизм) также рассматривается как один из факторов риска ишемической болезни сердца. Наряду с этим показано, что низкий уровень тестостерона предшествует развитию сахарного диабета. С другой стороны, увеличение количества компонентов метаболического синдрома ассоциируется со снижением уровня общего тестостерона. По сравнению с эугонадными мужчинами, у лиц с гипогонадизмом отмечается высокая частота гипертонии, нарушений липидного обмена, ожирения, сахарного диабета и бронхиальной астмы. Влияет ли гормон-заместительная терапия на факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний? По данным Российского контролируемого клинического исследования применение инъекционной формы тестостерона – Небидо по схеме через 30 недель приводит к достоверному и стабильному увеличению уровня общего и свободного тестостерона, что сочетается позитивными изменениями некоторых факторов риска: общего холестерина, триглицеридов, холестерина липопротеидов высокой плотности и окружности

талии. Очевидно, что Небидо может применяться в составе комплексной терапии у лиц с высоким сердечно-сосудистым риском и андроген-дефицитным состоянием.

Таким образом, мужское здоровье является междисциплинарной проблемой, поскольку коморбидное состояние обусловлено наличием патогенетической связи, на первый взгляд, различных нарушений – эректильной дисфункции, андроген-дефицитного состояния и сердечно-сосудистых заболеваний. И только единая стратегия с привлечением эндокринологов, урологов и кардиологов может позитивно влиять на качество и продолжительность жизни мужчин трудоспособного возраста.



## РОЛЬ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАСЕЛЕНИЯ

*Поздняк А.О.*

Декан терапевтического факультета, заведующий кафедрой терапии и семейной медицины ГБОУ ДПО Казанская Государственная медицинская академия Минздрава России, профессор

Вопросы предупреждения болезней на основе соблюдения правил личной гигиены и рациональной диететики занимали значительное место в медицине древнего мира. Однако разработка научных основ профилактики началась лишь в 19 веке.

Выдающийся хирург Николай Иванович Пирогов говорил: «Будущее принадлежит медицине профилактической».

Сегодня профилактика сердечно-сосудистых заболеваний является составной частью государственной политики в области охраны здоровья населения. Заболевания данной категории, по общему признанию, являются национальной проблемой.

Президент РФ Владимир Владимирович Путин, оглашая 4 декабря послание Федеральному собранию, объявил 2015 год годом борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

«Предлагаю объявить 2015 год Национальным годом борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями, которые являются основной причиной смертности сегодня», – заявил глава государства.

Каждый 13-й россиянин страдает сосудистой патологией. На смертность от болезней сердца приходится половина всех смертей или 55% от их общего числа.

Среди развитых стран Россия лидирует по данному показателю.

Мы знаем, что комплексная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний включает: адекватную физическую нагрузку; здоровое рациональное питание; уменьшение стрессовых воздействий на организм; отказ от вредных привычек; регулярное обследование состояния сосудов и сердца в медицинских центрах.

А сколько реально денежных средств выделяется сегодня именно на комплексную профилактику?

Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи не предусмотрены денежные средства на проведение профилактических мероприятий.

Территориальные программы обязательного медицинского страхования предусматривают объемы финансирования по проведению мероприятий по диспансеризации.

Виду острого дефицита врачебных кадров в целом, а в амбулаторно-поликлиническом звене, в первую очередь, диспансеризация зачастую носит формальный характер.

Так, за период 2009 – 2013 годы из амбулаторно-поликлинических учреждений Республики Татарстан ушло 308 врачей (участковые терапевты, участковые педиатры, врачи общей практики) и 338 человек среднего медицинского персонала.

Один участковый терапевт сейчас обслуживает по 2-3 участка. Обеспеченность врачами-кардиологами в Республике Татарстан в 2013 году составила 0,56 на 10 000 населения (в 2011 – 0,51, в 2012 – 0,51).

Острый дефицит врачей узких специальностей в поликлиниках не позволяет проводить качественное диспансерное наблюдение, поэтому оказание первичной медико-санитарной помощи населению находится на низком уровне.

В сложившейся ситуации цель врача – выполнение объема диспансеризации, освоение объемов финансирования, предусмотренных Территориальной программой ОМС любым путем. О качестве проводимой диспансеризации можно забыть.

Все это заставляет руководителей образовательных медицинских учреждений принимать меры по сохранению и укреплению здоровья сотрудников и обучающихся.

В медфармвузах России, разработаны и реализуются соответствующие корпоративные программы. В Казанской медицинской академии – это программа «Здоровый образ жизни в академии – залог успешной деятельности».

В рамках программы создана своя собственная Поликлиника, на базе которой проводятся диспансерные и профилактические осмотры обучающихся и сотрудников, с последующим диспансерным наблюдением.

В Учебно – лабораторном корпусе организованы бесплатные занятия по системе восточной медицины «Аюрведа» и йога.

В осеннее – весенний период проводится витаминизация и вакцинация.

Сотрудники академии ежегодно проходят бесплатную проверку остроты зрения в сети оптик «Оптимист» с последующей коррекцией зрения с помощью очков; по договоренности с администрацией Республиканской клинической больницы №2, получают массаж и физиопроцедуры в дневном стационаре этого учреждения.

Женщины старше 50 лет имеют возможность пройти бесплатную маммографию на базе маммологического центра «Весна».

Сотрудники посещают плавательный бассейн в спортивном объекте Универсиады 2013 года «Буревестник». Все мероприятия проводятся за счет доходприносящей деятельности.

По итогам 5 летней реализации программы пребывание сотрудников на листке нетрудоспособности уменьшилось на 34%.

Программа академии вошла в библиотеку лучшего российского опыта по формированию здорового образа жизни и получила сертификат в номинации «За формирование и продвижение ценностей здорового образа жизни посредством творчества и социальной рекламы».

На базах клинических кафедр обучающиеся имеют возможность получить консультативно-диагностическую помощь со стороны профессорско-преподавательского состава на бесплатной основе, а при необходимости – высокотехнологичную медицинскую помощь по направлениям: трансплантология, абдоминальная хирургия, травматология и ортопедия, онкология, фтизиопульмонология, оториноларингология, урология и нефрология, акушерство и гинекология, гастроэнтерология, офтальмология, сердечно-сосудистая хирургия.

На кафедрах терапии, терапии и семейной медицины, психотерапии и наркологии, эндокринологии, офтальмологии, акушерства и гинекологии, педиатрии и неонатологии внедрены школы здоровья по различным соматическим нозологиям.

Для удовлетворения практического здравоохранения в обучении врачей создана кафедра кардиологии, рентгенэндоваскулярной и сердечно-сосудистой хирургии, где проводятся циклы усовершенствования «Пороки сердца», «Неотложная кардиология», «Неотложная сердечно-сосудистая хирургия», «Электрокардиостимуляция», «Аритмология с основами ЭКГ», «Ишемическая болезнь сердца и артериальная гипертензия», «Сосудистый доступ у пациентов с гемодиализом».

Преподавательским составом академии на циклах повышения квалификации освещаются актуальные вопросы профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни: выпущено 9 учебно-методических пособий, в том числе, «Самозащита от курения», «Биосоциальный подход к решению проблемы табачной зависимости», «Табачная зависимость (клиника, диагностика, лечение)», «Самозащита от алкоголизации», «Гражданская самозащита от алкоголизации и наркотизации», «Стресс и алкоголизация».

Вышли статьи: «Гендерный аспект в психотерапии лиц с алкогольной зависимостью», «Патологическое влечение к алкоголю и его динамика в зависимости от структуры личности».

Изданы учебно-методические пособия: «Патологическое влечение и его динамика в структуре алкогольной зависимости», «Биопсихосоциальная структура критичности к болезни при алкогольной зависимости», «Метаболический синдром: современное представление, диагностические аспекты, вопросы лечения», «Ожирение».

Профессором А.М. Карповым издана книга «Алгоритмы и инструменты управления здоровьем».

На кафедрах проводятся циклы тематического усовершенствования: эндокринологии – «Диабетология, ожирение, метаболический синдром», терапии и семейной медицины – «Формирование здорового образа жизни и гигиеническое воспитание в профилактике внутренних болезней», реабилитологии и спортивной медицины – «Формирование здорового образа жизни».

Научные работы кафедры реабилитологии и спортивной медицины включены в комплексную государственную программу социально-экономического развития республики на перспективу до 2015 года специального раздела: «Физическая культура и спорт».

Одной пропагандистской деятельности – лекционных занятий, видеороликов, баннеров недостаточно для профилактической работы.

Следует создавать межведомственные, комплексные программы, направленные не только на пропаганду здорового образа жизни, но и на проведение конкретных мероприятий по сохранению и укреплению здоровья человека.

Подводя итог, хочу обратить внимание присутствующих на необходимость решения следующих задач:

1. Устранить дефицит врачебных кадров в амбулаторно-поликлиническом звене.
2. Решить вопрос реального повышения заработной платы на одну ставку и обеспечение социальным пакетом медицинских работников.
3. Развивать систему непрерывного образования и подготовки врачей – кардиологов.
4. Создавать корпоративные, межведомственные, комплексные программы по формированию здорового образа жизни.
5. Если удастся решить поставленные задачи, совместно мы сможем обеспечить эффективное взаимодействие по профилактике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний, пропаганде здорового образа жизни.

## СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РОССИИ

*Попович Л.Д., Потанчик Е.Г.*

Национальный исследовательский университет Высшая школа экономики, г. Москва

Высокий уровень заболеваемости и смертности от заболеваний системы кровообращения существенным образом влияет на экономику любой страны, возлагая существенное бремя как на финансируемую за счет государственных источников социальную сферу, включая здравоохранение, так и на производственную сферу, приводя к высоким потерям в результате преждевременной смертности, а также временной и устойчивой нетрудоспособности, обусловленной повышенной заболеваемостью.

В целом в мире, по оценке Гарвардской школы общественного здравоохранения [5], экономическое бремя сердечно-сосудистых заболеваний составляло в 2010 году 863,5 миллиардов долларов США, или 125 долларов в расчете на одного жителя земли. По прогнозным расчетам, если не будут предприняты широкомасштабные и эффективные меры по борьбе с этими заболеваниями, экономическое бремя может увеличиться к 2030 году на четверть, составив 1044 миллиардов долларов США.

Эпидемиологическое бремя заболеваний системы кровообращения в России является одним из самых высоких среди развитых стран. Среди стран Европейского региона ВОЗ Россия несет самое высокое эпидемиологическое бремя, выражаемое в числе потерянных лет с учетом нетрудоспособности (DALY), стандартизированный по возрасту, и рассчитываемый на 100 000 населения. По расчетам ВОЗ, этот показатель в России многократно превосходит уровень развитых европейских стран и сопоставим только с соседними странами бывшего СССР. Так во Франции, Швейцарии и Испании этот показатель не превышает 1000 потерянных DALY в расчете на 100 000 населения, тогда как в России этот показатель составляет 5551 потерянных DALY в расчете на 100 000 населения, что превосходит ближайших соседей: Казахстан (5247), Украина (4379), Таджикистан (4369) и Белоруссия (4279) [9].

Кроме того, среди всех стран европейского региона ВОЗ, в России наблюдается самый высокий уровень преждевременной смертности от заболеваний системы кровообращения, измеряемый в терминах стандартизированного по возрасту коэффициента смертности, при почти медианном значении ВВП на душу населения. При этом многие страны бывшего СССР, у которых показатель уровня экономического развития ниже, чем в России, имеют значительно более низкий коэффициент преждевременной смертности (в таких странах как Армения, Грузия, Украина и др.) [2,4].

Эти данные свидетельствуют об особой значимости для России проведения комплексных эффективных программ профилактики и формирования здорового образа жизни, направленных на снижение распространенности факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, приводящих в последствие к снижению заболеваемости и преждевременной смертности по этой причине.

Россия ставит перед собой амбициозные цели в деле снижения эпидемиологического бремени сердечно-сосудистых заболеваний. В рамках принятой Правительством страны Государственной программы развития здравоохранения до 2020 года [1] планируется значительно снизить распространенность основных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. **Запланированные в этой Программе целевые показатели снижения распространенности фактора риска сопоставимы по своей величине с аналогичными показателями, предусмотренными в «Глобальном плане действий ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013-2020 гг.» [6].**



Рисунок 1. Сравнение целевых показателей ВОЗ и России по снижению распространенности факторов риска к 2020.

**В качестве результирующего показателя, достигаемого как за счет усиления профилактики, так и улучшения практики лечения больных, Программа развития здравоохранения в РФ до 2020 предусматривает снижение смертности от заболеваний системы кровообращения с 721,7 смертей на 100 тыс. населения в 2013 году до 622,4 смертей на 100 тыс. населения в 2020 году.**

**Вместе с этим, ресурсное обеспечение этой Программы предусмотрено с очевидным дефицитом, и в первую очередь необходимо отметить снижающийся объем финансирования за счет федерального бюджета программ профилактики неинфекционных заболеваний. Этот факт может быть объяснен только ожидаемым значительным повышением эффективности затрат, направляемых на борьбу с развитием неинфекционных заболеваний.**

На протяжении последних десятилетий продолжается дискуссия о том, обеспечивает ли профилактика экономию средств или нет, являются ли профилактические меры более эффективными, чем лечебные мероприятия. Эта дискуссия во многом определяется

сложностью проведения оценок экономической ценности профилактических программ, определяемой самой сущностью этих программ [11].

Основной отличительной особенностью экономических оценок профилактических программ и мероприятий по сравнению с оценками лечебных программ является отдаленность конечных результатов и их опосредованность через ряд других показателей, например, таких, как поведенческие факторы риска.

Дополнительной сложностью определения экономической ценности профилактики является большая, по сравнению с лечебными мероприятиями, неопределенность отсроченных результатов, обусловленная непостоянством изменений (например, приверженности принципам правильного питания) и вероятностным характером развития многих неинфекционных заболеваний в течение жизни пациента. При этом средства в профилактику надо вкладывать сегодня, а результаты этих вложений могут появиться спустя длительное время. С экономической точки зрения это означает, что затраты не будут дисконтироваться, т.к. они осуществляются сейчас, а эффекты будут дисконтироваться, т.к. они проявятся значительно позже.

Существуют также технические и практические ограничения на проведение экономического анализа эффективности мер по профилактике. Так, например, из-за сложности проведения долгосрочных клинических исследований, многие исследования эффективности затрат на профилактику базируются на имитационных математических моделях. Такие модели зависят от достаточно большого числа предположений, на которые они опираются. Поэтому к ним надо относиться с определенной степенью скептицизма. Долгосрочные клинические исследования по результативности профилактических вмешательств должны нивелировать влияние множества других факторов, действие которых могло в значительной степени повлиять на состояние здоровья изучаемой группы населения. Выделить влияние только профилактических мер из всей совокупности влияющих на состояние здоровья на протяжении длительного периода факторов является очень сложной, если не сказать невозможной задачей. Другими словами, очень сложно определить степень вноса конкретных профилактических программ в изменение состояния здоровья.

Сложность и неоднозначность проведения экономических оценок профилактических программ и мероприятий приводит к разнообразным, иногда противоположным оценкам их ценности.

Несмотря на различные точки зрения об экономической ценности профилактики, большинство исследователей сходятся в следующем [7,10,12,13]

- Основные услуги профилактики – результативны. Практически неоспоримыми являются положения о том, что лучшее здоровье наблюдается у людей, которые бросили курить или не курят, следят за своим весом, правильно питаются, занимаются физкультурой. Для клинических профилактических услуг (скрининги, консультирование врачами), практически все руководства указывают на их результативность и эффективность при использовании по отдельным группам по научно обоснованным стандартам. Иногда возникают споры о том, какие группы должны быть охвачены профилактическими мероприятиями.

- Экономические исследования по анализу эффективности затрат основных профилактических услуг, учитывая все различия в применяемых аналитических методах, показывают, что основанные на доказательствах клинические профилактические услуги представляют высокую ценность.

- Среди основных профилактических услуг, которые имеют высокую экономическую ценность, существует ряд профилактических мер, которые обеспечивают чистую экономию средств на здравоохранение. К примерам неоспоримых программ относятся, в частности, программы по отказу от курения.

- Некоторые профилактические услуги, как и отдельные технологии лечения, не представляют хорошего уровня экономической ценности.

- Основной набор стратегий профилактики на популяционном уровне признается эффективным.

- Взгляд политиков на снижение бремени неинфекционных заболеваний с точки зрения не только сектора здравоохранения, но и с точки зрения экономики в целом помогает найти лучшие пути снижения этого бремени как на уровне страны, так и отдельных регионов. Для политиков профилактика на популяционном уровне, обеспечивающая экономию средств и снижение потерь (например, запрет курения в закрытых помещениях) может быть более эффективным путем снижения смертей, обусловленных курением, чем некоторые клинические вмешательства (например, легочная терапия).

- Существуют определенные методологические особенности в практике экономических оценок, которые могут приводить к ошибкам в выборе между профилактикой и лечением в сторону лечения .

Несмотря на всю специфику проведения экономических оценок профилактических программ и мероприятий, базовые принципы проведения экономического анализа остаются неизменными.

Основываясь на имеющей доказательной базе клинической результативности отдельных мероприятий по профилактике неинфекционных заболеваний, и в частности, сердечно-сосудистых заболеваний, и расчетной стоимости проведения этих мероприятий, Всемирная организация здравоохранения разработала список «лучших покупок»[8], включающий в себя мероприятия, отвечающие нескольким критериям. В этот список были включены не только эффективные, с точки зрения затрат, мероприятия по борьбе с факторами риска неинфекционных заболеваний и профилактики среди групп повышенного риска сердечно-сосудистых заболеваний, но и мероприятия, отвечающие критериям осуществимости (способности системы здравоохранения внедрить мероприятия, наличие необходимых технических возможностей, приемлемость с точки зрения культурных ценностей) и экономической возможности (включались мероприятия с относительно невысокой стоимостью). Судя по целевым показателям снижения распространенности факторов риска, представленным в «Государственной программе развития здравоохранения в РФ до 2020 г.», Россия активно внедряет основные профилактические мероприятия из списка «лучших покупок».



Это отчетливо можно видеть, если сравнить перечень мероприятий Программы со списком «лучших покупок», предлагаемых ВОЗ, который представлен в Таблице 1.

Таблица 1. Список «лучших покупок» по версии ВОЗ

Фактор риска/заболевание	Мероприятия
Табачокурение	Повышение налогов на табачные изделия Защита от табачного дыма Предостережение о вреде курения Запрет рекламы табачных изделий
Чрезмерное употребление алкоголя	Повышение налогов на алкогольную продукцию Ограничение доступа к розничной продаже алкогольных напитков Запрет рекламы алкогольных напитков
Нездоровье питание и физическая пассивность	Снижение потребления соли в питании Замена трансгенных жиров на полиненасыщенные жиры Повышение общественной осведомлённости о режиме питания и физической активности посредством кампаний в СМИ
ССЗ	Проведение консультаций и обеспечение комплексной медикаментозной терапии (включая контроль сахара в крови для пациентов с сахарным диабетом) для людей со средним уровнем риска развития инфаркт миокарда и инсульта (включая больных с ССЗ) Снижение риска инфаркта миокарда с помощью аспирина
Онкология	Иммунизация от гепатита В во время рождения для предотвращения рака печени Скрининг и лечение предонкологических патологических изменений для профилактики рака шейки матки

Показатель эффективности затрат на профилактические мероприятия в рамках подходов, предлагаемых ВОЗ в Докладе, подготовленном к Первой глобальной министерской конференции по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям в 2011 году [3], определялся в терминах расходов на единицу предотвращенного DALY (потеря одного года здоровой жизни). Мероприятие считается эффективным, если расходы на предотвращение

единицы DALY были ниже, чем средняя величина ВВП на душу. В докладе оценивались как стратегии профилактики основных факторов риска развития неинфекционных заболеваний на популяционном уровне (табак, чрезмерное употребление алкоголя, физическая неактивность и нездоровое питание и такие последствия как повышенное давление, сахар в крови и холестерин), так и стратегии клинических профилактических мер среди пациентов с основными неинфекционными заболеваниями.

Приведенные в докладе оценки экономических потерь, обусловленных распространением неинфекционных заболеваний, и стоимости профилактических мер по борьбе с ними свидетельствуют, что внедрение в рассматриваемой группе стран полного набора эффективных профилактических мер обойдется достаточно дорого, но бездействие обойдется дороже.

По представленным в докладе оценкам в течение периода 2011-2025 гг. во всех странах группы низкого и среднего уровня развития общая стоимость внедрения полного набора наиболее эффективных профилактических мер составит 170 миллиардов дол., составляя в среднем 11,4 млрд. дол. в год. В подушевом исчислении этот составляет около 1 дол. в странах с низким уровнем экономического развития и около 1,5 дол. для стран среднего уровня, низшая группа и около 3 дол. для стран среднего уровня, высшая группа (в эту группу входит Россия). Сравнивая с расходами на здравоохранение, эти суммы составляют незначительную долю – 4% в странах с низким уровнем доходов, 2% в странах со средним уровнем доходов, низшая группа и 1% – в странах среднего уровня развития, высшая группа.

При этом, по расчетам авторов доклада, основные выгоды от реализации перечисленных выше профилактических мер, определяемые в макроэкономических терминах, включают в себя продолжение способности индивидуумов вести успешную жизнь и активно участвовать на рынке труда. Например, 10% снижение смертности от ИБС и инсульта приведет к снижению экономических потерь в рассматриваемых странах низкого и среднего уровней доходов за период 2011-2025 гг. в размере 377 млрд. дол. – в среднем 25 млрд. в год. Эта сумма приблизительно в 3 раза превосходит стоимость профилактических мер по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

В целях создания дополнительных доказательств экономической ценности профилактических программ борьбы с распространением сердечно-сосудистых заболеваний, осуществляемых в России, в рамках данного исследования проводилась оценка экономических выгод государства от достижения целевых показателей, предусмотренных в Государственной программе развития здравоохранения в РФ до 2020 г. Экономические выгоды определялись в терминах сокращения косвенных издержек, обусловленных снижением уровня преждевременной смертности, и потенциальной экономии средств системы здравоохранения, обусловленной сокращением заболеваемости сердечно-сосудистыми заболеваниями в результате реализации Государственной программы развития здравоохранения в РФ до 2020. На основе оценки выгод государства и предполагаемой стоимости реализации программы профилактики рассчитывался показатель возврата на инвестиции.

Как показали расчеты, за период 2013-2020 годов при условии достижения плановых показателей общее кумулятивное число предотвращаемых смертей от ССЗ составит 763 000, включая 111 000 предотвращенных преждевременных смертей.

Кумулятивная величина предотвращаемых производственных потерь, обусловленных сокращением преждевременных смертей от ССЗ в результате реализации мероприятий по медицинской профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни, включенных в Государственную программу развития здравоохранения, при условии достижения запланированного уровня целевого показателя снижения смертности от ССЗ за период 2013-2020 г., составит 131,3 млрд. руб. (в постоянных ценах 2012 г.).

Исходя из предположения о достижении запланированного уровня снижения распространенности факторов риска и консервативного предположения о сохранении на протяжении всего прогнозируемого периода стоимости лечения одного больного с ССЗ на уровне базового года, общая экономия государственных расходов на здравоохранение, возникающая в результате предотвращения новых случаев заболеваний системы кровообращения, может составить 3,0 млрд. руб.

Общая величина экономических выгод государства от достижения плановых показателей реализации программы медицинской профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни составит за период 2013-2020 г. 134,3 млрд. рублей (в постоянных ценах 2012 года).

Проведенная оценка совокупных бюджетных расходов (расходов федерального бюджета и консолидированных бюджетов субъектов РФ) на проведение программ первичной профилактики показала, что их величина может составить за период 2013-2020 гг. 16,3 млрд. руб. (в постоянных ценах 2012 г.).

Расчетный показатель возврата на инвестиции за рассматриваемый период составит 7 к 1.

Другими словами, за период 2013-2020 годов на каждый вложенный в первичную профилактику рубль государство сможет получить отдачу в размере 7 рублей, выражаемую в терминах снижения производственных потерь в результате предотвращения преждевременной смертности от ССЗ и экономии расходов здравоохранения за счет предотвращения заболеваемости. При этом экономические выгоды государства почти полностью (на 98%) определяются снижением производственных потерь.

Столь высокий показатель возврата на инвестиции свидетельствует о том, что реализация даже предусмотренных в Программе развития здравоохранения целей будет сопровождаться значительной макроэкономической эффективностью для страны.

При этом нужно иметь в виду, что в рамках данного исследования не принимались в расчет дополнительные макроэкономические эффекты от устранения или уменьшения рассматриваемых поведенческих факторов риска. Вместе с тем, повышение приверженности к здоровьесберегающему поведению приводит не только к снижению заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, но и к снижению заболеваемости и смертности от других неинфекционных заболеваний (таких, как онкологические заболевания, заболевания органов дыхания и другие). Учет этого обстоятельства позволяет предположить, что реальный показатель возврата на инвестиции в первичную профилактику может быть значительно выше.

Однако наиболее серьезным риском для достижения описанного позитивного эффекта является неготовность общества к целенаправленным и неукоснительно соблюдаемым действиям по внедрению принципов профилактики в повседневную жизнь и медицинскую практику. Поэтому на первый план будет выходить работа по изменению отношения населения к своему здоровью, обучение медицинского персонала лучшим практикам профилактической работы и выбор наиболее результативных и клинически обоснованных схем медикаментозной помощи, позволяющих добиться максимального социально-экономического эффекта. При этом крайне важно понимать, что высокая цена препарата и сравнительно большие затраты системы здравоохранения на его приобретение могут сторицей окупиться за счет существенной выгоды, получаемой другими отраслями экономики в связи с предотвращаемыми производственными потерями.

Обществу необходимо перестать рассматривать здравоохранение и лекарственное обеспечение исключительно как ресурсопотребляющую сферу. Как показало исследование, экономические выгоды от отрасли существенно превышают рентабельность многих других сфер народного хозяйства и обеспечивают повышение качества человеческого капитала. В этой связи назрела необходимость пересмотра приоритетов общественного финансирования в пользу системы здравоохранения.

### **Источники**

1. Государственная программа развития здравоохранения в Российской Федерации, Распоряжение Правительства РФ № 2511-р от 24 декабря 2012 г
2. Данные ВОЗ, электронная база данных, <http://apps.who.int/gho/indicatorregistry>
3. Доклад ВОЗ, подготовленный к Первой глобальной министерской конференции по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям «Профилактика и контроль за распространением неинфекционных заболеваний: приоритеты для инвестиций», ВОЗ, 2011
4. Здравоохранение в России 2013. Статистический сборник, Росстат, Москва, 2013
5. Bloom D.E., Cafiero E.T., Jane-Llopis E. et al. The global economic burden of non-communicable diseases. Geneva, World Economic Forum, September 2011
6. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020, WHO, 2013
7. Guide to Clinical Preventive Services, 2008. AHRQ Publication No. 08-05122, September 2008, Agency for Healthcare Research and Quality, [www.ahrq.gov](http://www.ahrq.gov); Maciosek MV, Coffield AB, Edwards NM et al. Priorities among effective clinical preventive services: results of a systematic review and analysis. *Am J Prev Med* 2006; 31: 52-61
8. From Burden to “Best Buys”: Reducing the Economic Impact of Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries, WHO, World Economic Forum, 2011

9. Nichols M, Townsend N, Luengo-Fernandez R, Leal J, Gray A, Scarborough P, Rayner M (2012). European Cardiovascular Disease Statistics 2012. European Heart Network, Brussels, European Society of Cardiology, Sophia Antipolis
10. Pignone M., Earnshaw S. et al. Aspirin, statin, or both drugs for the primary prevention of coronary heart disease events in men: a cost-utility analysis. *Ann Intern Med* 2006, Mar 7; 144(5):326-36
11. Scaling up action against noncommunicable diseases: How much will it cost? WHO, 2011
12. Solberg LI, Maciosek MV, Edwards NM et al. Repeated tobacco use screening and intervention in clinical practice: health impact and cost effectiveness. *Am J Prev Med* 2006; 31(1):62-71
13. Zaza S, Briss PA, Harris KW. The guide to community preventive services: What works to promote health? Task Force on Community Preventive Services. New York: Oxford University Press, 2005

## ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ГРУППАХ ВЫСОКОГО РИСКА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

*Школьникова М.А., Ковалёв И.А.*

Научно-исследовательский клинический институт педиатрии

ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет  
им. Н.И. Пирогова» Минздрава России. г. Москва

В детском возрасте не только манифестируют сердечно-сосудистые заболевания, сохраняющие свое влияние на здоровье человека в течение всей его жизни, но также формируются основы будущей сердечно-сосудистой патологии на основе генетических особенностей – явной и скрытой наследственной отягощенности, а также влияния средовых факторов (питания, уровня физической активности, привычек и других). Среди патологических состояний, которые не могут быть окончательно излечены в детском возрасте определенные формы кардиомиопатий, хронические прогрессирующие формы нарушений сердечного ритма, легочная гипертензия, другие хронические, в том числе наследственные заболевания, такие как наследственные формы дислипидемий, ассоциирующиеся со стойкими изменениями в сердечно-сосудистой системе и требующие постоянного мониторинга факторов и маркеров риска [Школьникова М.А., 1999].

Особого внимания на протяжении всей жизни будут также требовать больные с имплантированными антиаритмическими устройствами (электрокардиостимуляторами и дефибрилляторами), дети, перенесшие оперативные вмешательства на сердце; пациенты с некоррегированными врожденными пороками сердца [John M Park, 2013].

Генетические обследования позволили выявить для многих сердечно-сосудистых заболеваний детского возраста наследственные механизмы. При этом сроки клинической манифестации и степень ее выраженности зависят нередко от средовых факторов, реализующихся в виде различных триггерных механизмов. Спорт высоких достижений, очень популярный в настоящее время, начиная с дошкольного возраста, может служить таким триггерным фактором и в отсутствие осведомленности об уже имеющихся заболеваниях сердца или наличия наследственной предрасположенности к их развитию (степень риска должна быть оценена экспертом) сопровождаться неоправданным риском [Школьникова М.А., 2010].

Суммарную частоту этих заболеваний оценивают, основываясь на данных немногочисленных скрининговых исследований и экспертным путем. Частота встречаемости кардиомиопатий, легочной артериальной гипертензии и многих других синдромов и заболеваний сердца в детском возрасте невысока и составляет от 0,3 до 25 на 1 млн детского населения. Данные электрокардиографического скрининга детей РФ выявили ряд синдромов, встречающихся с частотой не реже 1:6000 [Миклашевич И.М. и соавт, 2009]. В то же время, поданным P.Schwartz (2009), наследственно обусловленные аритмии с высоким риском внезапной сердечной смерти распространены с частотой 1:2000-2500 детского населения, а общепринятая частота ВПС составляет 3-4 на 10000 новорожденных [Школьникова М.А. и соавт., 2008]. С возрастом снижается число пациентов с тяжелыми жизнеугрожающими видами патологии, чему пре-

пятствует постоянное развитие новых высокотехнологичных методов терапии и хирургии. По оценкам экспертов не менее 1 на 5000-7000 детского населения имеют к возрасту 18 лет и переходу под наблюдение кардиолога изменения со стороны сердечно-сосудистой системы. Эти больные нуждаются в постоянном мониторинге с особым вниманием к профилактике риска распространенных среди взрослого населения заболеваний сердечно-сосудистой системы, так как эти пациенты имеют более высокий, чем обычное население, риск сердечно-сосудистых осложнений и преждевременной смерти от сердечно-сосудистых заболеваний. Присоединение рисков, характерных для обычного населения, к уже имеющимся нарушениям со стороны сердца ассоциируется с неблагоприятным прогнозом.

Особую группу составляют дети, имеющие генетически детерминированные заболевания сердца без явных клинических проявлений. В первую очередь это касается больных с потенциально опасными для жизни нарушениями ритма. Выявление таких больных полностью зависит от скрининга в группах высокого риска.

Отдельное направление в профилактике сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности среди лиц молодого возраста – это ранняя профилактика атеросклероза и ишемической болезни сердца. Всемирная организация здравоохранения неоднократно указывала, что ишемическая болезнь сердца (ИБС) на фоне атеросклероза коронарных артерий во второй половине XX века приобрела эпидемический характер в большинстве развитых стран и стала довольно быстро распространяться и в развивающихся странах. В этой связи успехи в области профилактики атеросклеротических заболеваний станут ключевой предпосылкой для увеличения продолжительности жизни и улучшения здоровья населения в XXI веке [Mirzaei M. et al., 2009; <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/ru/>].

Перспективным направлением является оценка состояния отдельных звеньев патогенеза и их взаимосвязи на этапе предболезни. Особого внимания заслуживают дети и молодые люди из семей с отягощенной по атеросклерозу наследственностью, так как они представляют группу с высоким потенциальным риском заболевания. Известны многочисленные случаи развития ИБС среди членов одной семьи [Ильинский Б.В., 1985; Williams RR et al., 2001; Paynter N. et al., 2010], и тот факт, что частота развития ИБС у родственников больных первого поколения в 2-6 раз выше, чем в контроле [Поздняков Ю.М. и соавт., 1997]. Члены одной семьи, кроме генетического сходства, зачастую ведут одинаковый образ жизни и имеют одинаковые привычки в отношении питания, физической активности, курения и т.д. Видимо взаимодействие генетических факторов и факторов окружающей среды и обуславливает различие в уровне индивидуального риска.

Однако семейное накопление атеросклероза может происходить в отсутствие известных факторов риска этого заболевания. Определенную роль могут играть особенности функционирования иммунной системы, антирадикальной защиты, генерализованные мембранные дефекты и т.д. Необходим анализ структуры наследственной компоненты подверженности атеросклерозу. Речь в данном случае идет о генетико-эпидемиологических исследованиях, картировании генов подверженности мультифакториальным заболеваниям и т.д. Такой комплексный подход в сочетании с мониторингом выявленных факторов риска позволит продвигаться в решении проблемы эффективной профилактики атеросклероза.

В ходе выполненного нами исследования по изучению клинико-функциональных и иммунно-биохимических аспектов атерогенеза в семьях с отягощенной по атеросклерозу наследственностью мы предприняли попытку создать модель прогнозирования риска раннего развития атеросклероза при наличии отягощенной по атеросклерозу наследственности. Математическая обработка проведена с использованием дискриминантного анализа, являющегося совокупностью алгоритмов, порождающих на основе предположений и выборки конкретное правило классификации. В качестве критерия разделения на группы использовался признак наличия клинических проявлений подтвержденного коронарного атеросклероза в возрасте до 40 лет. В результате проведенного анализа было выделено 10 показателей, характеризующих как клинические, так и иммунно-биохимические параметры: САД – систолическое артериальное давление; ХС – общий холестерин; ХС ЛПВП – ХС липопротеинов высокой плотности; МДА – уровень малонового диальдегида в сыворотке крови; скорость накопления МДА; содержание модифицированного фосфатидилэтаноламина в плазматических мембранах мононуклеаров; содержание ХС в плазматических мембранах мононуклеаров; суммарная фракция фосфатидилхолина и фосфатидилсерина в клеточных мембранах мононуклеаров; количество моноцитов, экспрессирующих С3b рецепторы; содержание CD16 – позитивных клеток в крови.

Полученная нами дискриминантная функция обладает высокой степенью распознавания больных и здоровых индивидуумов. Процент распознавания больных (чувствительность) составил 85,7%, процент распознавания в группе здоровых (специфичность) достигал 97,5%. Было установлено, что из 62 мужчин с отягощенной по атеросклерозу наследственностью, включенных в исследование, 21% по своим характеристикам были близки к группе больных с коронарным атеросклерозом или достоверно не отличаются от них. Исключение составлял уровень ХС ЛПВП в сыворотке крови, который у больных атеросклерозом был достоверно ниже, чем в группе риска. Установлено, что уровень диастолического АД у мужчин с отягощенной по атеросклерозу наследственностью, классифицированных нами с использованием правил распознавания по полученной дискриминантной функции как “условно больные”, был значительно выше, чем в группе контроля, которую составили здоровые мужчины с благоприятным в отношении атеросклероза анамнезом ( $83,5 \pm 10,3$  и  $71,5 \pm 9,9$ , соответственно,  $p < 0,01$ ) и в группе мужчин, отнесенных нами к “условно здоровым” ( $83,5 \pm 10,3$  и  $73,9 \pm 8,5$ , соответственно,  $p < 0,01$ ).

Наблюдались достоверные различия между «условно здоровыми» и «условно больными» молодыми мужчинами с отягощенной по атеросклерозу наследственностью. В частности, мы отмечаем это по уровню САД, величине спонтанного МДА и скорости накопления МДА в сыворотке крови, а также по величине суммарной фракции фосфатидилхолина и фосфатидилсерина в плазматических мембранах мононуклеаров. При этом «условно здоровые» из группы риска не отличались от группы контроля практически по всем оцениваемым показателям [Ковалёв И.А., 2001].

В настоящее время, оценка рисков развития сердечно-сосудистых заболеваний является основой для осуществления их целенаправленной профилактики как на популяционном, так и на индивидуальном уровнях [Европейские клинические рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (пересмотр 2012г.)].



Эпидемию атеросклеротических заболеваний можно контролировать только с помощью стратегии, в рамках которой основное внимание уделено: а) первичной профилактике (предотвращению первых проявлений заболевания, которую следует начинать в детстве, продолжать в юности и в зрелом возрасте; б) примордиальной профилактике (борьбе с самими факторами риска), которую следует начинать с изменения условий социальной и окружающей среды, способствующих развитию основных факторов риска, и продолжать среди детей, подростков и молодежи, принадлежащих к группам высокого риска [Strasser T., 1978]. Комитетом экспертов Всемирной организации здравоохранения определены две широкомасштабные стратегии по профилактике атеросклероза и его осложнений, а именно популяционная стратегия и стратегия для групп высокого риска [Серия технических докладов ВОЗ.- №678.-1984.].

О ценности популяционного подхода свидетельствуют данные о существовании популяций, в которых случаи сердечно-сосудистых заболеваний редки [Uemura K. et al, 1985, 1988ж World Health Organization. Global Health Observatory Data Repository. <http://apps.who.int/ghodata/>]; поэтому становится ясным, что кривые распределения факторов риска в целостных популяциях следует стремиться сдвинуть к более низким уровням. Важна стратегия по коррекции социальных условий и условий окружающей среды, способствующих росту уровней факторов риска в период детства и юности.

Цель стратегии в молодых возрастах: 1) помочь изменить их повседневные жизненные привычки и принять за основу более здоровый образ жизни, используя любые доступные способы; 2) создать атмосферу, которая поддерживает молодых в их усилиях вести более здоровую жизнь, и сделать сознательное стремление к улучшению здоровья составной частью повседневной жизни/ Кроме этого лица с высоким риском развития заболевания, обусловленным как генетическими факторами, так и факторами окружающей среды, требуют особого внимания, с точки зрения изменения образа жизни с тем, чтобы снизить уровни факторов риска, насколько это возможно. В связи с этим ширится понимание того, что необходимы обе стратегии, одна из которых направлена на «слабые популяции», а другая – на «слабых индивидуумов» [Rose G, 1988].

В отличие от популяционной стратегии, успех в осуществлении стратегии для групп высокого риска зависит непосредственно от практикующих врачей. Профилактические меры по охране здоровья индивидуумов, семей – это задача, которая выходит за рамки традиционных взаимоотношений врач-больной. Для ее осуществления необходимы программы профилактики в рамках структуры первичной медико-санитарной помощи. При осуществлении стратегии для групп высокого риска в каждой программе должны быть четко сформулированы практические рекомендации по выявлению индивидуумов с высоким риском, оказанию им помощи и последующему наблюдению за ними.

В 70-е годы прошлого века было начато выполнение ряда четко разработанных и подвергнутых оценке исследований по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний программ, в том числе и у детей; все они делали особый упор на всестороннее санитарное просвещение на коммунальном уровне и были призваны уменьшить риск, а в некоторых случаях также снизить заболеваемость и смертность [Farjuhar J. et al., 1985; Leparski E. et al., 1987; Puska P. et al., 1985]. В рамках ВОЗ многие из программ, связанные с сердечно-сосудистыми заболеваниями, сейчас входят в качестве составной части в проводимую под эгидой ВОЗ «Интегрированную

программу профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними» (INTERHEALTH), в программу CINDY Европейского регионального бюро ВОЗ, а также в программу MORE Регионального бюро ВОЗ для стран Америки. Следует остановиться на итогах отдельных программ, которые были сконцентрированы на детях и подростках.

Проект охраны здоровья молодежи в Северной Карелии (Финляндия) [Puska P. et al., 1982; Vartiainen E. et al., 1987]. Проект представляет собой двухгодичную программу, предусматривающую проведение просветительских мероприятий с целью повлиять на имеющие отношение к здоровью аспекты поведения и биологические факторы риска у подростков в возрасте 13-15 лет. До и после выполнения программы было обследовано 815 детей и их родителей. Сразу после завершения программы отмечено снижение доли курящих подростков с 30% до 20%. Через 2 года после завершения программы ее эффект в отношении курения сохранялся. В школах, где вмешательство осуществлялось напрямую, наблюдалось статистически достоверное снижение уровня ХС у девочек.

Программа в Вестчестерском округе штата Нью-Йорк (США) [Walter H.J. et al., 1987; Hofman A. et al., 1988]. Пятилетнее исследование, направленное на уменьшение уровней факторов риска ИБС у детей, охватило 3388 детей в возрасте 9-10 лет. Программы вмешательства проводились на базе 22 школ. Ежегодно с 4 по 8 класс учащиеся проходили курс, призванный сформировать здоровый образ жизни, в котором основной упор делался на правильное питание, физическую активность и профилактику курения сигарет. После 5 лет осуществления программы вмешательства среднее снижение содержания общего ХС в плазме составило 1,7 мг на 100мл в год, что соответствовало чистому уменьшению на 5,1 % за все 5 лет. Уменьшение содержания ХС в крови соответствовало уменьшению потребления жиров с пищей, о котором сообщали дети-участники программы. Авторы программы отметили и благоприятные тенденции, которые наблюдались в отношении численности детей, впервые начавших курить, а также в отношении осведомленности о здоровье и характере питания.

Есть примеры аналогичных проектов в России. В 1994 году в журнале «Вопросы питания» были опубликованы результаты выполнения программы по коррекции атерогенной направленности пищевого рациона мальчиков 14-15 лет [Смирнова С.Г., и соавт., 1994]. Программа выполнялась на репрезентативной выборке школьников, составляющей более полутора тысяч мальчиков. Профилактические мероприятия были направлены на рационализацию питания. В результате двухгодичного вмешательства достоверно снизилась по сравнению с группой сравнения доля потребления насыщенных жирных кислот и рафинированного сахара, увеличилась доля потребления полиненасыщенных жирных кислот и сложных углеводов. При оценке вклада основных пищевых ингредиентов в общую калорийность суточного рациона было отмечено снижение доли общего жира и рафинированного сахара, увеличилась доля потребления сложных углеводов и белка. Наиболее отчетливый профилактический эффект был получен у подростков, которые не только улучшили структуру питания в качественном отношении, но и увеличили частоту приемов пищи до 3-4 раз в день. Аналогичные результаты были получены и в Северо-Карельском проекте [Puska P. et al., 1982; Vartiainen E. et al., 1987].

В целом, результаты выполнения всех представленных проектов говорят о том, что программы первичной профилактики на уровне школ могут снизить риск развития ИБС. Применения в профилактической работе с детьми и подростками стратегии групп высокого

риска не столь масштабно, по сравнению с популяционной стратегией. В литературе имеются немногочисленные описания данных проектов. Kuehl K.S. и соавт. (1993) представили итоги проведения образовательной программы по питанию. В ней участвовали 256 детей с уровнем ХС в крови выше 185 мг/дл и их родители. С членами семей проводились образовательные сессии: в 1 группе семей 1 сессия, во второй группе – 4 сессии, продолжительность каждой сессии составляла 90 минут. В качестве критериев эффективности оценки программы использовалось: определение уровня ХС, ХС липопротеинов низкой плотности (ХСЛПНП) ХС ЛПВП и триглицеридов (ТГ) в крови; измерение роста и массы тела; 3-х дневный мониторинг питания. Продолжительность наблюдения составляла от 21 до 33 недель. В итоге было отмечено, что оба варианта выполнения программы оказались эффективными в снижении уровня ХС ЛПНП. Семьи значительно снизили калорийность питания за счет уменьшения потребления общих жиров и насыщенных жирных кислот, увеличили потребление клетчатки и сложных углеводов, белка. Было отмечено, значительная часть семей, проходивших 1-сессионный образовательный курс, выбыли из программы до ее окончания. На основании этого авторы сделали вывод, что предпочтение следует отдавать более интенсивным образовательным программам. Другим примером успешного применения образовательных программ является работа Rossi P. и соавт. (1994). Участниками их исследования были 786 детей, которые имели факторы риска атеросклероза в различных сочетаниях; повышенное АД, увеличение уровня ХС и ТГ, снижение содержания в сыворотке крови ХС ЛПВП. Через год после начала образовательной программы у детей было отмечено достоверное снижение уровня ХС и ТГ, улучшилось соотношение ХС/ХС ЛПВП.

Общим недостатком профилактических проектов является отсутствие нацеленности на долговременную деятельность в данном направлении, т.е. их скоротечность, а также недооценка применения новых информационных технологий. На наш взгляд, устранение этих недостатков в сочетании с имеющимся богатым мировым опытом по проведению разного рода профилактических программ, поможет придать этой работе элементы новизны и открыть новые перспективы. Процесс изменения образа жизни основывается на повышении уровня информированности, что может помочь осознать молодому человеку ценность здоровья и способствовать пониманию того, что с его сохранением связано собственное благополучие и благополучие его близких [Волков В.С. и соавт., 1999]. Для изменения поведения необходимы определенные навыки, практические шаги, чему должны научить образовательные программы [Оганов Р.Г., 1998; Европейские клинические рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (пересмотр 2012г.)]. Объектом программы служит семья с отягощенной по атеросклерозу наследственностью. Данный выбор целиком соответствует одной из провозглашенных ВОЗ широкомасштабных стратегий по профилактике атеросклероза и его осложнений – стратегии групп высокого риска [Серия технических докладов ВОЗ.- №678.-1984.].

Группу наблюдения составили больные ИБС на фоне атеросклероза коронарных артерий и их жены, а также дети практически здоровых мужчин и женщин, возрасте от 18 до 32 лет с отягощенной по атеросклерозу наследственностью. Как среди мужчин, так и среди женщин за время проекта достоверно увеличилось число лиц с высокой физической активностью. Среди женщин эта тенденция была более значительной. Иная картина наблюдалась в отношении курения. Все курившие осознали существующую для них проблему курения, однако более трети куривших мужчин даже не пытались расстаться с этой привычкой, осознавая вред. Среди женщин динамики в изменении отношения к курению не было. Курящие женщины считали, что они не

зависимы от этой привычки и в любой момент могут с ней расстаться, т.к. курят ежедневно не более 1-2 сигарет. Во время повторного обследования семей мы задали всем участникам один вопрос: «Получили ли вы лично пользу от участия в профилактической программе и в чем она заключается?» Ответы на первую часть вопроса распределились следующим образом: да –76,3%, нет-6,8%, не знаю-16,9%. На вторую часть вопроса были получены следующие варианты ответов: «получена информации о состоянии собственного здоровья»-89,8%, «услышаны конкретные рекомендации по здоровому образу жизни»-88,1%, «узнали о причинах развития многих заболеваний»- 59,3%, «ощутил заинтересованность со стороны врачей в сохранении моего здоровья» -32,2%. Мы также попросили участников исследования назвать 1-2 основные причины, препятствующих соблюдению рекомендаций по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Ответы были сгруппированы следующим образом: «материальные проблемы» – 47,5%, «неблагоприятная в отношении профилактики заболеваний обстановка на рабочем месте (проблемы с питанием, отсутствие возможности полноценного отдыха и т.д.)» – 38,9%, «нежелание прилагать дополнительные усилия к сохранению здоровья»- 35,6%, «недостаток времени»- 32,2% «отсутствие веры в возможность изменить ситуацию к лучшему»-10,2%. Итоги проведенного опроса свидетельствуют о необходимости сочетания профилактики в группах высокого риска с подходами, основанными на популяционном вмешательстве, с целью изменения привычек у населения в целом и социальных норм в обществе. Предлагаемый нами вариант организации профилактики атеросклероза и сердечно-сосудистых заболеваний на базе специализированного медицинского учреждения является способом реализации одной из стратегий профилактики – стратегии групп высокого риска.

В заключение следует отметить, что проблема диагностики, лечения и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений актуальна с момента рождения человека, а зачастую и до рождения. Наиболее значимыми, с точки зрения вклада в структуру смертности, включая младенческую и детскую смертность, стоимость лечения и социальных последствий имеют следующие группы заболеваний, актуальность которых высока уже в детском возрасте: врождённые пороки сердца и жизнеугрожающие нарушения ритма сердца, ассоциированные с внезапной сердечной смертью, мультифакторные болезни взрослых, среди которых наибольшее значение имеет коронарный атеросклероз и артериальная гипертензия.

Успех в профилактике указанных заболеваний и их осложнений связан как с реализацией популяционного подхода, направленного прежде всего на повышение информированности населения, так и с акцентированием внимания на группах «высокого риска» к которым следует относить: детей с синкопальными состояниями и случаями внезапной смерти в семье; детей с отягощенной наследственностью по сердечно-сосудистым заболеваниям клинические проявления которых (стенокардия, инфаркт миокарда, инсульт) возникали у членов семьи в возрасте до 55 лет; детей, занимающиеся спортом. Такой комплексный подход к профилактике представляется наиболее эффективным.

## РОЛЬ РОССИЙСКОГО КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА В БОРЬБЕ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В РОССИИ

*Шляхто Е.В.*

Генеральный директор ФГБУ Северо-западный федеральный медицинский исследовательский центр Минздрава Росси, президент Российского кардиологического общества, академик РАН

В настоящее время приоритетным направлением работы Российского кардиологического общества является исполнение Перечня поручений по реализации Послания Президента РФ В.В.Путина Федеральному Собранию в части, касающейся развития здравоохранения. В этой связи существенно возрастает экспертная и пропагандистская роль профессиональных медицинских общественных организаций, и прежде всего Российского кардиологического общества, имеющего целью снижение сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности в РФ. Общество принимает активное участие в практической реализации программы социально-медицинских мероприятий, осуществляемых по линии Минздрава России и общественных организаций – выступления специалистов-экспертов в средствах массовой информации, социальные и профилактические акции, лекции для населения, и т.п.

В результате проведения широкомасштабной диспансеризации работающего населения в нашей стране было выявлено значительное число лиц с высоким сердечно-сосудистым риском. Среди них представляется особо важным выделение группы пациентов с хронической сердечной недостаточностью с целью повышения эффективности их дальнейшего ведения и создания условий для персонализации активного вмешательства. Для работы с данной группой больных предлагается разработать и внедрить в 2015-2017 гг году программу проведения в различных регионах страны масштабных медико-социальных акций по следующим тематикам:

- День хронической сердечной недостаточности;
- День атеросклероза;
- День профилактики внезапной смерти и жизнеугрожающих аритмий;
- День резистентной артериальной гипертензии;
- День профилактики острого коронарного синдрома.

В рамках указанных тематик, проведение типовых региональных мероприятий по обучению пациентов мерам вторичной профилактики и повышение у врачей профессиональных знаний в области работы с пациентами имеющими высокий сердечно-сосудистый риск. Специфика медико-социальных акций, проводимых РКО это объединение двух форматов в один:

- школы для пациентов с различными ССЗ;
- одновременное обучение врачей навыкам проведения подобных школ в регионах с передачей необходимых навыков. В результате проведения мероприятий в рамках года борьбы с ССЗ будут созданы и распространены по ЛПУ и образовательным учреждениям региона:

- типовые современные руководства для пациентов с информацией о мерах вторичной профилактики и о механике их действия; информация о последствиях несоблюдения мер профилактики; о причинах и механизме возникновения и развития ССЗ; о принципах диагностики и самодиагностики – правильном мониторинговании своего состояния, а также о принципах лечения и об основных вмешательствах/группах препаратов.

- протоколы ведения больных из группы высокого сердечно-сосудистого риска, созданные группой экспертов Общества.

**Всероссийская научно-практическая конференция  
«Здоровый образ жизни в контексте социализации  
обучающихся: проблемы и решения»**

## ТЕАТРАЛЬНО-ИГРОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАК СРЕДСТВО СОЦИАЛИЗАЦИИ ВОСПИТАННИКОВ С ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО ДОМА

*Абдурахманова А.В., Чеканова О.И., Третьякова Л.В.*

ГКОУ СО «Богдановичский детский дом», г. Богданович, Свердловская область

Успешность интеграции детей с ограниченными возможностями здоровья зависит в том числе от отношения к таким детям со стороны социального окружения и прежде всего от отношения, продуцируемого в той образовательной среде, в которую ребенок интегрируется. Инклюзивное образование – одно из направлений современного развития общего образования, которое подразумевает доступность образования для всех, приспособление образовательных условий и содержания образования к различным нуждам всех детей. В основу инклюзивного образования положена идеология, которая исключает любую дискриминацию детей, обеспечивая равное отношение ко всем детям.

ГКОУ СО «Богдановичский детский дом» выдвигает в качестве приоритетной миссию обеспечения социокультурного опыта освоения воспитанниками общечеловеческих способов социального взаимодействия в процессе выполнения различных видов деятельности (игровой, учебной, трудовой), общения, направленного на организацию совместной деятельности и формирование у воспитанников жизненных ценностей. На основании миссии учреждения и культивируемых в нем ценностей определена цель деятельности учреждения: создание, развитие и совершенствование комплекса условий для формирования социально значимых качеств личности воспитанника, необходимых ему для успешной социализации, интеграции в общество и утверждение его в социально приемлемом статусе. В качестве руководства для деятельности педагогического коллектива ГКОУ СО «Богдановичский детский дом» используется образовательная программа «Развитие жизненно важных навыков воспитанников детского дома».

Большое значение в образовательной деятельности детского дома имеет система дополнительного образования, которая является составной частью образовательного процесса. На базе учреждения функционирует театральная студия «Сказка». Приобщение к миру театра позволяет воспитывать положительные личностные качества, нравственно-этические основы, развивать психические функции (внимание, воображение, речь, память). Использование средств искусства способствует коррекции и компенсации отклонений в развитии, активизации познавательных интересов, приобщению к духовной культуре, освоению различных форм социальной жизни и в итоге социальной адаптации человека с ограниченными возможностями, активному его участию в общественной, культурной и досуговой деятельности в социальной среде.

Организация театрально-игровой деятельности воспитанников основана на совместном общении нормально развивающихся детей и детей, имеющих отклонения в развитии, способствует формированию у «нормы» альтруистического поведения, эмпатии и гуманности. Дети становятся более терпимыми по отношению друг к другу. «Нормальные» дети учатся



воспринимать «особых» как нормальных членов общества. Включенность воспитанников с особыми нуждами в среду нормально развивающихся сверстников повышает их опыт общения, формирует навыки коммуникации, межличностного взаимодействия в разных ролевых и социальных позициях, что в целом повышает адаптационные возможности детей.

В результате работы накоплен положительный опыт интегрированного воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья. Именно этому способствуют применяемые средства и методы театрально-игровой деятельности, которая является приоритетной и осуществляется по рабочей программе А.В. Абдурахмановой «Формирование коммуникативных качеств в процессе театрально-игровой деятельности как средства социализации воспитанников детского дома».

Педагогические проекты, реализованные в ГКОУ СО «Богдановичский детский дом», помогают чувствам детей приобретать форму личных взглядов и убеждений, выступают в качестве мотивов и установок поведения. Стало традиционным проведение таких праздников, как «День народного единства», «День Героев России», «День Защитников Отечества», «День Победы», «День памяти и скорби», «День России», организаторами и ведущими которых выступают дети совместно с педагогами. Благодаря социальному партнерству учреждения, желанными и постоянными гостями на этих мероприятиях бывают члены Совета ветеранов, участники локальных войн, труженики тыла и другие героические люди района, в котором расположен детский дом.

Для расширения социального опыта театральная труппа «Сказка» детского дома достойно представляет учреждение, участвуя с театральными постановкам в мероприятиях разных уровней, является обладателем разнообразных наград. Воспитанники детского дома – активные участники городских, областных, международных мероприятий: выставок, фестивалей, конкурсов.

Домашний театр «Сказка» презентовал свою деятельность в 2012 году на Международном конкурсе «Дар», участвуя с постановкой сказки «Золотая рыбка на новый лад» (результат – 9 грамот за участие, из них 4 грамоты получили дети с ОВЗ). В ходе подготовки к театрализации сказки дети учились использовать различные виды общения (деловое, свободное, игровое и т.д.); с воспитанниками были изучены традиции, культура, быт, костюмы русского народа; дети овладевали основами актерского мастерства; изучение текста сказки способствовало обогащению лексикона детей фольклорными выражениями.

В процессе специально организованной театрально-игровой деятельности у детей развивались коммуникативные навыки и активность при участии в различных специально организованных ситуациях общения, что особо важно для детей с особыми образовательными потребностями. Например, некоторые дети-инвалиды (воспитанники детского дома), имеющие низкий уровень самооценки и избегающие публичных выступлений или вообще участия в массовых мероприятиях, после привлечения их к исполнению ролей в спектаклях показали положительную динамику роста уверенности в своих силах, вхождение в социальную среду и приобщение к системе социальных связей, а самое главное – повышение уровня самооценки и осознание ценности своего «Я».

Начиная с 2013 года театральная группа детского дома активно участвовала в конкурсах: во Всемирном конкурсе «Дети рисуют свой мир, мир русского слова», в Международном фотоконкурсе «Моя семья», в Международном конкурсе «Виртуальная энциклопедия сказок», в Международном проекте «Диалог культур» и других. Ежегодно домашний театр активно участвует в областном фестивале «Мы можем все!» (для детей с ОВЗ) и занимает призовые места.

Коммуникативные навыки, сформированные в процессе театрально-игровой деятельности, способствуют повышению уровня социализации воспитанников и завоеванию ими авторитета среди детей, в результате чего 3 воспитанника с ОВЗ общим собранием воспитанников детского дома были выбраны в Орган детского самоуправления «Парламент дома» и заняли в нем ответственные должности (министр культуры, министр здравоохранения, министр информации и печати), хорошо справляясь со своими обязанностями.

Таким образом, представленный педагогический опыт ГКОУ СО «Богдановичский детский дом» в направлении организации театрально-игровой деятельности воспитанников подтверждает то, что театрализованная деятельность является одним из эффективных путей реализации ребенком своих не востребуемых ранее способностей, позволяет чувствовать себя увереннее и впоследствии более успешно адаптироваться в жизни.

**РАБОТА ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК  
И ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В МБОУ СОШ № 3  
г. ВЯЗЬМЫ СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Алексеева Н.Н., Гусарова Ф.С.*

МБОУ «Средняя общеобразовательная школа №3», г. Вязьма, Смоленская область

В Политической декларации специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН (8-10 июня 1998 года) сказано, что наркотики ломают жизнь людей, подрывают устойчивое развитие человека и порождают преступность... Злоупотребление наркотиками наносит ущерб свободе и развитию молодежи – наиболее ценного мирового достояния.

Изменившееся социально-экономическое положение в России требует от ребенка, подростка быстрой адаптации к новым условиям существования. Современные школы столкнулись с новыми проблемами, захлестнувшее общество: подростковая преступность, наркомания, токсикомания. Эти проблемы носят общественный характер.

По статистике, в России от 3 до 8 млн. человек потребляют наркотики, почти 2/3 из них в возрасте до 30 лет. Средний возраст потребления наркотиков снизился до 14 лет. За последние 10 лет число смертей от употребления наркотиков увеличилось в 12 раз, а среди детей – в 42 раза.

Характер человека закладывается в дошкольном и младшем школьном возрасте. И именно в этом возрасте особенно важно оказать правильное воздействие на ребенка. Правила, которые он впитывает в период с 5 до 9 лет становятся для него наиболее важными на всю оставшуюся жизнь.

Заставить человека отказаться от этих правил просто невозможно. Даже внести незначительные коррективы очень проблематично.

Поэтому профилактика наркомании в школе и формирование здорового образа жизни в нашей школе начинается в начальной школе с первого класса.

Наша задача: предостеречь, объяснить, донести, достучаться до каждого по вопросам важности здорового образа жизни, негативного отношения к вредным привычкам. При работе по данной тематике мы опираемся на нормативно – правовые документы: «Концепция государственной политики по контролю над наркотиками в Российской Федерации» (22 июня 1993 года), Федеральный закон от 8 января 1998 г. # 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах», Федеральный закон от 24 июня 1999 г. # 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних».

Как же у нас в школе организуется работа по профилактике табакокурения, алкогольной и наркотической зависимостей.

Работа ведется в 4 направлениях:

1. Работа с детьми:

- общая воспитательная педагогическая работа с детьми;
- работа с детьми «группы риска»;
- работа с детьми, употребляющими наркотические вещества;

## 2. Работа с педагогическим составом:

- подготовка учителей к ведению профилактической работы;
- организационно-методическая антинаркотическая работа.

## 3. Работа с родителями:

- информирование и консультирование родителей по проблеме наркомании;
- работа с конфликтными семьями (семьями «группы риска»);

4. Работа с различными организациями, ответственными за осуществление антинаркотической профилактики.

Вся работа делится на этапы:

Первый этап: диагностический.

Время проведения: сентябрь (начало месяца).

Цель: изучение существующих в детской и подростковой среде тенденций употребления наркотических веществ.

Задачи:

- 1) определяем степень информированности детей и подростков по проблеме;
- 2) выделяем факторы, влияющие на формирование позитивного отношения к употреблению наркотиков;
- 3) сделаем выводы о степени вовлеченности подростков в проблему.

Методы:

- 1) изучение материалов общероссийских, областных и районных социологических исследований с целью получения информации о состоянии проблемы наркомании в целом;
- 2) опрос и анкетирование (анонимное) с целью изучения состояния проблемы в школе при работе с определенной группой детей.

Значение этапа: анализ результатов анкетирования (на основании предлагаемой анкеты) позволяет сделать выводы о степени вовлеченности учащихся в проблему и выделить три целевые группы:

- подростки, имеющие опыт употребления наркотических веществ;

- подростки, для которых характерно позитивное отношение к употреблению наркотиков, алкоголя и табакокурения;
- подростки, имеющие четко сформированное негативное отношение к употреблению наркотиков, алкоголя и табакокурения.

Второй этап: организационно-практический.

Время проведения: сентябрь – май.

Цель: реализация антинаркотической работы в образовательном учреждении.

Задачи:

- 1) предоставляем детям объективную, соответствующую возрасту информацию о табаке, алкоголе, наркотиках.
- 2) способствуем увеличению знаний учащихся путем обсуждения проблем, связанных с наркоманией;
- 3) учим детей лучше понимать собственные проблемы и критически относиться к поведению в обществе; способствовать стремлению детей понимать окружающих и анализировать свои отношения с ними;
- 4) создаем условия для формирования у детей культуры выбора, учим их принимать ответственные решения;
- 5) обеспечить взаимодействие школы с семьей и внешкольными организациями.

Формы работы:

- 1) лекция;
- 2) урок – предупреждение;
- 3) беседа;
- 4) семинар;
- 5) ролевая и деловая игра;
- 6) дискуссия;
- 7) конкурс творческих работ (конкурс рисунков, стенгазет, книжная выставка);
- 8) Показ видеоматериалов по профилактике вредных привычек.

Значение этапа: (Самое большое)

- 1) развитие у учащихся таких жизненных навыков, как, например, навыки принятия решения, общения, ответственного поведения, противостояния стрессам, сопротивления негативным социальным влияниям;

- 2) формирование потребности в здоровом образе жизни, осознание ценности собственного здоровья и ответственности за него;
- 3) повышение уровня психосоциальной адаптации детей;
- 4) выработка активной жизненной позиции, исключающей использование наркотиков и алкоголя в качестве средства ухода от жизненных проблем.

Третий этап: заключительный. Время проведения: май (конец месяца).

Цель: определение эффективности разработанной системы профилактики наркомании.

Задачи:

- 1) выделить основные недостатки и достижения в проделанной работе;
- 2) определить изменения личностной позиции учащихся в отношении проблемы наркомании;
- 3) определить дальнейшее направление работы по предупреждению наркомании.

Методы:

- 1) анализ отчетной документации;
- 2) опрос, беседа;
- 3) анонимное анкетирование.

План работы за 2014 – 2015 учебный год

МБОУ СОШ №3 города Вязьмы по профилактике вредных привычек и формированию здорового образа жизни

№ п/п	Месяц исполнения	Содержание работы	Ответственные
1	Сентябрь	<p>В рамках месячника безопасности проводилась акция «Найти себя»:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• запись в творческий объединения и спорт, секция школы.</li> </ul> <p>Сказкотерапия «Утро вечера мудрее» 1 классы</p> <p>Классные часы на тему «Безопасности».</p> <p>Анкетирование.</p> <p>Проведение праздника «День здоровья»- 05.09.14.</p> <p>Викторина в начальной школе «Знаешь ли ты о вредных привычках» (лекторская группа) – 17.09.2014</p>	<p>Классные руководители</p> <p>Классные руководители</p> <p>Агеенкова С.А.</p> <p>Преп.-орг. ОБЖ Гусарова Ф.С</p>
2	Октябрь	<p>Работа совета по профилактике правонарушений:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• выявление и контроль за посещаемостью обучающихся, склонных к прогулом</li> </ul> <p>Урок по Интернет – безопасности (30.10.2014), посвященный Дню интернету (1-11 класс) (отчет)</p> <p>Уроки Знайкина «Эти вредные, но вредные исправимые привычки». 4 классы</p>	<p>Зам. директора по ВР Алексеева Н.Н</p> <p>Классные руководители.</p>
3	Ноябрь	<p>Работа совета по профилактике правонарушений</p> <p>Подготовка мероприятиям в рамках всероссийского Интернет – урока антинаркотической направленности «Имею право знать»</p> <p>Работа с лекторской группы по подготовке материалов.</p> <p>Подготовка рисунков и плакатов, посвященная борьбе с наркоманий.</p> <p>Занятие «Нет! – Добровольному безумию» (5-8 классы)</p> <p>Занятие в 3 классах «Смертельные соблазны»</p>	<p>Зам. директора по ВР Алексеева Н.Н.</p> <p>Педагог-организатор по ОБЖ Гусарова Ф.С.</p> <p>Классные руководители.</p>

4	Декабрь	<p>Работа совета по профилактике правонарушений</p> <p>Выставка плакатов посвященной Дню борьбы с наркоманий (5-11 классы)</p> <p>Классные часы по правовому воспитанию «Имею право знать » (5-11 классы)</p> <p>Встреча с врачом – наркологом.</p> <p>Антиреклама в 2 классах «Курение и зависимость от никотина».</p> <p>Диалог «Как это начинается и чем заканчивается» (7-9 классы)</p>	<p>Зам. директора по ВР Алексеева Н.Н.</p> <p>Классные руководители.</p> <p>Классные руководители.</p> <p>Классные руководители.</p>
5	Январь	<p>Урок «Наркомания: привычка или болезнь» (4 классы)</p> <p>Решение нравственных задач.«Цена одной выпивки» (5-8 классы).</p> <p>Работа совета по профилактике правонарушений</p> <p>Мероприятие по правовому воспитанию и профилактике наркомании и формированию здорового образа жизни в рамках открытого всероссийского интернет урока «Имею право знать» (5-11 классы)</p> <p>27 января 2015 года.</p>	
6	Февраль	<p>Тренинг «Преодолеть вредные привычки» (7-11 классы)</p> <p>Работа совета по профилактике правонарушений</p> <p>В рамках месячника патриотического воспитания проведение спортивных эстафет и соревнований - «Богатырская наша сила» (3-4 классы)</p> <p>Акция «Спорт против наркотиков» с приглашением Сорокина Андрея, чемпиона мира по болбилдингу. (5-11 классы)</p> <p>Конкурс плакатов «Смертельные соблазны» (2-4 классы)</p>	<p>Зам. дир. по ВР Алексеева Н.Н.</p> <p>Уч. физ-ры Агеенкова С.А.</p> <p>Зам. дир. по ВР Алексеева Н.Н.</p> <p>Учитель ИЗО</p>



7	Март	<p>Работа совета по профилактике правонарушений</p> <p>Ежегодная акция « Тропинка ведущая к бездне»</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• разработка пометок и буклетов по антинаркотической безопасности (5-11 классы).</li> <li>• «Вредные привычки» вредны не только для тебя «Советы взрослого» – беседа (1-4 классы)</li> <li>• Урок – предупреждение «Наркомания – раздражение личности» (5-8 классы)</li> </ul>	<p>Зам. дир. по ВР</p> <p>Алексеева Н.Н.</p> <p>Классные руководители.</p>
8	Апрель	<p>Работа совета по профилактике правонарушений</p> <p>Работа по профилактике правонарушений среди подростков.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Посещение семей «Группы риска»</li> <li>• Проект «Суд над наркоманией»</li> <li>• Живая газета «Объятие табачного змия» (5-8 классы)</li> </ul>	<p>Зам. дир. по ВР</p> <p>Алексеева Н.Н.</p> <p>Классные руководители.</p> <p>Педагог-организатор по ОБЖ Гусарова Ф.С.</p>
9	Май	<p>Работа совета по профилактике правонарушений</p> <p>День здоровья</p> <p>Диагностика «Определения эффективности разработанной системы профилактики наркомании»</p> <p>Сочинение «Что я решил для себя, моя позиция» (5-11 классы)</p>	<p>Зам. дир. по ВР</p> <p>Алексеева Н.Н.</p> <p>Педагог-организатор по ОБЖ Гусарова Ф.С.</p>
10	Июнь	<p>Подведение итогов работы по плану работы за 2014-2015 учебный год.</p> <p>Составление плана работы по профилактике вредных привычек и формированию здорового образа жизни на 2015-2016 учебный год.</p>	<p>Зам. дир. по ВР</p> <p>Алексеева Н.Н.</p> <p>Гусарова Ф.С</p>

Создание здоровьесберегающих условий при организации образовательного процесса

В школе созданы оптимальные условия для комфортного пребывания детей, а также их всестороннего развития. Разнообразные мероприятия, осуществляемые в рамках программы по здоровьесбережению, наряду с активно проводимой разносторонней санитарно-просветительской работой, позволяют максимально использовать все доступные средства для достижения главной цели – формирование, сохранение и укрепление здоровья детей. Ежегодно

планово в школе проводятся разнообразные оздоровительные мероприятия под контролем медицинских работников:

- три раза в неделю обучающиеся посещают уроки физкультуры в спортивном зале, а при наличии хорошей погоды – на спортивной площадке (В 2012 году Благотворительным фондом «Новое поколение» г. Москвы школе подарена типовая спортивная площадка 20\*40 с покрытием «Полиспорт»);
- проводятся согласно общешкольному плану систематически беседы по охране жизни и здоровья детей (со сбором подписи детей за каждую прослушанную беседу), инструктажи по профилактике травматизма, ежемесячно проводятся беседа по правилам дорожного движения;
- организовано ежедневное питание;
- проводят анализ занятости учащихся в спортивных секциях, физкультминутки на уроках биологии;
- организуются и проводятся веселые старты, легкоатлетические эстафеты, учащиеся участвуют в различных спортивных мероприятиях: «Кросс Нации», «Лыжня России», «Школа безопасности», «Орленок», «Зарница»;
- проводятся смотры-конкурсы школьных кабинетов: соблюдение норм СанПиН и требований гигиены и здоровьесбережения; в течение каждого триместра организуются общешкольные Дни здоровья (на школьной площадке, городском стадионе «Салют», стадионе политехникума, зеленой зоне отдыха «Русятка»)
- применяются различные методы профилактики ОРВИ, вакцинация от гриппа.

Вопросы здоровьесбережения систематически поднимаются и отслеживаются через различные формы работы:

2011-2012. Заседание педагогического совета школы «Сохранение и укрепление здоровья обучающихся». Мое выступление на тему «Применение здоровьесберегающих технологий на уроках биологии».

2012-2013. Административное совещание «Результаты внедрения в жизнь программы «Здоровье».

2012-2013. Заседание педагогического совета «Забота о здоровом образе жизни». Мое выступление «Профилактика вредных привычек».

2012-2013. VII открытый туристический фестиваль «Здоровое поколение XXI века» (I место).

2012-2013. Всероссийская игра – конкурс «Спасатели-2013» (126 человек принимали участие, из них 14 дипломов победителей).

2013-2014. Родительское собрание «Здоровье ребенка – основа успешности в учении» с приглашением школьного врача.

2013-2014. Педагогический совет «Здоровьесберегающая среда в МБОУ СОШ №3 как условие укрепления и сохранения физического и психического здоровья школьников».

2013-2014. Общешкольный проект «Скажи наркотикам нет!»

2013-2014. Подготовка и участие в районном этапе Всероссийского детского экологического форума «Зеленая планета» (I – 1 место, II-2 места, III – 3 места в номинации «Эко-объектив»), в номинации «Зеленая планета глазами детей» (I, II, III места)

2013-2014. Участие во Всероссийском конкурсе-игре по естествознанию «Человек и природа» (I, III, V в регионе)

2014-2015. Общешкольный проект «Имею право знать!»

Ежегодно – смотр-конкурс «Подготовка к летнему оздоровительному периоду» (при участии родителей для подготовки спорткомплекса на школьной спортплощадке).

Реализуется программа: «Здоровье»

Потребность введения программы здоровья продиктовано, прежде всего, ухудшением физического и психического здоровья школьников, поступающих в наше учебное заведение. Воспитание обучающихся, привитие им норм и навыков здорового образа жизни должны носить комплексный и не прерывный характер, пробуждать их к активным и сознательным действиям в настоящем и будущем, быть направленными на:

- улучшение собственного психического и физического состояния;
- отказ от поведения, наносящего вред своему здоровью и здоровью окружающих;
- негативное отношение к неправильному гигиеническому поведению других людей и к ухудшению условий окружающей среды, наносящих ущерб здоровью;
- сознательное участие в охране здоровья и в формирование среды, способствующей здоровью, особенно условий труда и быта;
- адекватное поведение в случае болезни, направленное на выздоровление;
- практическое овладение здоровьесберегающими технологиями.

Предложенная программа является комплексной и последовательной системой обучения и воспитания здорового образа жизни в период с 7 до 18 лет и призвана позитивно повлиять на сложившуюся в обществе систему отношений к образу жизни, так как позволит сформировать новые отношения к здоровью на уровне установок, навыков и умений.

Реализуемая цель программы.

Формирование культуры здоровья и здорового образа жизни обучающихся с активной жизненной позиции, с устойчивыми принципами неприязни к вредным привычкам, как основы социализации и успешной интеграции в обществе, привлечение внимания общественности к

проблеме сохранения и укрепления здоровья детей, создание системы взаимосвязи и сотрудничества со всеми службами заинтересованными в оздоровление детей.

Показатели, по которым отслеживается эффективность деятельности:

1. Организация оздоровительной работы с детьми, направленная на формирование мотивации к здоровому образу жизни, снижение уровня заболеваемости.
2. Создание оптимального режима работы, предметно-пространственной среды для комфортного самочувствия, физического и психического развития.
3. Планомерная организация полноценного сбалансированного питания.
4. Проведение работы с родителями, направленной на формирование ЗОЖ, профилактики вредных привычек, создания в семьях условий, способствующих укреплению и охране здоровья.
5. Развитие психолого – медико – педагогической службы для своевременной профилактики психологического и физического состояния учащихся.

Программа направлена на формирование у школьников ценностей здорового образа жизни, основ экологической культуры, осторожного обращения с опасными предметами, безопасного поведения на улице.

Создание безопасных условий при организации образовательного процесса.

В школе созданы все условия для охраны здоровья и жизни детей, их физического и психического здоровья.

В Вяземском районе МБОУ СОШ №3 является базовой по инклюзивному образованию детей, поэтому здесь оборудован кабинет коррекционной помощи для детей-инвалидов, имеющий различные современные тренажеры. В школе есть музыкальный класс, физкультурный зал, оснащенный необходимым оборудованием и спортивным инвентарем (как стандартным, так и нестандартным), кабинет психолога, медицинский и процедурный кабинеты. Организация предметно-развивающей среды осуществляется по всем видам детской деятельности с учетом принципа интеграции образовательных областей. Все классные комнаты и предметно-развивающая среда соответствуют санитарно-эпидемиологическим нормативам и нормам противопожарной безопасности, а также возрастным особенностям детей. В школе разработаны и действуют программы по созданию безопасных условий при организации УВП: «Декларация пожарной безопасности», «Паспорт антитеррористической защищенности МБОУ СОШ №3» (2013 г.), «План основных мероприятий МБОУ СОШ №3 по вопросам ГО, предупреждения и ликвидации ЧС».

Формы работы:

- беседы по ПДД (1 раз в месяц);
- организация и проведение классных часов, бесед, Дня защиты детей;

- проведение учебных тренировок по экстренной эвакуации учащихся, педагогов и персонала школы при ЧС и пожаре;
- инструктирование по технике безопасности обучающихся в урочное (проведение вводных, первичных, повторных инструктажей при проведении практических работ) и во внеурочное время (на экскурсиях, в походах, на массовых мероприятиях);
- проведение обучающих занятий, организация встреч с работниками ГИБДД;
- оформление стендов, классных уголков, участие в творческих конкурсах по профилактике детского травматизма с применением современных технологий;
- организация и проведение совместных мероприятий с учреждениями здравоохранения, учеба по оказанию ПМП;
- организация и проведение родительский собрания по правилам дорожного движения и по профилактике травматизма в быту (проводится 1 раз в триместр);
- практикум для родителей по здоровьесбережению: «Организация здорового образа жизни в семье и школе» (проводится 2 раза в год).

В школе работает программа по созданию безопасных условий при организации образовательного процесса «Школа безопасности»

Реализуемая цель: создание комплексной системы работы по созданию безопасных условий при организации образовательного процесса, направленной на формирование культуры безопасности жизнедеятельности.

Задачи:

1. Создать здоровьесберегающее и безопасное образовательное пространство, обеспечивающее гармоничное разностороннее развитие каждого ребенка.
2. Формировать знания обучающихся о безопасности, как о знаниях, необходимых человеку для поддержания и сохранения своего здоровья.
3. Обучать учащихся способам выживания в чрезвычайных условиях; практическим навыкам и действию учащихся по оказанию само- и взаимопомощи, первой медицинской помощи в экстремальных условиях.
4. Воспитывать у учащихся навыков адекватного поведения в различных неожиданных ситуациях, самостоятельности и ответственности за свое поведение.

*Показатели, по которым отслеживается эффективность деятельности:*

- соблюдает правила поведения в школе, на улице, в транспорте;
- имеет представление об опасных для человека и окружающего мира ситуациях;

- демонстрирует знания различных способов укрепления здоровья (личная гигиена, зарядка, закаливание, подвижные игры);
- демонстрирует знание о правилах дорожного движения;
- понимает значение сигналов светофора и дорожных знаков;
- знает и соблюдает правила поведения при общении с природой (способы безопасного взаимодействия с растениями и животными, бережного отношения к окружающей природе).

Главная задача программы «Школы безопасности» – стимуляция развития у школьников самостоятельности, ответственности за свое поведение. Она способствует развитию лидерских качеств обучающихся; развитие умений работать в группе, коллективе. Программа учит детей правильно оценивать и реагировать в различных жизненных, в том числе опасных и экстремальных, ситуациях.

Заключение.

На школьном сайте размещена Памятка о режимах работы подразделений наркологической службы в Смоленской области (город Смоленск) и порядок обращения на прием к врачу – наркологу.

Мероприятия, проводимые в школе, положительно влияют на сознание учащихся, что привело к уменьшению количества вовлечений школьников в зависимость от вредных привычек и повышению внимания к проблеме их профилактики среди учащихся и персонала образовательного учреждения.

Самое важное, что учащиеся, благодаря программам и плану, осознали и прочувствовали значимость данной проблемы, то есть проводимые методы и формы работы повысили восприимчивость учащихся к негативным последствиям вредных привычек.

По результатам мониторинга, проводимому в школе среди учащихся 5-11 классов, мы выяснили следующее: *«высокий уровень восприимчивости к вредным привычкам имеют» 76% детей, «средний» – 12%, а «низкий» – 12%.*

## САМООРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЖИЗНЕННОГО ПРОСТРАНСТВА ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

*Алябьева А.А.*

Специальная (коррекционная) общеобразовательная школа №169, г. Екатеринбург,  
Свердловская область

Вопросы социализации и определения себя в жизни общества не теряют своей актуальности, особенно для детей, имеющих особенности в развитии. Работая с учащимися, имеющими нарушения в интеллектуальной сфере, прежде всего сталкиваешься с ситуацией, двухполюсного жизненного пространства. Часто это дети из «неблагополучных» семей, которые уже к возрасту десяти лет достаточно четко принимают условия своего существования, имея при этом два вида общения «школа – дом», кардинально отличающиеся друг от друга. Эта двойственность начинает выходить на первый план при вступлении ребенка в подростковый период, проявляясь в потере интересов к достижениям и самореализации, в смене ценностных ориентаций, в девиантном поведении и т.д.

Одним из перспективных направлений в работе с учащимися является личностное развитие, ориентированное на саморегуляцию, самоуправление, реализацию социально одобряемых паттернов поведения. Большое внимание уделяется и участию школьников в спортивных мероприятиях, в том числе в «Специальной олимпиаде».

Самореализация личности происходит путем осуществления ею жизненных выборов, ее самодетерминацией. Способность индивида актуализировать разные содержательно-смысловые грани субъективных образов является показателем его личностного развития и уровнем идентичности.

Личностное развитие происходит за счет расширения содержательно-смысловой сферы, которая содержит личностные смыслы – «устойчивые образования, опосредующие всю жизнедеятельность человека» [4]. На уровне развития смыслы выступают в виде ценностных ориентаций личности, основная функция которых заключается в интегрировании личности в новые условия социальной жизни. В отличие от адаптации, под которой понимается процесс приспособления, направленный на поддержание жизнедеятельности человека в определенных условиях, интеграция предполагает активное, осознанное поддержание определенного напряжения для творческой реализации своих возможностей в условиях социального взаимодействия. Интеграция предполагает достаточно высокий уровень сформированности «Я-концепции», соответственно, осмысленного отношения к своим способностям и социальным ролям, другим людям и миру в целом. Временная перспектива включает на этом уровне долгосрочное планирование, основанное на осмысленном отношении к личностному опыту и объективной действительности. Соответственно, личностные конструкты должны носить системный характер, предполагающий способность обобщения, основанную на различении процесса и результата деятельности. Такой уровень когнитивной сложности предполагает наличие восприимчивых конструктов и способности «метафорического» осмысливания, позволяющих творчески и гибко подходить к решению жизненных задач [4].

Один из начальных этапов такого развития и есть авторегуляция, т. е. произвольная саморегуляция в системе жизнеобеспечения организма животных и человека. В целом саморегуляция – «это изменения, совершаемые в рамках имеющихся правил, норм, стереотипов» [5]. Следующим этапом являются более сложные процессы произвольной регуляции и психического самоуправления; а на самом высоком уровне – взаимоуправление по ходу совместной деятельности и общения как самый сложный процесс психического управления и регуляции, в котором участвуют не менее двух человек – субъектов самоуправления и саморегуляции [5].

В свою очередь, стихийное формирование осознанной саморегуляции не гарантирует успешность, надежность, продуктивность, конечный исход любого акта произвольной активности. В практике мы наблюдаем различную эффективность регуляторных процессов у разных субъектов [3].

Процесс самоорганизации сложный и непрерывный только в том случае, если у человека есть стремление к развитию себя как личности, что является первоочередной задачей педагога.

На основании вышеизложенных положений для учащихся школы был разработан адаптированный тренинг «Формирование жизненных стратегий». Методической основой послужили работы: Н.Н. Толстых «Программа развития временной перспективы и личностной организации времени жизни», М.А. Алиевой, Т.В. Гришанович и др. «Тренинг развития жизненных целей», Н.М. Шуховой «Организация времени жизни: эффективность, успех, развитие». С целью комплексного подхода к проблеме формирования жизненных стратегий в программу тренинга были включены упражнения, влияющие на развитие личности в целом. С учетом психофизиологических особенностей детей тренинг был разделен на циклы.

Основная идея тренинга – познакомить участников с возможностями формировать свои жизненные планы и стратегии, сформировать осознание своей жизненной позиции, ее смысла в условиях жизнедеятельности личности, способствовать поиску ресурсов и возможностей увидеть осуществление жизненной стратегии для осознания и создания наиболее оптимального сценария своего дальнейшего развития.

Цель тренинга – формирование жизненных стратегий и личностных качеств (уверенности в себе, решительности, а также стремления к саморазвитию, мотивации к успеху).

Задачи тренинга:

1. Укрепление в сознании участников тренинга идеи единства прошлого, настоящего и будущего через создание сквозных причинно-следственных связей жизненного пути, формирование представлений участников о времени, о возможности учиться на своем прошлом опыте и планировать, представлять будущее.
2. Развитие способности самостоятельно определять цели своей жизни, планировать и управлять временем.

Групповые методы и методические средства, используемые в тренинге: информирование, психогимнастические упражнения, психодрама, групповая дискуссия, мозговой штурм, проективное рисование, элементы песочной терапии (индивидуальной и групповой), анализ ситуаций, дебрифинг, домашнее задание.



Специфика и степень адаптированности тренинга под потребности учащихся опиралась на результаты диагностики и ряд глубинных интервью с участниками, на ознакомление тренера с текущей ситуацией и анализ существующих проблем.

Посттренинговая коррекция (встреча) с участниками для выявления уровня усвоенности пройденного курса организуется через месяц после проведения тренинга.

Предполагаемые личностные результаты участников тренинга:

- ярко выраженная взаимоподдержка и взаимоуважение;
- соучастие и эмпатия;
- раскрепощенность в общении;
- появление или утверждение жизненной позиции (в зависимости от цикла);
- более четкий интерес к жизни;
- адекватная оценка своей результативности жизни и удовлетворенность самореализацией;
- повышение мотивации к успеху.

Организация деятельности и жизненного пространства – одна из приоритетных областей познания в эпоху ускорения темпа жизни. Умение организовывать время, деятельность, жизнь позволяет личности максимально реализовываться и развиваться. Это неотъемлемое условие успешности учащихся с отклонениями в интеллектуальном развитии по окончании школы, их перехода к самостоятельной жизни.

#### Список литературы

1. Абульханова-Славская К.А. Социальное мышление личности: проблемы и стратегии исследования // Психологический журнал. –1994. – Т.14. – № 4. – С.49-52.
2. Ковалев В.И. Личностное время как предмет психологического исследования / В.И.Ковалев // Психология личности и время. Тезисы докладов и сообщений Всесоюзной научно-теоретической конференции. – Черновцы: 1991. – Т. 1. – С. 4-8.
3. Конопкин О.А. Психологические механизмы регуляции деятельности / О.А. Конопкин. – М.: Наука, 1980. – 256 с.
4. Леонтьев Д.А. Психология смысла: Природа, структура и динамика смысловой реальности / Д.А. Леонтьев. – М.: Смысл, 1999. – 438 с.
5. Лэндрет Г.Л. Игровая терапия: искусство отношений: Пер. с англ. / Предисл. А. Я. Варга. – М.: Международная педагогическая академия, 1994. – 368 с.
6. Столяренко Л.Д. Основы психологии: практикум / Л.Д. Столяренко. – Ростов н/Д: Феникс, 2006. – 704 с.

7. Gruber R.P. Subjective time vs. proper (clock) time // Pers. Soc. Psychol. Bull. – N-Y, 1994. – P. 49 – 63.

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РЕГИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ  
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ  
ФИЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНОГО ПРОФИЛЯ НА ОСНОВЕ  
ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ДОМИНАНТЫ**

*Антошкина Т.А., Потапова И.И.*

БОУ ОО ДПО (ПК) С «Орловский институт усовершенствования учителей», г. Орел,  
Орловская область

Необходимость изменений в образовании в связи с введением Федеральных государственных образовательных стандартов нового поколения актуализирует проблему организации деятельности, направленной на достижение важного результата – сохранения и укрепления здоровья школьников. При этом переход образовательных организаций к новой практике, ориентированной на обновление содержания и методов здоровьесберегающей деятельности, предусматривает массовое распространение новых образовательных продуктов – здоровьесберегающих образовательных программ и технологий. Решение данной задачи рассматривается как мера по развитию политики формирования здорового образа жизни детей и подростков в Указе Президента РФ от 01 июня 2012 года №761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012 – 2017 годы».

Одним из условий успешного решения задачи здоровьесбережения обучающихся была и остается готовность педагогических кадров. Компетентность в вопросах сохранения и развития здоровья сегодня является важной составляющей частью профессиональной культуры учителя. Каждодневная реализация на уроках, переменах, во внеурочной работе здоровьесберегающих методов, приемов, форм и технологий требует кропотливых усилий и высокого профессионализма, а все результаты такой работы, к сожалению, проявляются не сразу. Очевидно, что принятие педагогами новых подходов, функций и способов педагогической деятельности возможно лишь при наличии эффективного методического сопровождения, которое способна предоставить учителям система повышения квалификации.

Отдел охраны здоровья и физического воспитания Орловского института усовершенствования учителей осуществляет работу по повышению квалификации различных категорий работников физкультурно-спортивной направленности: учителя физической культуры, тренеры-преподаватели, педагоги дополнительного образования, руководители и методисты учреждений дополнительного образования детей физкультурно-спортивного профиля.

Проведение в рамках курсовых мероприятий данной категории педагогических работников анкетирования, выявляющего их профессиональные запросы и затруднения, позволяет обозначить следующие проблемы:

- недооценка педагогами вклада физической культуры и спорта в достижение личностных результатов обучения;

- игнорирование физкультурно-педагогическим сообществом позиций других субъектов образовательного процесса (обучающихся, родителей) и окружающего социума, при формировании содержания физического воспитания в конкретной образовательной организации;

- смещение основного акцента предмета «Физическая культура» в сторону соревновательной деятельности и подготовки к ней;

- неготовность большинства учителей физической культуры к обновлению содержания уроков физической культуры с использованием современных оздоровительных систем (шейпинг, аэробика и др.).

Курсовая подготовка учителей физической культуры строится с учетом педагогических потребностей, вариативности форм занятий, соединения теории и передового опыта. Наряду с традиционными формами организации курсовой подготовки, сегодня педагогам предлагаются модули по накопительной системе повышения квалификации, участие в дистанционных проектах, практикоориентированные семинары.

С учетом современных стратегических тенденций в школьном физическом воспитании в содержательный компонент программ повышения квалификации учителей физической культуры внесены изменения, связанные с использованием современных технологий в решении задач здоровьесберегающей деятельности, формирования у обучающихся культуры здорового образа жизни, в частности:

- модернизация содержания физического воспитания;
- обновление форм внеурочной спортивно-оздоровительной работы;
- социально-педагогическое и инновационное проектирование;
- здоровьесберегающие технологии на уроках физической культуры;
- осуществление комплексного мониторинга здоровья обучающихся;
- внедрение альтернативных контрольно-оценочных систем и др.

Необходимость расширения блока вопросов, связанных с мониторингом здоровья, физического развития, физической подготовленности и функционального состояния организма обучающихся, обусловлена тем, что только использование технологий, позволяющих осуществлять образовательный процесс с учетом индивидуальных особенностей обучающихся, обеспечивает оздоровительный аспект физического воспитания.

Педагогам предлагается спецкурс «Оздоровительные технологии на уроках физической культуры», где уделяется внимание методикам использования различных оздоровительных комплексов и систем на уроках физической культуры (работа на тренажерах, различные системы дыхательных упражнений, элементы аутотренинга, упражнения для профилактики плоскостопия и нарушений осанки и др.).

Расширен теоретический блок «Основы здорового образа жизни», где нашли отражение вопросы мотивации к здоровому образу жизни, теоретические аспекты науки о здоровье. Это

является необходимым, поскольку задачи содействия здоровью обучающихся в педагогической деятельности наиболее эффективно решаются с опорой на научные знания.

Большой интерес у учителей физической культуры всегда вызывают вопросы, связанные с особенностями организации и содержания физического воспитания детей, отнесенных по состоянию здоровья к специальной медицинской группе, поскольку количество детей, имеющих хронические заболевания, постоянно увеличивается. Для учителей, работающих с такими детьми, проводятся проблемные курсы «Организация и содержание адаптивной физической культуры в ОУ».

В системе повышения квалификации учителей и руководителей образовательных учреждений актуальным остается вопрос создания в них оздоровительной модели физического воспитания, призванной сформировать двигательный режим обучающихся из расчета двух часов ежедневной двигательной активности. Соответственно для этих категорий слушателей предлагаются семинары по разработке моделей школьного физического воспитания, практикумы на базе ОУ, где педагоги знакомятся с опытом работы по использованию как традиционных, так и инновационных форм физического воспитания (внеурочная деятельность спортивно-оздоровительной направленности, спортивно-познавательные мероприятия, спортивные фестивали, смотры-конкурсы «Самый здоровый класс», «Самый спортивный класс» и др.).

Чтобы обеспечить формирование у школьников культуры здоровья, необходимо овладение педагогов приемами ведения урока на уровне коллективной мыслительной деятельности, диалога, дискуссии, общения детей. С этой целью в рамках курсовой подготовки учителей физической культуры предполагаются семинарские занятия, посещения открытых уроков инновационного содержания, семинары-практикумы. Рассматриваются вопросы использования научно-исследовательской и проектной деятельности в процессе занятия физической культурой, технологии развития психических процессов у детей на уроках физической культуры. В рамках спецкурса проводятся практикумы для педагогов по овладению двигательными навыками, основами отдельных оздоровительных систем, обучение которым предполагается в старших классах (роуп-скиппинг, аэробика, атлетическая гимнастика, единоборства).

Традиционный и инновационный опыт работы многих учителей обобщен в форме видеороликов, которые широко используются на курсах повышения квалификации.

Совершенствование педагогического опыта учителей физической культуры на основе реализации современных подходов в повышении квалификации способствует в том числе формированию у них умения и внутренней мотивации к обобщению и представлению своего опыта работы в рамках развития конкурсного движения. Тематические профессиональные конкурсы обозначены в образовательной инициативе «Наша новая школа» как перспективный ресурс здоровьесбережения в образовательной среде. Такие конкурсы, как «Олимпиада начинается в школе», «Учитель здоровья России», «Мастер педагогического труда по учебным и внеучебным формам физкультурно-оздоровительной и спортивной работы», «Урок физкультуры – XXI век», являются одной из форм признания профессиональных достижений педагогических работников физкультурно-спортивного профиля и позволяют пересмотреть их взгляды на механизм формирования собственного имиджа и презентацию результатов своей здоровьесберегающей деятельности.

Таким образом, сегодня является бесспорным, что для осуществления эффективной здоровьесберегающей деятельности педагогу необходимо иметь соответствующие компетенции. Сложившаяся в регионе система повышения квалификации педагогических работников физкультурно-спортивного профиля обеспечивает потребности слушателей, связанные с формированием умений эффективного использования в своей работе педагогических приемов и техник в аспекте их предполагаемого воздействия на здоровье и образ жизни обучающихся.

## ВАЛЕОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА ПЕДАГОГОВ В ШКОЛЕ

*Афанасьева Т.Г.*

ГБОУ «Специальная (коррекционная) общеобразовательная школа-интернат для обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями здоровья», г. Куйбышев, Новосибирская область

Сохранность здоровья детей – сложная задача настоящего и будущего. Социальное и экономическое развитие страны, уровень жизни, науки, техники, культуры зависит от способности молодого поколения нашего общества быть здоровым и работоспособным. Модель поведения человека формируется в детстве и определяет качество и продолжительность его жизни. Поэтому формирование культуры здоровья детей является важнейшим условием полноценного воспитания подрастающего поколения, осознающего, что здоровье – жизненно важная ценность.

Однако в наше время здоровье детей оставляет желать лучшего. По данным ООН, в мире насчитывается примерно 450 миллионов людей с нарушениями психического и физического развития. Данные Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) свидетельствуют, что число таких жителей в мире достигает 13% (3% детей рождаются с недостатками интеллекта и 10% детей с другими психическими и физическими недостатками) всего в мире около 200 миллионов детей с ограниченными возможностями здоровья. В нашей стране, как и во всем мире, наблюдается тенденция роста числа детей с ограниченными возможностями здоровья [1; 6]. Поэтому не случайно в современной педагогической среде все чаще стало использоваться понятие «дети с ограниченными возможностями здоровья» (ОВЗ).

Нарушение здоровья у детей означает существенное ограничение жизнедеятельности, оно вызывает социальную дезадаптацию, которая обусловлена нарушениями в развитии, затруднениями в самообслуживании, общении, обучении, овладении в будущем профессиональными навыками. Главная проблема ребенка с ограниченными возможностями здоровья заключается в его связи с миром, в ограничении мобильности, бедности контактов со сверстниками и взрослыми, в ограниченности общения с природой, доступа к культурным ценностям, а иногда – и к элементарному образованию. Достаточно сложной задачей является формирование культуры здоровья у детей с ОВЗ, в том числе у детей-инвалидов.

В этой связи на педагогических работников возлагаются задачи по информированию подрастающего поколения о здоровье, способах его сохранения и, что, несомненно, сложнее, побуждению к ведению здорового образа жизни. Можно рассказать человеку о необходимости сохранения здоровья, но очень сложно заставить его соблюдать здоровый образ жизни. В данном случае уместно отметить, что в педагогической практике наиболее эффективным воздействием был и остается собственный пример взрослого – родителя, учителя, воспитателя.

Смогут ли педагоги оказать благотворное влияние на воспитанников, если сами не будут здоровы, не будут владеть методами здоровьесбережения? Конечно же, нет.

Формирование готовности учителей и воспитателей к здоровьесберегающей деятельности должно осуществляться еще в период их профессионального образования. Кроме того, продолжение валеологического образования педагогов осуществляется в образовательной организации (в рамках методической работы школы, деятельности творческой группы педагогов). Данный процесс предполагает знакомство с методологией системного подхода в понимании сущности здоровья и оценке индивидуального здоровья каждого обучающегося, формирование умений организовывать валеологически обоснованную личностно-ориентированную педагогическую деятельность [4]. Таким образом, формирование культуры здоровья ребенка должно начинаться с валеологического образования педагога.

За последние годы накоплен обширный теоретический и практический материал по проблеме здоровья человека, по валеологизации учебно-методического процесса – это труды И.В. Бестужева-Лады, Р.И. Айзмана, А.В. Сахно, И.И. Соковни-Семеновой, Н.П. Абаскаловой, И.И. Брехмана, Л.Г. Татарниковой, Э.М. Казина и др. В процессе педагогических исследований выявлены уровни здравотворческой готовности обучающихся и дана им характеристика на основе:

- системы валеологических знаний;
- системы валеологических умений и навыков, их реализации в практической деятельности;
- экологической культуры поведения.

Осуществление целевых установок валеологизации педагогического процесса определяет готовность будущих учителей (эмоционально-волевою, мотивационную, практическую) к процессу здоровьесбережения.

Основными составляющими культуры здоровья педагогов являются:

- валеологическое мировоззрение;
- умение сохранять здоровье окружающих людей, навыки самооздоровления;
- мотивация на саморазвитие и самосовершенствование.

Принципы здоровьесберегающей подготовки реализуются через содержательные аспекты (научно-познавательный, ценностный), через качественное обновление педагогической деятельности (организация учебной деятельности детей на уроке, система воспитательной работы), через валеологизацию среды (соблюдение санитарно-гигиенических и эстетических норм, создание особых образовательных условий для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья). При этом фундаментом подготовки педагогов к здоровьесберегающей деятельности является культуротворческая среда. Она предполагает наполнение образовательного процесса положительным эмоциональным фоном, раскрытие творческих способностей педагогов, побуждение к самовыражению и самореализации.

Однако опыт общения со студентами профессиональных педагогических учреждений (в рамках прохождения ими педагогической практики на базе специальной (коррекционной) школы) показывает, что будущие педагоги, обладая хорошими теоретическими знаниями о



здоровьесбережении обучающихся, не всегда готовы к работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья. Необходимо, чтобы они получили дополнительные представления об уровнях здоровья человека, умения организовывать работу по сохранению и укреплению здоровья детей с ОВЗ.

В процессе валеологической подготовки педагогов коррекционной школы предполагается не только повышение уровня профессионального потенциала, но и улучшение состояния их здоровья, что, несомненно, является эффективным механизмом сохранения и укрепления здоровья воспитанников. Таким образом, здоровьесберегающая деятельность предусматривает обязательное включение в работу всех участников педагогического процесса. В этой связи значимой задачей школы является объединение обучающихся, учителей, воспитателей и родителей в единое сообщество.

В процессе охраны и укрепления здоровья детей и педагогов решаются следующие задачи:

- формируется потребность в здоровом образе жизни;
- проводится подготовка по вопросам сохранения и укрепления здоровья;
- соблюдаются гигиенические требования в организации учебной (воспитательной, профессиональной) деятельности.

Процесс формирования культуры здоровья включает в себя следующие компоненты: валеологическую информированность, создание мотивации здорового образа жизни, создание условий для сохранения и укрепления здоровья.

Начальным этапом работы является диагностика состояния здоровья и уровня сформированности культуры здоровья участников образовательного процесса школы. Важно обучить приемам диагностики и самодиагностики не только взрослых, но и детей, так как полученные результаты заставляют их всерьез задуматься о состоянии собственного здоровья, тем самым вызывают потребность в приобретении знаний о его сохранении и восстановлении.

Валеологическое обучение начинается с формирования понятийного аппарата (здоровье, культура здоровья, здоровьесбережение, оздоровление, безопасный образ жизни и др.). Педагоги знакомятся с методами и приемами здоровьесберегающей деятельности, здоровьесберегающими технологиями, а также методами и приемами формирования ценности здорового и безопасного образа жизни у обучающихся.

В процессе валеологического обучения детей акцент делается на формирование и развитие знаний, установок, личностных ориентиров и норм здорового и безопасного образа жизни с целью сохранения и укрепления физического, психологического и социального здоровья обучающихся как одной из ценностных составляющих личности.

При формировании культуры здоровья важны не только валеологические знания и умения их транслировать, необходимо научить педагогов и детей создавать вокруг себя доброжелательную атмосферу взаимопонимания и сотрудничества. Следует обращать внимание на то, что люди все разные и что надо воспринимать другого человека таким, какой он есть, при этом

вести себя корректно. Это особенно актуально в условиях инклюзивного образования, при общении здоровых детей и детей с ограниченными возможностями здоровья.

Каждое взаимодействие педагогов с детьми должно быть построено с учетом физиологических особенностей обучающихся, соответствовать их возможностям, при этом должны использоваться здоровьесберегающие технологии.

В специальной (коррекционной) общеобразовательной школе-интернате для обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями здоровья города Куйбышева созданы специальные образовательные условия для детей в соответствии с особенностями их здоровья, гарантирующие охрану и укрепление физического, психологического и социального здоровья обучающихся, условия для профилактики заболеваний и оздоровления обучающихся. Это не только соблюдение санитарно-гигиенических правил, пополнение материально-технической базы современным оборудованием, обучение по адаптированным образовательным программам, организация комфортной психологической среды, но и подбор квалифицированных специалистов, имеющих большое желание помочь детям с ОВЗ сохранить и укрепить здоровье, найти свою нишу в сообществе здоровых людей.

Таким образом, культура здоровья представляет собой качественное новообразование личности. В ее основе – валеологическое мировоззрение, система здравотворческих умений и навыков. Технология формирования культуры здоровья подрастающего поколения выстраивается на основе подготовки педагогов к здоровьесберегающей деятельности в процессе профессионального образования и в рамках методической работы в школе. Однако наиболее эффективной формой валеологического образования является объединение обучающихся, учителей, воспитателей и родителей в единое сообщество с общими здоровьесберегающими целями.

#### Список литературы

1. Айзман Р.И. Здоровье населения России: медико-социальные и психолого-педагогические аспекты его формирования. – Новосибирск, 1996. – 28 с.
2. Анисимова Н.В. Нравственность и здоровье // Классный руководитель. – 1999. – №6. – С. 30-32.
3. Брехман И.И. Валеология – наука о здоровье. – М., 1980. – 120 с.
4. Казин Э.М., Блинова Н.Г., Литвинова Н.А. Основы индивидуального здоровья человека: Введение в общую и прикладную валеологию: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2000. – 192 с.
5. Казначеев В.П., Склянова Н.А. Основы общей валеологии. – Новосибирск, 1996. – 78 с.
6. Куинджи Н.Н. Валеология: Пути формирования здоровья школьников: Методическое пособие. – М.: Аспект Пресс, 2000. – 139 с.
7. Фридман Л.М. Философия воспитания человека будущего // Классный руководитель. – 2001. – №1. – С. 26-28.

## ВОЛОНТЕРСКОЕ ДВИЖЕНИЕ В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ КАК РЕСУРС ПОПУЛЯРИЗАЦИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

*Балицкая Н.Ю.*

Ижевский государственный технический университет имени М.Т. Калашникова,  
г. Ижевск, Удмуртская Республика

Достаточно давно проводимая на самых различных уровнях многообразная деятельность по пропаганде здорового образа жизни может иметь самые разные, подчас диаметрально противоположные оценки результативности. Но не подлежит сомнению, что проблема утверждения здорового образа жизни в обществе, увы, не теряет своей остроты и актуальности. Это обстоятельство требует постоянного поиска новых ресурсов и совершенствования методов этой деятельности, имеющей государственную важность.

В связи с этим следует отметить, что Универсиада в Казани и Олимпиада в Сочи послужили мощным импульсом развития общественного движения за здоровый образ жизни – бурного роста популярности различных форм добровольчества, особенно спортивного, в обществе в целом и в вузовской среде в частности. Становится все более очевидным, что волонтерство способно выступить очень привлекательным и эффективным ресурсом в пропаганде здорового образа жизни в молодежной среде. Причин тому несколько. И все они подтверждаются практикой работы со студенчеством.

Во-первых, волонтерство, уже по определению предполагая собственную инициативу его участников, обладает несомненной социально-психологической востребованностью, позволяя молодому человеку преодолеть довольно распространенную излишнюю регламентированность его внеучебной активности и, что нередко в вузе, «активизацию его инициативы сверху».

Во-вторых, волонтерство не носит искусственно-формальный характер и, являясь по сути разновидностью отрядной деятельности, особенно в тех случаях, когда волонтерские отряды организационно «встроены» в вузовское движение студенческих отрядов, имеет мощный авторитет и рекрутинговый потенциал. Это связано с тем, что волонтерство сформировалось в недрах деятельности студенческих отрядов и потом имеет давние и глубокие традиции.

В-третьих, необычайно важную с точки зрения утверждения здорового образа жизни в молодежной и особенно студенческой среде играет то, что в волонтерском движении сегодня, благодаря активному участию волонтеров в крупнейших спортивных турнирах, преобладает очевидная спортивная направленность. А спорт и здоровье, как известно, взаимосвязаны и взаимообусловлены. Развитие спортивного волонтерского движения как прямо, так и опосредованно способствует популяризации как массового спорта, так и ценностного отношения к здоровью.

Примером тому может служить весьма популярный сегодня в студенческой среде проект «Команда 2018», в котором продуманная система привлечения волонтеров к сопровождению спортивных мероприятий самого различного уровня побудила волонтерские отряды вузов к поиску новых креативных форм массовых спортивных мероприятий внутри вуза, поскольку

это позволяет им формировать собственное портфолио, повышать свой рейтинг среди волонтерских объединений, а значит и дает возможность участия в самых престижных спортивных состязаниях. Практика показывает, что через реализацию этого перспективного проекта спортивного волонтерства удастся совершенно по-новому, неформально, через активные, а не только и не столько традиционные (далеко не всегда эффективные) просветительские формы работы со студентами пробудить интерес студенческой молодежи к занятию самыми различными видами спорта.

Для того чтобы здоровье стало для студента ценностью и даже модой, волонтеры организуют различные мероприятия необычного формата, такие как «Ночь спорта» и «Ночь волейбола». Массовость участия молодежи в этих мероприятиях, организованных волонтерами, со всей очевидностью показала, что волонтеры обладают уникальным по своему влиянию ресурсом популяризации спорта и здорового образа жизни. И этот ресурс надо использовать как можно шире.

## **АПРОБАЦИЯ РЕГИОНАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДОШКОЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

*Бочарова Н.И., Потанова И.И.*

ФГБОУ ВПО «Орловский государственный университет», БОУ ОО ДПО (ПК) С «Орловский институт усовершенствования учителей», г. Орел, Орловская область

В данной публикации мы остановимся на характеристике хода и предварительных результатов работы региональной инновационной площадки по теме «Вариативность здоровьесберегающей деятельности дошкольных образовательных учреждений с учетом их самобытности и региональных условий» (2008-2015 гг.).

Состояние здоровья детей Орловской области, пострадавшей от последствий Чернобыльской аварии, вызывает серьезную тревогу. В связи с этим усилия исследователей и практиков региона направлены на определение подходов к решению проблемы оздоровления детей. Анализ программы и социально-оздоровительной технологии, разработанных Ю.Ф. Змановским и его научной школой, показал возможность их применения в условиях массовой дошкольной организации. Однако этот процесс требует глубокого осмысления, так как внедрение данных разработок позволит получить реальный оздоровительный результат лишь при условии учета особенностей конкретной дошкольной образовательной организации (региональных условий и самобытности образовательного пространства).

Цель исследования, развернутого лабораторией «Технологии оздоровления детей в образовательном процессе» НИИ психологии и педагогики ФГБОУ ВПО «Орловский государственный университет» совместно с отделом охраны здоровья и физического воспитания БОУ ОО ДПО (ПК) С «Орловский институт усовершенствования учителей», заключается в обосновании содержания и технологий здоровьесберегающей деятельности дошкольного образовательного учреждения с учетом его самобытности и региональных условий.

На первом этапе были разработаны концептуальные подходы к здоровьесбережению и формированию основ культуры здоровья ребенка в условиях дошкольного учреждения с учетом региональной специфики, проанализированы материальные и кадровые условия, социально-культурологические и эколого-природные особенности, структура заболеваемости воспитанников.

Работа творческого коллектива была направлена на обоснование организационно-управленческих, психолого-педагогических, медико-физиологических условий, позволяющих дошкольным учреждениям, располагающим разными стартовыми возможностями, добиваться позитивной динамики снижения заболеваемости детей. Данная задача предусматривала разработку организационно-управленческой модели функционирования дошкольного образовательного учреждения в режиме «Детский сад здоровья» (далее – модель) [1]. Модель, основанная на оптимальном сочетании лечебно-оздоровительных, физкультурно-рекреативных мероприятий с образовательной деятельностью, имеющей здоровьесберегающее сопровождение, позволила избежать перегрузки детей и добиться позитивных результатов в их оздоровлении при минимизации временных, материальных и психологических ресурсов.

Апробация модели здоровьесберегающей деятельности в течение семи лет осуществлялась в условиях дошкольных организаций города Орла (№№ 17, 39, 68, 84) и Орловской области (№№ 13, 14 города Мценска, № 2 города Малоархангельска и детского сада «Лучик» города Болхова). Базы определялись в первую очередь с учетом их видового разнообразия (центр развития ребенка, комбинированный, общеразвивающий, малокомплектный), особенностей местоположения (городской, сельский) и авторитета коллектива и руководителей в решении проблем оздоровления детей в регионе.

Внедрение данной модели предусматривало определение наиболее оптимальных условий для реализации здравоохранной и здоровьесберегающей деятельности коллектива. В основу функционирования модели положен принцип интеграции содержания работы разных специалистов (воспитателей, педагога-психолога, инструктора по физической культуре, музыкального руководителя, логопеда, учителя-дефектолога, медицинского персонала и др.), а также родителей, направленной на сохранение и укрепление здоровья участников образовательного процесса [6].

Учитывая высокую зависимость успешности реализации модели от уровня профессиональной подготовки непосредственных исполнителей, отделом охраны здоровья и физического воспитания Орловского института усовершенствования учителей была разработана программа повышения квалификации «Здоровьесберегающие технологии в образовательном процессе» и проведена курсовая подготовка участников инновационной деятельности с целью повышения научно-практической компетентности педагогов по данной проблеме. На завершающем этапе эксперимента был проведен анализ результатов изучения профессиональной компетентности педагогов дошкольного образовательного учреждения в области организации воспитательно-оздоровительной работы с детьми [7].

Авторским коллективом созданы и внедрены в практику варианты взаимодействия детского сада и семьи с учетом состояния здоровья детей и имеющихся отклонений в развитии. Инновационным компонентом организации взаимодействия дошкольного образовательного учреждения и семьи является апробация двух вариантов сотрудничества: очного и очно-заочного. Внедрение данных вариантов обусловлено не только необходимостью совершенствования традиционных подходов к совместной работе с родителями, но и важностью вовлечения в образовательное пространство родителей детей, не посещающих дошкольное учреждение. В контексте инновационной деятельности также изучаются особенности педагогического сопровождения семьи в условиях группы кратковременного пребывания по подготовке к школе часто и длительно болеющих детей.

Здоровьесберегающая деятельность дошкольной образовательной организации в режиме инновационной площадки предусматривала реализацию следующих направлений.

Физкультурно-оздоровительное. Реализуется через разработку и внедрение авторских парциальных программ и технологий, в частности, дифференцированного подхода к часто болеющим детям [2], программы для групп комбинированной направленности (совместное образование здоровых детей и детей с ограниченными возможностями здоровья), содержания рекреативной и досуговой деятельности детей в условиях ДОО и семьи [3; 4]. Сотрудниками лаборатории разработана программа формирования физической культуры дошкольников с учетом региональных особенностей, в основу которой положены базовые принципы организации двигательной активности профессора Ю.Ф. Змановского.

Коррекционно-развивающее. Разработано содержание и система деятельности психолога с детьми в условиях сенсорной комнаты «Снузлен» [8]. Исследованы возможности цветотерапии, леготерапии, арттерапии: музыка-, театро-, изотерапии и др. Авторские подходы к применению данных технологий апробированы в базовых и пилотных ДОО [9].

С целью повышения качества коррекционной работы с дошкольниками, имеющими ОНР, проведена работа, связанная с реализацией индивидуального подхода в обучении старших дошкольников с учетом их психофизиологических особенностей. Методические разработки воспитателей направлены на использование приемов развития межполушарного взаимодействия и подбор индивидуальных методик, учитывающих профиль функциональной асимметрии полушарий.

Адаптационное. Участниками инновационной деятельности исследован адаптационный потенциал воспитанников ДОО (в условиях их поступления в детский сад, перехода из общеразвивающих групп в логопедические) с целью разработки системы адекватных мероприятий по минимизированию возникающих негативных последствий социально-психологического характера).

Образовательное. Данное направление реализовывалось как через внедрение авторских программ формирования основ экологической культуры ребенка и основ культуры безопасности, так и через разработку научно-методических рекомендаций к организации образовательной деятельности детей на занятиях [9].

Исследования специалистов в области изучения умственной работоспособности детей на занятиях показывают, что даже при соблюдении требований к объему образовательной нагрузки и внедрении малых форм физкультурной деятельности (физкультминутки), частота случаев сильного и выраженного утомления после занятий у воспитанников старших и подготовительных групп составляет примерно 40%. Это, в свою очередь, вызывает неблагоприятные сдвиги в функциональном состоянии различных органов и систем и в конечном итоге ведет к закономерному ухудшению здоровья детей. В связи с этим, необходимо прилагать усилия по нейтрализации или смягчению воздействия факторов, оказывающих (или потенциально способных оказать) патогенное влияние на организм дошкольника. Коллективом исследователей был разработан здоровьесохраняющий способ организации образовательной деятельности на занятиях, учитывающий функциональные возможности организма ребенка [9].

Наблюдения в ходе исследования показали, что хаотичный набор элементов, методов, мероприятий, связанных со здоровьем и используемых воспитателями на занятиях, не приносит желаемого результата. Педагогу необходимо понимать, что эффективность позитивного воздействия на организм ребенка используемых здоровьесберегающих методов и приемов определяется их грамотной встроенностью в общую систему, создаваемую в соответствии с определенными целевыми установками (задачами). Это послужило основой для разработки методики проведения занятия со здоровьесберегающим сопровождением. Для оптимизации функции контроля за качеством реализации воспитателем образовательных, воспитательных, развивающих и здоровьесохраняющих задач, а также с учебной или методической целью была составлена «Карта анализа занятия с позиций здоровьесбережения».

Воспитательное. Это направление не может быть реализовано изолированно. Оно пронизывает всю организацию жизни ДОО от создания развивающей, безопасной и комфортной среды и ежедневного общения воспитателя с ребенком, до внедрения системы воспитательной работы с применением метода инновационной проектной деятельности и парциальных программ. В основу тематики проектов и авторских программ, реализуемых на базовых и пилотных площадках, положен принцип региональной специфики (социально-экономические, эколого-природные и историко-культурные традиции Орловской области).

Решение проблемы влияния факторов внешней среды на здоровье ребенка рассматривалось как одно из условий физиологически обоснованной системы оздоровления. При оформлении предметно-пространственной среды педагогами учитывалось множество факторов: особенности зрительного восприятия ребенком окружающей среды (оформление группового пространства с учетом принципов видеоэкологии); создание фитотерапевтических интерьеров направленного оздоровительного воздействия – фитомодулей с использованием фитонцидных растений и многое другое.

Внедрение модели здоровьесберегающей деятельности дошкольного образовательного учреждения сопровождалось ежегодным и итоговым мониторингом состояния здоровья детей. На рисунке 1 представлена диаграмма заболеваемости по показателю количества пропущенных дней по ОРЗ и ОРВИ одним ребенком в восьми ДОО города Орла и Орловской области за период 2007 – 2013 гг.

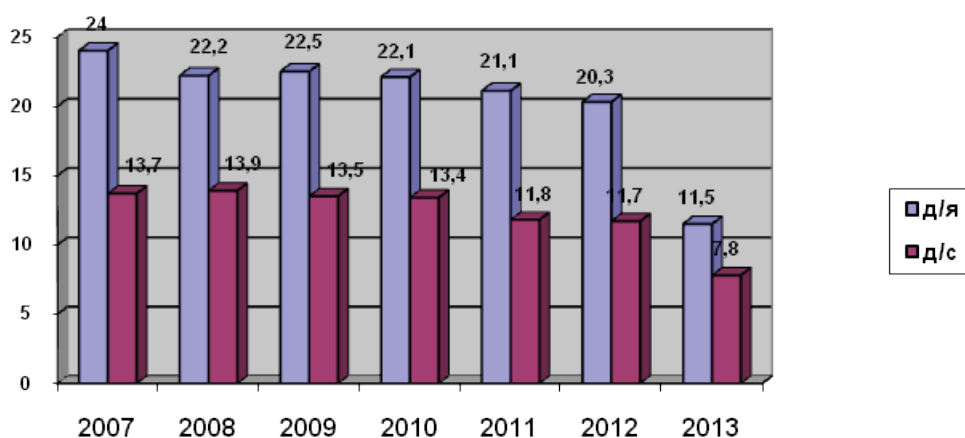


Рисунок 1 – Количество пропущенных дней на одного ребенка по ОРЗ и ОРВИ

Для того чтобы картина не получилась искаженной, данный показатель мы разграничили по возрастному составу детей до 3 лет и с 3 до 7 лет. Общеизвестно, что дети раннего возраста болеют чаще, чем дети дошкольного возраста. Это обстоятельство является весьма важным, особенно когда сравниваются результаты, полученные в различных учреждениях. Безусловно, показатели заболеваемости варьировались в зависимости от характера сезонных эпидемий. Но в целом, динамика уменьшения количества пропущенных дней одним ребенком очевидна. Так, если в 2007 году этот показатель составлял 24 дня (ранний возраст) и 13,7 (дошкольный), то в 2013 году – соответственно 14,5 и 7,8 дней.



На рисунке 2 представлены показатели эффективности оздоровления (ПЭО) часто болеющих детей. Данный показатель иллюстрирует ежегодную динамику увеличения количества детей, снятых с учета в результате внедрения в работу экспериментальных ДОО системы здоровьесберегающей деятельности.

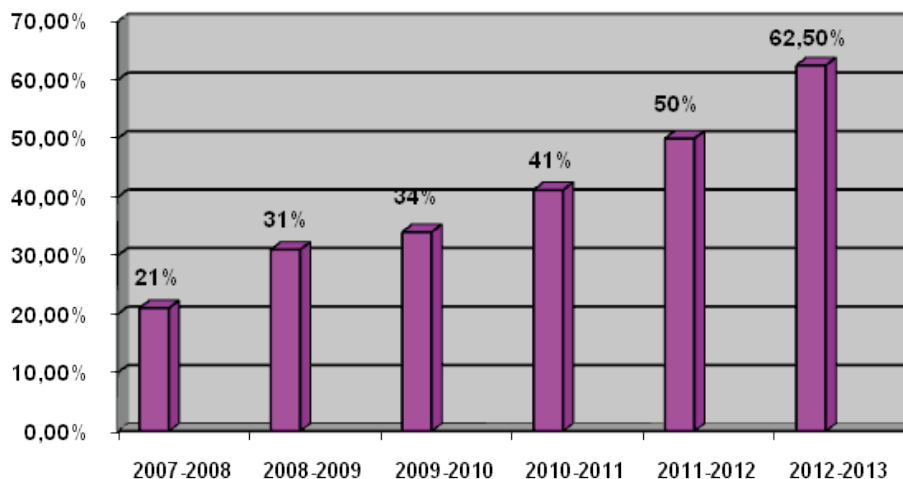


Рисунок 2 – Показатели эффективности оздоровления часто болеющих детей

Таким образом, полученные данные демонстрируют наличие положительной динамики в состоянии здоровья детей.

#### Список литературы

1. Акимова Н.Л., Бочарова Н.И. Региональная модель «Детский сад здоровья» // Библиотечка журнала «Вестник образования России». – 2008. – №7.
2. Бочарова Н.И., Третьякова Н.А. Организация занятий по физической культуре с часто болеющими и ослабленными детьми // Инструктор по физической культуре. – 2008. – №1.
3. Бочарова Н.И. Туристские прогулки в детском саду. – М.: АРКТИ, 2004.
4. Бочарова Н.И. Оздоровительный семейный досуг с детьми дошкольного возраста. – М.: АРКТИ, 2002.
5. Бочарова Н.И. Физическая культура дошкольников в ДОО. Программно-методическое пособие. – М.: Центр педагогического образования, 2007.
6. Гаврючина Л.В. Здоровьесберегающие технологии в ДОО: методическое пособие. – М.: Сфера, 2008.
7. Добророднова О.Н. Профессиональная компетентность педагогов дошкольной образовательной организации в области инновационной воспитательно-оздоровительной работы с детьми // Материалы Всероссийской (заочной) научно-практической

конференции «Образование XXI века: здоровьесберегающие стратегии, системы, технологии». – Орел.: ФГБОУ ВПО «ОГУ», 2015. – С.9-12.

8. Колос Г.Г. Сенсорная комната в детском саду. – М.: АРКТИ, 2006.
9. Содержание и технологии здоровьесберегающей деятельности дошкольного образовательного учреждения / Под ред. Бочаровой Н.И. – Орел, 2008.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТНОГО ПОДХОДА В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У ОБУЧАЮЩИХСЯ

*Булатова Т.Е.*

ГАОУ ДПО «Институт развития образования и социальных технологий», г. Курган,  
Курганская область

Здоровый образ жизни в иерархии потребностей и ценностей человека не занимает пока ведущего места в нашем обществе. Проблема укрепления здоровья, развития и воспитания детей остается важнейшей государственной задачей. В соответствии с требованиями федеральных государственных стандартов нового поколения формирование здоровья обучающихся является неотъемлемой составной частью образовательного процесса. Сама жизнь ставит перед образованием новую задачу – формировать у школьников убежденность в необходимости ведения здорового образа жизни (использование свободного времени с пользой для здоровья, соблюдение режима дня, выработка негативного отношения к таким вредным привычкам, как курение, пьянство, наркомания). Иными словами, здоровью надо учить. В обществе больше привыкли к иным «формулам»: беречь здоровье, не вредить здоровью. Слова о здоровье и ведении здорового образа жизни часто звучат на уроке, но чтобы они не остались лишь призывами, благими пожеланиями, их нужно довести до сознания каждого школьника, то есть этому надо учить. Этому способствует использование системно-деятельностного подхода.

Деятельностный подход – обучать деятельности – это значит делать учение мотивированным, учить ребенка самостоятельно ставить перед собой цель и находить пути и средства ее достижения (т.е. оптимально организовывать свою деятельность), помогать ребенку сформировать у себя умения контроля и самоконтроля, оценки и самооценки.

Использование результатов исследования психофизического здоровья обучающихся современными методами мониторинга в деятельностном подходе позволяет повысить эффективность образования детей в вопросах сохранения и укрепления своего здоровья.

При проведении исследовательской работы совместно с ООО «КТИ» (г. Санкт-Петербург) на базе образовательных организаций Курганской области был выявлен большой интерес детей к результатам мониторинга психофизического состояния человека на уровне регистрации энергии в конкретных органах или системах методом газоразрядной визуализации (ГРВ-графии) [2; 3; 8].

Все органы нашего тела состоят из клеток, и функция любого органа складывается из «работы» этих клеток. Во время любой работы выделяется энергия. Эта энергия будет иметь различные характеристики в зависимости от биологических и физико-химических процессов, лежащих в ее основе, а также строения органов и выполняемых функций. Нервная система человека участвует в регуляции формирования свечения кожного покрова человека. Очевидно, что энергия, выделяемая органом или системой в состоянии нормы, будет отличаться от характеристик энергии в состоянии дисфункции. Изменение данной энергии отражается на паттерне газоразрядного свечения объекта. Оценить свое психофизическое состояние на уровне регистрации энергии в конкретных органах или системах, а соответственно, выявить

воздействие на человека всех факторов окружающей среды и эффективность проводимой саморегуляции позволяет использование метода газоразрядной визуализации (ГРВ-графии), отражающего соотношение процессов вегетативной регуляции человека [10]. Таким образом определяется функциональное состояние органов и систем.

В деятельностном подходе к формированию культуры здорового и безопасного образа жизни у обучающихся подтвердилась высокая эффективность и востребованность использования мониторинга психофизического состояния методом ГРВ-графии.

Дети познают окружающий мир на своем опыте. Понятие «здоровье» для человека становится актуальным тогда, когда возникает болезнь. Ребенку в связи с недостаточностью опыта сложнее отделить ощущение состояния здоровья от ощущения состояния предболезни и болезни. Метод ГРВ-графии позволяет определить, в каком состоянии находится организм, и выработать по ощущениям, чувствам, эмоциям самооценочную шкалу психофизического самочувствия человека. Получив как эталон реальное ощущение здоровья, подтвержденное результатами исследований, ребенок закрепляет это чувство и стремится находиться в нем постоянно. Для поддержания этого чувства здоровья возникает необходимость правильно «эксплуатировать» свой организм – вести здоровый образ жизни. Регулярные обследования детей позволяют каждому индивидуально скорректировать самооценочную шкалу и лучше закрепить ощущение здоровья в организме. Проводимая совместная работа родителей и специалистов системы образования с использованием результатов обследования детей методом ГРВ-графии позволяет более продуктивно работать по направлению формирования культуры здорового образа жизни обучающихся [4; 5; 11].

Анализ динамики показателей ГРВ-графии учеников 4Б класса, проводимый с начала обучения детей в гимназии, отражает результаты здоровьесберегающей работы в образовательном учреждении, семье ребенка и успешность формирования культуры здорового и безопасного образа жизни у обучающихся [6; 7]. При правильно организованном учебном и воспитательном процессах неуклонно возрастает число детей с результатами ГРВ-графии в пределах нормы (рис. 1).

Снижается число детей с результатами ГРВ-графии ниже возрастной нормы (энергодифицитное состояние) или граничащим с нормой (пограничное состояние). При сопоставлении результатов ГРВ-графии с результатами психологического тестирования и количеством дней, пропущенных по болезни, выявляется определенная обратная корреляция.

В 1 классе проводилось 3 обследования учащихся: 1 исследование – осенью (начало октября) после периода адаптации к обучению в школе; 2 исследование – зимой (в феврале, перед дополнительными каникулами для первоклассников); 3 исследование – весной (в мае, перед проведением итоговых годовых работ). При исследовании только 6 первоклассников (21 %) из 28 имели результаты в пределах нормы в течение всего учебного года. По результатам ГРВ-мониторинга педагогам были даны рекомендации по адаптации каждого ребенка к учебному процессу. Открытие первоклассника: «Я стал больше спать и стал лучше учиться, чтобы еще лучше учиться, мне нужно еще больше спать?» (рис. 2).

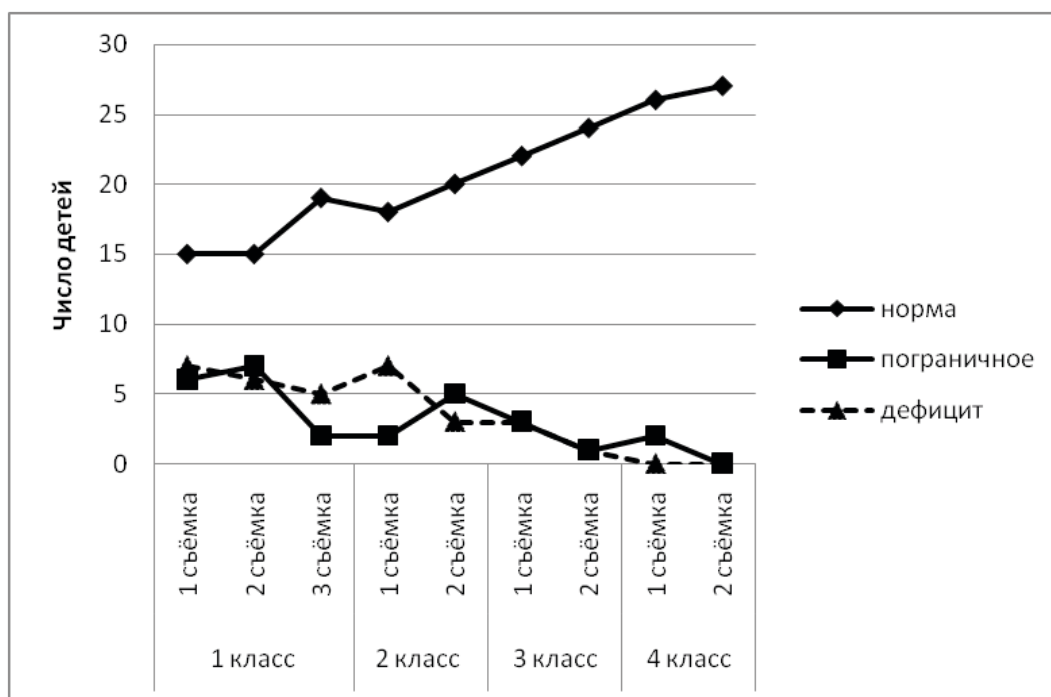
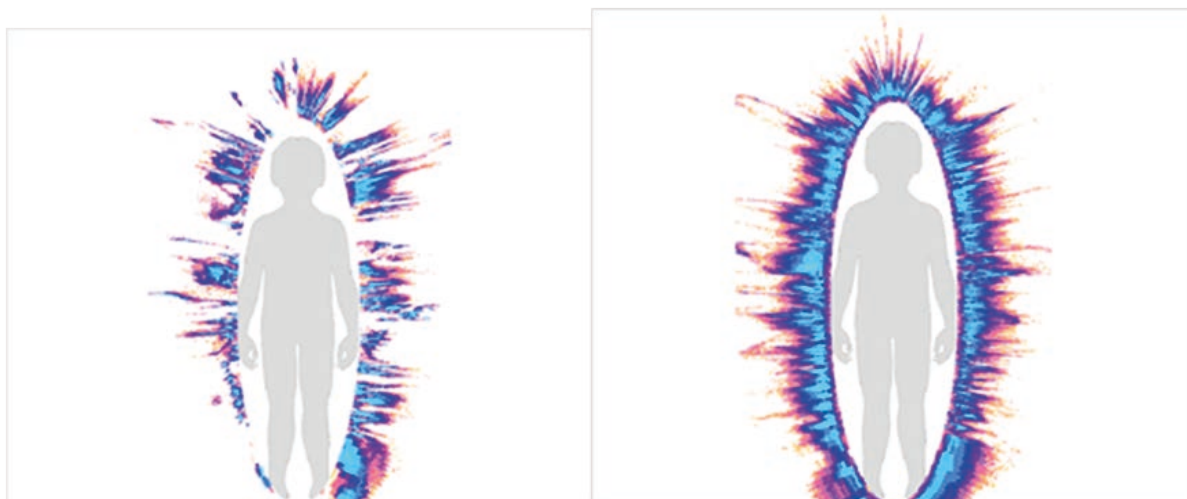


Рисунок 1 – Динамика показателей ГРВ-грамм обучающихся 4Б класса



Контроль «Ведение здорового образа жизни»

Рисунок 2 – Динамика энергетического потенциала ученика 1-го класса

К завершению первого учебного года результаты детей значительно улучшились (табл. 1). У 21 ребенка (75%) результаты пришли в норму.

Таблица 1 – Динамика результатов у детей в течение учебного года и по классам

Класс	Норма в течение уч. года	1 съемка (осенью)			2 съемка (зимой)			3 съемка (весной)		
		Норма	Погра	Дефи	Норма	Погра	Дефи	Норма	Погра	Дефи
			ничное	цит		ничное	цит		ничное	цит
1	6	15	6	7	15	7	6	21	2	5
2	16	19	2	7	Нет съемки			20	5	3
3	21	22	4	2	Нет съемки			22	3	3
4	25	25	2	-	Нет съемки			27	-	-

Во втором классе уже 16 детей (57 %) имели результаты в пределах нормы в течение всего учебного года. В третьем классе 21 ребенок (79 %) имел результаты в пределах нормы. В четвертом классе на начало учебного года 25 детей (93 %) имели результат в пределах нормы, а к завершению года результат улучшился до нормы у всех обучающихся в классе.

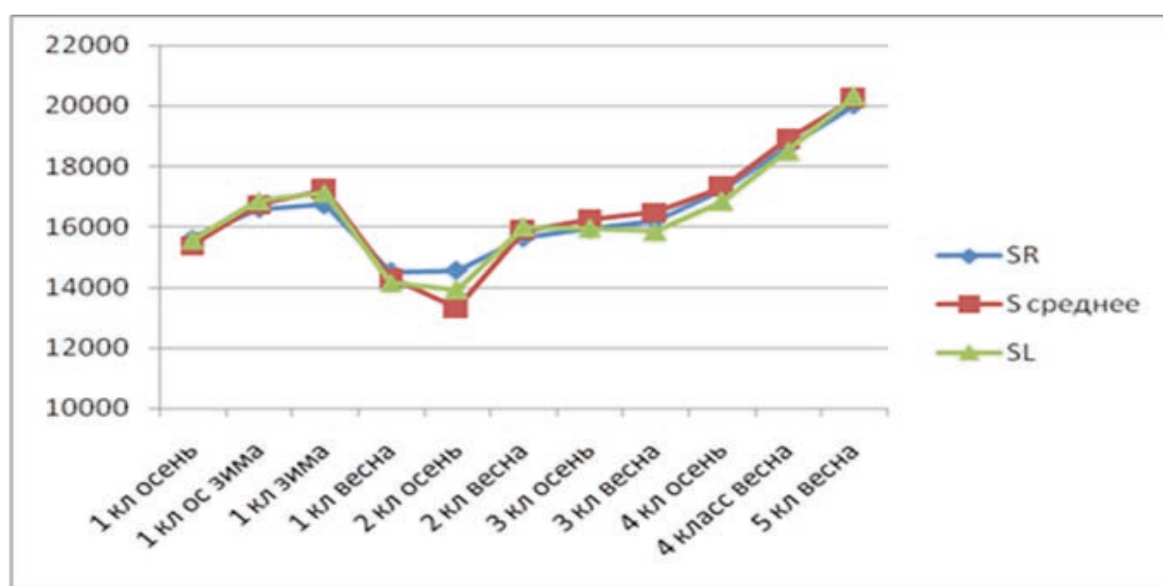


Рисунок 3 – Динамика показателя общей площади засветки у обучающихся с 1 по 5 класс

По результатам исследования выявлено, что наиболее энергозатратной для детей является адаптация к учебному процессу в начале учебного года (табл.1; рис.3). При первом обследовании, в начале учебного года, выявлено большее число детей в пограничном и энергодефицитном состоянии (табл. 1). При проведении индивидуальной и групповой работы с обучающимися по вопросам ведения здорового образа жизни и реального отражения результативности этой работы методом ГРВ-графии учащиеся быстро овладевают приемами самокоррекции психофизиологического состояния. Дети к завершению 4 класса становятся «профессорами» своих энергополей. Могут привести в норму энергополе, управляя им на мысленном уровне.

Ш.А. Амонашвили говорит об ответственности за свои мысли и слова. Мысль есть могущественная творящая энергия – как созидательная, если она светлая, так и разрушительная, если она темная. Необходимо воспитывать в каждом ребенке ответственность за свои мысли и слова, воспитывать добромыслие, ясномыслие и т.д. [1].

При работе с методом ГРВ-графии выявлено, что ведение мониторинга психофизиологического состояния обучающихся позволяет выявить практически все проблемные зоны ребенка в физической, психической и социальной сферах и, подобрав адекватные техники и

методики, скорректировать его состояние. По характеру изменения ГРВ-грамм выделено 3 типа реакции: 1) «стабильность адаптации»; 2) «недостаточность адаптации»; 3) «напряжение адаптации». По результатам исследования в группу детей с «недостаточностью адаптации», как правило, входят дети, имеющие хронические заболевания, проживающие в семьях, ведущих асоциальный образ жизни, и неуспешные в обучении или находящиеся в трудной жизненной ситуации. Результаты мониторинга здоровья обучающихся, полученные в школе при проведении обследования методом ГРВ-графии, могут быть использованы врачами поликлиник для анализа состояния здоровья детей и подростков, чтобы выявить наличие, обострение или предрасположенность к заболеваниям. Также результаты позволяют психологам оценить психофизиологическое состояние школьников. В итоге разрабатывается обоснованный личностно ориентированный маршрут здоровья.

После обследования до обучающихся, родителей, классных руководителей, администрации школы доведены общие результаты исследования и совместно скорректированы программы по обучению и формированию устойчивых стереотипов здорового образа жизни, чтобы знания не только закрепились, но и реализовались в поведении.

В процессе работы выявилось четыре основных направления в эффективном использовании метода ГРВ-графии в работе с участниками образовательного процесса: мониторинг психофизиологического состояния обучающихся и учителей; мониторинг внутрисемейных отношений и их коррекция; оценка здоровьесберегающей деятельности образовательного учреждения; использование полученных при мониторинге результатов ГРВ-графии врачами-педиатрами для анализа динамики состояния здоровья обучающихся [4; 9].

Таким образом, использование деятельностного подхода в модульной образовательной программе по формированию, охране и укреплению здоровья школьников, интегрированной в различные образовательные курсы и внеурочную работу, обеспечиваемой социальным партнерством с родителями, повышает эффективность формирования у детей ценностного отношения к здоровью и здоровому образу жизни. Дети приобретают действенный опыт ведения рационального и здорового образа жизни. Администрация школы получает возможность объективно анализировать динамику психофизического состояния всех участников образовательного процесса и эффективность проводимой с детьми здоровьесберегающей и здоровьесформирующей работы. Метод ГРВ-графии можно использовать как научно обоснованную базу для построения индивидуальных маршрутов сохранения и укрепления психофизического здоровья школьников в процессе обучения при тесном межведомственном взаимодействии.

#### Список литературы

1. Амонашвили Ш.А. Основы гуманной педагогики. Учитель / Ш.А. Амонашвили. – М.: Амрита-рус, 2013. – 288 с.
2. Булатова Т.Е. Оценка психоэмоционального состояния гимназистов методом газоразрядной визуализации / Т.Е. Булатова // Педагогическое Зауралье. – 2006. – № 4. – С. 64-67.

3. Булатова Т.Е. Оценка эффективности физических упражнений методом газоразрядной визуализации / Т.Е. Булатова, Ю.В. Котов // Инновационные процессы в физическом воспитании: Мат. межрег. пед. чтений (18 апреля 2007 г.) / Институт повышения квалификации и переподготовки работников образования Курганской области. – Курган, 2007. – С. 410-411.
4. Булатова Т.Е. Мониторинг психофизиологического состояния обучающихся с использованием метода газоразрядной визуализации / Т.Е. Булатова, Т.В. Попова, М.Н. Тарасова, Л.И. Иванова // Наука. Информация. Сознание. Тезисы Международного научного конгресса по ГРВ биоэлектрографии. – СПб., 2007. – С. 35-37.
5. Булатова Т.Е. Оценка эффективности психофизической саморегуляции в сохранении здоровья учащихся / Т.Е. Булатова // XX съезд Физиологического общества им. И.П. Павлова. Тезисы докладов.– М.: Издательский дом «Русский врач», 2007. – С. 164.
6. Булатова Т.Е. Формирование ценности здорового образа жизни для здоровья на основе метода газоразрядной визуализации / Т.Е. Булатова // Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции «Здоровьесберегающие технологии в образовании». – Новосибирск: Изд-во НИПКиПРО, 2010. – С. 29-31.
7. Булатова Т.Е. Мониторинг адаптации психофизиологических функций у детей к учебным нагрузкам / Т.Е. Булатова // Тезисы докладов 21 съезда Физиологического общества им. И.П. Павлова, Москва-Калуга, 19-25 сентября.- Калуга: Бест-принт, 2010. – С. 88.
8. Булатова Т.Е. Динамика показателей ГРВ-графии обучающихся Курганской области с 1 по 11 класс / Т.Е. Булатова // Наука. Информация. Сознание. Тезисы Международного научного конгресса по ГРВ биоэлектрографии. – СПб., 2011.
9. Булатова Т.Е. Перспективные направления использования метода ГРВ-графии в системе образования / Т.Е. Булатова// Тезисы XVII Международного научного конгресса «Наука. Информация. Сознание». 5-7 июля, 2013, г. Санкт-Петербург. – СПб., 2013. – С. 73-76.
10. Коротков К.Г. Основы ГРВ биоэлектрографии / К.Г. Коротков. – СПб: СПбГИТМО(ТУ), 2001. – 360 с.
11. Попова Т.В. Личностно-ориентированный коррекционный подход к оздоровлению учащихся / Т.В. Попова, Т.Е. Булатова, М.Н.Тарасова, Л.И. Иванова, И.А. Иванова // Наука. Информация. Сознание. Тезисы X Международного научного конгресса по ГРВ биоэлектрографии. – СПб., 2006. – С. 146-149.



## **ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ: СПЕЦИФИКА РАБОТЫ С ДЕТЬМИ-ИНВАЛИДАМИ, ДЕТЬМИ С ОВЗ И ИХ СЕМЬЯМИ**

*Гальцева Н.Ф.*

МКОУ Панинская средняя общеобразовательная школа, р/п Панино, Воронежская область

Когда мы говорим о здоровье нации как основе процветания России, то не можем обойти стороной вопросы отношения здоровых людей к людям с отклонениями в развитии (именно так называли инвалидов раньше), вопросы об их жизни вообще и об образовании в частности.

Проблема образования детей с ограниченными возможностями здоровья существовала всегда, а термин «лицо с ограниченными возможностями здоровья» появился в российском законодательстве относительно недавно. В соответствии с Федеральным законом от 30 июня 2007 г. № 120-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросу о гражданах с ограниченными возможностями здоровья» употребляемые в нормативных правовых актах слова «с отклонениями в развитии» заменены словами «с ограниченными возможностями здоровья», то есть имеющие недостатки в физическом и (или) психическом развитии. Как бы ни менялись термины, актуальность данной проблемы не изменяется. Инклюзивные тенденции закрепились в отечественном образовании и приобрели статус официальной государственной политики.

Данная статья продиктована практикой работы с детьми и их родителями, которые находятся в сложных жизненных условиях. Это дети-инвалиды, дети с ограниченными возможностями здоровья и семьи, в которых они воспитываются. Это важно потому, что любая семья, имеющая больного человека, находится в состоянии постоянного стресса, и психологические патологии здесь возможны довольно часто.

Полагаем целесообразным в данном случае говорить не только о ребенке, но и о его близких, взрослых, так как профилактика патологий необходима всей семье как структурной единице общества. Для того чтобы понять, как нужно проводить профилактику в таких семьях, считаем возможным рассмотреть, какие сложности возникают у детей данной категории, разделив обучающихся условно на две категории: дети, имеющие недостатки в физическом развитии, и дети, имеющие недостатки в психическом развитии.

Таблица 1 – Особенности развития детей с ОВЗ и детей-инвалидов

	Критерии	Особенности развития	
		Дети, имеющие отклонения в физическом развитии	Дети, имеющие отклонения в психическом развитии
1.	Отношение к самому себе, самооценка	Заниженная, реже адекватная	Завышенная
2.	Отношения с близкими родственниками	Адекватные, иногда эгоцентризм	Эгоцентризм
3.	Отношение к социуму, друзья	Нет друзей	Стремление дружить со всеми
4.	Отношение к учебному труду	Адекватное, иногда нежелание учиться	Нежелание учиться

Давайте более подробно рассмотрим, какими бывают дети-инвалиды и дети с ОВЗ, имеющие недостатки в физическом состоянии, с нашей точки зрения.

- Самооценка ребенка, как правило, заниженная, он осознает свою ущербность и может утверждаться в позиции: «Я хуже других (а, может быть, даже я хуже всех)». Бывает адекватная самооценка, но реже.
- Отношения с близкими родственниками нормальные, так как мамы (как правило, воспитание и уход за такими детьми осуществляют мамы и очень редко папы, бабушки и дедушки) следят за тем, чтобы в семье дети не занимали главенствующую позицию.
- В процессе общения со сверстниками либо вырабатывают такие способы защиты, которые не вредят никому, и позволяют нормально общаться всем в классе, либо считают, что у них нет друзей. Причем во втором случае, по мнению учителя, ребенок нормально общается со своими одноклассниками и у него в классе есть друзья, но здесь важно не то, как происходит на самом деле, а то, как чувствует себя ребенок с ОВЗ или ребенок-инвалид.
- Одни к учебному труду относятся спокойно: что получается – то получается, что не получается – то не получается. Другие временами позитивны (когда все быстро и легко получается), а иногда негативны (когда учебные занятия даются с трудом). Большая роль здесь отводится учителю, который может настроить класс так, что никто из одноклассников ребенка-инвалида не обижает и помогает ему.

По-иному выглядят дети-инвалиды и дети с ОВЗ, имеющие нарушения в психическом развитии.

- Самооценка таких детей завышена. Их совершенно не волнует мнение других людей. Они относятся к себе совершенно не критично, считая себя центром Вселенной, вокруг которой все крутится.

- Самые близкие люди действительно будут крутиться вокруг своего ребенка, подталкиваемые восклицаниями бабушек о нездоровье детей.
- Зачастую проблемы, связанные с общением с другими детьми, их не волнуют, но иногда они осознают, что в классе они тоже должны быть центром внимания, а это не всегда получается, тогда всеми силами они стараются его к себе привлечь.
- В классе таким детям очень нравится получать хорошие оценки, но трудиться не хочется, а учитель вынужден работать с такими детьми, заранее зная, что результат будет минимальным.

Таким образом, мы описали только крайние позиции, а вариантов в развитии ребенка с ограниченными возможностями может быть множество. Даже для двух детей-инвалидов с одинаковым диагнозом не может существовать совершенно одинаковых программ для обучения и коррекции. Но, увидев крайние позиции, педагогу всегда легче выработать ту индивидуальную программу, необходимую именно этому ученику – она поможет ребенку с особенностями в развитии найти свой путь в жизни. Прежде чем осветить особенности работы с ребенком-инвалидом, остановимся на вопросе организации интегрированного обучения.

Одной из главных предпосылок интегрированного обучения в России стала организация с 1992 при общеобразовательных школах классов компенсирующего (коррекционно-развивающего) обучения (КРО). В том же году в нашей Панинской школе, помимо классов КРО, были организованы так называемые классы здоровья, просуществовавшие 10 лет. В классы были собраны не только дети с соматическими заболеваниями верхних дыхательных путей, желудочно-кишечного тракта, с недостаточностью роста, но и с серьезными нарушениями зрения, психики, дети после глубоких оперативных вмешательств в головной мозг и внутренние органы. Для таких детей были созданы особые условия нахождения в школе.

Тогда же, в начале 1990-х, в учебные планы этих классов были введены уроки здоровья, позволяющие учителю в середине учебного дня выходить со школьниками на прогулки, а педагогу-психологу проводить диагностику психологических особенностей развития учеников, психологические тренинги и коррекционно-развивающую работу с этими детьми. Количество учеников в классе было сокращено до 15, что позволяло осуществлять индивидуальный подход к каждому ребенку.

Созданные для классов здоровья условия обучения и адаптированная программа опираются на принципы уважения к дару жизни, ее ценности, на постулаты гуманистической этики, гуманистической психологии и педагогики. В классах здоровья Панинской школы есть дети-инвалиды, имеющие онкологические заболевания. Особенности программы индивидуального сопровождения таких детей посвящена данная статья.

Работа педагога-психолога с детьми-инвалидами онкологической направленности должна всегда сопровождаться работой с семьей, но некоторые родители за пределами больницы не хотят афишировать заболевание ребенка. Школьному психологу целесообразно наблюдать данного ребенка хотя бы со стороны, так как в подростковый период принятие ребенка-инвалида социумом может привести к его суицидальным мыслям и поступкам.

Дети-инвалиды, перенесшие онкологические заболевания испытывают значительные психологические нагрузки, обусловленные не только спецификой возраста, но и спецификой воздействия лучевой и химиотерапии. Нередки негативные психические и вегетативные состояния (чувство неуверенности, тревоги, страха, депрессивность, раздражительность, агрессивность, в том числе аутоагрессия). Адаптация такого ребенка к учебному процессу в ситуации годичного отсутствия в классе, выстраивание деловых и дружеских взаимоотношений с одноклассниками для такого учащегося может вызвать непреодолимые психологические трудности. При этом осложняется и прохождение ребенком подросткового периода, в течение которого идет развитие склонностей, способностей, формирование профессиональных намерений. Таким образом, дети-инвалиды нуждаются в развитии и коррекции познавательной сферы, в содействии личностному и психологическому развитию. В этом контексте крайне значимо психологическое сопровождение ребенка, перенесшего онкологическое заболевание, в течение всего периода обучения в общеобразовательной организации. Педагог-психолог обеспечивает процесс психологической адаптации, то есть приспособления психических процессов и функций ребенка-инвалида к психологическому климату коллектива, снижения неизбежного в таких случаях эмоционального напряжения, установления продуктивных и эмоционально положительных межличностных контактов, способствующих личностному раскрытию и нормализации самооценки, формированию адекватной идентичности [1, с. 204].

Программа индивидуального сопровождения ребенка-инвалида онкологической направленности, реализуемая в Панинской средней общеобразовательной школе, состоит из двух частей.

Первая часть направлена на всестороннее развитие познавательных способностей учащихся и выработку каждым учеником индивидуального стиля эффективной познавательной деятельности, так как одним из критериев психического здоровья школьников является адекватный возрасту уровень развития познавательной сферы. На уроках ребенку-инвалиду предоставляется возможность понять и исследовать свои способности и возможности, почувствовать, благодаря специально подобранным заданиям, свою ценность и значимость вне зависимости от учебных успехов.

Вторая часть программы направлена на помощь подросткам в решении возрастных задач развития, в приобретении гуманистической жизненной философии, формировании «механизма самопомощи» (ищи силы в самом себе, ты их обязательно найдешь и преодолешь трудности), в формировании позитивного отношения к своему здоровью.

Занятия базируются на упражнениях, заданиях и играх, описанных Н.Л. Сомовой, О.В. Хухлаевой, М.М. Безруких, А.Г. Макеевой, Т.А. Филипповой, Г.А. Цукерман.

Цель программы – психолого-педагогическое сопровождение ребенка-инвалида, перенесшего онкологическое заболевание, сохранение его психического здоровья, помощь в решении возрастных задач развития.

Основные задачи:

1. Создание условий для реализации психологических и индивидуально-личностных возможностей ребенка-инвалида.

2. Организация взаимодействия между детьми в классе как предпосылки формирования навыков учебного сотрудничества и социализации ребенка-инвалида.
3. Содействие адаптации ребенка-инвалида при переходе из начальной школы на уровень основного общего образования.
4. Повышение уровня психологической компетентности и включение родителей в процесс решения образовательных и развивающих задач, связанных с их ребенком.

Основная форма реализации программы – урок. Также используются внеурочные формы работы:

- групповая и индивидуальная психолого-педагогическая коррекция;
- участие в родительских собраниях;
- консультации родителей;
- консультации учителей.

Методы работы: индивидуальная и групповая диагностика, терапевтические сказки, групповой психологический тренинг, рисование, задания на формирование «эмоциональной грамотности», рефлексия, консультативная работа с обучающимся и его семьей.

Программа рассчитана на 10 занятий, по 1 часу в неделю. Занятия распределяются в течение всего учебного года или, в зависимости от состояния ребенка-инвалида, организуются в определенный промежуток учебного года каждую неделю (см. таблицу 2). Возможно изменение тематического планирования в зависимости от запросов родителей ребенка-инвалида.

Таблица 2 – Тематическое планирование занятий по индивидуальному сопровождению

№ занятия	Тема	Методы работы	Кол-во часов
1	Познавательная сфера	Гр. диагностика	1
2	Способности и возможности человека	Гр. диагностика	1
3	Расскажи о хорошем в своем однокласснике	Психологический тренинг	1
4	Кто я? Какой я?	Гр. диагностика, рисование	1
5	Эмоции в жизни ребенка	Сказкотерапия	1
6	Как поступают взрослые?	Беседа	1
7	Что такое человечность? Твое отношение к миру	Урок-рассуждение	1
8	Кто поможет? (Ресурсы собственного организма)	Сказкотерапия	1
9	Я, ты, он, она – вместе...	Гр. диагностика, психол. Тренинг	1
10	Итоговое занятие	Рисование, психол. Тренинг	1

В процессе реализации программы предполагается достижение следующих результатов:

- сформированность у обучающегося активного типа установки;
- повышение уровня развития познавательных процессов;
- сформированность адекватной, стабильной самооценки;
- повышение уровня эмоционально-волевой регуляции;
- выделение сфер деятельности, в которых ребенок-инвалид будет чувствовать себя успешным;
- повышение адаптивных возможностей ребенка-инвалида.

Анализ эффективности осуществляется через проведение диагностики, экспертной оценки родителей и учителей, полученной в ходе беседы.

Резюмируя вышесказанное, можно сделать вывод о том, что дети-инвалиды, перенесшие онкологические заболевания, должны быть обеспечены специальным психологическим сопровождением на всех этапах инклюзивного обучения. Работа педагога-психолога также должна быть направлена на консультирование членов семьи ребенка-инвалида. Осуществляться подобная работа должна совместно с учителем, что способствует формированию у ребенка навыков учебного сотрудничества и успешной социализации ребенка-инвалида. Данная психолого-педагогическая деятельность должна опираться на ценность жизни любого человеческого существа как единственного и неповторимого в этом мире, на его безусловное право вести полноценную жизнь вне зависимости от того, насколько пострадала его челове-

ческая сущность вследствие дефекта или нарушения в развитии, а также на его безусловное право на достойное образование.

#### Список литературы

1. Екжанова Е.А. Основы интегрированного обучения: пособие для вузов / Е.А. Екжанова, Е.В. Резникова. – М.: Дрофа, 2008.

## **СЕТЕВОЕ ПРОЕКТИРОВАНИЕ ИННОВАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ КУЛЬТУРЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ОБУЧАЕМЫХ И ВОСПИТАННИКОВ**

*Гладышева О.С.*

ГБОУ ДПО «Нижегородский институт развития образования», г. Нижний Новгород,  
Нижегородская область

Сетевой принцип деятельности достаточно известен и широко используется в практике для ускорения распространения идей, технологий и т.д. В своей деятельности мы сделали упор на создание сетевых взаимодействий в образовательной среде для скорейшей реализации идей модернизации образования в области здоровьесберегающей деятельности и формирования культуры здоровья обучающихся и воспитанников, опираясь, с одной стороны, на все государственные нормативные документы, а с другой – на собственные разработки.

Одной из технологий подобного сетевого взаимодействия является создание школ – ресурсных центров, позволяющих организовать широкую трансляцию инновационных подходов в главных направлениях государственной образовательной политики среди массовых образовательных учреждений города и села. Среди этих направлений одним из стратегических является сохранение и укрепление здоровья и формирование культуры здорового и безопасного образа жизни у обучающихся и воспитанников.

С 1998 года сначала на базе лаборатории проблем здоровья в образовании, а в настоящее время и на кафедре здоровьесбережения в образовании ГБОУ ДПО НИРО совместно с образовательными учреждениями г. Нижнего Новгорода и области шла экспериментальная работа по поиску новых средств и механизмов создания школы здоровьесберегающей направленности для всех участников образовательного процесса. Объединяющим для этих школ стало их участие в региональном образовательном сетевом проекте «Нижегородская школа – территория здоровья» (2009 – 2012 гг.), а базовым научным основанием проекта послужила разработанная сотрудниками кафедры системная модель здоровьесбережения в общеобразовательных учреждениях, согласно которой предлагается проведение в образовательных учреждениях необходимых изменений в управленческой, учебной и воспитательной деятельности, способствующих сохранению здоровья обучающихся и воспитанников, повышению качества обучения, а также формированию культуры здорового образа жизни (Гладышева О.С. и др., 2008).

Использование системного подхода помогает рассматривать школу, содействующую здоровью, как единую систему, в которой весь образовательный процесс организуется согласно принципам адекватности и здоровьесбережения. Школа не в состоянии повлиять на внешние факторы, формирующие здоровье (нездоровье) обучающихся. Однако системный подход может изменить деятельность образовательного учреждения в необходимую сторону, а также может создавать перспективу активного влияния через координационные советы всех уровней и на улучшение социальных факторов. Такая модель отличается своей функциональностью и ставит своей целью изменить характер современной российской школы, открывая ей путь к здоровьесберегающей деятельности.



Системный подход можно рассматривать как метод научного познания, в основе которого лежит рассмотрение объектов как систем, предполагающий анализ явлений как сложного единства, не сводимого к простой сумме элементов. В этом смысле система школьного общего образования – это крупная система (макросистема), состоящая из подсистем или элементов, которые с одной стороны, сами являются микросистемами, имея свою структуру и специфику деятельности, а с другой – будучи частью всей образовательной системы, имеют общее предназначение.

Под педагогической системой мы понимаем структурированную совокупность основных компонентов образовательного и воспитательного процессов, определяющих наполнение и технологическое исполнение этих функций.

Все компоненты педагогической системы находятся в определенной иерархической зависимости и проявляются во взаимодействии в каждом конкретном акте учебной деятельности, ядром которой является организационно-управленческая деятельность, осуществляющая координацию действий всех субъектов, их мотивационно-целевых установок, планирование содержания педагогического процесса, а также оценивание результатов выполнения поставленных целей и задач. Особенностью педагогической системы является ее коммуникативная природа, т.к. все взаимоотношения в данной системе строятся на основе использования определенных коммуникативных связей.

Поскольку рассматриваемая проблема ухудшения здоровья детей в период обучения в школе носит системный характер, т.е. провоцируется многими школьными факторами риска, то борьба с ним за снижение вреда также должна базироваться на позициях системного подхода, захватывая и изменяя все звенья педагогической системы в сторону здоровьесберегающего направления. Использование данного подхода при моделировании оказалось продуктивным, т.к. позволяет затронуть изменениями все многочисленные первопричины ухудшения здоровья обучающихся.

Важным составляющим элементом рассматриваемой педагогической системы являются человеческие ресурсы. Это педагоги, специалисты, учащиеся и родители, вступающие в определенные целевые взаимоотношения в ходе реализации деятельности педагогической системы. Постановка и разработка подходов к решению такой системной проблемы, как сохранение и укрепление здоровья школьников, вызывает необходимость привлечения к ней педагогических специалистов разных профилей, что связано со значительными изменениями в деятельности образовательной организации, затрагивающими его различные функции.

Опираясь в прогнозируемых изменениях на деятельность педагогов, нельзя не отметить, что их низкая компетентность в вопросах здоровьесберегающей деятельности, а также отсутствие понимания, что знания при отсутствии здоровья не приносят ученикам положительных результатов, заставляет нас обратиться и к другим методологическим основаниям, диктуемым педагогической аксиологией. Проводя многолетние исследования личных и профессиональных ценностей педагогических работников различных категорий, мы выявили, что если среди их личных ценностей категория «здоровье» в последние годы не только отчетливо проявилась, но и занимает высокое ранговое место, то среди профессиональных ценностей педагогов она практически отсутствует. Доля учителей, относящих здоровье учащихся к профессиональным ценностям, составляет всего 0,6%. Таким образом, школьный педагог в своих ценностных

позициях по-прежнему ориентирован только на свои профессиональные качества и знания, которые он должен передать ученику. Однако аксиологическая проблема двойка: затрагивая учителя, она не может не затрагивать ученика. И в этом контексте возникает еще один аспект данной проблемы, связанный с процессом формирования устойчивых ценностных ориентаций на здоровье и здоровый образ жизни у школьников в ходе реализации школьного воспитания.

Сказать, что эта проблема актуальна, это значит не сказать ничего. Поэтому одним из важнейших направлений здоровьесберегающей деятельности является привлечение педагогов к формированию ценностных приоритетов здоровья, которые составляют основу культуры здоровья и здорового образа жизни как школьников, так и самих педагогических работников. Актуальность решения этой проблемы очевидна и определяется удручающей статистикой состояния здоровья школьников, а также их вовлеченностью в асоциальное и девиантное поведение. Организация обучения детей и молодежи с целью формирования у них потребности вести здоровый образ может заметно снизить поведенческие риски в ходе процесса социализации. Поэтому важно как теоретически, так и практически организовать такой образовательный процесс, который бы определял положительный вектор в естественном ходе социализации взрослеющего человека, совмещая его с формированием мотивации к здоровому образу жизни.

Работая в течение значительного времени над решением этой проблемы, мы провели теоретическое исследование понимания процесса социализации с различных позиций и прежде всего с точки зрения компетентностного подхода. Формирование компетентностных характеристик и осуществление компетентностного подхода в вопросах обучения тесно связано с социализацией личности. Именно компетенции определяют задачи и направления в социализации. Нами предложено использовать его как один из подходов в образовании по вопросам здорового образа жизни в современной школе. Ключевые социальные компетенции вводятся как конкретизированные цели образования. В процессе социального взаимодействия человек приобретает определенный социальный опыт, который, будучи субъективно усвоенным, становится неотъемлемой частью личности.

Процесс социализации неразрывно связан с общением, совместной деятельностью людей. Проведенный ретроспективный анализ разных точек зрения на социализацию личности, на основе которого сделано заключение о нашем представлении данного понятия, позволил нам рассматривать социализацию как вхождение человека в общество, осознание им существующего социального опыта и преобразование его в собственные ценности через проявление уникальности своей личности. Нам важно было соединить эти два процесса: социализацию и формирование компетентности – в один, что позволяет усиливать «амплитуду вектора» результативности в вопросе формирования мотиваций учащихся на здоровый образ жизни. На основе рассмотрения понятий компетентности и социализации личности нами сделан переход к рассмотрению здоровья как категориальной ценности, определена социальная значимость этого понятия.

Конечно, понятие «здоровье» сложно и многогранно. Однако, возводя его в ранг общечеловеческих ценностей, мы можем уверенно опираться на методологию аксиологического подхода, которая достаточно основательно разработана в современной российской педагогической науке. Мы полагаем, что, исходя из самоценности человеческой жизни, одной из главных ценностей в его личной иерархии должно стать здоровье и мотивация к здоровому образу

жизни. Применение аксиологического подхода в современной системе образования может в значительной мере способствовать становлению необходимых для жизни социально-ценностных, мировоззренческих и нравственных качеств человека.

Таким образом, и аксиологический, и компетентностный подходы были интегрированы для методологического обеспечения эффективной образовательной стратегии в создании просветительских программ и учебно-методических комплексов для обучения школьников основам здорового образа жизни. Согласно нашим убеждениям, формирование социальной компетентности в вопросах здоровья невозможно, если оно не рассматривается как одна из ключевых жизненных ценностей, в пользу которой можно делать выбор поведенческой стратегии социализирующейся личности.

Обозначенные методологические подходы были положены в основы разработанных кафедрой здоровьесбережения в образовании просветительских программ и методических комплексов по формированию культуры здоровья (Гладышева О.С. и др., 2012). Однако это лишь одно из направлений реализации системной модели, которое осуществляется параллельно изменению характера общего педагогического процесса, реализуемого также на основе аксиолого-компетентностного подхода, позволяющего уходить от знаниево-просветительской модели к компетентностно-деятельностной.

Как показывают исследования причин, приводящих к ухудшению здоровья учащихся во время обучения, эти причины носят многофакторный и системный характер, а это предполагает, что подходы к их решению должны затрагивать преобразование всей педагогической системы образовательной организации.

В ходе реализации регионального сетевого образовательного проекта конкретным способом внедрения этой модели явилась проектировочная деятельность коллективов образовательных учреждений, которые после подготовительного обучения в системе повышения квалификации и самостоятельной апробации проектировочной практики смогли реализовать в своих образовательных учреждениях необходимые условия, предусмотренные системной моделью, способствующие созданию здоровьесберегающего образовательного пространства.

Методологические основания регионального сетевого образовательного проекта «Нижегородская школа – территория здоровья» строились на положениях:

- аксиологического подхода, предполагающего изменения мировоззренческих установок участников проекта как в личностной, так и в профессиональной сферах, с целью утверждения категории «здоровье» и стремления быть здоровым как одной из базовых ценностей человеческого бытия;

- деятельностного подхода, позволяющего выстроить необходимую практическую деятельность учителя и ученика через активные формы обучения и активное взаимодействие на основе субъект-субъектных позиций и направленного на реализацию здоровьесберегающего педагогического процесса;

- системного подхода, который рассматривает школу как адаптивную управляемую систему и позволяет организовать необходимые задаваемые целеполаганием изменения в образовательном процессе для реализации здоровьесберегающей направленности через создание

педагогических условий, включая оптимальное и адаптивное управление элементами системы на основе мониторинга получаемых результатов, что позволяет оценивать эффективность достижения поставленных целей.

Все эти методологические подходы оказались в полной мере созвучны базовым основаниям как новых образовательных стандартов, так и других нормативных актов. По сути деятельности, выполненный проект «Нижегородская школа – территория здоровья» имел опережающий характер и фактически создал необходимый ресурсный потенциал для практического использования этих наработок в массовой образовательной практике при переходе на ФГОС начального общего и основного общего образования.

Целью регионального сетевого образовательного проекта «Нижегородская школа – территория здоровья» было обеспечение внедрения на территории Нижегородской области системной модели здоровьесберегающей деятельности в практику общеобразовательных учреждений – участников проекта через создание на их базе школ – ресурсных центров.

Среди основных результатов проекта, как и было запланировано, выполнена разработка концепции проекта и положения о школе – ресурсном центре здоровьесберегающей направленности, являющейся основным структурным элементом диссеминации этого направления для школ всех районов Нижегородской области.

Созданы методические и учебные пособия по различным направлениям внедрения системной модели.

Разработана и апробирована на практике программа курсовой подготовки, которую прошли проектные команды образовательных учреждений. В результате обучения они стали способны использовать здоровьесберегающие технологии в своей практике, а также передавать этот опыт педагогам своего района.

Создана сетевая организация школ – методических центров, работающих по распространению опыта внедрения системной модели здоровьесберегающей деятельности. Из 16-ти участников проекта восемь образовательных организаций полностью внедрили в свою деятельность системную модель здоровьесберегающей деятельности, а остальные восемь используют в своей практике ее основные элементы.

За время выполнения проекта, т.е. в течение 3-х лет, этими образовательными учреждениями было проведено 235 мероприятий различного уровня (общероссийского, областного, районного, школьного). Педагогические коллективы на этих мероприятиях делились с коллегами опытом и результатами работы по внедрению элементов системной модели здоровьесберегающей деятельности.

Многие из образовательных учреждений, участвующих в проекте, получили статус стажировочных площадок ГБОУ ДПО НИРО и на регулярной основе передают свой опыт школам области в ходе курсовой подготовки педагогических кадров.

Результаты, достигнутые в ходе выполнения проекта, широко публиковались в педагогической печати (более 60-ти публикаций).

Были достигнуты результаты и общероссийского уровня. Так, участник проекта МБОУ СОШ №8 г. Кстово с углубленным изучением отдельных предметов (директор С.Н. Гашкова) в 2010 году стала победителем Всероссийского конкурса «Школы здоровья России», заняв 1-е место, а другой участник проекта МБОУ СОШ № 1 г. Сарова (директор Т.И. Белова) в 2011 году получила золотую медаль Национальной премии в области образования «Элита российского образования».

В проекте участвовали образовательные учреждения, расположенные в 16-ти муниципальных образованиях Нижегородской области, и их результативный опыт не смог охватить и решить всех проблем в области здоровьесберегающей деятельности, стоящих перед массовой школой области в свете тех изменений в этом направлении, которые определены последними нормативными документами.

Опираясь на данные проведенного в 2011 году Центром мониторинга, анализа и статистики в сфере образования ГБОУ ДПО НИРО мониторинга, можно отметить и значительные проблемы по организации здоровьесберегающей деятельности в школах Нижегородской области:

- несистемность работы по этому направлению в образовательных учреждениях, которая выглядит как разрозненные мероприятия, часто проводимые для «галочки»;

- недостаточное внимание к решению проблемы введения 3-го часа физической культуры и обеспечения занятиями физической культурой детей всех медицинских групп;

- слабая организация системной работы по формированию культуры и здорового и безопасного образа жизни (значительная доля таких занятий в образовательных учреждениях приходится только на начальную школу);

- существование определенного кадрового дефицита как среди преподавателей физической культуры, так среди педагогов, прошедших курсы повышения квалификации по различным направлениям здоровьесберегающей деятельности;

- слабая вовлеченность родителей в работу по сохранению и укреплению здоровья.

Таким образом, созданные в ходе реализации сетевого проекта образовательные продукты нового поколения, механизмы и опыт их внедрения в образовательных учреждениях, а также создание в ряде областных территорий ресурсных центров или опорных методических площадок по здоровьесберегающей деятельности и формированию культуры здорового образа жизни оказались важным основанием для нового проекта, направленного на разработку эффективной системы реализации поставленных новыми нормативными документами задач по реализации здоровьесберегающей деятельности в массовой школе Нижегородской области.

Основной идеей нового регионального образовательного сетевого проекта «Нижегородская школа – территория здоровья: новые границы на образовательной карте региона» (2013 – 2015 гг.) было выдвинуто усиление управленческой составляющей в реализации основных направлений здоровьесберегающей деятельности, которая обеспечивается созданием и содержательным наполнением системы взаимодействия между информационно-диагностической службой района, районным ресурсным центром по здоровьесберегающей деятельности и школами данного муниципального образования.

Это стратегическое взаимодействие базируется на реализации необходимых направлений здоровьесберегающей деятельности в образовательных организациях, декларируемых соответствующими нормативными документами. Эти основные направления закрепляются в «дорожной карте» для информационно-диагностической службы района. Реализация «дорожной карты» в содержательной части может базироваться на системной модели здоровьесберегающей деятельности, а также на других образовательных продуктах, разработанных кафедрой здоровьесбережения в образовании ГБОУ ДПО НИРО.

Значительный вклад в эту деятельность внесен также опытом создания и функционирования районных сетевых ресурсных центров, способных служить не только экспериментальными площадками по опережающей апробации здоровьесберегающих технологий и внедрению их в практику, но и быть демонстраторами своего опыта в этом направлении.

Ресурсные центры, созданные в ходе реализации предыдущего проекта, оказались способны выполнить роль эффективных стажировочных площадок, предоставляя возможность практического освоения опыта деятельности в области здоровьесбережения и формирования культуры здорового и безопасного образа жизни для новых участников проекта.

Тактический механизм взаимодействия информационно-диагностической службы района со школой – ресурсным центром по здоровьесберегающей деятельности и школами района выстроен на основе разрабатываемой «технологической карты», отражающей не только план последовательных шагов по реализации «дорожной карты», но и безусловную специфику этих действий на каждой конкретной территории.

Таким образом, целью и задачами нового регионального сетевого образовательного проекта является разработка системы вовлечения образовательных учреждений Нижегородской области в здоровьесберегающую деятельность, определяемую государственными нормативными документами, через обеспечение взаимодействия между информационно-диагностической службой района, школой – ресурсным центром, региональными стажировочными площадками и образовательными учреждениями районов.

Среди основных решаемых задач проекта было:

- создание «дорожной карты», определяющей основные направления действий по реализации здоровьесберегающей деятельности и формированию культуры здоровья для информационно-диагностических служб районов области согласно государственным нормативным документам;

- разработка «технологической карты», включающей алгоритм деятельности информационно-диагностической службы по этому направлению на территории района и предполагающей создание школы – ресурсного центра в тех муниципальных образованиях, где они отсутствуют;

- разработка оценочных показателей для определения эффективности деятельности информационно-диагностической службы в направлении здоровьесберегающей деятельности и успехов в формировании культуры здоровья обучаемых, воспитанников в районе;

- создание системы действующих региональных стажировочных площадок для обучения участников нового проекта на базе наиболее эффективных образовательных учреждений – участниках предыдущего проекта;

- проведение апробации разработанных образовательных продуктов и механизмов деятельности по их внедрению на пилотных площадках проекта;

– создание электронной системы сетевого взаимодействия областных стажировочных площадок, информационно-диагностических служб, районных ресурсных центров и образовательных учреждений для обмена опытом по вопросам организации здоровьесберегающей деятельности.

Сетевой проект «Нижегородская школа – территория здоровья: новые границы на образовательной карте региона» выступает как эффективный механизм для реализации на территории региона ФГОС начального общего и основного общего образования, а также других государственных нормативных актов по сохранению здоровья и формированию культуры здорового образа жизни обучающихся и воспитанников. В основу выполнения проекта положена разработанная в ГБОУ ДПО НИРО системная модель деятельности по сохранению и укреплению здоровья учащихся в образовательной организации, а также новые практикоориентированные образовательные продукты, способные наполнить содержанием деятельность школ – ресурсных центров, и уже существующий практический опыт образовательных учреждений – региональных стажировочных площадок по становлению практики ресурсной деятельности.

При выполнении проекта предполагается осуществить:

- сетевую организацию ресурсов для построения управляемой системы «информационно-диагностическая служба района – школа – ресурсный центр» по здоровьесберегающей деятельности, способной оказывать методическую поддержку школам своего района для реализации ФГОС НОО и ООО и других государственных нормативных документов по сохранению здоровья обучающихся и воспитанников и формированию у них культуры здорового и безопасного образа жизни;
- проектирование механизмов внедрения и сопровождения в образовательной практике школ – ресурсных центров необходимых изменений для организации здоровьесберегающей деятельности;
- разработку системы необходимой подготовки и повышения квалификации проектных команд для работы в области здоровьесбережения учащихся на базе региональных стажировочных площадок;
- создание условий для трансляции опыта образовательного учреждения «Школа – ресурсный центр» здоровьесберегающей направленности как эффективной технологической структуры, способной к диссеминации теоретических и практических инноваций в области здоровьесбережения;
- разработку информационно-диагностической службой района «дорожной карты», определяющей стратегические направления реализации здоровьесберегающей деятельности, а также «технологической карты» по взаимодействию информационно-диагностической

службы с создаваемыми в районе школами – ресурсными центрами по здоровьесберегающей деятельности и образовательных учреждений массовой направленности;

- создание сети пилотных экспериментальных площадок, являющихся центрами становления новой образовательной политики в реализации ФГОС НОО и ООО по вопросам здоровьесбережения.

Новый сетевой проект предполагает наличие трех уровней экспериментальных пилотных площадок, которые отличаются по своим функциональным характеристикам и степени готовности к реализации поставленных в проекте целей и задач.

Первый уровень сети – региональные стажировочные площадки, создаваемые на базе наиболее успешных практик школ – ресурсных центров по здоровьесберегающей деятельности для практикоориентированного обучения участников проекта.

Второй уровень сети включает экспериментальные пилотные площадки, на базе тех районов области, где уже функционируют ресурсные центры по здоровьесберегающей деятельности.

Третий уровень сети – это экспериментальные площадки на базе районов, в которых еще не созданы школы – ресурсные центры.

Новизна разработанной нами концепции проекта определяется:

- использованием в реализации проекта авторских образовательных продуктов нового поколения – системной модели здоровьесберегающей деятельности, обеспечивающей наполнение содержанием всех необходимых направлений для внедрения в практику образовательных организаций ФГОС начального общего и основного общего образования и других нормативных документов в части сохранения и укрепления здоровья участников образовательного процесса;

- идеей разработки управляющего алгоритма для реализации здоровьесберегающих действий в образовательных организациях Нижегородской области, базирующегося на взаимодействии информационно-диагностических служб и школ – ресурсных центров этого направления;

- сетевой организацией проекта, обеспечивающей быструю диссеминацию практикоориентированного опыта здоровьесберегающей деятельности в работу образовательных организаций районов области.

Данный проект вступил в завершающую стадию, многие из задач уже реализованы. В ближайшие месяцы предстоит более глубокое оценивание результатов, которое позволит подвести итоги и подготовить рекомендации к более широкому использованию полученного нами организационно-управленческого опыта.



## Список литературы

1. Гладышева О.С. Уроки здоровья и ОБЖ: программа интегрированного курса: 1-4 классы / О.С. Гладышева, И.Ю. Абросимова. – Н.Новгород: НИРО, 2012. – 24 с.
2. Гладышева О.С. Уроки здоровья: программа интегрированного учебного курса: 5-7 классы / О.С. Гладышева, Е.В. Алексеева. – Н.Новгород: НИРО, 2012. – 24 с.
3. Гладышева О.С. Поговорим о здоровье: программа и методические рекомендации по проведению факультативов и классных часов для старших школьников / О.С. Гладышева, И.Ю. Абросимова, Е.В. Алексеева и др. – Н.Новгород: НГЦ, 2006. – 126 с.
4. Системная модель деятельности образовательного учреждения по сохранению и укреплению здоровья учащихся: Методическое руководство / Под ред. О.С. Гладышевой. – Н.Новгород: Нижегородский институт развития образования, 2008. – 203 с.

## **РИТМИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ КАК СРЕДСТВО ПРЕОДОЛЕНИЯ НЕДОСТАТКОВ ПСИХОМОТОРНОЙ СФЕРЫ ДЕТЕЙ С ПРОБЛЕМАМИ РАЗВИТИЯ**

*Гоголева Г.С.*

ГАОУ ДПО «Институт развития образования и социальных технологий», г. Курган,  
Курганская область

Основа коррекционно-педагогической помощи детям с проблемами развития определена следующими положениями из области отечественной психологии и педагогики:

- о закономерностях детского онтогенеза в условиях нормального и отклоняющегося развития;

- о культурно-историческом подходе к развитию личности, определяющем движущие причины и условия становления человеческого индивидуума.

Ребенок рождается генетически социальным существом, поскольку его индивидуальная жизнь вплетена в разностороннюю систему социальных связей. По образному выражению Л.С. Выготского, ребенок «врастает в человеческую культуру» [2]. Этот процесс, опосредованный целым рядом факторов, получил название «социализация». Социализация, с одной стороны, является процессом, а с другой – результатом усвоения социального опыта и активного приобщения к нему в различных видах деятельности. С точки зрения педагогической науки, социализация может быть рассмотрена как процесс и как результат формирования у детей представлений о многообразии окружающего мира, отношения к воспринимаемым социальным явлениям и поведения, соответствующего общепринятым нормам социума.

В настоящее время в науке уделяется особое внимание разработке новых методов в организации коррекционно-развивающей работы с детьми с проблемами развития. Известно, что коррекционная работа ведется в различных направлениях. Одно из современных здоровьесберегающих направлений относительно этой категории детей – развитие их психомоторной сферы [1].

На протяжении многих десятилетий исследователи, занимаясь изучением различных нарушений движения и моторики у лиц с проблемами развития, пришли к выводу о том, что наиболее эффективным средством развития психической и моторной сферы являются занятия ритмикой, которая базируется на исполнении связи слова, музыки и движения (Г.А. Волкова, Е.В. Оганесян, Е.А. Медведева, Л.Н. Комиссарова, Г.Р. Шашкина, О.Л. Сергеева и др.) [4].

Возникновение ритмического воспитания имеет большую историю. В Российской Федерации его начало совпало с периодом становления отечественной дефектологии. Система музыкально-ритмического воспитания движений, как здоровьесберегающая технология, была разработана известным швейцарским музыкантом Э. Жаком-Далькрозом. Эта система получила во многих странах широкое применение, особенно для детей дошкольного и младшего школьного возраста. Поскольку адекватные условия обучения и лечения в целях коррекции психомоторного развития способствуют познавательной активности, предупреждению вторичных отклонений в развитии, сглаживанию дисгармонического формирования личностных

качеств, связанных с психической и социальной дезадаптацией. Метод Далькроза прост: используя специальные тренировочные упражнения, можно развивать у детей с проблемами развития с дошкольного возраста музыкальный слух, память, внимание, ритмичность, пластическую выразительность движений и здоровье. Далькроз широко рекламировал свой метод, поэтому его идеи были приняты музыкантами, педагогами и врачами.

Значение ритмического воздействия на человека отмечал известный отечественный ученый В.М. Бехтерев, выделяя следующие цели ритмического воспитания:

- выявить ритмические рефлексy;
- приспособить организм ребенка отвечать на определенные раздражители (слуховые, зрительные);
- установить равновесие в деятельности нервной системы ребенка;
- умерить слишком возбужденных детей;
- растормозить заторможенных детей;
- урегулировать неправильные и лишние движения.

В этой связи часть исследователей сделали упор на специальную ритмику, которая является психотерапевтическим методом коррекции активной речи детей с проблемами развития. Такая ритмика получила название «логопедическая ритмика» (В.А. Гринер, К. Колер, К. Швабе, Н.С. Самойленко, Ю.А. Флоренская и др.) [3]. Главное, что оценили ученые в такой ритмике, представляет собой совокупность следующих действий:

- развивает внимание (его концентрацию, объем, устойчивость, распределение);
- развивает память (зрительную, слуховую, моторную, логическую, комплексную);
- воздействует на физическое, моральное, интеллектуальное и эстетическое воспитание ребенка.

Необходимость проведения ритмики в системе комплексной коррекционной работы с детьми с проблемами развития диктуется тем, что у большинства детей обнаруживается возрастная недостаточность развития психических функций, различных видов движения и моторики. Движения характеризуются недостаточной четкостью и организованностью; не всегда они согласованы, плавны и хорошо рассчитаны. Отмечается недоразвитие моторной сферы и даже минимальная мозговая недостаточность при выполнении проб на статическую координацию движений, мелкую моторику.

Во всех формах организации занятий по коррекционной ритмике внимание дефектолога, музыкального руководителя, учителя по лечебной физкультуре и адаптивному воспитанию направляется на всестороннее развитие детей с проблемами развития. Это прежде всего развитие психических процессов, перевоспитание и устранение неречевых нарушений в двигательной и сенсорной сферах, развитие и восстановление речи. Обращается внимание на овладение детей двигательными навыками, на формирование умения ориентироваться в окружающем мире, на

понимание смысла предлагаемых заданий, на способность активно преодолевать трудности, проявлять в своей деятельности стремление к творчеству.

Перевоспитание нарушенных функций и дальнейшее развитие сохранных функций требует от детей с проблемами развития собранности, внимания, активности мысли, развития памяти: 1) эмоциональной, если процесс обучения вызывает заинтересованность и связанный с этим эмоциональный отклик; 2) образной – при восприятии наглядного образца движений; 3) словесно-логической – при осмыслении задачи и запоминании последовательности выполнения ритмических заданий; 4) двигательно-моторной – в связи с практическим выполнением заданий; 5) произвольной, без которой невозможно сознательное, самостоятельное выполнение упражнений. В процессе занятий дети постепенно учатся овладевать своими мышцами, управлять своими движениями, обучаться умению напрягаться и расслабляться, вырабатывают правильную осанку, учатся преодолевать трудности и проявлять волевые усилия. При этом, безусловно, занятия следует проводить с учетом индивидуальных возможностей и психологических особенностей каждого ребенка с проблемами развития.

Особую роль приобретает игровой компонент, так как он способствует сохранению внимания и интереса на протяжении всего занятия. Поэтому широко используются игры, занимательные упражнения, ситуации эмоциональных переживаний. Все это способствует активизации процессов непроизвольного запоминания. Музыкальные игры снимают психическое и эмоциональное напряжение, воспитывают навыки группового поведения, влияют на социализацию детей.

Занятия коррекционной ритмикой проводятся два раза в неделю на протяжении всего года для детей как дошкольного, так и младшего школьного возраста, имеющих проблемы развития. Структура занятия состоит из трех частей (вводной, основной, заключительной). Основной задачей вводной части занятия является формирование эмоционально-положительного отношения и интереса к предстоящей деятельности. Проводится двигательная разминка, во время которой организм ребенка с проблемами развития подготавливается к выполнению более сложных двигательных задач. Это могут быть различные виды ходьбы, бег друг за другом и рассыпную, дыхательные упражнения.

Например:

1. Вводная ходьба. Дети идут под музыку марша, высоко поднимая ноги.
2. Чередование бега на носках и ходьба на внешней стороне стопы.

В основную часть включаются упражнения на регуляцию мышечного тонуса, на развитие мелкой моторики, упражнения с элементами танцев, упражнения на развитие координации движений и речи (на развитие голоса, упражнения с предметами, на развитие чувства темпа и ритма с пением). Например:

1. Упражнение на развитие внимания и памяти «Найди свою команду». Педагог распределяет детей на команды, которые строятся вокруг обручей разного цвета. Одна команда вокруг красного обруча, другая вокруг зеленого и т.д. Под музыку дети передвигаются по залу, по окончании музыки каждая команда должна встать вокруг обруча соответствующего цвета.

2. Упражнение на развитие мелодико-интонационной выразительности и силы звучания голоса «Громко – тихо говори». Дети передают по кругу мяч. При этом произносят фразу «Осень наступила», чередуя тихое и громкое говорение.

3. Упражнение на развитие общей моторики «Собираем грибы». Педагог предлагает собрать грибы на поляне. Дети под музыку выполняют действие.

4. Упражнение на развитие мелкой моторики пальцев рук «Засолка капусты». Педагог произносит «Мы капусту рубим, мы капусту трем, мы капусту солим, мы капусту жмем» Дети произносят вместе с педагогом и делают движения.

5. Пение. Инсценировка любой песенки про осень.

6. Игра «Птицы на юг улетают». Педагог предлагает детям изобразить улетающих птиц.

Особая роль отводится психологическим этюдам. С детьми проводятся упражнения на формирование способности к пониманию различных эмоциональных состояний, на развитие воображения, детской фантазии. Их применение направлено на развитие эмоционально-личностной сферы детей с проблемами развития. Примером такого задания может служить упражнение на развитие мимических движений «Ах, какой у нас букет!». Дети изображают радость и любят букетом.

Заключительная часть решает задачи снятия эмоционального напряжения, приобретения навыков саморасслабления. Для этого проводятся подвижные музыкальные игры, релаксационные упражнения.

Необходимо подчеркнуть, что успешность проведения занятий осуществляется на основе тщательной диагностики. Диагностика обеспечивает научный подход к организации работы с детьми с проблемами развития, позволяет точно учитывать их потребности по всем направлениям развития, систематизировать работу специалистов, осуществляющих коррекцию. В течение года проводятся контрольные диагностические срезы, позволяющие отслеживать у каждого ребенка динамику коррекционной работы. Постепенно дети приобретают необходимые умения и навыки, способствующие решению поставленных задач.

В результате систематического проведения занятий у детей наблюдается совершенствование координации движений, дыхания, ориентировки в пространстве и собственном теле, улучшаются предпосылки координации речи с движением. Использование речевого материала в стихотворной форме облегчает овладение движением, так как ритм стихотворений помогает сохранить ритмичность движений. На занятиях коррекционной ритмикой у детей развивается воображение, творческие, музыкальные способности, решаются задачи нравственного и эстетического воспитания, развиваются морально-волевые качества: доброжелательность и взаимопомощь, целеустремленность.

Таким образом, организация комплексной помощи детям с проблемами развития, в частности ритмические занятия как средство преодоления недостатков психомоторной сферы, способствуют достижению основной цели – адаптации детей в обществе. Поэтому важнейшей комплексной задачей учреждений социальной сферы (образования, здравоохранения, культуры и спорта) является создание оптимальных условий для эффективных психолого-педагогиче-

ских и медико-социальных мероприятий, реализуемых в традиционных и вариативных формах помощи детям данной категории.

#### Список литературы

1. Баранов А.А. Состояние здоровья в Российской Федерации как фактор национальной безопасности. Пути решения существующих проблем / А.А. Баранов // Справочник педиатра. – 2006. – №3. – С. 9-14.
2. Выготский Л.С. Собрание сочинений / Л.С. Выготский: в 6 т. – Т. 2, 5. – М.: Педагогика, 1983.
3. Музыкальное воспитание детей с проблемами в развитии и коррекционная ритмика / Под ред. Е.А. Медведевой. – М.: АCADEMIA, 2002.
4. Цикото Г.В. Проблемные дети: развитие и коррекция в предметно-практической деятельности / Г.В. Цикото. Учебно-методическое пособие. – М.: Полиграф-сервис, 2011.

## ИЗУЧЕНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ И ОТНОШЕНИЯ К ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ

*Губарева В.А., Захарова Е.В., Клишунова Л.В.*

ОБГОУ СПО «Рязанский медико-социальный колледж», г. Рязань, Рязанская область

Одним из направлений в укреплении здоровья нации является работа с молодежью по формированию здорового образа жизни, так как современные условия жизни предъявляют высокие требования к состоянию здоровья юношей и девушек.

В связи с этим актуально изучение вопросов, связанных с образом жизни молодежи и ее отношением к физической активности. В рамках работы «Школы здорового образа жизни» по теме «Физическая активность и здоровье» была разработана анкета «Физическая активность и здоровье» для студентов, обучающихся в ОГБОУ СПО «Рязанский медико-социальный колледж».

Целью анкетирования являлось выявление:

- информированности обучающихся по вопросам здоровья, связанным с физической активностью,
- уровня физической активности на момент опроса;
- мнения о значении физической активности для укрепления здоровья;
- сформированной раннее жизненной позиции по отношению к физической активности.

Исследование проводилось среди обучающихся первого курса – 90 человек, средний возраст которых 18,5 лет. Анкета включала 4 блока по 5 вопросов, отражающих информационный, мотивационный, поведенческий аспекты образа жизни. Также проводилась комплексная оценка уровня физической активности по результатам суммарной оценки четырех блоков. Каждый вопрос оценивался по четырехбалльной системе от «нет» (0 баллов) до «да» (3 балла).

Результаты исследования показали следующее. Активный образ жизни – зарядка по утрам, положительное отношение к занятиям физической культурой, их регулярное посещение – ведет от 10 до 40% обучающихся в разных группах. Подавляющее большинство студентов ответили, что они хотели бы начать вести более активный образ жизни (90%).

На вопросы, касающиеся психосоциальных аспектов физической активности («Считают ли они, что у физически активного человека больше друзей?», «Легче ли физический активный человек справляется с трудностями?», «Являются ли более общительными и успешными такие люди?») 90% опрошенных дали положительные ответы.

Большинство студентов выразило желание получить дополнительную информацию о влиянии физической активности на здоровье человека.

Комплексная оценка уровня физической активности варьируется от низкого уровня (менее 1,5 баллов, 40%) до высокого (около 3 баллов, до 20% респондентов), средний уровень выявлен у 40% опрошенных.

Исследование показало, что при высокой информированности и положительном отношении к физической активности, понимании ее влияния как на индивидуальное физическое, психическое здоровье, так и на социальное благополучие, активный образ жизни ведет лишь небольшая часть опрошенных. Несмотря на понимание значимости активного образа жизни, результаты исследования свидетельствуют о недостаточном желании молодых людей вести здоровый образ жизни.

Это свидетельствует о необходимости повышения мотивации к ведению физически активного образа жизни и создания условий для привлечения молодежи к занятиям физкультурой и спортом в свободное время.



## СИСТЕМА ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ В ВУЗЕ

*Двоеносов В.Г.*

Казанский (Приволжский) федеральный университет, г. Казань, Республика Татарстан

В последние десятилетия проблема здоровья учащейся молодежи, как и всего населения России, остается достаточно острой, и решение ее относится к одной из важнейших государственных задач. Молодежь это та демографическая группа, которая со временем занимает ключевые позиции в экономике и политике, социальной и духовной жизни общества и во многом определяет перспективы развития трудового потенциала в ближайшем и отдаленном будущем. При этом ключевая роль остается за студенческой молодежью как будущей квалифицированной, интеллектуальной и творческой элитой государства.

Одним из факторов, негативно влияющих на проблему здоровья, по мнению специалистов, является отсутствие целостной системы работы по формированию культуры здоровья и здорового образа жизни [4].

В то же время, по оценкам специалистов, состояние здоровья человека более чем на 50% зависит от его образа жизни. В связи с этим на систему образования в целом и вузы в частности как на государственную структуру, обеспечивающую социальное развитие личности, помимо специальных задач, ложится и задача сохранения физического, психического и нравственного здоровья студентов. При этом необходимо отметить, что высшее профессиональное образование занимает последнюю ступеньку в структуре общественного воспитания личности.

Современные условия обучения в вузах характеризуются интенсификацией умственного труда студентов, возрастанием информационного потока, широким внедрением компьютерных технологий. Процесс обучения требует напряжения памяти, устойчивости и концентрации внимания, сопровождается возникновением стрессовых ситуаций, особенно, в периоды сессий.

Рабочая нагрузка у добросовестного студента в обычные дни может достигать 12 часов в сутки, а в периоды сессии до 15-16 часов. Поэтому труд студентов по тяжести относят к 1-ой категории (легкий), а по степени напряженности – к 4-ой категории (очень напряженный) [1]. В особенно сложном положении оказываются студенты начальных курсов, которые после обучения в школе попадают в новые, специфические социальные отношения и условия деятельности, что требует дополнительной мобилизации адаптационных резервов организма. По мнению В.В. Пономаревой, отмечаемый рост хронических заболеваний студентов к концу обучения в вузе может быть связан с истощением физических резервов организма, особенно в первые годы обучения [5].

Особое место, как фактору риска ряда заболеваний, отводится перенапряжению – неблагоприятному, пограничному между нормой и патологией функциональному состоянию отдельных физиологических систем или органов, обусловленному чрезмерными по величине или длительности напряжениями этих систем или органов [3].

Уменьшение возможности возникновения перенапряжения в результате рационального планирования режима учебной деятельности, с одной стороны, и повышение устойчивости

организма к напряженной деятельности – с другой, могут явиться действенным средством снижения уровня заболеваемости и сохранения здоровья студентов. Значение профилактики перенапряжения у студентов возрастает в условиях современной организации учебного процесса, так называемого «болонского процесса», когда значительно возросли требования к постоянной учебной нагрузке студентов.

Комплексный подход к категории «здоровье» позволяет рассматривать ее как основу, обеспечивающую приспособление организма к меняющимся условиям внутренней и внешней среды, сохранение и расширение резервов функционирования его систем, развитие психических функций, познавательной и социальной деятельности.

Исследования показывают, что категория “здоровье” занимает одно из первых мест среди жизненных ценностей различных групп населения, в том числе, учащейся молодежи. Вместе с тем реализации данной ценности в жизни препятствует совершенно недостаточный уровень сформированности социально-культурных эталонов здоровья, которые определяют субъективную модель здорового человека и выбор способов достижения этой цели. Другими словами, большинство людей не обладает достаточными знаниями о критериях здоровья, путях и методах их достижения. В современных условиях все еще недостаточно ценностное отношение к здоровью человека на общественном уровне, что является серьезным препятствием для повышения мотивации к сохранению и укреплению индивидуального здоровья [2].

Одним из универсальных методов воспитания во всех возрастных группах является формирование культуры здоровья, которое представляет собой междисциплинарный комплекс воздействия на человека, включающий в качестве основных компонентов организацию оптимальных режимов труда и отдыха, двигательной активности, системы рационального питания с научно-обоснованным использованием биологически активных добавок, умения и навыки саморегуляции психических состояний. Одним из ведущих общественных институтов, посредством которых можно целенаправленно формировать культуру здоровья, является сфера образования. С одной стороны, культура здоровья студентов определяет их способности к успешной учебе и последующей творческой самореализации, а с другой – позволяет быть ее носителем и внедрять ее на производстве, в семье, в сфере досуга, в системе общего и профессионального образования. Следовательно, необходимо сосредоточить усилия не только на создании «здоровьесберегающей» социокультурной среды в учреждениях высшего профессионального образования, но и на воспитании культуры здоровья человека, психологическом восприятии «здоровья» как инструментальной ценности, необходимой для максимальной личностной и профессиональной самореализации, использованию знаний и умений по сохранению здоровья в повседневной жизни.

Таким образом, решение проблемы здоровья студентов необходимо рассматривать как важную составляющую учебно-воспитательной работы в вузе, которая позволит повысить качество подготовки специалистов, сформировать у студентов культуру здоровья.

Культура здоровья, имеющая целью повышение и сохранение здоровья человека посредством определенного жизненного уклада – здорового образа жизни, включает в качестве одного из основных компонентов культуру физическую.

В настоящее время общепризнанно, что занятия физической культурой оказывают положительное влияние на организм человека, повышая устойчивость к воздействию различных, неблагоприятных факторов внешней среды физического, экологического, социального характера и расширяют диапазон компенсаторных возможностей организма, позволяющих адекватно отвечать на все требования, предъявляемые жизненными условиями. Особую актуальность занятия физической культурой приобретают в связи с бурным развитием научно-технического прогресса и резким сокращением двигательной активности человека. Особенно неблагоприятно сказывается на состоянии здоровья сочетание гиподинамии с высоким психо-эмоциональным напряжением, что характерно для студентов и школьников. Исследования, проводимые по программе «Здоровье студентов» выявили, что низкая физическая активность является одним из основных факторов риска ишемической болезни сердца среди студентов в различных регионах страны [1]. Физические упражнения играют особую важность в поддержании здоровья в силу нескольких причин. Одна из них заключается в том, что положительные воздействия физических упражнений на организм регулируемы. При этом необходимо особо отметить, что положительное влияние занятий на состояние здоровья человека будет иметь место только при условии, что используемые средства физической культуры и спорта, двигательный режим и физическая нагрузка адекватны физиологическим и психофункциональным возможностям занимающихся и их уровню здоровья. Здесь мы сталкиваемся с проблемой диагностики и прогноза состояний человека и оценки степени влияния физических нагрузок на организм. Нарушение адекватности физических нагрузок возможностям организма ведет к иммунологическим нарушениям, если нагрузки становятся чрезмерными, что в свою очередь приводит к развитию тех или иных заболеваний, снижению эффективности тренировок. Одна и та же физическая нагрузка может восприниматься различными лицами по-разному в зависимости от их конституционального типа, функционального, психоэмоционального состояния и быть оптимальной, недостаточной или чрезмерной. Более того, эта нагрузка может восприниматься по-разному и одним и тем же лицом в зависимости от его текущего состояния. Поэтому необходимо воспринимать двигательную активность человека по ее внутренней сути как явление индивидуальное.

В результате многочисленных исследований проблем адаптации человека к различным социальным, экологическим условиям, путям и способам оптимизации его здоровья, изучения функциональных возможностей сформировалось представление о том, что способность адаптироваться к условиям окружающей среды, адаптационные возможности организма являются основными показателями здоровья. При этом диагностика, контроль и коррекция адаптационных способностей организма, в том числе и методами физической культуры, требуют введения понятия «уровень здоровья» и разработку количественных критериев его оценки. Оценка «уровня здоровья» может быть осуществлена с использованием проб и тестов функционального состояния. Необходимость применения функциональных проб и тестов обусловлена тем, что их результаты позволяют наиболее точно определить величину функциональных резервов организма, а значит, дают возможность судить об уровне здоровья человека. Еще в 1987 году академик Н.М. Амосов писал, что контроль эффективности за выполнением физических нагрузок в школе обязателен, но, к сожалению, он абсолютно отсутствует. В то же время получение и предоставление результатов тестирования занимающимся физической культурой по ряду функциональных тестов (по методике Г.Л. Апанасенко, пробы Руфье, ор-

топробы, теста РWC170 и др.), как показывает наш опыт, является хорошим стимулом, мотивирующим студентов к занятиям.

Работа по формированию культуры здоровья должна проводиться системно и комплексно, а для ее осуществления необходимы вузовские центры здоровья, позволяющие координировать, научно обосновывать и реализовывать данное направление деятельности и, наряду с оценкой функционального состояния и уровня здоровья студентов, оказывать также психологическую помощь и поддержку участникам образовательного процесса. При этом необходимо осуществлять вовлечение студентов в научную работу и волонтерскую деятельность по проблемам формирования культуры здоровья и здорового образа жизни.

Необходимо шире внедрять оздоровительную физическую культуру (физкультурно-оздоровительные технологии) с контролем индивидуального функционального состояния обучающихся и уровня их здоровья, разрабатывать и использовать критерии оценки влияния физических нагрузок и степень их эффективности, что явится мощным средством первичной профилактики заболеваний.

В процессе модернизации и развития профессионального образования создание системы оздоровительной работы должно входить в первую очередь организационно-содержательного переустройства образовательной и воспитательной системы, максимально сочетаясь с проектируемой схемой профессиональной подготовки.

Таким образом, для проведения целенаправленной и систематической работы по оздоровлению обучающихся, формированию культуры здоровья и здорового образа жизни учебные заведения должны иметь в своем составе центры здоровья (профильные структурные подразделения) и осуществлять данную работу на основе комплексной программы здоровья.

#### Список литературы

1. Агаджанян Н.А., Дегтярев В.П., Радыш И.В. и др. Здоровье студентов. – М.: Изд-во РУДН, 1997. – 199 с.
2. Двоеносов В.Г., Костюшко В.В. Основы профилактики наркотизации и формирование культуры здоровья в студенческой группе. – Казань: Новое знание, 2004. – 55 с.
3. Мойкин Ю.В., Киколов А.И., Тхоревский В.И., Милков Л.Е. Психофизиологические основы профилактики напряжения. – М.: Медицина, 1987. – 256 с.
4. Чепурных Е.Е. Социальная значимость здоровья в системе образования // Школа здоровья. – М. – 2000. – Т.7., № 2. – С. 8-14.
5. Физическая культура и здоровье: Учебник / Под ред. В.В. Пономаревой. – М.: ГОУ ВУНМЦ, 2001. – 352 с.

## **ПОДХОДЫ, ФОРМЫ, МЕТОДЫ И ТЕХНОЛОГИИ РАБОТЫ ТЬЮТОРА В ОБЛАСТИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ И ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ**

*Дегтярева Т.О., Готская А.И.*

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» (РУДН), г. Москва

Современная система образования находится в условиях модернизации, в частности осуществляется обновление методологии профессионального образования, методов, форм и условий обучения профессиональных кадров, разработка новых стандартов и программ, что обусловлено ориентацией на новую модель специалиста. Те же процессы свойственны профессиональной подготовке организаторов здоровьесберегающей и физкультурно-спортивной деятельности в сфере образования, педагогов, обеспечивающих формирование культуры здорового и безопасного образа жизни, учителей физической культуры с учетом особенностей современной образовательной среды и непрерывного характера образования. Одним из направлений деятельности таких специалистов является тьюторское сопровождение обучающихся, помощь им в выборе и реализации индивидуального маршрута формирования и развития потенциала здоровья.

Несмотря на то что юридически понятие «тьютор» появилось в российской системе образования в 2008 году (приказы Министерства здравоохранения и социального развития от 05 мая 2008 г. №№ 216-н и 217-н), деятельность такого специалиста в образовательных организациях можно все еще считать инновационной. Сотрудники такой квалификации присутствуют далеко не в каждой образовательной организации.

Деятельность тьютора в области здорового образа жизни и физической культуры мы рассматриваем, вслед за Т.Н. Ле-ван, Н.В. Третьяковой и другими исследователями [5], в рамках концепции социализации обучающихся и воспитанников, в частности через развитие культуры здорового и безопасного образа жизни как культуры личности в целом. Согласно этой концепции, первостепенной задачей образовательной организации является формирование у детей и учащейся молодежи готовности к здоровьесориентированной деятельности [5; 8; 9; 10]. Таким образом, развивая идеи Т.М. Ковалевой, Е.И. Кобыщи, С.Ю. Поповой (Смолик), А.А. Терова, М.Ю. Чередилиной и др., мы полагаем, что тьютор (педагогический работник сферы образования) в области формирования социальных компетенций детей и подростков, связанных с сохранением и укреплением здоровья, обеспечением безопасности обучающихся, развитием физической культуры, оказывает содействие обучающимся в самоактуализации и самореализации, помогает им определить особенности индивидуального стиля жизни, ориентированного на здоровье, разработать и реализовать индивидуальную программу развития в области здоровья и физической культуры [3; 9; 10].

В связи с возрождением Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» появилось еще одно направление тьюторской практики – «тьютор в области развития физической культуры», «тьютор ГТО».

Тьютор в области развития физической культуры и спорта в сфере образования (тьютор ВФСК ГТО) – это сотрудник организации системы образования, осуществляющий педаго-

гическое или методическое сопровождение процесса выбора и реализации обучающимися здорового образа жизни, формирования физической культуры в соответствии с их индивидуальными особенностями и потребностями в условиях внедрения Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса в образовательных организациях [10].

Среди моделей тьюторского сопровождения в области сохранения, укрепления, обеспечения безопасности здоровья обучающихся и развития физической культуры распространены два типа тьюторского сопровождения: сопровождение индивидуального маршрута развития педагогического работника по данной тематике либо сопровождение индивидуального маршрута развития обучающегося в области формирования у него культуры здорового образа жизни и физической культуры [9; 10] .

Так, тьютором ЗОЖ и тьютором ВФСК ГТО могут быть представители региональных институтов повышения квалификации, руководящие и педагогические работники образовательной организации, которые осуществляют данный вид деятельности на основании своих должностных обязанностей в процессе реализации проектов и мероприятий по данной тематике. Говоря о тьюторе ВФСК ГТО, мы полагаем, что это может быть организатор физкультурно-спортивной деятельности, учитель (инструктор) физической культуры, который, обладая необходимым уровнем компетентности, достигнутым в процессе повышения квалификации по программам подготовки тьюторов в области развития физической культуры и спорта, целенаправленно реализует деятельность, описанную в Положении о ВФСК ГТО и направленную на:

1) обеспечение уровня физической подготовленности обучающихся, необходимого для выполнения нормативов ВФСК ГТО;

2) повышение уровня знаний и умений обучающихся в области физической культуры, спорта, здорового образа жизни;

3) привлечение обучающихся к систематическим занятиям физической культурой и спортом (в организациях обязательного и дополнительного образования, спортивных организациях, а также самостоятельно);

4) формирование у обучающихся осознанной потребности в занятиях физической культурой и спортом, в физическом самосовершенствовании, ведении здорового образа жизни [4; 7].

Одним из направлений работы тьютора-организатора (представителя регионального института повышения квалификации, руководящего работника, ответственного по направлению) является организация здоровьеориентированной деятельности и здоровьесберегающей (адаптивно-развивающей) среды организации, необходимой для индивидуализации процесса приобщения обучающихся и воспитанников к культуре здорового и безопасного образа жизни и занятиям физической культурой.

В свою очередь под здоровьеориентированной деятельностью образовательной организации мы понимаем деятельность, представляющую собой создание безопасных для здоровья условий обучения, воспитание и развитие потенциала здоровья обучающихся, воспитанников, в том числе через реализацию образовательных программ и мероприятий, направленных на формирование у них культуры здорового и безопасного образа жизни. Термин созвучен с распространенным в образовательной практике словосочетанием «здоровьесберегающая

деятельность», которое отражает лишь охранительную и тренирующую стратегии заботы о здоровье обучающихся и не включает значимую в современных образовательных условиях преобразующую стратегию, направленную на развитие личностного потенциала обучающихся, воспитанников для приобщения их к культуре здорового и безопасного образа жизни [2; 5; 8].

Под здоровьесберегающей (адаптивно-развивающей) средой образовательной организации подразумевается совокупность условий (санитарно-гигиенических, материально-технических, эмоционально-психологических, организационно-педагогических), способствующих реализации приспособительных возможностей индивида (т.е. сохранению физического и психического здоровья), социализации и самоактуализации личности (т.е. развитию здоровьесозидающего личностного потенциала) [2; 5; 8; 10].

Тьютор ЗОЖ и ВФСК ГТО как педагогический работник помогает обучающемуся выстроить индивидуальную программу развития в области здорового образа жизни и физической культуры. Данное направление тьюторского сопровождения заключается в организации такого развивающего процесса, в основе которого лежит постоянное рефлексивное соотнесение достижений обучающегося с его интересами, устремлениями и возможностями [3].

Обобщая описанные выше модели тьюторской деятельности, можно утверждать, что тьютор в области здорового образа жизни и развития физической культуры осуществляет сопровождение процесса формирования готовности к осуществлению здоровьеориентированной деятельности обучающегося в образовательной организации.

Рассмотрим понятие «готовность к осуществлению здоровьеориентированной деятельности» [8]. По мнению Н.В. Третьяковой, готовность обучающихся к здоровьеориентированной деятельности – это субъективное состояние, означающее желание и способность сохранять и укреплять здоровье. Нами было проведено исследование, в процессе которого были систематизированы подходы к определению понятия «психологическая готовность», «готовность к осуществлению деятельности» и «готовность к здоровьеориентированной деятельности».

Существуют различные точки зрения в определении сущности готовности к деятельности. Проанализировав отечественную и зарубежную литературу по данной теме, мы разделили их на три основные группы: в первой группе готовность рассматривается как психологическое состояние личности (Н.Д. Левитов, Б.Ф. Ломов, А.С. Прангишвили, В.Н. Пушкин, Д.Н. Узнадзе, А.А. Ухтомский и др.); ко второй группе относятся ученые, трактующие готовность как устойчивую характеристику личности (качество), являющуюся результатом подготовленности к деятельности (К.М. Дурай-Новакова, М.А. Кобзев, В.А. Крутецкий и др.); третья группа объединяет названные ранее точки зрения (М.И. Дьяченко, Л.А. Кандыбович) [1].

Согласно концепции отношения к здоровью (Р.А. Березовская, И.В. Журавлева, Л.В. Куликов, Г.С. Никифоров и др.), понятие деятельности, ориентированной на здоровье, включает в себя такие компоненты, как когнитивный (знания о здоровье), эмоциональный (отношение к здоровью), мотивационно-поведенческий (ценностные и поведенческие установки) [2; 5; 8].

Таким образом, формирование готовности обучающихся к здоровьеориентированной деятельности осуществляется на основе следующих взаимосвязанных между собой компонентов [8]:

1. Операционально-процессуальный компонент, что предполагает владение способами осуществления здоровьеориентированной деятельности, для успешного освоения которых необходимо развитие таких личностных качеств, как автономность, умение принимать решения и планировать свой жизненный путь.

2. Мотивационный компонент – мотивация к ведению здорового и безопасного образа жизни, мотивация к занятиям физической культурой, ценностное отношение личности к здоровью и стремление к физическому совершенствованию.

3. Оценочно-рефлексивный компонент, который предполагает соотнесение ценностей личности и целей здоровьеориентированной деятельности. Здесь важную роль играет такой компонент личности, как самосознание, включающее в себя самоуверенность, самооценку, самопривязанность, самопринятие. Именно самосознание личности регулирует процессы выбора и осуществления деятельности, направленной на физическое и психологическое самосовершенствование.

4. Когнитивный компонент. Здесь, помимо общего уровня интеллектуального развития (интеллекта как структуры общих способностей и способностей к обучению и научению), необходимо отдельно отметить общую информированность о проблеме и уровень компетентности обучающихся в области здоровьесбережения и физической культуры.

6. Эмоционально-волевой – целенаправленное ведение здорового образа жизни, в том числе эмоциональное отношение к выбору здоровьеориентированной деятельности.

Перечисленные компоненты психологической готовности к здоровьеориентированной деятельности имеют неодинаковый уровень выраженности у обучающихся разного возраста, находящихся в различных условиях.

Нами были разработаны общие рекомендации по составлению психолого-педагогической программы тьюторского сопровождения обучающихся, направленной на формирование психологической готовности к здоровьеориентированной деятельности.

Прежде всего данная программа тьюторского сопровождения должна быть нацелена на то, чтобы обучающиеся сформировали необходимые для осуществления здоровьеориентированной деятельности психологические качества и освоили во время занятий инструменты для самостоятельного и ответственного выбора здорового образа жизни.

Среди задач такой программы могут быть следующие:

- 1) помощь обучающимся в осознании личной цели ведения здоровьеориентированной деятельности и способов достижения поставленной цели;
- 2) развитие у обучающихся умения планировать здоровьеориентированную деятельность и принимать осознанные решения в рамках своего индивидуального плана;
- 3) помощь обучающимся в осознании своих личностных особенностей, уровня здоровья и физической подготовленности;



- 4) развитие у обучающихся самостоятельности, инициативности, ответственности за собственное здоровье;
- 5) повышение уровня знаний и умений обучающихся в области физической культуры, спорта, здорового образа жизни;
- 6) формирование у обучающихся осознанной потребности ведения здорового образа жизни, потребности в занятиях физической культурой и спортом, в физическом самосовершенствовании и др.

В рамках программы тьюторского сопровождения процесса формирования психологической готовности к реализации здоровьеориентированной деятельности и формирования мотивации к занятиям физической культурой могут быть использованы различные формы и технологии психолого-педагогического сопровождения.

*Основными формами психолого-педагогического сопровождения являются различного рода индивидуальные и групповые консультации [3].*

*Индивидуальная консультация* представляет собой обсуждение с обучающимся значимых вопросов, связанных с личным развитием. Целью такой консультации является прежде всего активизация каждого школьника с учетом именно его способностей, особенностей его характера, навыков, уровня здоровья и физического развития на дальнейшую самостоятельную работу по формированию и реализации своей индивидуальной программы.

*Групповая тьюторская консультация.* На групповых занятиях тьютором или педагогом, осуществляющим тьюторскую деятельность, реализуется тьюторское сопровождение индивидуальных здоровьеориентированных программ обучающихся с похожими интересами. В рамках таких групповых занятий тьютор одновременно осуществляет несколько видов работ: *мотивационную, эмоционально-коммуникативную и оценочно-рефлексивную.*

*Тренинг.* В последнее время тренинги все активнее применяются и преподавателями, и тьюторами как одна из эффективных форм организации тьюторского сопровождения. В тренингах широко используются различные методы и техники активного обучения – деловые, ролевые и имитационные игры, разбор конкретных ситуаций и групповые дискуссии. В основе тренинга, как правило, лежит групповое взаимодействие, направленное на развитие каждого отдельного участника тренинга. В тьюторской деятельности в области здорового образа жизни, как правило, чаще используются коммуникативные, мотивационные тренинги, тренинги по формированию компетенций в области ведения здорового и безопасного образа жизни, тренинги по формированию компетенций волонтера-тьютора в области здорового образа жизни и физической культуры (в том числе в области ВФСК ГТО).

Игровые технологии – организация образовательного процесса, основанная на реконструкции моделей поведения в рамках предложенных сценарных условий. К игровым технологиям, например, относится деловая игра (моделирование различных ситуаций, связанных с выработкой и принятием совместных решений, обсуждением вопросов в режиме «мозгового штурма»), моделирование поведения в рамках предложенного сценария).

Технологии проектного обучения – организация образовательного процесса в соответствии с алгоритмом поэтапного решения проблемной задачи или выполнения учебного задания. Проект предполагает совместную учебно-познавательную деятельность группы, направленную на выработку концепции, установление целей и задач, формулировку ожидаемых результатов, определение принципов и методик решения поставленных задач, планирование хода работы, поиск доступных и оптимальных ресурсов, поэтапную реализацию плана работы, презентацию результатов работы, их осмысление и рефлексия. Проекты в области здорового образа жизни и физической культуры могут быть исследовательскими, творческими и информационными.

Технологии на основе волонтерской деятельности – организация и управление волонтерами-тьюторами в области здорового образа жизни и физической культуры (в том числе ВФСК ГТО). В основе одного из самых распространенных направлений волонтерской деятельности с обучающимися лежит принцип «равный обучает равного», который предполагает влияние членов определенной группы на других членов той же группы с целью добиться изменения поведения последних.

Несомненным является тот факт, что одним из самых эффективных инструментов по пропаганде здорового образа жизни, физкультуры и физкультурно-спортивного комплекса являются различные методы и технологии, направленные на массовую просветительскую и пропагандистскую деятельность (массовые пропагандистские мероприятия, акции, просветительские и творческие мероприятия).

Проанализировав существующие подходы в области здоровьесбережения и формирования мотивации к занятиям физической культурой, мы пришли к выводу, что их можно условно разделить на четыре группы [1]:

Активизирующий подход (активизирующие опросники, лекции). Активизирующие методы – группа методов, основная цель которых – пробудить интерес человека к ведению здорового образа жизни и занятиям физической культурой, вызвать желание к саморазвитию и самосовершенствованию, помочь сделать самостоятельный, осознанный выбор в пользу здорового и активного образа жизни.

Диагностический подход (анкеты, опросы в рамках мониторингов здоровья, физкультурно-спортивные тесты (нормативы)). Суть диагностического подхода заключается в установлении отношения обучающегося к здоровью и его компонентам, определение мотивационных, ценностных и личностных установок, самооценка индивидуального уровня здоровья и уровня физической подготовленности.

Информационный подход (лекции, статьи, плакаты, выставки, стенды, видеоролики и т.д.). Цель информационного подхода – обеспечить школьника разнообразной и полной информацией о способах, методах и технологиях ведения здорового образа жизни.

Развивающий подход (тренинги, мастер-классы, занятия, тренировки, игры). Цель развивающего подхода – формирование компетенций, различных знаний, умений и навыков, необходимых для успешной реализации этой деятельности.

Все перечисленные подходы оказывают влияние на формирование ценностного отношения к здоровью и физической культуре. Каждый из этих подходов по отдельности развивает определенную сферу психологической готовности к реализации здоровьесориентированной деятельности.

Работу с обучающимися можно начать с активизирующих методик. Таким образом, запускается процесс поиска информации, формируется интерес. Активизирующий подход способствует формированию мотивации к ведению здорового и активного образа жизни, повышает эмоциональную вовлеченность и заинтересованность, позволяет сформулировать цель здоровьесориентированной деятельности.

На втором этапе применяется диагностический подход, который способствует развитию самосознания обучающегося посредством его знакомства с ресурсами собственного организма. Происходит конкретизация индивидуального здоровьесориентированного маршрута обучающегося.

На третьем этапе может быть использован развивающий подход, который позволяет сформировать качества и компетенции, необходимые для успешной реализации здоровьесориентированной деятельности. На этом этапе формируются такие необходимые обучающемуся качества, как самостоятельность, умение планировать будущее, принимать решения, применять полученные знания, умения, навыки и компетенции для достижения поставленных целей, оценивать и корректировать свою деятельность.

Информационный подход на разных этапах тьюторского сопровождения решает разные задачи. Прежде всего он направлен на развитие когнитивной сферы, повышение уровня знаний обучающегося, расширение общего кругозора.

Контроль за достижением поставленных целей и задач осуществляется благодаря специально подобранному комплексу диагностических методик, в который в зависимости от целей программы могут входить следующие тесты: методика определения ценностных ориентаций (Р. Шварцер, М. Ерусалем, В. Ромек); краткий ориентационный тест на определение интеллекта (Вандерлик, Отис); методика оценки мотивации (Т. Эллерс); методика исследования самоотношения (В.В. Столин, С.Р. Пантелеев) [1], а также специальные опросники, направленные на определение уровня сформированности готовности к здоровьесориентированной деятельности [8]. Полученные в результате психолого-педагогической диагностики данные позволяют сделать вывод об эффективности разработанной программы и скорректировать ее. Если речь идет о тьюторском сопровождении в области физической культуры и ВФСК ГТО, то в качестве контрольных методик, помимо перечисленных выше, могут быть использованы физкультурно-спортивные тесты и нормативы ВФСК ГТО.

Представив в данной статье некоторые основные подходы, формы, методы и технологии тьюторского сопровождения, еще раз обратим внимание, что выбор конкретных механизмов и средств тьюторской работы в области здорового образа жизни и физической культуры зависит от возрастных и личностных особенностей обучающихся, от личностных и профессиональных предпочтений самого педагога (тьютора). При этом основной и наиболее важной целью программы тьюторского сопровождения является формирование готовности к здоровьесориенти-

рованной деятельности, то есть актуализация потенциала обучающегося, развитие ключевых компетенций, развитие способности обучающегося оценивать и регулировать свое поведение.

#### Список литературы

1. Дегтярева Т.О. Психологическая готовность к выбору профессиональной деятельности как ключевой компонент профессионального самоопределения учащихся // Вестник университета (Государственный университет управления). – 2011. – №19. – С. 42-43.
2. Казин Э.М., Ле-ван Т.Н., Маджуга А.Г., Малярчук Н.Н., Третьякова Н.В. Концептуальные подходы к координации деятельности по сохранению и укреплению здоровья субъектов образовательного процесса // Профессиональная компетентность педагога в реализации здоровьесозидающей функции: Коллективная монография / Под ред. Т.Н. Ле-ван. – Новосибирск: СибАК, 2013. – С. 111-130.
3. Ковалева Т. М., Кобыща Е. И., Попова (Смолик) С. Ю., Теров А. А., Чередилина М. Ю. Профессия «тьютор». М.-Тверь: СФК-офис, 2012. – 246 с.
4. Методические рекомендации по поддержке деятельности работников физической культуры, педагогических работников, студентов образовательных организаций высшего образования и волонтеров, связанной с поэтапным внедрением Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО) в субъектах Российской Федерации (утвержденные 31 октября 2014 г. Министерством образования и науки РФ и Министерством спорта РФ). – [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.minsport.gov.ru/> (дата обращения 16.03.2015)
5. Социальное партнерство организаций по формированию культуры здоровья и социализации детей, подростков и молодежи: Монография / Е.А Богачева., Е.Н. Богданова, Н.О. Вербицкая, Т.В. Гусева, В.Н. Ирхин, Н.В.Карпова, Ж.Х. Кендирбекова, С.А. Корнеева, Т.Н. Ле-ван, А.В. Локтева, А.В. Майко, С.В. Москаленко, Л.В. Оринина, Н.В. Третьякова, А.Я. Фотуйма; под ред. Т.Н. Ле-ван. – Новосибирск: СибАК 2014. – 232 с.
6. Пакет нормативно-методической документации по направлению «Поддержка стажировочных площадок, созданных в 2011-2013 годах, в целях распространения современных моделей успешной социализации детей». – [Электронный ресурс]. – URL: <http://fcpro.ntf.ru/> (дата обращения 16.03.2015)
7. Постановление Правительства РФ от 11.06.2014 № 540 «Об утверждении Положения о Всероссийском физкультурно-спортивном комплексе «Готов к труду и обороне» (ГТО)». – [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.minsport.gov.ru/> (дата обращения 16.03.2015)
8. Третьякова Н.В. Формирование готовности учащихся образовательных организаций к здравотворческой деятельности: Монография / Под науч. ред. В. А. Федорова. – Екатеринбург: Изд-во Рос. гос. проф.- пед. ун-та, 2014. – 158 с.
9. Тьюторы Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО) – проект Министерства образования и науки Российской Федерации

«Внедрение педагогической системы формирования профессиональных компетенций работников образовательных организаций в условиях реализации Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса». – [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.gto.anonii.ru> (дата обращения 16.03.2015)

10. Тьюторы здорового образа жизни: Проект Министерства образования и науки Российской Федерации «Внедрение практикоориентированной модели повышения квалификации тьюторов – представителей региональных институтов повышения квалификации и руководящих и педагогических работников в сфере дополнительного образования детей в области сохранения, укрепления и обеспечения безопасности здоровья обучающихся, формирования у них здорового образа жизни». – [Электронный ресурс]. – URL: <http://zdorov-tutor.anonii.ru> (дата обращения 16.03.2015).

## **ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЕ КАК ОСНОВНОЙ НАВЫК ЖИЗНИ ШКОЛЬНИКА: УПРАВЛЕНЧЕСКИЙ АСПЕКТ**

*Деревягина Н.В.*

МБОУ «Средняя общеобразовательная школа № 37» Советского района, г. Ростов на Дону, Ростовская область Елагина М.Ю.

ГБОУ ДПО Ростовской области «Ростовский институт повышения квалификации и профессиональной переподготовки работников образования», г. Ростов-на-Дону, Ростовская область

Образ жизни – это система взаимоотношений человека с самим собой и с факторами внешней среды. Следовательно, тот образ жизни, который был приобретен обучающимся в течение ряда лет в результате обучения, должен отражать такую систему взаимоотношений, которая будет способствовать его комплексному, гармоничному развитию.

Управленческий, нормативно-правовой, организационный, материально-технический аспекты обеспечения формирования безопасности и культуры здорового образа жизни обучающихся и воспитанников в образовательной организации регламентированы Конституцией РФ, Национальной доктриной образования РФ; Концепцией структуры и содержания образования в 11-летней школе; Концепцией охраны здоровья населения Российской Федерации; Национальной образовательной стратегией-инициативой «Наша новая школа»; Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации» от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ; Указом Президента РФ «О национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы» от 1 июня 2012 г. № 761; Постановлением Правительства РФ «Об осуществлении мониторинга системы образования» от 5 августа 2013 г. № 662; Приказом Министерства образования и науки РФ «Об утверждении федеральных требований к образовательным учреждениям в части охраны здоровья обучающихся, воспитанников» от 28 декабря 2010 г. № 2106; Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта среднего (полного) общего образования» от 17 мая 2012 г. № 413; Приказом Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях» от 5 ноября 2013 г. № 822н, а также региональными, муниципальными и локальными нормативно-правовыми актами.

На основании нормативных документов, результатов мониторингов нами была разработана модель здоровьесберегающего образования в МБОУ СОШ №37 г. Ростова-на-Дону, опирающаяся на имеющиеся в данном школьном микросоциуме ресурсы (материально-технические, кадровые, образовательные, педагогические). Модель учитывает, что ученик приходит в школу в возрасте около шести с половиной лет с уже сформированной в той или иной мере сенсорной областью, речевыми способностями, опытом включенности во взрослую жизнь. Основные этапы роста и развития ребенка приходятся на период школьного детства, но все новые знания, умения, навыки в процессе обучения накладываются на уже приобретенные. В течение ряда лет ребенок проводит в школе не менее трети времени суток. При этом на 50–55 % здоровье

людей определяется условиями и образом жизни. На долю окружающей среды и генетических факторов приходится 35–40 %. Результативность деятельности учреждений здравоохранения определяет формирование и развитие здоровья лишь на 8–10 % [1, с. 6]. А поскольку школу как социальный институт следует отнести к первой группе факторов, то очевидно, что система организации деятельности в образовательной организации имеет главенствующее значение для охраны здоровья детей, формирования здорового образа жизни.

По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), здоровье – это состояние полного физического, психического, социального и духовного благополучия, а не просто отсутствие болезней. Здоровье определяет возможность человека трудиться, общаться, познавать окружающий мир, самоутверждаться, гармонично развивать свою личность [2, с. 30]. А образовательное пространство должно воздействовать на будущего выпускника таким образом, чтобы в результате процесса обучения сформировалась потребность в заботе о собственном здоровье – устойчивая мотивация и ценностное отношение к здоровью.

Известен ряд факторов окружающей среды, действующих на здоровье разрушительно:

- низкая культура жизни (санитарная, психологическая, культура мышления, чувств и т.д.);
- отсутствие навыков организации образа жизни;
- наличие вредных привычек;
- низкая двигательная активность;
- нарушения в эмоциональной сфере;
- проблемы социальных взаимоотношений;
- асоциальное окружение [3, с. 24].

Деятельность школы призвана если не полностью нейтрализовать действие данных факторов, то максимально ослабить: образовательное пространство современной школы должно быть организовано с учетом здоровьесохранных принципов, норм и требований.

Материально-технические условия образовательной организации позволяют повысить санитарно-гигиеническое и эстетическое качество образовательной среды, ее комфортность. Деятельность администрации должна быть направлена не только на текущий и капитальный ремонт, но и на обновление материально-технической базы, организацию комплексной безопасности (пожарной, антитеррористической, санитарной и др.) образовательной среды.

Так, в 2009 году в МБОУ СОШ №37 г. Ростова-на-Дону введена в эксплуатацию спортивная площадка, проведен капитальный ремонт кровли, школьной столовой, спортивного зала, произведена замена половых покрытий в коридоре второго этажа; проведены работы по текущему ремонту классов математики и информатики, оборудованию кабинета технологии (обслуживающий труд); медицинский кабинет оборудован всем необходимым для оказания первой медицинской помощи. Ныне в школе функционируют два компьютерных класса, имеется доступ в Интернет, локальная школьная сеть. С целью повышения уровня безопас-

ности и готовности учащихся и персонала к действиям в чрезвычайных ситуациях регулярно проводятся учения по эвакуации, инструктажи. В рамках программы по предмету «Основы безопасности жизнедеятельности» школьники обучаются правилам безопасного поведения при угрозе чрезвычайной ситуации. Ведется мониторинг компонентов здоровья обучающихся: физического, психологического, духовно-нравственного.

Медицинское обслуживание обеспечивается территориальными учреждениями здравоохранения. До 2012 года мониторинг состояния здоровья обучающихся проводился с использованием традиционных методов и замеров. Благодаря инновационному аппаратно-программному комплексу «АРМИС» появилась возможность проводить обследование одного обучающегося за час, получая информацию о состоянии слуха, зрения, сердечно-сосудистой, центральной нервной и дыхательной систем, оценив при этом в целом уровень соматического состояния школьника. Данные передаются родителям и могут использоваться для контроля за состоянием здоровья ребенка и уточнения проблем, выявленных при его обследовании.

Психолого-педагогический мониторинг дает возможность отследить динамику развития учащихся на всех этапах обучения с целью прогнозирования возможных сценариев развития, корректировки образовательного процесса и оказания необходимой помощи всем его субъектам. Мониторинг общего развития дошкольников, поступающих в школу, позволяет не только правильно формировать классные коллективы, но и грамотно планировать деятельность педагогов и родителей. Мониторинг готовности первоклассников к школе показал, что около 53% детей имеют высокий уровень готовности к школьному обучению.

Применение оздоровительных упражнений, динамические перемены, уроки здоровья, спортивные часы, внеклассные спортивные занятия и соревнования: «Мама, папа, я – спортивная семья», «Веселые старты», экскурсии – способствуют формированию у субъектов образовательного процесса стойких навыков здоровьесбережения.

Использование современных методов обучения позволяет сделать его контекстным, практикоориентированным, развивающим. Теперь учитель выступает лишь одним из основных источников знаний. Внедряются технологии дифференцированного, развивающего, проблемного, проектного, игрового и эвристического обучения в сочетании с созданием условий для свободного выбора и самореализации ученика в образовательном процессе посредством внедрения вариативных программ, учебников, технологий. Использование диалоговых форм обучения, технологий сотрудничества с учетом субъективного опыта ученика позволяет превратить знания из цели в средство реализации сущностных сил человека, способ развития личности. Эффект от применения данных принципов и методов очевиден и выражается в снижении у школьников уровней утомляемости, тревожности, стресса и дискомфорта, обусловленных беспощадной эксплуатацией резервов психики, а также в несравненно более гармоничном и равномерном развитии личности в условиях активного субъектного включения в образовательный процесс.

Организация внеурочной деятельности включает занятия по интересам: систему факультативных занятий, школьных кружков и спортивных секций. В 7 кружках и спортивных секциях школы сегодня занимается более 300 обучающихся. Сборные команды школы в 2013-2014 учебном году участвовали в соревнованиях районной спартакиады по 8 видам спорта. А патриотический компонент реализован в восстановленном школьном музее боевой славы «Па-



мать», создан информационный проспект о музее. Музей пополняется новыми экспонатами, стендами, презентациями и работами учащихся, посвященными 70-летию Великой Победы. Лекторская группа музея в 2013-2014 учебном году принимала участие в городском конкурсе экскурсоводов и заняла 2-е место.

Таким образом, внедрение здоровьесберегающих технологий в МБОУ СОШ №37 г. Ростова-на-Дону сегодня предполагает прежде всего использование инновационных подходов к моделированию ее здоровьесберегающего образовательного пространства и процесса социализации в условиях реализации пилотного проекта по здоровьесбережению в Ростовской области, а также одобренной родительским сообществом модели здоровьесохранного образования в рамках государственно-общественного управления образованием и партнерского взаимодействия.

#### Список литературы

1. Брашевец С.А. Неполная семья и социальный педагог: пути взаимодействия // Сацьяльна-педагогічна работа. – 2003. – № 2 – С. 88–94.
2. Гоноболин Ф.Н. Психология. – М.: Просвещение, 1973. – 240 с.
3. Мархоцкий Я.Л. Валеология: Учеб. пособие. – Минск: Высшая школа, 2006. – 286 с.

## ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ В ИНФОРМАЦИОННОЙ СРЕДЕ КАК СФЕРА ОТВЕТСТВЕННОСТИ СИСТЕМЫ ОБРАЗОВАНИЯ

*Дзятковская Е.Н.*

ФГБНУ «Институт содержания и методов обучения» РАО, г. Москва

Современный экологический кризис характеризуется появлением новой глобальной проблемы – проблемы информационной безопасности биосферы и человека. В ней можно выделить два аспекта.

Первый – проблема быстрого истощения биологической и этнокультурной информации на планете. Потеря биологической информации, выражающаяся в снижении биологического разнообразия биосферы, связана с антропогенным изменением среды обитания живых существ, которое становится несовместимым с их жизненными потребностями. Ежедневно вымирает несколько биологических видов растений, животных, микроорганизмов; безвозвратно и невосполнимо теряется их уникальный генетический материал – результат многомиллионной эволюции природы. Это – проблема дефицита сырья для инновационных биотехнологий, изготовления новых лекарств, новых источников питания для огромного населения планеты. Истощение запасов биологической информации снижает возможности биосферы адаптироваться к новым, измененным хозяйственной деятельностью человека, условиям. В результате экологические системы перестают выполнять свою основную функцию – поддержания круговорота веществ, обеспечивающего постоянство химической среды жизни на планете. Нетрудно представить себе последствия для человека снижения содержания кислорода в атмосфере «всего» на несколько процентов... Остро стоит и проблема ухудшения качества генетической информации современного человека: накопление «генетического груза» у населения приводит к росту заболеваний, передающихся по наследству. Поэтому сохранение биологической информации через поддержание биологического разнообразия биосферы и сохранение генофонда человечества – одна из ключевых проблем, рассматриваемых ООН как условие выживания человечества на планете. Тесно связана с ней и проблема потери веками накапливавшейся в поколениях этнокультурной информации как средства социальной адаптации человека к среде обитания. Не случайно уже второй раз ООН объявляет десятилетие коренных малых народов. Речь идет о сохранении языка, экологических традиций, способов рационального природопользования, веками формировавшегося психологического склада этносов, их менталитета, уклада жизни, а вместе с этим – генофонда коренных народов, в котором содержится уникальная информация по адаптации человека к выживанию в экстремальных ситуациях.

Второй аспект проблемы – быстрое, лавинообразное изменение социальной информационной среды нынешней цивилизации. Ее удвоение происходит уже каждые два года. Но проблема не только в ее количестве (и соответственно в способностях мозга человека к переработке и усвоению информации), но и в ее качестве – глобальности и семантике, доле информационного мусора, который никогда не войдет в культуру (спам, «висящие в Интернете» личные записи и т.д.). Информация стала мощным средством мировой геополитики, изменения социального устройства государств, вторжения в этнокультурные коды народов. Информацию все чаще использует международный терроризм для проведения «бархатных революций»,

выборов, PR-акций, террора, психологических операций над сознанием целых народов. Так, одной из успешных психологических операций стала подготовка международного общественного мнения к необходимости введения войск на территорию Ирака, «представляющего ядерную угрозу для человечества». Однако после развенчания этого мифа для подавления возмущения народов была проведена блестящая психологическая операция по переключению внимания общественности на «исключительную» опасность атипичной пневмонии, будто бы внезапно напавшей на человечество. Появился и описан в научной литературе феномен информационного гипертерроризма, претендующего на захват мирового господства посредством информации. Стали обычными информационные экономические преступления, направленные на изменение стоимости акций, клевету против компании, экономический захват предприятий, изменение их собственности и т.д.

Объектом информационных атак является государство, общество, экономика, индивид.

Изучены разные механизмы воздействия информации на человека:

- психогенное – влияние физических носителей информации на электрофизиологическую активность мозга;
- психотропное – влияние химических носителей информации на психику (наркотики, психостимуляторы, многие виды химического оружия массового поражения и др.);
- психоаналитическое – влияние информации на подкорковые структуры при ослаблении контролирующей роли сознания, внушение;
- нейролингвистическое – влияние информации на сознание, перекодирование отношения к объекту, изменение программ поведения, зомбирование, манипуляция;
- психотронное – экстрасенсорное влияние;
- идеологическое – изменение убеждений, ценностей, идеалов.

Активно изучаются психосоматические расстройства – информационные неврозы и их соматические эквиваленты, проявляющиеся в нарушениях регуляции деятельности внутренних органов. В обществе растет число так называемых «информационных болезней» (по Н.Г. Крыжановскому) [4]. Все большее распространение в мире получает синдром хронической усталости. Для больших масс населения становится характерным состояние психологического утомления и депрессии. В детских популяциях наиболее резко обозначились негативные последствия учебных информационных перегрузок, выразившиеся в значительном распространении и омоложении психоэмоциональных расстройств, неврозов, вегетососудистой дистонии, повышения артериального давления, аллергий, нарушений репродуктивной сферы. У нынешних подростков повышен риск рождения детей с психоневрологическими отклонениями [14].

Увеличивается число преступлений против личности, основанных на использовании информации, зачастую не описанном даже в законодательстве (поэтому человек оказывается юридически не защищенным). Все чаще встают вопросы о влиянии на психику человека продуктов наукоемких производств, СМИ, Интернета и т.д. Как результат – резко обозначились медицинские, нравственные, этические, правовые аспекты жизни человека в условиях нового для него информационного окружения.

Анализ сетки вечернего и ночного телевидения рейтинговых каналов показывает, что в последнее время в информационном пространстве телевидения возобладал эпатаж дерзости, безобразности, уродливости, низменности – как противоположность прекрасному и одухотворенному. Исподволь пропагандируется эстетика безобразного – бесформенного, дисгармоничного, уродливого, отвратительного и ужасного. В традиции русской культуры это всегда было следствием болезни общества, имеющим антигуманистическую сущность. Умы, особенно молодежи, захватывает философия, провозгласившая безобразное как «тему нашей эпохи», как источник обновления искусства. Распространяется философия гибели субъекта, смерти Бога. Отсюда – живописание на экранах телевидения и на страницах печатных изданий свалок, притонов, трущоб, низменной любви, кутежей нуворишей. Смысл в информационном пространстве вырождается в свою противоположность, выворачивается изнанкой, становится извращенной формой, оборачивается абсурдом. Абсурд становится характеристикой не только некоторых форм суждений и высказываний, но и бытия. А СМИ умножают моральный, психологический, интеллектуальный ущерб от этого явления. Все это особенно катастрофически влияет на психическое развитие детей [6]. В условиях разнонаправленного воспитательного воздействия в умах детей массово формируется эмоциональный и когнитивный диссонанс – психическое состояние «сшибки», когда ребенок одновременно располагает психологически противоречивыми знаниями, понятиями, мнениями об одном и том же объекте [9].

В этой области лежат механизмы формирования зависимости человека от виртуального мира (Интернета), в котором он избавляется от повседневных проблем, необходимости совершать волевые усилия над преодолением трудностей.

«Стратегическим субъектом» информационно-психологической безопасности становится полиэтнокультурное наследие, язык, национальный менталитет; семейная, школьная, массовая воспитательная среда по формированию и воспроизводству духовных, этических, эстетических, правовых образцов, в целом – информационная культура населения. В этой связи как никогда более актуальными стали положения, изложенные в «Основах государственной культурной политики России», принятые Указом Президента РФ 23.12.2014 №808. Речь идет о том, что наивысшей ценностью в нашей стране является не нефть и не газ, а культурное достояние – материальное и, самое главное, нематериальное культурное наследие.

Ключевая задача школы – опираясь на культурное наследие народов России, современные педагогические технологии, формировать у педагогов и учащихся культуру информационной безопасности. Это составная часть культуры учебного труда, экологической культуры, современной цивилизации, находящейся на этапе перехода в информосферу. Задача формирования культуры информационной безопасности намного шире, чем простое обучение пользованию современной компьютерной техникой. Это сознание, укорененное в общероссийской культуре; гражданская, общероссийская, национальная идентичность человека. Это умение обрабатывать большие объемы информации, находя нужную и проверяя ее на безопасность, готовность к созданию безопасных интеллектуальных продуктов (профессиональных и учебных), уважение к интеллектуальной собственности и т.д. [1]

Попытки решить вставшие перед обществом многогранные проблемы информационной безопасности человека только запретительно-ограничительными мерами представляются недостаточными. С каждым днем появляются все новые и новые информационные риски для

жизни человека, которые сегодня даже трудно спрогнозировать. Безопасность жизни человека обеспечивается не тепличностью окружающей его среды, а прежде всего его умением регулировать ее опасности, управлять ими. Поэтому в обеспечении информационно-психологической безопасности человека сегодня на первый план выступают задачи образования [10].

Реалии современного мира ставят перед системой образования вопрос о рефлексии ею своего места и роли в зарождающемся информационном обществе, о своем вкладе в обеспечение информационной безопасности молодого поколения. Представляется, что одной из центральных задач экологического образования должно стать формирование у человека умений сохранять свое генетическое здоровье, присваивать социокультурный опыт поколений, использовать его, наращивать, обеспечивая безопасность своей жизнедеятельности в быстро меняющейся информационной среде. Стоит задача формирования психологической устойчивости личности к негативным информационным воздействиям социальной среды [5].

Конструктивным решением проблемы формирования у учащихся культуры информационной безопасности могут быть инновационные шаги, предусматриваемые ФГОС. С одной стороны, разработаны федеральные программы воспитания и социализации личности, ее духовно-нравственного развития. С другой стороны, в пакет документов стандарта входит программа формирования универсальных учебных действий как инструментальная основа безопасной работы с информацией. Такие умения становятся неотъемлемым условием общекультурной компетентности человека. Составной ее частью является общеучебная компетентность, предполагающая способность человека обеспечивать информационно-психологическую безопасность своей учебно-познавательной деятельности как в детском, так и во взрослом возрасте, способность учиться в течение всей жизни [3].

Информационная безопасность человека обеспечивается, прежде всего, его готовностью и способностью регулировать количество и качество потребляемой и производимой информации на основе ценностей экологической безопасности и здоровья человека.

Реальной, жизненной моделью формирования такой готовности и способности является сама учебная деятельность – работа учащегося с учебной информацией. Проблема информационно-психологической безопасности учебного процесса в школе, вузе и других образовательных организациях не является новой. Однако ее обсуждение чаще ограничивается вопросами санитарии, гигиены и физической культуры. Рассматривается соответствие деятельности образовательной организации стандартным требованиям Санитарных правил (световым, тепловым, эпидемиологическим), режиму учебной нагрузки (объем, виды, распределение по дням недели и в течение суток), способам ее компенсации с помощью больших и малых форм физкультуры. В лучшем случае говорят еще о важности психологического климата в отношениях между учителями, учащимися и их семьями. Не умаляя значимости этих аспектов безопасности учебного процесса, считаем, что при таком подходе один из важнейших ее аспектов упускается.

Речь идет об информационно-психологической безопасности самой учебной деятельности. Эта проблема может рассматриваться с трех позиций:

- во-первых, с точки зрения психолого-дидактического качества учебных заданий, учебного материала, средств обучения (отсутствие в учебных текстах формально-логических ошибок и противоречий, последовательность изложения материала, его преемственность,

межпредметная интеграция по способам учебной деятельности, сформированность метаязыка и т.д.) [11];

- во-вторых, с точки зрения индивидуальных возможностей учащегося реализовывать требуемое содержание учебной деятельности (с учетом его зоны ближайшего развития, сформированных – далеко не всегда рациональных – способов и приемов работы с информацией, индивидуальных особенностей самоорганизации) [8];

- в-третьих, с точки зрения общеучебной компетентности, умения учиться и регулировать свои взаимодействия с информационной средой с учетом своих индивидуально-типологических особенностей, слабых и сильных сторон собственной системы природной и произвольной регуляции познавательной деятельности [7].

Процесс познания – один из наиболее сложных видов умственного труда. Его производительность сегодня недопустимо мала и разительно отстает от растущих информационных потребностей человека в современном мире, вызывая перегрузки для нервной системы. Чтобы переломить сложившиеся неблагоприятные тенденции, необходимо найти пути увеличения «понимаемости» учебной информации, учесть индивидуальные особенности этого процесса, обучить человека способам открытия для себя информационных богатств мира без ущерба для собственного здоровья.

При исследовании информационной безопасности школьников мы применили комплексный медико-психолого-педагогический подход (с 1991 г., РАМН, РАО). Дифференцировали воздействие на ребенка самой информации и информационно-технических средств. При воздействии информации на ребенка различали эмоциональный стресс и стресс информационный. Исследовали механизмы информационного стресса школьников (информационной триады, по М.М. Хананашвили), выявляли группы риска по его развитию; определяли ключевые подходы к повышению устойчивости ребенка к информационному стрессу и вклад образования в их реализацию. Исходили из гипотезы о том, что профилактика информационного стресса не сводится к специальным приемам работы с ИКТ, средствами информатизации, сети Интернет, а носит прежде всего неспецифический характер. При этом опирались на фундаментальные представления физиологии о роли оптимальности развития системы нервно-психических регуляций ребенка (на произвольном и произвольном уровне) в определении его устойчивости к стрессам, а при исчерпании компенсаторных возможностей – в эффективной адаптации к ним, предотвращающей развитие хронических стрессовых состояний [12].

Принимали во внимание, что развитие нервно-психических регуляций ребенка является результирующей информационных процессов, идущих в окружающей среде в системах самой разной природы (искусственных, биологических, общественных) и реализации врожденных программ развития ребенка и его научения. Полагали, что зрелость нервно-психических регуляций ребенка выступает не только результатом, но и фактором обеспечения его базовой потребности в информационной безопасности. Системообразующую роль в развитии нервно-психических регуляций в детском возрасте играет ведущая деятельность. Это, в свою очередь, делает обоснованным целенаправленное формирование у школьников индивидуальных ресурсов ее регуляции. Ресурсный подход к профилактике хронического информационного стресса позволяет не уходить от информационных нагрузок, а увеличивать доступность для ребенка культурного наследия. Кроме того, мы считали немаловажным включить в зону внима-

ния не только влияние информационной среды на безопасность жизнедеятельности школьника, но и вопросы ответственности школьника за последствия создаваемой и распространяемой им самим информации для качества окружающей его информационной среды.

Такого рода исследования были вызваны остротой проблемы стремительного распространения среди детского населения информационных патологий, или болезней нервной регуляции (по международной классификации болезней МКБ-10 – F45), которые являются индикатором хронического информационного стресса ребенка, вызываемого совокупностью информационных факторов. Это вегетососудистая дистония, артериальная гипертензия, функциональные нарушения сердечной деятельности; дискинезии желудочно-кишечного тракта, психосоматический компонент бронхиальной астмы, аллергий и др. Встречаемость таких патологий в детской популяции возрастает с 20% в дошкольном возрасте до 60-80% к окончанию школы и становится причиной более 80% заболеваний взрослых людей. Болезни нервной регуляции являются причиной снижения защищенности ребенка от опасностей, связанных с информатизацией, выявляя недостаточность ресурсов адаптации к информационным нагрузкам. В исследовании использовали объективные показатели развития информационного стресса и информационных патологий, в т.ч. электрофизиологические, клиничко-лабораторные, функциональные, психологические.

Эти исследования автора положили начало новому направлению в психосоматической медицине детского возраста, основанному на общесистемных принципах управления саморегулирующимися системами, которое сегодня активно развивается в РАМН и внедряется в практическое здравоохранение. Полученные результаты послужили основанием для разработки модели организации образовательного процесса, обеспечивающей профилактику болезней нервной регуляции (клинически значимый эффект, экономический результат). Комплексными исследованиями было доказано, что профилактика болезней нервной регуляции – задача больше не медицинская и не гигиеническая, а педагогическая. Ключевые направления ее решения определяются характером предпосылок и механизмов развития информационных патологий и включают усилия по компенсации нарушенной информационной среды детства; развитие у учащихся ресурсов устойчивости к информационному стрессу и расширение границ адаптации к информационным нагрузкам; принципы и структуру управления образовательным процессом на основе общесистемных законов управления сложными, саморегулирующимися системами.

Необходимость усилий по компенсации нарушенной информационной среды детства связана с выявлением предпосылок развития информационных патологий у детей школьного возраста. В ряде исследований было установлено, что одной из таких предпосылок выступает недостаток в их информационном окружении еще в дошкольном возрасте той природно-социальной информационной среды, которая всегда была фоном эволюции человека и которая способна обеспечить полноценность всех стадий развития ребенка: материнской, природной (до 2-х лет), сказочно-мифологической (до 5 лет), этической (до 8 лет). Нарушение эмоциональных контактов с мамой в раннем возрасте (материнская депривация, которая встречается сегодня даже в полных семьях), дефицит природной информации в окружении ребенка (звуки, запахи, природные материалы и т.д.), недостаток архетипически значимой этнофункциональной информации (народные сказки, игры, колыбельные и проч.) на фоне врожденных неврологических проблем – все это приводит к существенному искажению информационной среды детства. И хотя такие дети, как правило, не имеют неврологического диагноза, могут

учиться в массовой школе, однако ресурсы их школьной адаптации снижены, а нервная система повышено уязвима к учебным нагрузкам, включая работу с компьютерной техникой. Поступая в школу, они становятся группой риска по развитию болезней нервной регуляции уже в младших классах, а с 12 лет – по формированию разных видов зависимостей (включая наркотическую и виртуальную), суицидального риска, социальных дезадаптаций [13]. Формирование экологически безопасной образовательной среды предполагает насыщение всех ее компонентов элементами, направленными на профилактику сенсорной, эмоциональной, культурной депривации учащихся, их этнофункциональную адаптацию.

Необходимость направленности модели на развитие у учащихся ресурсов устойчивости к информационному стрессу и расширение границ адаптации к информационным нагрузкам опирается на исследованный нами механизм развития информационных патологий у детей. Было доказано, что развитие информационного стресса не зависит от индивидуально-типологических особенностей восприятия, обработки, преобразования информации, ее запоминания и т.д., а определяется наличием слабых звеньев произвольной и непроизвольной регуляции работы с информацией (вегетативных, эмоциональных, когнитивных, мотивационно-волевых, коммуникативных), которые выявляются в условиях информационной нагрузки с помощью объективных критериев. Возникающий информационный стресс при его систематическом повторении приводит к «полóму» в системе регуляций ребенка, который существенно сужает функциональные возможности нервной системы выдерживать нагрузки и адаптироваться к новым условиям окружающей среды. Определены медико-психолого-педагогические показатели выделения группы риска школьников по развитию информационных патологий. Клиническими исследованиями было доказано, что профилактика «полóмов» в системе регуляций ребенка лежит в педагогической плоскости, а поскольку риски развития хронического информационного стресса связаны не только с произвольной, но и с непроизвольной регуляцией, то требуется внесение изменений не только в содержание образования, но и в организацию образовательного процесса. Для группы риска были разработаны и клинически апробированы психолого-педагогические программы, предусматривающие внесение изменений в образ жизни ребенка, семейное воспитание, общение, а также игровые, физические и интеллектуальные упражнения, направленные на тренировку ресурсов регуляции и повышение устойчивости к информационным стрессам. Использование таких упражнений предусматривает систематичность работы, но не требует специальной квалификации и доступно даже для родителей. В программах активно используются детские народные игры, специально подобранные физкультурные упражнения, имеющие игровой характер, а также определенные способы работы с информацией (например, использование образов, метафор и т.д.).

Необходимость организации образовательного процесса на основе общесистемных законов управления саморегулирующимися системами определяется регуляторным характером развития информационных патологий и возможностью их профилактики с помощью принципов «мягкого» управления (обратной связи, регуляции противоречий и др.) и организации образовательной среды гомеостатического вида (Дзятковская Е.Н., 1996).

Полученные результаты позволили конкретизировать направленность модели образовательного процесса на развитие у учащихся индивидуальных ресурсов устойчивости к информационному стрессу и расширение границ адаптации к информационным нагрузкам. Это направление включает целенаправленное развитие ведущей деятельности средствами



развивающего образования; реализацию общесистемных принципов «мягкого» управления; включение в разные формы занятости учащихся психолого-педагогических упражнений, направленно тренирующих ресурсы устойчивости к информационному стрессу; обучение учащихся способам контроля над информационными рисками, саморазвитию индивидуальных ресурсов устойчивости к ним, особенностям здорового образа жизни, учитывающим специфику информационного общества; по возможности – коррекция стиля семейного воспитания.

На примере воспитательных ситуаций с экологической направленностью разработан вариант содержания внеурочной деятельности с интегрированной в него психолого-педагогической программой профилактической направленности (УМК «Экология учебной деятельности», «Учусь учиться» – начальное общее образование, «Учусь общаться» – основное общее образование, «Учусь быть взрослым» – среднее (полное) общее образование). Занятия носят игровой характер, моделируются проблемные ситуации работы с учебной и неучебной информацией, общения, создается пространство деятельностных проб по переносу и применению универсальных учебных действий в жизненные ситуации с информационными рисками. На основе экологической познавательной модели формируются представления об адаптивном характере здорового образа жизни, ресурсах успешной учебы – биологических, эмоциональных, интеллектуальных, волевых, коммуникативных; о роли учебной культуры в сохранении здоровья человека. Развиваются представления об особенностях здорового образа жизни в разной информационной среде. Закладываются основы здоровьесберегающей учебной культуры. Разработанные учебные материалы имеют выраженную воспитательную направленность на формирование этических, патриотических, экологических, гуманистических ценностей, ценности природной и культурной информации, языка, культурных традиций разных народов России, самоидентификацию (в культуре и мире природы) и межэтническую толерантность. В них красной линией проходит идея ответственности каждого человека за защиту уникальной биологической и культурной информации, в том числе путем контроля за собственной деятельностью по получению, преобразованию и распространению информации. Проблема обеспечения безопасности в информационной среде рассматривается с акцентом не на негативных ее воздействиях на человека, а на уникальной роли в сохранении жизни на Земле. Разнообразие нематериальной культурной и этнокультурной информации, как ценное наследие цивилизации, обосновывается как средство сохранения биологической информации на планете. Формируется опыт организации безопасной персональной образовательной среды, контроля за рисками, экологически сообразного управления (на примере группы).

В начальной школе подбор упражнений направлен на компенсацию сенсорной и эмоциональной депривации ребенка (учащиеся экспериментируют не с предметами, а со звуками, цветом, формами, поверхностями, движениями, эмоциями и т.д., их многообразием, тренируют возможности органов чувств); обеспечение этнофункциональной адаптации учащихся (совместно с родителями); формирование способов самопомощи в учебе (проблемы регуляции во времени, в пространстве и т.д.); формирование первичного опыта участия в создании информационно безопасной образовательной среды (класса).

В основной школе центральным объектом экспериментирования выступает модель успешного общения, разные виды коммуникаций, в т.ч. с использованием компьютерной техники, уклад школьной жизни. Как и в начальной школе, основная направленность матери-

алов – воспитательная (профилактика сквернословия, противоправного поведения, курения; формирование межэтнической толерантности и др.).

В пролонгированных исследованиях (с 1 по 11 класс, 536 учащихся группы риска) было доказано, что направленность учебного процесса на совершенствование регуляции работы с информацией и создание необходимой для этого информационной среды позволяет педагогическими средствами снизить развитие информационных патологий в 3-4 раза (немедикаментозно и без отрыва от учебы), формировать здоровый образ жизни, адаптированный к современной информационной среде, закладывать основы здоровьесберегающей учебной культуры.

На современном этапе апробированы формы реализации УМК и его сопровождения – внеурочная деятельность (ведет педагог-психолог; учитель, имеющий психологическую подготовку); по отдельным темам – учебные модули, интегрированные с информатикой, окружающим миром, ОБЖ, литературой, биологией и др.; школьный компонент; физкультминутки и перемены; работа с родителями; кружки в учреждениях дополнительного образования (ведет педагог-психолог). Комплексность такой работы обеспечивается составом УМК, предусматривающим, помимо учебных материалов для учащихся и методических – для учителя, большой комплект учебно-методической литературы для психологов, школьных врачей, администрации школы и брошюры для родителей для координации направленности их действий с занятиями в школе. Комплект рекомендован региональным органам образования к внедрению в качестве учебно-методического сопровождения программы ФГОС НОО «Формирование экологической культуры, здорового и безопасного образа жизни» (Письмо Минобрнауки РФ №03-470 от 09.10.2012 г.).

#### Список литературы

1. Асмолов А.Г. Стратегия социокультурной модернизации образования: на пути к преодолению кризиса идентичности и построению гражданского общества / А.Г. Асмолов // Вопросы образования. – 2008. – № 1. – С. 65-86.
2. Дзятковская Е.Н. Информационное пространство и здоровье школьников: Монография / Е.Н. Дзятковская, Л.И. Колесникова, В.В. Долгих. – Новосибирск: Наука, 2002. – 148 с.
3. Дзятковская Е.Н. Учебная культура школьника как фактор информационной безопасности его жизнедеятельности: Монография / Е.Н. Дзятковская. – М.: Центр «Образование и экология», 2012. – 200 с.
4. Крыжановский Г.Н. Детерминантные структуры в патологии нервной системы. – М.: Медицина, 1980. – 359 с.
5. Колесникова Л.И. Адаптивно-развивающая стратегия сохранения здоровья школьников: Монография / Л.И. Колесникова, Е.Н. Дзятковская, В.В. Долгих и др. – М.: Литтерра, 2015. – 176 с.
6. Никандров Н.Д. Россия: ценности общества на рубеже XXI века / Н.Д. Никандров. – М., 1997. – 215 с.

7. Плигин А.А. Психология познавательных стратегий школьников в индивидуализации образования / Автореф. дисс... доктора психологических наук. – М., 2009. – 32 с.
8. Психолого-педагогические условия становления индивидуальных стратегий обучения школьников: Коллективная монография / Под науч. ред. И.С. Якиманской. – М., 2007. – 156 с.
9. Психоэмоциональный стресс: коллективная монография / Под ред. К.В. Судакова. – М.: НИИ им. П.К. Анохина, 1992. – 220 с.
10. Сапронов В.В. Культура безопасности, основанная только на защите, не соответствует новой эпохе / В.В. Сапронов // Основы безопасности жизнедеятельности. – 2008. – № 4. – С. 13-16.
11. Синенко В.Я. Профессионализм учителя / В.Я.Синенко // Педагогика. 1999. – №5. – С. 45-51.
12. Судаков К.В. Развитие теории функциональных систем в научной школе П.К. Анохина / К.В. Судаков // Вестник Международной академии наук. Русская секция. – 2000. – № 1. – С 12-22.
13. Сухарев А.В. Этническая функция культуры и психические расстройства / А.В. Сухарев // Психологический журнал. – 1997. – Т. 17. – № 3. – С. 129–136.
14. Царегородцев Г.И. Психосоматическая проблема и ее значение для понимания путей совершенствования человеческого потенциала / Г.И. Царегородцев, Г.Х. Шингаров // Человеческий потенциал современной России: Сборник / Под ред. Г.Х. Шингарова, И.Е. Задорожнюка. – М: Изд-во СГУ, 2005. – С. 40-51.

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ВОСПИТАНИИ ДЕТЕЙ-СИРОТ И ДЕТЕЙ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ**

*Дуплякина С.В.*

ГКОУ для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей «Каменск-Уральский детский дом», г. Каменск-Уральский, Свердловская область

Основная цель, которую преследует современное воспитание, – воспитать не только социально активную, творческую, грамотную, самостоятельную личность, но и человека с сохраненным физическим и психическим здоровьем, основанном на здоровом образе жизни.

Результаты медицинского мониторинга состояния здоровья детей-сирот показывают, что среди них практически отсутствуют здоровые дети. Многие соматически ослаблены и имеют предрасположенность к болезням. Среди них большой процент детей с дефицитным развитием отдельных психических функций. Более половины воспитанников детских домов страдают серьезными заболеваниями соматической и психической сфер организма. Большая часть имеет хронические заболевания.

Процесс организации здоровьесберегающего обучения и воспитания должен носить комплексный характер, поскольку здоровье представляет собой «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» (определение Всемирной организации здравоохранения).

Поэтому для формирования, сохранения и укрепления этих составляющих здоровья человека в обучение и воспитание внедряются здоровьесберегающие технологии, которые помогают решить важнейшие задачи – сохранить здоровье ребенка, приучить его к активной здоровой жизни.

Здоровьесберегающие технологии – это модель педагогической деятельности, в которой учитываются возраст-половые особенности детей, состояние их здоровья и индивидуальные психофизиологические особенности.

Принципы здоровьесберегающих технологий:

- принцип научности – подкрепление всех проводимых мероприятий, направленных на укрепление здоровья, научно обоснованными и практически апробированными методиками;
- принцип активности и сознательности – участие всего коллектива педагогов в поиске новых эффективных методов и целенаправленной деятельности по оздоровлению детей;
- принцип комплексности – решение оздоровительных задач в системе всего учебно-воспитательного процесса всех видов деятельности;

- принцип адресности и преемственности – поддержание связей между возрастными категориями, учет разноуровневого развития и состояния здоровья;
- принцип результативности и гарантированности – реализация прав детей на получение необходимой помощи и поддержки, гарантия положительного результата независимо от возраста и уровня физического развития детей.

Здоровьесберегающие подходы в работе с детьми:

- рациональная организация режима дня и учебной нагрузки;
- выполнение требований к созданию условий для жизнедеятельности детей;
- двигательные и эмоционально-психологические разгрузки в режиме дня и на занятиях;
- проведение интегрированных воспитательных занятий;
- соблюдение требований к оптимальной сложности занятий;
- гуманный стиль общения детей и взрослых;
- эмоционально положительный микроклимат.

Работа ведется по двум направлениям деятельности:

- 1) спортивно-оздоровительная;
- 2) санитарно-просветительская.

Основная цель работы – научить ребенка быть здоровым душой и телом, стремиться творить свое здоровье, применяя знания и умения в согласии с законами природы и бытия. Работа по данному направлению ориентирована не только на усвоение ребенком знаний и представлений, но и на становление его мотивационной сферы гигиенического поведения, реализации усвоенных ребенком знаний и представлений о его реальном поведении. В здоровьесберегающей деятельности обеспечивается:

- 1) сотрудничество с медицинским персоналом с целью изучения состояния физического здоровья детей группы и профилактики заболеваний;
- 2) сотрудничество с психологом для возможной корректировки психического здоровья воспитанников.

Дети знакомятся с основными понятиями: психическое и физическое здоровье, культура сохранения собственного здоровья и здоровья других людей, традиции и обычаи нации и семьи по сохранению здоровья, гигиена, гармония души и тела, воля и волевые качества человека.

В педагогической деятельности используются различные формы: спортивные конкурсы, соревнования внутри группы, походы выходного дня, дни здоровья, воспитательные мероприятия на темы профилактики вредных привычек и т.д.

Огромное внимание уделяется формированию у детей умения противостоять вредным привычкам и бороться с ними. С детьми организуется профилактическая просветительная работа через мероприятия, которые направлены на демонстрацию последствий для организма человека и для его личностного становления вредных привычек. Совместно с детьми проводится чтение и обсуждение газетных и журнальных статей о силе, стойкости человеческого духа в самых трудных жизненных ситуациях, просмотр кинофильмов на тему пагубных привычек с последующим обсуждением, конкурсы рисунков, плакатов в защиту человека от вредных привычек.

Проводится работа по профилактике дорожного травматизма, пожарной безопасности, умению вести себя в чрезвычайных ситуациях.

Никакие пожелания и приказы не могут заставить человека вести здоровый образ жизни, охранять и укреплять здоровье, если он сам не будет сознательно формировать собственный стиль здорового поведения. Чтобы сформировать такое сознательное отношение к здоровью, нами была разработана и апробирована система мотивации ребенка к выбору здорового стиля жизни. Были намечены пути, через которые будет формироваться сознательное отношение к здоровому образу жизни:

1) самосохранение

- через обучение детей санитарным навыкам (в том числе расширенное представление о мире микроорганизмов, об их вредном воздействии на здоровье человека),

- через ознакомление с правилами дорожного движения, пожарной безопасности;

2) подчинение этнокультурным требованиям

- через личный пример педагогов;

3) получение удовольствия от самосовершенствования

- через ощущение здоровья, которое приносит человеку радость независимо от возраста.

В заключении можно сделать вывод, что работу по сохранению и укреплению здоровья детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, можно считать полноценной и эффективной только тогда, когда в полной мере, профессионально и в единой системе реализуются здоровьесберегающие технологии.

#### Список литературы

1. Пужаева Е.З. Здоровьесберегающие технологии в образовательно-воспитательном процессе. – М.: Илекса, 2001. – 400 с.
2. Худенко Е.Д. Организация и планирование воспитательной работы в специальной (коррекционной) школе-интернате, детском доме: Пособие для воспитателей и учителей / Е.Д. Худенко, Г.Ф. Гаврилычева, Е.И. Селиванова. – М.: Изд-во АРКТИ, 2007. – 312 с.

## ОБ ОСОБЕННОСТЯХ РЕАЛИЗАЦИИ СУБЪЕКТНО-ДЕЯТЕЛЬНОСТНОГО ПОДХОДА В ПРОЕКТЕ «ЗДОРОВОЕ ПОКОЛЕНИЕ»

*Дыхан Л.Б.*

ФГАОУ ВПО «Южный федеральный университет», г. Таганрог, Ростовская область

*Векслер А.Ф.*

Научно-исследовательский университет «Высшая школа экономики», г. Москва

Субъектно-ориентированный подход в педагогике, по нашему мнению, глубоко, существенно соответствует целям и задачам здоровьесбережения, так как способствует сохранению и развитию психологического здоровья всех участников образовательного процесса. Е.В. Бондаревская во возвращении субъектных свойств ребенка видит суть современной педагогической деятельности [2]. В.В. Сериков считает, что «становление ребенка субъектом – это не момент воспитания, а его суть» [6]. По образному выражению Н.Я. Большуновой, субъектность, являясь квинтэссенцией индивидуальности, интегрирует в себе все уровни существования человека, все его качества, что и позволяет субъекту быть автором собственной жизни, осуществлять «домостроительство»: обеспечивать саморегуляцию, разрешать противоречия между личным и социальным, социально значимым и социокультурным, «дольным» и «горным» в горизонте базовых, объективных человеческих ценностей [1]. Эти же качества являются эталоном психологически и духовно здоровой личности. А их раскрытие и становление в ребенке рассматривается как путь его здоровьесотворения [5].

Традиция отношения к ребенку как к «становящемуся» субъекту, целостной и уникальной личности, наделенной интенциями, восходит к гуманистическим идеям в психологии и педагогике. Еще В.В. Зеньковский говорил о том, что необходимо признавать в ребенке индивидуальность, наличие потенциалов к интеллектуальному и духовному развитию. Л.С. Выготский отмечал, что «единственным воспитателем, способным образовать новые реакции в организме, является собственный опыт организма... Ребенок в конечном счете воспитывается сам... Поэтому пассивность ученика как недооценивание его личного опыта является величайшим грехом с научной точки зрения, так как берет за основу ложное правило, что учитель – это все, а ученик – ничто» [3]. Преимущества «опытной» педагогики, центрированной на получении учениками своего собственного, уникального опыта в процессе учения, отмечал К. Роджерс.

Становление субъектности ребенка происходит, как известно, в ходе деятельности и общения. Деятельностный подход к развитию субъектности основывается на единстве сознания и деятельности. В ходе специально организованной деятельности ребенок так или иначе преобразовывает действительность и преобразовывается сам: учится принимать решения, нести за них ответственность и т.д. Субъектное развитие происходит только в том случае, если деятельность исходит из внутренних побуждений ребенка, его стремления творчески проявить себя, убеждения в значимости и необходимости совершаемых действий. Общение в субъектно-деятельностном подходе также имеет свои особенности. Оно организуется не по формальным признакам (например, ролевое общение в диаде «учитель – ученик»), а как открытое, искреннее, доверительное взаимодействие равноправных субъектов. С этой точки зрения

закономерно, что способствовать становлению субъектности ученика может только тот педагог, который сам чувствует себя субъектом, т.е. сценаристом и режиссером собственной жизни.

Вышеизложенные идеи определили выбор субъектно-деятельностного подхода в качестве основы для реализации проекта «Здоровое поколение» в 2009-2011 гг. в образовательных учреждениях РФ, участниках Международного общественного движения «Добрые дети мира» (автор идеи и основной разработчик проекта – А.Ф. Векслер). В задачи проекта входило:

- воспитание ценностного отношения школьников к своему здоровью и жизни, здоровью окружающих людей;
- развитие субъектного, ответственного отношения школьников к своему здоровью;
- повышение компетентности школьников в вопросах здоровья и здорового образа жизни;
- формирование у школьников устойчивой мотивации к отказу от вредных привычек;
- овладение умениями противостоять негативному давлению социума;
- привлечение внимания школьников к физической активности как составной части здорового образа жизни;
- распространение лучшего опыта оздоровительной работы с детьми в регионах;
- укрепление межрегиональных и международных культурных, спортивных, образовательных связей.

Проект «Здоровое поколение» включал в себя десять основных модулей (см. табл. 1), в рамках которых педагогическим коллективам предлагался арсенал образовательно-воспитательных технологий, нацеленных на формирование у школьников устойчивой мотивации и развитие потребности в сохранении своего здоровья и здоровья окружающих. События проекта предполагали участие в нем всего ученического коллектива, но для разных возрастных групп технологии конкретизировались и наполнялись различным содержанием.

Например, вторая неделя месяца «Добрые привычки» называлась «Неделя ответственности». В рамках этой недели старшеклассники посещали учеников младших классов с беседами и играми на темы безопасного поведения, профилактики инфекционных заболеваний, здорового образа жизни. Учащиеся 5-7 классов на классном часе «Поведение без опасности» встречались с авторитетными представителями МЧС, ГИБДД и других ведомств для общения по поводу возможных рисков в их жизнедеятельности. Им также предлагалось подготовить «Маршрут безопасности» по школе и отметить цветными стикерами места повышенной опасности: лестницы, батареи, розетки и т.д. Учащимся 8-9 классов предлагалось провести Оранжевую акцию здоровья. Эта акция подразумевала посещение пациентов военного госпиталя для солдат-срочников или ветеранов военных конфликтов, детей – пациентов онкологических или гематологических клиник и вручение им апельсинов, а также организацию небольшого благотворительного концерта. Учащиеся 10-11 классов участвовали в тренинге «Могу ли я сказать: нет!». Тренинг разрабатывался школьным психологом с активным привлечением старшеклассников. Его целью являлось создание условий для формирования поведенческих



установок и навыков уверенного поведения в сложных ситуациях, связанных с вовлечением в употребление алкоголя, наркотиков и т.д.

Организаторы проекта понимали, что, несмотря на построение технологий на основе субъектно-деятельностного подхода, на этапе их реализации в школах в зависимости от внутренних ценностей и убеждений конкретных педагогов любое событие проекта могло имитировать заявленный подход, если проходило в приказном порядке, с принуждением или принуждением. Во избежание подобного искажения целей и задач проекта на онлайн-семинаре «Педагогика здоровья» (разработчик – Л.Б. Дыхан) учителям среди прочего предоставлялась теоретическая информация о сути субъектно-деятельностного подхода в педагогике и специфике его практического применения в виде сравнительного анализа субъектно- и объектно-ориентированных подходов к организации конкретных модулей проекта (см. табл. 1).

Таблица 1– Специфика реализации мероприятий и акций проекта «Здоровое поколение» с помощью субъектного и объектного подходов

Субъектноориентированный подход	Объектноориентированный подход
Модуль 1. Диагностический	
Размещается объявление о том, что в школе стартует проект «Здоровое поколение». Учителям и школьникам объясняется назначение диагностики и предлагается в ней участвовать. Ученики как можно в большем объеме участвуют в обработке результатов, готовят плакаты с диаграммами. Итоги диагностики размещаются на стендах в открытом доступе и обсуждаются со школьниками.	Учителям и школьникам объявляется о проведении диагностики в приказном порядке. Раздаются бланки. Собираются ответы. Педагоги сами осуществляют обработку результатов и проводят анализ. Результаты не обсуждаются со школьниками, не служат основой для организации дальнейшей здоровьесберегающей деятельности.
Модуль 2. Старт проекта «Здоровое поколение»	

<p>Директор продумывает формы мотивации учителей к здоровьесберегающей деятельности. Педагогический совет проходит в виде презентации основных модулей проекта и попутной дискуссии о том, какие именно акции выбираются, в какой форме и в какие сроки. Учителя свободно высказывают свое мнение. Происходит распределение сфер ответственности между членами педагогического коллектива.</p> <p>Школьное собрание организуется празднично, привлекательно для школьников с учетом их актуальных возрастных потребностей. Звучат призывы, а не долженствование. Актуализируется позитивный взгляд на здоровьесбережение как «само-делание» (self-made).</p> <p>Школьникам рассказывается о том, какие возможности для их развития и самосовершенствования может дать «Дневник здоровья».</p>	<p>На педагогическом совете директор извещает коллектив о начале проекта. Ряд коллег выступают с докладами по проблемам здоровьесбережения.</p> <p>На общешкольном собрании объявляется, что проект стартовал и ученики будут участвовать в таких-то мероприятиях.</p> <p>Школьникам говорят о том, что им надо завести «Дневник здоровья» и что эта деятельность будет оценена в конце учебного года.</p>
<p>Модуль 3. Диагностика плюс</p>	

<p>Школьникам поясняется важность диагностики, проводимой с помощью сочинения и опроса. Проявляется искренняя заинтересованность в изучении их мнения о том, как лучше организовать здоровьесбережение в школе. Им объясняется, что они являются равноправными партнерами и их точка зрения и инициативы очень значимы для развития школы в этом направлении. Подчеркивается значимость мнения родителей как их старших товарищей, им предлагается активно соучаствовать в написании сочинений. Итоги диагностики обсуждаются в коллективах классов.</p> <p>Учителям предлагается оценить свое отношение к здоровью с тем, чтобы они смогли увидеть особенности своей стратегии образования в этой области. Учителя сами обрабатывают результаты своего тестирования во время педсовета, на доске строится общий для коллектива график предпочитаемых концепций здоровья. На его основе осмысливаются разные стратегии образования в области здоровья.</p>	<p>Ученикам средних классов задается сочинение на тему «Как сделать нашу школу Академией здоровья?» как обычная домашняя работа. Задание не мотивируется. Школьникам не объясняется значимость и необходимость изучения их мнения, не акцентируется внимание на том, что сочинение является формой диагностики. Опрос старшеклассников на заявленную тему проводится формально. Результаты не становятся достоянием гласности.</p> <p>Учителям предлагается пройти тест «Индивидуальные концепции здоровья» Д. Сиерес, В. Гавидия [7]. Ответы обрабатываются школьным психологом. Результаты диагностики в коллективе не обсуждаются. Учителя остаются не информированными о свойственной им личной концепции здоровья и соответственно о стратегии образования в области здоровья, к которой они тяготеют.</p>
<p>Модуль 4. Творческая лаборатория школы</p>	
<p>Создание Творческой лаборатории становится отдельным значимым событием в школьной жизни. Продумывается форма выдвижения кандидатов, защита их программ, голосование и награды победителям от электората.</p> <p>Учителя и директор заинтересованы в инициативности ребят. Они вместе со старшеклассниками участвуют в мозговых штурмах по реализации мероприятий, просчитывают материальные возможности для реализации инициатив, помогают искать рациональное зерно даже в «фантастических» проектах.</p> <p>Работа Творческой лаборатории организуется гласно, с привлечением школьных «журналистов» и «фотокорреспондентов». Организуется обратная связь от ученического коллектива к лаборатории.</p>	<p>Творческая лаборатория создается формально. Школьники выбираются добровольно-принудительно. Директор и учителя не проявляют заинтересованности в делах лаборатории, более того, раздражаются при чрезмерной активности ребят. Их инициативы не подхватываются, считается, что в действительности учителя лучше знают, что нужно школьникам. Деятельность лаборатории регламентирована неважными, незначительными для школы мероприятиями.</p>

Модуль 5. Информационные стенды «Здоровье как стиль жизни»

Темы для стенда школьников выбираются учителем-куратором соответствующего подразделения совместно с дежурным классом в ходе мозгового штурма. Это воспринимается как дело классного коллектива, и учитель умело вдохновляет и поддерживает ребят. Школьники приносят избыточный материал, выбирают то, что интересно и привлекает их внимание. Пропаганда ЗОЖ идет в позитивном ключе – как стимуляция к самосовершенствованию, к развитию их потенциалов («Ты это можешь!»).

Стенд в учительской заполняется после обсуждения в педагогическом коллективе того, какие именно аспекты здоровьесбережения менее известны учителям, что именно их интересует. Раздел о здоровье учителя заполняется по принципу «Освоил сам – поделись с коллегами». Администрация ненавязчиво привлекает внимание учителей к материалам стенда, опирается на них в текущей работе.

Администрация назначает учителей, ответственных за подразделы стенда. Учителя дают задание «дежурному классу» о том, что именно должны найти школьники. Школьники приносят материалы, им позволяется самим решить, как их оформить. Наполнение стендов не связано с темами, выделенными Творческой лабораторией. При подаче материала учитывается только его информационная составляющая, не продумываются формы мотивирования школьников.

Стенд в учительской обновляется библиотекарем, завучами. Информация не вызывает изменения мотивации учителей в области охраны здоровья детей.

Модуль 6. Конкурс плакатов и коллажей «Быть здоровым – здорово!»

Классные руководители осознают воспитательный потенциал акции и уделяют значительное внимание подготовительной стадии. Используют дискуссию о выборе темы как повод к обсуждению вопросов ЗОЖ, нацеленных на позитивную концепцию здоровья («Не то – чему «нет», а то – чему «да»»). Создание плаката проходит как коллективное творческое дело, где учитель чувствует себя не контролером, а старшим товарищем. Не поучает, а вместе со всеми рисует, клеит, выдумывает, творит. Каждый ученик имеет право высказать свое мнение. Учитель обучает ребят неконфликтному взаимодействию, умению услышать другого.

Члены Творческой лаборатории организуют рефлекссию общешкольной выставки плакатов с опубликованием итогов на информационном стенде.

Акцент делается на качество оформления плакатов. Ученикам, отвечающим за стенгазету, дается задание нарисовать плакат о ЗОЖ. Во время конкурса оценивается в большей степени качество художественного исполнения. Учителя не чувствуют заинтересованности, не видят смысла в данной акции.

Модуль 7. Месяц «Добрые привычки»

<p>Происходит модификация модуля под нужды, особенности и традиции школы. План «здоровых дел», объявления о конкурсах вывешиваются заранее. Исследовательские проекты (8-9 кл.) «запускаются» за 4-6 недель до их презентации.</p> <p>Учителя осознают необходимость проведения «5-минуток», вдохновляют ребят на творческий подход к их организации.</p> <p>Все конкурсы рисунков и плакатов используются как потенциал для осмысления детьми ценности здоровья. Учителя с этой же целью обсуждают с детьми содержание рисунков, плакатов.</p> <p>Классные руководители старшеклассников мотивируют и вдохновляют их на подготовку неформальных, интересных мероприятий с младшими школьниками, стимулируют их к организации шефства. Учитель начальных классов общается со старшеклассниками коллегиально, высказывая свое мнение, но предоставляя поле для их личного творчества.</p> <p>В классах организуется «мозговой штурм» о спектре «товаров для здоровья» в рамках Оранжевой акции здоровья и т.д.</p>	<p>Педколлектив использует рекомендации по организации месяца как инструкцию, выполняя все построчно, без анализа уместности тех или иных мероприятий для конкретной школы.</p> <p>Ученикам раздаются задания по мероприятиям. Контролируется их выполнение. Само мероприятие имеет большее значение, чем подготовка к нему. Не используется потенциал подготовки к воспитательному мероприятию для развития субъектности учащихся.</p> <p>Ученики участвуют в мероприятиях, «потому что надо». Ни сами учителя, ни ученики не чувствуют воодушевления в процессе подготовки.</p> <p>Не проводится рефлексия мероприятий, либо же она направляется только на качество исполнения, а не на осмысление цели.</p>
---	--

Модуль 8. Месяц «Марафон здоровья»

<p>Учителя осознают воспитательный потенциал месячника для осмысления ценности здоровья через действия и чувствование и проектируют взаимодействие, исходя из этой цели.</p> <p>Соревновательность является лишь интересной формой для реализации воспитательных целей и не давит как таковая. Используются все возможности для стимуляции единения старших с младшими, сильных со слабыми.</p> <p>Подпроект «Измерь свое здоровье» стартует в начале учебного года и осуществляется как мотивирование к занятиям спортом в течение года. Вместо констатации уровня здоровья соревнование идет по динамике уровня здоровья за период действия подпроекта.</p> <p>Организация музыкальных перемен, пауз саморегуляции происходит поэтапно, после получения обратной связи от ребят через Творческую лабораторию. Творческая лаборатория выступает организатором перемен на уровне ученического коллектива, учителя выполняют роль вдохновителей, инициаторов.</p>	<p>Мероприятия используются только для оздоровления физического тела. Не происходит осмысление детьми ценности занятий спортом для здоровьесбережения.</p> <p>Соревновательность преобладает над удовольствием от движения, над единением старших с младшими, слабых с сильными и т.д.</p> <p>Смотр «Самый здоровый класс» не готовится с начала учебного года, не используется воспитательный потенциал мотивирования к самооздоровлению. Соревновательность преобладает над осмыслением. Происходит формальная констатация уровня здоровья.</p> <p>Музыкальные перемены вводятся в приказном порядке. Музыка подбирается самими учителями.</p>
<p>Модуль 9. Акция «12 недель здоровья» под девизом «Быть здоровым – просто!»</p>	
<p>Учителями осознается основная цель акции как средства развития самоэффективности школьников («Я могу это»). Акцент в воспитательной работе делается на заинтересованности в успехах ребят, внимании к их успехам (неудачам). Учитель поддерживает внимание к акции в течение года. Школьник, участвуя в акции, на деле формирует свою субъектность, свою личность, а не только укрепляет физическое здоровье. По окончании акции наиболее настойчивые школьники на празднике делятся своими впечатлениями, на информационном стенде размещаются их фотографии.</p>	<p>Акция подразумевает вовлечение школьников в ежедневное выполнение бега и ходьбы по определенной схеме, начиная с одной минуты [4].</p> <p>Основным руководителем акции назначается учитель физической культуры. Учитель не увлечен акцией. Формально напоминает о ней школьникам время от времени. Классные руководители устраняются от поддержания внимания к упражнениям.</p>
<p>Модуль 10. Финал проекта «Здоровое поколение»</p>	

<p>Финал проекта готовится как отдельная значимая акция: члены Творческой лаборатории продумывают и реализуют опрос школьников и учителей о наиболее интересных акциях (рейтинг акций и мероприятий), о наиболее активных в течение года участниках проекта в каждом классе, о наиболее активном классном коллективе, о наибольших успехах в собственном оздоровлении (динамика в диагностике здоровья), о мероприятиях (акциях), которые выбираются как традиция школы.</p> <p>Вместе с администрацией распределяется премиальный фонд. На классных часах учитель организует рефлекссию у школьников: какие изменения в отношении к здоровью произошли у учеников. Попутно собирается информация о возможных будущих формах работы.</p> <p>На педсовете в дружеской дискуссии происходит фактический анализ достижений и неудач, выстраивается план на будущий учебный год.</p> <p>На родительских собраниях учителя получают обратную связь от родителей об эффективности (неэффективности) проекта и т.д.</p>	<p>Проходит формально как констатация факта окончания проекта с центрацией на награждении. Награждаемые определяются педагогическим коллективом, мнение школьников и членов Творческой лаборатории не учитывается.</p> <p>Не дискутируются причины эффективности одних и причины неудачи других акций.</p>
--	--

По нашему мнению, дополнение задач проекта научно-методической работой с учителями, нацеленной на решение конкретных практических педагогических задач, способствовало более эффективной его реализации, о чем свидетельствуют и отзывы школ-участниц Движения.

Таким образом, можно сделать общий вывод о том, что выбор субъектно-деятельностного подхода на стадии проектирования здоровьесберегающих технологий не гарантирует достижения результатов сам по себе. В отсутствие ценности субъектного отношения к детям в сознании педагогов самая насыщенная здоровьесберегающим содержанием деятельность может оказаться неэффективной. Более того, при принуждении школьников к такой деятельности у них может возникнуть эффект реактанса в виде протеста и контрдействий. Этих искажений можно избежать при своевременном повышении компетентности педагогов в области практической психологии и в области здоровья.

#### Список литературы

1. Большунова Н.Я. Условия и средства развития субъектности. Автореф. дисс. ... докт. психол. наук. – Новосибирск, 2007. – Научная библиотека диссертаций и автореферата-

тов disserCat [Электронный ресурс]. URL: <http://www.dissercat.com/content/usloviya-i-sredstva-razvitiya-subektnosti#ixzz3UT3FA1TF> (дата обращения 14.03.2015).

2. Бондаревская Е.В. Теория и практика личностно-ориентированного образования. – Ростов н/Д.: РГПУ, 2000. – 352 с.
3. Выготский Л.С. Педагогическая психология. – М.: Педагогика, 1991. [Электронный ресурс]. URL: [http://www.ido.rudn.ru/psychology/pedagogical\\_psychology/ch10\\_4.html](http://www.ido.rudn.ru/psychology/pedagogical_psychology/ch10_4.html) (дата обращения 10.03.2015).
4. Досани С. 52 способа помочь ребенку выжить в школе. – М.: Центрполиграф, 2009.
5. Орехова Т.Ф. Теоретические основы формирования здорового образа жизни субъектов педагогического процесса в системе современного общего образования. – М.: Флинта, 2011. – 353 с.
6. Сериков В.В. Образование и личность. Теория и практика проектирования педагогических систем. – М., 1999. – 272 с.
7. Сиерес Д., Гавидия В. О различных подходах к понятию «здоровье» // Школа здоровья. – 1998. – Т.5. – №1. – С. 7–16.



## **РАЗВИТИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ ПЕДАГОГОВ В ОБЛАСТИ ФОРМИРОВАНИЯ КУЛЬТУРЫ ЗОЖ В УСЛОВИЯХ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ**

*Елагина М.Ю.*

ГБОУ ДПО Ростовской области «Ростовский институт повышения квалификации и профессиональной переподготовки работников образования», г. Ростов-на-Дону, Ростовская область

*Звездина Г.П.*

ФГАОУ ВО «Южный федеральный университет», г. Ростов-на-Дону, Ростовская область

Интерес к проблеме здоровья на современном этапе развития науки и общества обусловлен актуализацией социальных и психологических аспектов здоровья. Зависимость здоровья человека от поведения и образа жизни определяет необходимость решения проблемы здоровьесбережения на всех этапах обучения в рамках непрерывного образования. Образовательная среда на разных уровнях – от дошкольного до высшего – охватывает практически все подрастающее поколение и создает условия для развития личности и формирования культуры здоровья.

Образование рассматривается сегодня как основной фактор формирования нового качества экономики и общества, как важнейшее условие национальной безопасности, сохранения единого социокультурного пространства, обеспечения благосостояния и построения нового образа жизни страны и здорового образа жизни личности.

Реализация здоровьесбережения обеспечивается как нормативно-правовой базой, научно-методическим обеспечением, так и профессиональной готовностью педагогов. Качество решения поставленных перед системой образования стратегических и тактических задач в области здоровьесбережения во многом зависит от профессиональной компетентности педагога.

Категория «профессиональная компетентность» определяется «уровнем собственно профессионального образования, опытом и индивидуальными способностями человека, его мотивированным стремлением к непрерывному самообразованию и самосовершенствованию, творческим и ответственным отношением к делу» [1, с. 74].

К современному педагогу предъявляется требование создавать новый образ жизни со здоровыми установками, что по сути означает быть носителем культуры будущего и на этой основе готовить будущее поколение. Поэтому профессиональное развитие педагога, его включенность в процесс непрерывного самосовершенствования является на сегодняшний день актуальной проблемой.

Социальная ценность здоровья, ответственность личности за собственное здоровье перед социумом и социума перед человеком заложены в основу формирования компетентности здоровьесбережения [2].

Формирование здорового образа жизни – проблема комплексная. Речь не может идти лишь о способах и методах укрепления здоровья, профилактики заболеваний. Необходимо повышение роли личностных качеств в сознательном и волевом принятии принципов здорового образа жизни, а забота о здоровье, его укреплении должна стать ценностным мотивом поведения.

Готовность и способность человека лично отвечать как за собственное благополучие, так и за благополучие общества следует считать главным результатом образования в современном обществе [3]. Гармоничное включение в социальное окружение индивида, адекватно существующего, действующего и полноценно реализующегося в нем, умение преодолевать препятствия и активная жизненная позиция – составляющие культуры здорового образа жизни.

Развитие профессиональной компетентности учителя в области формирования культуры здоровья предполагает реализацию целостного подхода, сочетание разных форм повышения квалификации: стажировки, круглые столы, клубная работа, дискуссионные площадки, фокус-группы, сетевое взаимодействие и другие эффективные практикоориентированные формы повышения квалификации.

С целью актуализации субъектной позиции педагога в области реализации здоровьесбережения в рамках повышения квалификации Ростовским институтом повышения квалификации и профессиональной переподготовки работников образования реализуется программа психологического сопровождения педагогов, включающая пять модулей: диагностический, мотивационный, развивающий, прогностический, рефлексивный.

В рамках реализации диагностического модуля происходит изучение уровня психологической готовности педагогов к осуществлению здоровьесберегающего образования, их социальных установок, устойчивости мировоззренческих позиций, смысложизненных ориентаций.

Целью мотивационного модуля является формирование мотивов, ценностно-смысловых ориентаций, направляющих педагогов на осознание ответственности личности за собственное здоровье перед собой и социумом, на осознанное принятие принципов здорового образа жизни.

В рамках развивающего и прогностического модулей педагоги отрабатывают операционально-технологические навыки целеполагания, принятия педагогических решений, проектируют модели здоровьесберегающего образовательного пространства.

На рефлексивном этапе на основе анализа личностного и профессионального опыта и опыта, имеющегося в современном образовательном пространстве, происходит выход педагога в надситуативную позицию, запускаются механизмы переоценки. Подобная работа позволяет педагогу определить для себя смысл происходящего, а затем на основе этого выстраивать и реализовывать стратегии своего поведения и профессиональной деятельности.

В качестве продуктивного направления повышения квалификации в области формирования культуры здорового образа жизни выступает работа с областными экспериментальными площадками в рамках сетевого взаимодействия.

Сетевая организация взаимодействия инновационных школ, реализующих здоровьесберегающие проекты, позволяет осуществлять научно-методическое и информационно-техно-

логическое сопровождение, отслеживать результативность и эффективность инновационных практик, обеспечивать взаимодействие и транслировать опыт проектного управления в системе повышения квалификации. Это обогащает содержательный и технологический аспекты повышения квалификации, способствует расширению применения новых технологий здоровьесбережения в образовательной практике на основе проектирования и моделирования.

Процесс повышения квалификации приведет к системным изменениям в профессиональной компетентности педагогов в области формирования культуры здорового образа жизни при соблюдении следующих условий:

– если будет ориентирован на системно-деятельностный подход к формированию профессиональной компетентности, становление мотивационно-ценностного, операционально-технологического, когнитивного и рефлексивно-оценочного ее компонентов в области формирования культуры здорового образа жизни;

– будет базироваться на современных технологиях обучения взрослых, включая смыслообразующие технологии, групповое проектирование образовательного процесса, группы поддержки и т.п.;

– будет обеспечен современными образовательными программами, актуализирующими конструктивную субъектную позицию учителя, целеполагание и смыслообразование.

#### Список литературы

1. Гершунский Б.С. Философия образования для XXI века (в поисках практико-ориентированных образовательных концепций). – М.: Совершенство, 1998. – 608 с.
2. Роль образовательного процесса в формировании здорового образа жизни / Л.А. Михайлов [и др.] // Здоровье детей как ценность культуры: Материалы X Международной конференции / гл. ред. К.В. Султанов. – СПб.: СПб. гос. политех. ун-т, 2003. – С. 274–277.
3. Сопко Г.И., Пазыркина М.В. Здоровьеформирующий компонент как важная часть современных интегрированных программ для образовательных учреждений // Молодой ученый. – 2012. – № 6. – С. 417–420.

## КОНЦЕПЦИЯ РАЗВИТИЯ ЗДОРОВЬЕОРИЕНТИРОВАННОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ (НА МАТЕРИАЛЕ ШКОЛ БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ)

*Ирхин В.Н.*

ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», г. Белгород, Белгородская область

*Богачева Е.А.*

ОГАОУ ДПО «Белгородский институт развития образования», г. Белгород, Белгородская область

В современных условиях вопросы обеспечения здоровья учащихся в образовательном процессе школы выходят в число приоритетных. Однако, как показывает анализ массовой педагогической практики, в образовательных учреждениях по-прежнему доминирует гигиенический подход (здоровьесбережение), сориентированный не на формирование ценностей здоровья и ЗОЖ, развитие резервов здоровья школьников, а на учет влияния негативных факторов среды на организм и на разработку мероприятий по оздоровлению условий жизни, труда, проведение профилактических мероприятий. Недостаточным является и простое количественное расширение валеологических элементов в школьной образовательной системе: введение уроков здоровья, проведение оздоровительных и валеологических воспитательных мероприятий, увеличение количества уроков физической культуры и т.д. Школьная образовательная система лишь в определенной мере адаптируется к ребенку и окружающей среде. Однако неизменными остаются содержательные и ценностно-ориентированные аспекты в деятельности педагогов и школьников. В этой связи необходимо обновление на основе принципа здоровьесцентризма (В.Н. Ирхин, 1996) [4] целевого, содержательного, субъектного, отношенческого, средового компонентов школьной образовательной системы, содействующей здоровью учащихся.

Появление в последние десятилетия в России движения школ здоровья актуализировало проблему разработки концептуальных основ и технологии создания педагогических систем таких образовательных учреждений. Тем более что в практике школ здоровья нередко наблюдается эклектизм, бессистемность, попытки опытным путем найти оптимальные способы построения новой педагогической системы, что часто снижает результативность деятельности и даже ведет к дискредитации идеи. Кроме того важно видеть и понимать динамику развития такой системы, грамотно управлять процессом происходящих в ней изменений.

С 2004 года в Белгородской области реализуется концепция развития здоровьесориентированной образовательной системы (ЗОС) школы (В.Н. Ирхин, 2002). В концепции описана сущностная характеристика, внутренняя структура исследуемой образовательной системы, установлены связи между ее компонентами, определены специфические для ЗОС функции, механизмы, закономерности и уровни, этапы, противоречия и педагогические условия ее развития, критерии оценки [1].

Мы рассматриваем ЗОС школы как целостное, взаимодействующее с внешней средой явление, характеризующееся упорядоченной совокупностью систем управления, педагогического процесса, школьных служб, предметно-пространственной школьной среды, объединенных целью воспитания, обучения и развития здорового человека.

Ведущими методологическими подходами концепции являются системный и валеологический, а методологическими ориентирами – принципы сохранения, укрепления, формирования здоровья и здоровьесбережения. Здоровьеориентированная деятельность, как целостный подход к работе по сохранению, укреплению и формированию здоровья учащихся, в условиях школы направлена на реализацию генеральной цели (ГЦ) – воспитание, обучение и развитие здорового человека в соответствии с целостным пониманием здоровья (физический, психический и социальный его компоненты). Достижение ГЦ невозможно без следующих видов здоровьесберегающей деятельности, представляющих ее структуру: здоровьесберегающая деятельность (принцип сохранения здоровья), предполагающая снижение, устранение дидактогенных факторов риска для здоровья учащихся; здоровьесформирующая деятельность (принципы укрепления и формирования здоровья), включающая в себя наращивание (тренировку) физического, психического и социального резервов здоровья учащихся, а также формирование ценностных установок, мотивации личности на ЗОЖ, приращение валеологических знаний и умений. Одним из ведущих методологических ориентиров является принцип здоровьесбережения, который предполагает ориентацию участников образовательного процесса на здоровье как базисную ценность и один из ключевых результатов деятельности.

Структурно-функциональная модель включает наличие таких структурных компонентов системы, как управление здоровьесберегающей деятельностью, осуществляемое на общественном, административном, профессионально-педагогическом и ученическом уровнях; здоровьесберегающий образовательный процесс, предполагающий использование здоровьесберегающих технологий и режимов обучения учащихся, включение специализированных программ формирования культуры здоровья учащихся; здоровьесберегающая деятельность службы здоровья, осуществляющей медико-психологическое и социально-педагогическое сопровождение образовательного процесса; здоровая предметно-пространственная среда школы. Наряду с традиционными образовательными, воспитательными и развивающими функциями ЗОС школы по отношению к ученику выполняет и ряд специфических функций: социализационную, связанную с необходимостью включения формирующейся личности в процесс усвоения и воспроизводства ценности здоровья и ЗОЖ, безболезненного вхождения индивида в социальную среду; культурологическую, заключающуюся в создании благоприятных условий для овладения учащимися на научной основе знаниями о сохранении и укреплении здоровья, для формирования позитивного сознания личности школьников; профилактическую, ориентированную на предупреждение заболеваний, функциональных нарушений и отклонений в развитии личности; коррекционно-реабилитационную, направленную на создание вокруг обучающегося реабилитационного пространства, среды, направленной на восстановление целостного здоровья школьников; укрепления здоровья, преследующую цель повышения адаптационных резервов организма человека.

Развитие ЗОС школы возможно только в результате разрешения противоречий как источников ее движения. Основное противоречие видится между здоровьезатратной и здоровьесозидающей педагогическими системами школы. В ходе структурной перестройки раз-

решаются противоречия, характерные для конкретного этапа развития ЗОС школы. По мере своего «созревания» она все больше избавляется от проявлений старой (здоровьезатратной) системы и все больше соответствует поставленной генеральной цели. На этом основании ведущую закономерность исследуемой системы школы, определяющую ее содержание и способы деятельности, можно сформулировать следующим образом: чем выше уровень зрелости ЗОС школы, тем в большей степени обеспечиваются условия для воспитания, обучения и развития здорового школьника.

В своем развитии рассматриваемая система школы проходит закономерные этапы возникновения (скрытый и явный периоды), становления (начальная и поздняя стадии) и зрелости (формирование целостной педагогической системы). Практически в каждой школе есть элементы ЗОС. В ходе скрытого периода этапа возникновения наблюдается количественный рост валеологических элементов и новых связей, а явный период этапа возникновения характеризуется созданием новых структур и структурных связей. На начальной стадии становления разворачивается перестройка целостной педагогической системы на основе здоровьесориентированной концепции и программы ее развития. Продолжается процесс создания новых и одновременно преобразования старых структур и структурных связей. В инновационную деятельность вовлекаются все участники педагогического процесса. До предела обостряется основное противоречие во всех компонентах педагогической системы. Роль компонента «управление» становится решающей. Преодоление кризиса и дальнейшее поступательное развитие новой педагогической системы зависит от способности управленцев включить механизмы самоорганизации и созидания иерархических структур новой системы школы на основе ее внутренних потенциальных возможностей. На поздней стадии этапа становления завершаются процессы структурной и функциональной интеграции и дифференциации. Валеологически обоснованные структуры и структурные связи становятся преобладающими. ЗОС школы переходит на этап зрелого своего развития, в ходе которого разрешается основное противоречие. Наряду с основной можно выделить и ряд частных закономерностей, а именно: по мере созревания целостной ЗОС школы снижается роль авторитарных управленческих и педагогических воздействий и одновременно возрастает роль гуманистических воздействий, учитывающих мотивационную сферу личности субъектов педагогической системы; неблагоприятные для здоровья участников педагогического процесса воздействия внешней среды стимулируют поиск механизмов валеологического обновления педагогической системы; чем более зрелой является ЗОС школы, тем сильнее степень ее влияния на педагогическую систему, органы управления вышестоящего иерархического уровня и школьное микросоциальное окружение; зрелость ЗОС школы определяется упорядоченной взаимосвязью всех ее компонентов, отражающих валеологическую сущность целого и осуществляющих специализированные функции по достижению цели воспитания, обучения и развития здорового человека.

Основу качественного анализа ЗОС школы составляет закономерность этапного ее развития, что позволило выделить такие критерии оценки, как зрелость, результативность педагогической системы, подготовленность руководителей и педагогов к работе по обеспечению здоровья учащихся, удовлетворенность участников педагогического процесса деятельностью по сохранению, укреплению и формированию здоровья школьников.

Реализация на практике данной концепции осуществлялась через технологию создания ЗОС школы, состоящую из этапов ее построения, с присущими каждому этапу содержанием

и способами деятельности. Представленная концепция реализуется в таком направлении инновационной деятельности белгородских школ, как:

- создание четырехуровневой системы управления (общественный, административный, профессионально-педагогический, ученический), введение новых структурных компонентов (совет здоровья школы, заместители директора по валеологической работе, методическое объединение учителей здоровья, служба здоровья, ученическое самоуправление валеологического профиля (сандружины, валеоинформаторы, физорги и др.), обновление функциональных обязанностей руководителей школы, классных руководителей, учителей-предметников и специалистов школьных служб в контексте валеологического подхода;

- управление школой в соответствии с мотивационным и рефлексивным подходами, которые позволяют самоорганизующейся, валеологически обоснованной системе развиваться на основе своих возможностей, ресурсов окружающей среды и обеспечивать условия для самоопределения и саморазвития здоровой личности учащегося и учителя;

- организация образовательного процесса, обеспечивающего не только формирование глубоких и прочных знаний учащихся, но и сохранение, укрепление их здоровья, формирование мотивации к здоровью и ЗОЖ. Эта задача реализуется за счет организации оптимального режима обучения (триместров), применения здоровьесберегающих технологий и методов обучения, введения системы непрерывного обучения школьников культуре здоровья, реализации валеологического потенциала содержания учебных предметов, организации системы внеклассной валеологической воспитательной работы;

- создание службы здоровья в школе, которая осуществляет мониторинг и коррекцию здоровья, развитие здоровой личности учащегося, проводит оздоровительные, профилактические мероприятия, валеопсихологическое просвещение детей и взрослых;

- создание здоровой предметно-пространственной среды в школе: дизайн, световой и воздушно-тепловой режим, мебель, оборудование, здоровое питание.

Первые школы Белгородской области (Алексеевская № 4, Борисовская № 2, Дубовская, Новотаволжанская), включенные в региональный эксперимент в 2004 году, прошли скрытый период этапа возникновения ЗОС, который характеризовался количественным накоплением валеологических элементов в «старой» педагогической системе: появление специалистов школьных служб (медики, психологи, логопеды, инструкторы ЛФК, социальные педагоги); включение уроков здоровья в учебный процесс; количественное увеличение воспитательных мероприятий, направленных на укрепление здоровья и формирование мотивации учащихся к ЗОЖ; валеологическое просвещение родителей, пропаганда здоровьеориентированного подхода в образовании среди учителей; рост количества учителей (в первую очередь начального звена), использующих здоровьесберегающие методы и приемы в процессе обучения учащихся на уроке; введение должности организатора валеологической работы (управленческое звено); включение группы учителей в здоровьеориентированную инновационную деятельность [3].

В 2005 году были предприняты успешные попытки перехода школ со скрытого к явному периоду этапа возникновения ЗОС. Появились новые качественные явления-структуры:

- медики, психологи, логопеды, инструкторы ЛФК, социальные педагоги, специалисты лечебной педагогики объединились в службы здоровья;

- были организованы лаборатории, творческие объединения учителей, специалистов школьных служб, исследующих проблему здоровьесберегающего подхода к уроку;

- начала складываться система непрерывного образования школьников в сфере культуры здоровья (включение уроков здоровья в расписание учебных занятий, реализация валеологического потенциала учебных предметов, реализация принципа обязательности в ходе формирования культуры здоровья учащихся);

- стала складываться система валеологических воспитательных мероприятий;

- появилась новая структура в системе управления: заместитель директора по оздоровительной деятельности (координатор работы) возглавляет валеологическую работу (устанавливаются вертикальные связи); возникли школьные советы здоровья (вертикальные связи и горизонтальные связи на уровне администрации);

- были созданы методические объединения учителей здоровья, включающие учителей предметной области знаний «Человек и его здоровье»: физкультура, ОБЖ, здоровье, психология.

Хотя начальный период становления ЗОС школ характеризовался созданием системы валеологических воспитательных мероприятий, тем не менее на данном этапе развития еще не сложилась валеологически обоснованная воспитательная система школ, ориентированная на обеспечение здоровья конкретного ребенка с учетом его особенностей. Кроме того, как показал анализ динамики валеологического обновления урока, учителя, включенные в инновационную деятельность начального этапа становления ЗОС, применяли бессистемно отдельные методы, приемы и средства, способствующие сохранению и формированию здоровья школьников. Вместе с тем, педагоги еще не овладели целостной здоровьесберегающей технологией обучения, предусматривающей соответствующие цели, содержание, способы взаимосвязанной деятельности, критерии оценки результатов. Их сознание по-прежнему оставалось направленным на формирование ЗУНов, а не здоровой личности ученика.

На этапе возникновения и в начальном периоде становления ЗОС школ также происходили изменения в их системе управления. Выше отмечалось, что в школах создавались новые управленческие структуры, призванные реализовать механизм валеологического обновления школьных педагогических систем. Однако на практике они не оказывали существенного влияния на базовую педагогическую систему, в которой по-прежнему доминирующую роль играли здоровьезатратные способы обучения, воспитания и развития учащихся. Серьезным препятствием на пути обновления педагогических систем выступали стереотипы мышления представителей школьной администрации, рецидивы авторитарного стиля управления. Таким образом, обнаружилось противоречие между гуманистической сущностью ЗОС школы и авторитарными способами ее построения.

Несмотря на отмеченные выше противоречия, в иерархической ЗОС школ осуществлялся процесс структурной дифференциации, которая вела за собой и функциональную дифференциацию. Новые структуры начинали жить своей автономной от базовой системы жизнью. Они



утверждали себя, дифференцируясь от подобных им структур. Так, содержание деятельности служб здоровья, преследующих цель диагностики, коррекции, развития резервов здоровья ребенка, отличалось от содержания деятельности психологических, медицинских или социально-педагогических школьных служб. Методические объединения учителей здоровья являлись «локомотивом» формирования валеологической компетентности учащихся, что существенно отличало их от других методических объединений. А заместители директоров по оздоровительной работе, возглавлявшие соответствующие управленческие структуры, выступали ведущими организаторами и координаторами деятельности по сохранению, укреплению и формированию здоровья учащихся. На этапе становления ЗОС школ отчетливо проявлялась закономерность дифференциации ее элементов и связей. Кроме того прослеживалась закономерность в развитии интеграционных процессов: объединение учителей валеологического профиля в методические объединения, специалистов школьных служб – в службы здоровья, представителей школьной администрации – в Советы здоровья, учащихся – в структуры ученического самоуправления валеологического профиля (физорги, сандружины и т.д.) [2].

Обращаясь к опыту белгородских школ здоровья, отметим, что созданные на их базе службы здоровья, Центры здоровья выполнили функцию своеобразного полюса притяжения педагогов и специалистов школьных служб, заинтересованных проблемой обеспечения здоровья учащихся. В дальнейшем по мере создания и активного функционирования новых структур усиливался процесс образования новых «очагов» притяжения и одновременного расширения круга участников инновационной деятельности. Если на начальном этапе работы движущей силой реализации новой идеи выступали в основном специалисты валеологического профиля и педагоги-энтузиасты, то на завершающем этапе становления образовательных систем в эту деятельность вовлекается весь учительский коллектив при поддержке родителей и учащихся.

Анализ эмпирических данных, полученных в ходе экспериментальной работы в школах Белгородской области, позволил выявить противоречие между необходимостью воспитания здорового поколения учащихся и преобладающей здоровьезатратной системой школьного образования, которое детерминирует механизм притяжения валеологических идей, элементов к базовой системе. Здоровьезатратная базовая система пытается адаптироваться к изменившимся условиям и частично обновляется. В рассматриваемой системе функционируют, не влияя существенным образом на нее, новые валеологические элементы. Их воздействие на базовую систему ограничено жесткими рамками (нормативных документов, уровня культуры, стереотипа мышления, традиций, сложившейся системы отношений и т.д.). Выход за границы допустимого включает механизм отторжения. Самым ярким примером является попытка реализации здоровьесберегающего подхода к уроку. Поскольку базовая образовательная система сориентирована на формирование ЗУНов учащихся, а не на воспитание, обучение и развитие целостной, здоровой личности, ее отличает однобокая интеллектуализированность, осуществляющаяся через урок как основную форму обучения школьников. Следовательно, валеологическое обновление урока будет означать крушение старой и победу новой образовательной системы. «Проводником» здоровьезатратной системы обучения является учитель. Несмотря на потери своего собственного здоровья и здоровья учащихся, неудовлетворенность от профессиональной деятельности, многие учителя поддерживают старую систему, поскольку подготовлены к работе в ней, добиваются по ЗУНовским меркам высоких результатов, оцениваются со стороны вышестоящих органов по ее критериям. Оценка результатов деятельности педагога с точки зрения валеологического подхода вызывает в его сознании так называемый когнитивный

диссонанс (Л. Фестингер), переживаемый как состояние дискомфорта. «Корифей» ЗУНовской системы, привыкший к успеху за счет чрезмерной траты здоровья и времени учащихся, неуверенно себя чувствует в новых условиях и стремится сохранить «статус-кво» [3].

Другие учителя понимают пагубность старой системы, но ее изменение требует дополнительных усилий и является для них «ресурсозатратным». В ситуации сверхперегруженности учителей, вынужденных работать на полутора-двух ставках, потребность в экономии энергии (П.В. Симонов) для таких педагогов становится определяющей. Одним из действенных механизмов психологической защиты, позволяющих человеку сохранить в неизменном виде структуру своих представлений, является обесценивание информации, противоречащей его когнитивной сфере. В ходе реализации концепции мы довольно часто сталкивались с психологическим сопротивлением учителей. Свое отторжение валеологического подхода они аргументировали по-разному: «наша задача учить детей, а не оздоравливать их», «дайте четкую инструкцию», «покажите, как надо делать», «пусть нам заплатят за дополнительный труд» и т.д.

Нисходящее развитие старой образовательной системы сопровождалось значительными потерями здоровья учителей и учащихся, психоэмоциональной напряженностью в коллективе, конфликтами, демонстрацией неэффективности прежнего содержания и организации образовательного процесса. В ходе одновременного восходящего развития ЗОС школы прослеживалось не только образование новых элементов, но и связей. При этом происходил процесс количественного роста, усложнения связей, их интеграции и дифференциации. В период возникновения и на начальном этапе становления ЗОС школы устанавливались связи между новыми и старыми элементами. Однако такая взаимосвязь носила неустойчивый, избирательный характер. Так, например, во взаимодействие со специалистами служб здоровья по вопросам обеспечения здоровья учащихся вступали только те учителя, которые обладали определенным уровнем подготовленности к данной деятельности, т.е. необходимым минимумом соответствующих знаний и умений и, самое главное, проявлявшими интерес, желание к работе по сохранению здоровья учащихся. Если такого внутреннего соответствия не было, не происходило и позитивного взаимодействия и положительного результата от совместной деятельности. По мере повышения уровня подготовленности учителей и включения их в инновационную деятельность валеологического типа расширялся круг участников эксперимента, укреплялись связи между ними на основе общей цели. Таким образом, происходила структурная перестройка образовательной системы в школе здоровья, при которой достигался интегративный результат функционирования всех ее субъектов. Анализ хода опытно-экспериментальной работы позволил вывести зависимость эффективности валеологического инновационного процесса в ЗОС школы от ее системы управления, обеспечивающей создание необходимых условий для включения педагогов в реализацию поставленных целей. Как показало наше исследование, включение учителя в процесс построения ЗОС школы создавало условие для профессиональной и личностной самореализации педагога, стимулировало его творчество и рост уровня профессионально-педагогической и валеологической культуры. Исследование подтвердило следующее предположение: чем выше уровень общегуманистической, психолого-валеологической культуры личности учителя, тем быстрее и безболезненнее идет процесс созревания ЗОС школы.

На начальной стадии становления ЗОС школы, когда кризис старой образовательной системы достигает своего апогея и проявляется в дезорганизации ее структуры, крушении

или ослаблении прежних структурных связей, роль подсистемы «управление» становится определяющей. Ориентируясь не внешние и внутренние потенциальные возможности социально-педагогической системы, управленческие компоненты включают механизмы самоорганизации и созидания иерархических структур ЗОС школы. Слаженное взаимодействие подсистем внутри ЗОС школы, ведущее к снижению напряженности в «точках бифуркации», обеспечивается за счет адекватного ситуации изменения структуры и механизмов управления. Максимальный эффект от управленческой деятельности достигается при условии точного определения актуального состояния, потенциальных возможностей целостной ЗОС школы, внесения корректив в программу ее развития и мобилизации педагогического коллектива, с учетом индивидуальных особенностей педагогов, на выполнение задач соответствующего этапа построения ЗОС школы.

Становясь зрелой, целостной образовательной системой, ЗОС школы все больше дифференцируется от образовательной системы более высокого иерархического уровня (районная, городская и т.д.), вступая в противоречие с авторитарно-бюрократической сущностью их органов управления. Основное противоречие между двумя системами проявляется, например, в том, что органы управления образовательной системы более высокого иерархического уровня оценивают деятельность учителей с позиций устаревшей ЗУНовской парадигмы, фактически игнорируя валеологический подход. Тем самым поддерживается традиционная старая система. Мелочная опека, регламентация всех видов деятельности, авторитарный стиль управления, демонстрируемые вышестоящими органами управления, необходимость безусловного исполнения школьными коллективами устаревших нормативных актов, – все это представляет собой существенный сдерживающий фактор на пути построения новой образовательной системы.

Однако зрелая ЗОС школы не только испытывает воздействие внешней среды, но и сама активно влияет на нее. Такое влияние наблюдается как в непосредственной валеологической работе с родителями, так и в опосредованном (через учащихся) повышении уровня культуры здоровья семьи. Выступая в роли экспериментальных площадок, на которых отрабатываются новые технологии, программы идеи, ЗОС школ стимулируют и другие образовательные учреждения включаться в валеологическую инновационную деятельность, создают валеологическое образовательное пространство, вынуждают вышестоящие органы управления распространять передовой педагогический опыт и перестраивать свою деятельность.

Итак, на позднем этапе становления ЗОС школы завершаются дифференционно-интеграционные процессы, определяющие сущность данного периода. С одной стороны, наиболее ярко высвечивается специализация каждого компонента новой образовательной системы по достижению объединяющей их цели: управленческая, учебно-воспитательная, медико-психолого-валеологического и социально-педагогического сопровождения, оптимальной для обеспечения здоровья и развития учащихся предметно-пространственной среды школы. В каждом из названных компонентов отражается валеологическая сущность новой образовательной системы как целостного феномена. С другой стороны, рельефно проявляется взаимозависимость компонентов между собой. Складывается система многообразных и прочных связей между ними. Происходит переход ЗОС школы в зрелую стадию своего развития. Образовательная система начинает работать в полную силу.

На правах официальных участников в рамках проводимого эксперимента в 2007 году были задействованы коллективы школ № 46 и 48 г. Белгорода, СОШ № 7 г. Алексеевки, СОШ № 7 г. Губкин, СОШ № 2 г. Строитель. В 2008 г. в эксперимент официально включилась группа школ Старого Оскола и Старооскольского района (№ 5, 12, 21, 22, 25, 40 и Дмитриевская школа), а также ДОУ № 37, 52 и 73.

К 2009 году большинство экспериментальных школ Белгородской области, как показал качественный анализ по критерию зрелости, находилось на завершающем этапе становления ЗОС школы. Данный этап характеризуется целенаправленным переходом с локальных преобразований на системное. Динамику такому процессу придали разработанные в школах концепции и программы развития ЗОС. На этапе становления прослеживаются процессы интеграции и дифференциации в развитии новых элементов:

- на уровне администрации продолжается интеграция деятельности представителей администрации в процессе реализации управленческих функций (разработка совместного плана работы, сориентированного на достижение генеральной цели ЗОС школы и т.д.);

- интеграция на уровне деятельности методических объединений;

- взаимосвязанная деятельность специалистов служб здоровья и учителей;

- интеграция на уровне ученического самоуправления: создание сандружин, объединений физоргов, валеоинформаторов и др.;

- дифференциация: выделение самостоятельного направления управленческой деятельности – организация валеологической работы в школах; дифференциация службы здоровья от деятельности психологической и медицинской службы; методические объединения здоровья проводят в жизнь отличную от деятельности других методических объединений идею непрерывного валеологического образования учащихся.

Закономерности интеграции – дифференциации прослеживаются и на примере создания «пирамиды» исследовательской деятельности учителей школ: общая тема исследования школ декомпозируется в исследовательских темах методических объединений и учителей.

Одним из главных условий успешной реализации концепции являлась подготовка педагогов к здоровьесберегающей профессионально-педагогической деятельности, включение их в валеологическую инновацию. В школах здоровья проводится работа в данном направлении (семинары, консультации, педагогические советы и т.д.). Были проведены десятки региональных обучающих семинаров и научно-практических конференций. Одним из итогов такой работы стало освоение и массовое внедрение в практику учителями экспериментальных школ здоровьесберегающих технологий обучения учащихся.

Как показала практика, переход школ на триместровый режим обучения дал существенный положительный эффект в плане сохранения здоровья учащихся. Например, впечатляют результаты работы школы № 7 г. Губкин по новому режиму обучения: на 58,5% снизилось количество пропусков учащимися уроков в связи с простудными заболеваниями после введения нового режима обучения. Данные медицинских осмотров показали также снижение напряжения сердечно-сосудистой системы, сохранение более высоких адаптационных возможностей

учащихся в конце учебного года, уменьшение частоты случаев повышенной и высокой степени невротизации школьников. В то же время показатели опроса учащихся в условиях нового режима обучения не только не уменьшились, но по отдельным предметам (литература, химия, биология, география) стали выше [2].

Активному формированию у детей устойчивых стереотипов ценности здоровья способствовало введение третьего урока физической культуры во всех общеобразовательных учреждениях с 1 по 11 класс, в том числе один час – за счет школьного компонента. При этом третий час физической культуры проводится на свежем воздухе по субботам во второй половине дня в форме спортивных танцев, ритмики, народных подвижных, спортивных игр и соревновательно-игровых упражнений по базовым видам спорта по выбору школьников.

Одно из ключевых направлений выстраивания здоровьеориентированного образовательного процесса в экспериментальных школах связано с повышением уровня культуры здоровья учащихся. Решение этой задачи обеспечивается введением уроков здоровья, реализацией валеологического потенциала содержания школьных предметов, проведением внеклассной и внешкольной валеологической воспитательной работы. Педагоги стремятся создать ситуацию не только принятия, но и производства учащимися ценностей ЗОЖ, включить всех школьников в волонтерскую здоровьеориентированную деятельность, в занятия спортивных секций, привлечь к участию в массовых физкультурных и валеологических мероприятиях. Например, для организации занятий по интересам в школе № 40 г. Старый Оскол созданы и работают творческие объединения: клубы, кружки, секции. Из 1652 учащихся – 1627 учеников (94%) заняты различной внеурочной деятельностью; в школе – 1032 человек (63%), вне школы – 508 (31%). Особо отметим благотворное влияние на духовно-нравственное здоровье школьников посещения учащимися памятных мест Белгородской области (по региональной программе «Святые места Белогорья»).

Исследование показывает, что во всех школах здоровья отмечаются положительные результаты. Так, в школе № 5 г. Старый Оскол, были зафиксированы положительные изменения в формировании ценностно-мотивационной сферы у школьников: мотивация на ведение самонаблюдений возросла с 13% до 72%; организация досуга с пользой для здоровья – с 18% до 48%; отношение к здоровью как ценности – с 17% до 51%; мотивация на соблюдение режима дня – с 19% до 53%; мотивация на занятия спортом – с 23% до 49%. Изменилось место здоровья в системе жизненных ценностей учащихся. Если раньше у 72% обучающихся здоровье занимало лишь девятое место, то сейчас – 89% школьников считают здоровье первостепенной жизненной ценностью. В школе № 40 г. Старый Оскол за исследованный период число подростков, употребляющих табачные изделия, уменьшилось на 5%; практически не регистрируются школьники, употребляющие наркотики. По итогам анкетирования учащихся 7-9-х классов по проблеме отношения к собственному здоровью за 3 последних года было выявлено, что у школьников повысилась ответственность по отношению к собственному здоровью на 9% [2].

Важным моментом является то обстоятельство, что при ранжировании предложенных школьникам ценностей учащиеся школ здоровья, как правило, ставят на первые места такие ценности, как «здоровье» и «счастливая семейная жизнь». В то же время ценность «материально обеспеченной жизни» по-прежнему остается одной из лидирующих, что обуславливает приоритетность нравственного воспитания школьников. Большую роль в решении данного

вопроса играют классные руководители, которые стремятся использовать современных методы воспитания культуры здоровья школьников: помогают составлять индивидуальные программы ЗОЖ школьников, используют календари планирования дел по воспитанию культуры здоровья учащихся, ведут индивидуальные карты саморазвития школьников и др.

Другая не менее важная задача ЗОС школы – сохранение здоровья учащихся. В образовательных учреждениях используется комплекс защитных для здоровья обучающихся мер: соблюдение норм СанПиНа, ограничение предельного уровня учебной нагрузки, компенсаторно-нейтрализующие приемы (физкультминутки и физкультпаузы, эмоциональные разрядки, кинезиологические средства), учет индивидуальных и половозрастных особенностей учащихся, использование здоровьесберегающих технологий и методов обучения.

Во всех школах созданы специальные (коррекционные) и интегрированные классы, в которых осуществляется педагогическая поддержка и психологическое сопровождение учащихся, функционируют учебно-консультационные пункты, где дети могут работать в индивидуальном темпе, в комфортной психологической атмосфере, в ситуации гарантированного успеха. Развернулась мощная физкультурно-оздоровительная работа. Так, в Новотаволжанской школе организована физкультурно-оздоровительная работа с учащимися в режиме учебного дня: утренняя зарядка – 5 мин, 2 физкультминутки на каждом уроке по 1,5-2 мин, три урока физкультуры, 1 занятие ритмикой; ежемесячное проведение «Дня здоровья» для всех параллелей; спортивно-массовая работа для школьников, учителей и родителей. С каждым учебным годом растет охват учащихся школы спортивной досуговой деятельностью, по сравнению с прошлым годом он возрос на 14,5%. Для детей с ослабленным здоровьем организованы занятия лечебной физкультурой на базе Новотаволжанской больницы в зале ЛФК [2].

Профилактическая работа в школах проводится с использованием комплекса гигиенических, медико-профилактических, психологических, педагогических методов и средств, включающих фитотерапию, иотерапию, гимнастику для глаз, бассейн, утреннюю зарядку, динамические паузы, физкультминутки, кинезиологическую гимнастику и др.

Серьезным препятствием на пути развития педагогики здоровья является распространенная стрессовая педагогическая тактика в процессе обучения школьников (ведущий фактор снижения здоровья учащихся), авторитаризм в управленческой деятельности. Первостепенная задача заключалась в создании психологически комфортной атмосферы в образовательных учреждениях, в решении многочисленных психологических проблем участников образовательного процесса, серьезно влияющих на их состояние здоровья. В этой связи развитие психологической службы стало неременным условием оздоровления образовательной среды школ, повышения уровня психологической культуры детей и взрослых. Кроме того был создан механизм тесной взаимосвязи между педагогами и специалистами разных профилей: психологами, медиками, физиологами и др., а также взаимодействия образовательного учреждения и семьи в вопросах обеспечения здоровья детей, подростков и учащейся молодежи.

Одним из факторов сохранения здоровья школьников является организация здорового питания в образовательном учреждении. Для учащихся организовано двухразовое горячее питание (завтрак и обед). В рацион питания включены овощи, соки и фрукты. На протяжении ряда лет в школах Белгородчины успешно функционирует областная программа «Школьное молоко». Она предусматривает ежедневный прием учащимися молочных продуктов на завтрак

или обед. Как правило, школы обеспечены доброкачественной питьевой водой, в образовательных учреждениях установлены кулеры. Начали реализовываться программы «Мед», «Хлеб», «Яблоко».

Принцип здоровьесбережения пронизывает все аспекты деятельности службы ЗОС школы: профилактический, диагностический, коррекционно-реабилитационный, консультативный, просветительно-образовательный, исследовательский – и придает такой работе системность, эффективность, является дополнительным механизмом интеграции службы в единое целое.

Пристальное внимание уделялось в школах созданию здоровой предметно-пространственной среды: все кабинеты оборудованы мебелью в соответствии с ростовой градацией; проводится работа по озеленению и дизайну классных комнат; созданы релаксационные и рекреационные зоны; функционируют по несколько тренажерных и спортивных залов, комнаты психоэмоциональной разгрузки, игровой терапии; в ряде школ работают плавательные бассейны. В школе № 40 г. Старый Оскол, например, для оптимизации и визуализации воздушной среды имеется зимний сад, в каждом учебном кабинете работает ионизатор воздуха, для информирования обучающихся и педагогов по вопросам здоровьесбережения используется школьный радиоузел, школьная киновидеостудия «Золотой кадр», школьная газета «Птица». Такая системная работа ведет к успеху: в сравнении с данными мониторинга здоровья 2005-2006 учебного года, заболеваемость в школе снизилась в настоящее время на 36 % [2].

Новый импульс для развития ЗОС белгородские школы получили в 2011 году в связи с созданием региональной стажировочной площадки по распространению моделей формирования здорового и безопасного образа жизни обучающихся. Результатом проекта является оснащение здоровьесберегающим оборудованием 255 классов в 100 общеобразовательных учреждениях. В обучение были включены более 5000 учащихся начальной школы и более 200 учителей. Региональная стажировочная площадка представляла собой ассоциативное сетевое объединение учреждений образования Белгородской области, имеющих соответствующие материальные, организационные и кадровые ресурсы для эффективной организации стажировок руководителей и педагогов общеобразовательных учреждений и реализующих единые задачи диссеминации передового опыта по формированию культуры здорового и безопасного образа жизни обучающихся. За период 2011-2014 гг. на базовых образовательных учреждениях стажировочной площадки прошли повышение квалификации 1180 человек [5].

Реализованный в 2011-2014 годах комплекс мероприятий по распространению моделей формирования культуры здорового и безопасного образа жизни обучающихся на базе региональной стажировочной площадки включал также меры по внедрению инновационных образовательных и организационно-правовых моделей здоровьесозидающей направленности в образовательных учреждениях, по модернизации учебно-программного и учебно-методического обеспечения образовательных программ общего образования.

В настоящее время 16 белгородских школ (Дубовская, СОШ № 46 г. Белгорода, Борисовская № 2, Новотаволжанская, Строителя № 2, школы № 5, 40 г. Старый Оскол и др.), находятся на зрелом этапе развития ЗОС, который характеризуется тем, что завершаются дифференциально-интеграционные процессы, определяющие сущность данного периода.

В результате реализации экспериментальной программы на Белгородчине была создана сеть школ здоровья, апробирована стратегия сетевого взаимодействия школ, получила мощный импульс развития региональная педагогика здоровья. Экспериментальные школы стали своеобразными районными методическими центрами по вопросам сохранения, укрепления и формирования здоровья учащихся, «локомотивом» для других школ образовательных территорий в сфере здоровьеориентированной деятельности. Система образования Белгородской области получила электронную базу данных по вопросам педагогики здоровья (программы, технологии управления здоровьесберегающим образовательным процессом в школе и на уроке, обучения учащихся культуре здоровья, здоровьесберегающие технологии обучения, материалы для валеологической деятельности классных руководителей, воспитателей, специалистов школьных служб и др.). Были подготовлены несколько учебно-методических пособий, комплекс методических рекомендаций по внедрению в массовую практику технологии создания ЗОС школы. В результате появилась возможность для научно-методического сопровождения здоровьеориентированного образовательного процесса в других школах области, для создания здоровьеориентированной образовательной среды в регионе.

В ходе эксперимента начали реализовываться программы здорового питания; профилактики «школьных болезней» и отклонений в состоянии здоровья и личностном развитии; коррекционно-оздоровительные программы, программы подготовки из числа учащихся волонтеров по вопросам здорового образа жизни (юных учителей здоровья); обучения школьников культуре здоровья; мониторинга опытно-экспериментальной работы в школах здоровья; обучения учителей, руководителей школ и специалистов школьных служб образовательных учреждений в сфере педагогики здоровья; стали внедряться здоровьесберегающие режимы и технологии обучения.

Как показал опыт, системные валеологические изменения в белгородских школах здоровья стали осуществляться с создания структуры и механизма управления такой деятельностью.

Во всех экспериментальных школах, а их в настоящее время насчитывается 16, были созданы:

- на общественном уровне управления: советы и общественные объединения по поддержке инновационного проекта, родительские комитеты, попечительские советы, советы родителей-медиков, общие конференции школы здоровья, волонтерские группы, общественные организации, координационный совет;

- на административном уровне управления: советы здоровья, появились координаторы здоровьетворческой деятельности в ранге заместителя директора, произошло валеологическое обновление функциональных обязанностей руководителей школ и содержания деятельности традиционных управленческих структур;

- на профессионально-педагогическом уровне управления: были созданы методические объединения учителей здоровья (учителя ОБЖ, здоровья, физкультуры, биологии), творческие объединения учителей и специалистов здоровьеориентированного профиля, службы здоровья;

- на ученическом уровне управления возникла система ученического самоуправления валеологического профиля, постоянные и временные творческие объединения детей (сан-



дружину, физорги, помощники психологов и медиков, конфликтные комиссии, ученические Советы, волонтеры ЗОЖ и др.).

Кроме структурных преобразований, в системе управления школ здоровья происходил решительный переход от авторитарных к здоровьесберегающим методам управления, основанным на использовании рефлексивного, мотивационного подходов, идеях и принципах педагогического стимулирования, учитывающих мотивационную сферу личности основных участников образовательного процесса.

Анализ материалов опроса учителей и родителей свидетельствует о том, что до 98% из них удовлетворены ходом и результатом опытно-экспериментальной работы.

Важным условием реализации регионального эксперимента стало проведение областных целевых программ: «Школьное молоко» и «Чистая вода»; образовательных программ «Полезные навыки» и «Полезные привычки»; областной программы «Развитие физической культуры и спорта в Белгородской области»; программы «Играйте на здоровье» и «Спорт и здоровье»; областной целевой программы «Развитие футбола в Белгородской области»; областной целевой программы развития школьного туризма для учащихся Белгородской области «Моя Родина Россия. От святого Белогорья – к святыням Отчизны»; областной целевой программы развития настольного тенниса; областной программы по возрождению народных массовых видов спорта; областной целевой программы «Профилактика и лечение стоматологических заболеваний у детей Белгородской области»; областной целевой программы профилактики наркомании среди несовершеннолетних.

В настоящее время на территории Белгородской области реализуется проект «Сетевое взаимодействие образовательных организаций в воспитании культуры здоровья детей и подростков». Перспективными направлениями развития ЗОС школ является актуализация потенциала народной педагогики здоровья; выстраивание преемственной связи всех звеньев системы образования на идеях педагогики здоровья; разработка и реализация социокультурной модели школы здоровья; осуществление стратегии многовекторного развития школ здоровья.

#### Список литературы

1. Ирхин В.Н. Теория и практика отечественной школы здоровья: Монография / В.Н. Ирхин. – Барнаул: Изд-во БГПУ. – 238 с.
2. Ирхин В.Н. Школы здоровья Белгородчины: учебно-методическое пособие / В.Н. Ирхин. – Белгород: ИПЦ «Политерра», 2010. -188 с.
3. Ирхин В.Н. Эксперимент в школе здоровья (Из опыта работы школ здоровья Белгородской области): Учебно-методическое пособие / В.Н. Ирхин. – Белгород: Изд-во БелГУ, 2006. – 110 с.
4. Ирхин В.Н. Теоретико-методологические подходы к разработке модели «школы здоровья» / В.Н. Ирхин // Педагог. – 1996. – №1. – Барнаул. – С. 124-127.
5. Региональная стажировочная площадка по распространению моделей здорового и безопасного образа жизни обучающихся Белгородской области (методическое по-

собрание): сборник нормативных и методических материалов / ред. Коллегия: Ламанов В.А., Сердюкова Н.С., Богачева Е.А., Рыжкова О.А. – Белгород: БелИРО, 2013. – 126 с.

## **ФОРМИРОВАНИЕ ОСНОВ КУЛЬТУРЫ ЗДОРОВОГО И БЕЗОПАСНОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ УЧАЩИХСЯ – СОСТАВЛЯЮЩИЙ КОМПОНЕНТ СОЦИАЛИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ**

*Казин Э.М.*

ФГБОУ ВПО Кемеровский государственный университет, г. Кемерово, Кемеровская область

*Абаскалова Н.П.*

ФГБОУ ВПО Новосибирский государственный педагогический университет, г. Новосибирск, Новосибирская область

*Федоров А.И., Свиридова И.А.*

ФГБОУ ВПО Кемеровский государственный университет, г. Кемерово, Кемеровская область

Огромным потенциалом в здоровьесберегающем развитии школьников и в формировании здоровьесохраняющей компетентности педагогов обладает культурологический подход. Кроме того он вполне вписывается в современные реалии, связанные с внедрением ФГОСов второго поколения, основанных на системно-деятельностном подходе, ориентированном на развитие личности обучающегося [17].

Культура здоровья, рассматриваемая как часть общей культуры человека, включает определенный объем знаний о различных аспектах здоровья, способах его сохранения и развития, стойкие сформированные мотивации и нравственно-волевые качества личности, направленные на заботу о своем здоровье, самореализацию, а также формирование умений и навыков ведения ЗОЖ.

Формирование основ культуры здоровья в образовательных организациях реализуется через здоровьесберегающее образование как непрерывный процесс обучения, воспитания и развития учащегося, направленный на развитие системы научно обоснованных знаний и практических умений, поведения и деятельности, обеспечивающих ценностные отношения к личному здоровью и здоровью окружающих людей [9; 16].

Вместе с этим, необходимо отметить, что культура здоровья как целостное многомерное понятие отражает когнитивную и деятельностную сферы.

Когнитивная сфера культуры здоровья рассматривает сформированность системы представлений о здоровом образе жизни, знаний о своем здоровье и факторах, на него влияющих.

Деятельностная сфера культуры здоровья характеризует сформированность практикоориентированных навыков в области сохранения и укрепления здоровья, особенности понимания человеком значимости мониторинга здоровья и отношения к нему [5].

Проблема формирования культуры здоровья и учебно-познавательных мотивов у школьников тесно сопрягается с проблемой их субъективного развития, т.е. активного процесса, направленного на становление учащихся как свободных личностей.

Суть последней состоит в том, что в современном изменяющемся мире в условиях воздействия множества разнонаправленных факторов при отсутствии подсказок извне человек должен понимать себя и смысл того, что он делает, самостоятельно оценивать ситуацию, совершать выбор и принимать решения. Поэтому важна внутренняя регуляция поведения и деятельности субъекта, наличие того, что обеспечивает его внутреннюю личностную устойчивость [9].

Рядом авторов [7; 8; 10] показано, что у младших и старших подростков целенаправленное использование когнитивных заданий вносит существенные изменения во взаимосвязи мотивационной, интеллектуальной и аффективно-эмоциональной сфер. Обнаружена позитивная связь сниженного уровня личностной тревожности с действенностью учебно-познавательного мотива, выявлена отрицательная связь низкого уровня мотивации с высоким уровнем враждебности, агрессивности.

Выявленные общие тенденции изменения как среднегрупповых, так и межфункциональных корреляционных связей в разновозрастных группах школьников свидетельствуют о возможности построения гипотетической модели, описывающей влияние фактора когнитивного развития на формирование внутреннего мотива учебной и здоровьесберегающей деятельности школьников, исходя из следующих теоретических положений:

- личность должна пониматься как единая интегрированная целостность, состоящая из нескольких подсистем (когнитивной, мотивационной, мнемической, эмоциональной, коммуникативной, активационно-энергетической); некоторые из них, например, когнитивная подсистема, могут задавать направление развития целостной системе [12];

- развитие мотивов не может осуществляться изолированно, вне их взаимосвязи с другими проявлениями целостного функционирования субъекта, не испытывая влияния со стороны [8; 12], поэтому развитие (изменение) мотивов как в учебно-познавательной деятельности, так и в процессе формирования безопасного и здорового образа жизни, следует рассматривать как результат комплексных изменений других личностных характеристик, в том числе интеллектуальных, регуляторных, эмоциональных, энергетических, представляющих собой часть общей структуры личности. В связи с этим очевидно, что целенаправленное и всестороннее развитие когнитивных процессов за счет использования интегративного и дифференцированного подходов должно оказать существенное влияние на позитивные преобразования их мотивационной сферы как в сфере целостного процесса учебно-познавательной деятельности, так и в процессе формирования устойчивой мотивации к проблеме безопасного и здорового образа жизни.

Психолого-педагогические знания, являющиеся одной из основных составляющих здоровьесберегающей компетентности, предполагают возможность эффективного взаимодействия с обучающимися, использование современных психолого-педагогических теорий, прогнозирование результатов воспитательно-образовательной деятельности, использование проектно-исследовательского подхода, мониторинга развития личности обучающегося, экспертизы и коррекции психологической и воспитательно-образовательной ситуации в учебном

процессе, осуществление индивидуально-дифференцированного подхода к обучающимся с учетом их психофизиологических и возрастных особенностей, формирование безопасной образовательной среды в соответствии с требованиями СанПиНов.

Ряд исследователей [5; 6; 15] считают, что здоровьесберегающий характер деятельности педагога, определяющий уровень его компетентности в данном виде деятельности, может содержательно проявляться в следующих аспектах:

- мотивационно-волевым, включающем мотивы, цели, потребности, ценностные установки, стимулирующие творческие проявления личности в формировании, сохранении, укреплении своего здоровья и здоровья окружающих, предполагающие наличие интереса к здоровьесберегающей деятельности;

- когнитивном, проявляющемся в знаниях о закономерностях формирования, сохранения, укрепления здоровья, способах педагогической деятельности, необходимых педагогу для проектирования и реализации той или иной здоровьесберегающей педагогической технологии, о соответствующих умениях и навыках;

- коммуникативном, заключающемся в способности создавать комфортную психоэмоциональную атмосферу общения, умении ясно и четко излагать мысли, убеждать, аргументировать, строить доказательства, анализировать, высказывать суждения, устанавливать межличностные связи, согласовывать свои действия с действиями коллег, выбирать оптимальный стиль педагогического общения;

- рефлексивном, выражающемся в склонности к самоанализу, в умении сознательно контролировать результаты своей деятельности и личностных достижений, уровень собственного развития, наличие таких качеств и свойств, как креативность, инициативность, нацеленность на сотрудничество и сотворчество. На рефлексивном уровне происходит регуляция личностных достижений, самоуправления, самопознания, осознания необходимости повышения уровня здоровьесберегающей компетентности, совершенствования мастерства, смысловой творческой деятельности и формирования индивидуального стиля здоровьесберегающей деятельности.

В современном мире опасные и чрезвычайные ситуации социального, природного и техногенного характера стали объективной реальностью для детского и взрослого населения. Они угрожают жизни и здоровью человека, нанося огромный ущерб окружающей природной среде, обществу и государству.

Взаимосвязь показателей безопасного и здорового образа жизни школьников обусловлена наличием психологических, физиологических и социальных качеств, которые способствуют выполнению его учебных и бытовых функций в оптимальных для безопасности и здоровья условиях, указывают на важность формирования у личности психологической устойчивости, направленной на сохранение и укрепление как индивидуального, так и общественного здоровья за счет поддержания рационального распорядка дня, питания, двигательной активности, закаливания, отказа от вредных привычек, социально-психологического благополучия и др. [6].

Объективная реальность современной жизни такова, что человеку приходится все время сталкиваться с чрезвычайными ситуациями, которые могут быть результатами аварии, природного явления, катастрофы, стихийных или иных бедствий. Они зачастую влекут за собой

материальные потери и нарушение условий жизнедеятельности человека. События последних десятилетий дают основания предполагать, что частота и степень негативных последствий неожиданного возникновения чрезвычайных ситуаций будут возрастать. Поэтому готовность людей к риску, их поведение в экстремальных ситуациях, реакция на неожиданные изменения требуют постоянного изучения с целью обеспечения безопасности жизнедеятельности.

Безопасность личности определяют три фактора: человеческий фактор, фактор среды, фактор защищенности. Первые два считаются основными. Человеческий фактор – это различные реакции человека на опасность. Среда традиционно разделяется на физическую и социальную. В социальной среде в свою очередь выделяют макро- и микросоциальный уровень. К макросоциальному уровню относятся демографический, экономический и другие факторы, воздействующие на человека, к микросреде – его непосредственное окружение (семья, референтная и профессиональная группа и т.д.). Факторы защищенности – это средства, которыми люди пользуются для защиты от тревожных и опасных ситуаций. Они могут быть физическими и психологическими (механизмы психологической защиты). Уровень защищенности зависит от степени конструктивности и активности поведения и деятельности человека. При этом важным условием конструктивного поведения выступает адекватная социализация инстинктов, потребностей и мотивов деятельности, т.е. удовлетворение нужд человека социально приемлемыми способами.

Осознание индивидом ситуации как высокоопасной может вызвать у него чрезмерно сильное волнение и способствовать снижению его психофизиологических возможностей. Если опасность осознается, но ей не придается чрезмерная оценка, то она может способствовать мобилизации сил.

Таким образом, личность безопасного типа поведения должна отличаться определенным уровнем психологической устойчивости и психологической готовности к действиям в различных жизненных ситуациях. Психологическую устойчивость обуславливают стойкие общинно-коллективистские мотивы в поведении, знание окружающего мира, осознание возможных угроз и опасностей по отношению к себе. Психологическая готовность предполагает предвидение опасностей, осознание возможностей уклониться от них, наличие навыка преодоления опасности.

Обстановка, складывающаяся в стране в сфере безопасности, настоятельно требует усиления подготовки подрастающего поколения в области безопасности жизнедеятельности на основе комплексного подхода к формированию у него современного уровня культуры безопасности жизнедеятельности, в том числе, безопасного и здорового образа жизни.

Необходимость противостояния влияниям, представляющим угрозу жизни, физическому здоровью и духовной безопасности личности, предполагает необходимость специального рассмотрения вопросов формирования безопасного и здорового образа жизни обучающихся на современном этапе развития общества [1; 5].

Актуальным состоянием развития социума является то, что мы имеем не только факты высокого уровня заболеваемости, смертности, низкого уровня рождаемости, но и проявление тенденции к вырождению генофонда нации, снижению геополитической роли духовно-нравственного и интеллектуального в развитии России. Вот почему нужен новый подход к рассмо-

трению процесса формирования безопасного и здорового образа жизни как педагогической проблемы. Это означает, что в центре внимания всех звеньев системы образования должно быть обучение культуре здоровья, формирование его на всех уровнях функционирования индивида в обществе.

В современных условиях особую значимость приобретают образовательные технологии, задачей которых, наряду с формированием психологической безопасности и устойчивости, является индивидуализация параметров мышечной нагрузки и физической подготовленности в целях обеспечения здоровья и формирования заинтересованного отношения к здоровому и безопасному образу жизни всех участников образовательного процесса на основе организационно-педагогических условий обучения, включающих урочную (аудиторную) деятельность, внеклассные мероприятия (внеаудиторные), спортивные занятия, режим дня и т.д.

Другими словами, решение проблемы формирования безопасного и здорового образа жизни является актуальной задачей современного общего, профессионального и дополнительного образования, поскольку, наряду с обеспечением высокого качества знаний, формирование самостоятельной, ответственной личности становится важным в ракурсе социального самоопределения, саморазвития и успешной социализации в обществе в процессе деятельности, в ходе реализации которой необходимо помочь школьнику самому стать для себя источником поддержки и мотивации [11].

Сегодня особенно остро встают противоречия между:

- требованиями ФГОС о взаимодействии учреждений общего и дополнительного образования в ходе комплексного решения проблемы формирования навыков здорового и безопасного образа жизни (поведения) у учащихся и отсутствием такого взаимодействия;
- социальными потребностями школьника-подростка в здоровом образе жизни, безопасном поведении и организационно-педагогическими условиями, способствующими формированию культуры здоровья, безопасного поведения детей с учетом возраста и индивидуальных психофизиологических особенностей;
- необходимостью формирования культуры безопасного поведения, ценностного отношения к здоровью и недостаточной разработанностью данного материала в программах школы, отсутствием методических пособий.

С учетом данных концептуальных противоречий необходимо оптимизировать педагогические технологии учебно-познавательной и оздоровительной направленности посредством использования интегративного и дифференцированного обучения при организации аудиторной и внеаудиторной деятельности обучающихся общего и профессионального образования.

В соответствии с требованиями ФГОС нового поколения безопасность и сохранение здоровья школьников является неотъемлемой частью образовательного процесса. Стандарт нового поколения способствует формированию знаний, установок, интересов и норм поведения, обеспечивающих сохранение, укрепление здоровья, заинтересованного отношения к собственному здоровью, знаний о негативных факторах риска для безопасности здоровья на основе реализации межпредметных связей интегративного обучения в процессе урочной деятельности.

В свою очередь межпредметные связи предполагают взаимную согласованность содержания образования по различным учебным предметам, построение и отбор материала, которые определяются как общими целями образования, так и оптимальным учетом учебно-воспитательных задач [2; 14].

Значительными потенциальными возможностями в этом плане обладает такая школьная дисциплина, как «Основы безопасности жизнедеятельности». В числе учителей-предметников педагог-организатор ОБЖ занимает особое место в вопросах формирования здорового образа жизни. Именно он дает учащимся первичные знания о понятиях «здоровье», «ЗОЖ», прививает культуру безопасного отношения к себе и окружающим людям, в совместной учебной деятельности с обучающимися формирует знания, умения и навыки по основам психолого-педагогических и медико-физиологических тем и разделов.

Поэтому с момента введения в общеобразовательных учреждениях курса ОБЖ в него включена самостоятельная образовательная линия «Основы здорового образа жизни», базирующаяся на знаниях об основных составляющих здорового образа жизни и их влияния на безопасность жизнедеятельности личности.

Курс ОБЖ способен решить задачу, которую не решала до этого ни одна учебная дисциплина, а именно: преодолеть фрагментарное базовое знание через объединение физики, химии, биологии, географии, истории и экологии в единый смысловой блок, объясняющий ученику, зачем ему нужны эти знания и как ими пользоваться [13].

Интегративная основа ОБЖ, исходя из ее комплексной природы, возникшей на стыке естественных, общественных и технических дисциплин, изучает закономерности и механизмы защиты человека и общества.

Исходя из общеизвестных педагогических и психолого-физиологических представлений, следует считать также одним из перспективных направлений формирования безопасной жизнедеятельности, сохранения и укрепления здоровья в процессе урочной и внеурочной деятельности обучающихся направление, ориентированное на развитие адаптированного поведения и психофизическую подготовку личности с учетом возрастных и типологических особенностей организма учащихся [3; 4].

Сочетание вышеуказанных направлений позволяет оказывать влияние на формирование устойчивой внутренней мотивации к сохранению и укреплению безопасного и здорового образа жизни, формированию культуры здоровья посредством когнитивного развития, повышения регуляторно-поведенческого потенциала индивида в процессе социально-педагогической и физиологической адаптации к учебно-познавательному процессу.

В форме урочной и внеурочной деятельности, с нашей точки зрения, оптимизацию целостного педагогического процесса в контексте формирования безопасного и здорового образа жизни и культуры здоровья как составного компонента социализации личности, являющейся интегрированной целостностью, возможно осуществлять на стыке валеологического обновления условий организации обучения и воспитания за счет межпредметных связей, реализации имеющихся внутри педагогических подходов и концепций, интегративного подхода к урочной (аудиторной) деятельности, построения внеаудиторного обучения как средства самореализа-



ции с учетом индивидуального подхода и дифференциации учащихся на основе личностных интересов, склонностей, адаптационных и познавательных возможностей учащихся детского, подросткового и юношеского возраста, их регуляторно-поведенческих, эмоционально-волевых, мотивационно-ценностных особенностей.

Поиск направлений эффективного профилактического воздействия, ориентированного на формирование или изменение поведенческих стереотипов подростков в сфере безопасного и здорового образа жизни, является актуальной задачей современной педагогики, психологии и социальной медицины.

Согласно Положению о «Комплексном здоровьесберегающем и психолого-педагогическом сопровождении образовательного процесса в условиях реализации ФГОС общего образования в системе образования Кемеровской области» (от 31.05.2013 г.), под комплексным здоровьесберегающим и психолого-педагогическим сопровождением образовательного процесса в условиях внедрения ФГОС общего образования понимается многоуровневая организация деятельности педагогов, педагогов-психологов, социальных педагогов и других специалистов образовательных учреждений, обеспечивающая достижение личностных, метапредметных, предметных результатов образовательной деятельности и психолого-педагогическую, медико-социальную помощь (поддержку) участникам образовательного процесса в образовательных учреждениях Кемеровской области всех видов и типов за счет формирования адаптивно-развивающей и безопасной образовательной среды.

В рамках реализации ФГОС нами сформулировано представление об адаптивно-развивающей и безопасной образовательной среде как совокупности организационно-педагогических и социально-гигиенических условий, психолого-физиологических факторов, способствующих реализации приспособительных возможностей индивида, сохранению, укреплению психического и физического здоровья обучающихся, социализации и самоактуализации личности, созданию межличностных отношений, свободных от насилия, физического и психического давления на всех субъектов воспитательно-образовательного процесса [5].

Адаптивно-развивающая направленность образовательной среды должна состоять из ее воздействия на всестороннее и гармоничное разноплановое развитие воспитанников, предусматривающее, с одной стороны, активное влияние среды на здоровьесбережение, физическое, психофизиологическое и психическое развитие, а с другой стороны, воздействие, в первую очередь, на личностное развитие, духовно-нравственное, предполагающее формирование адекватной ценностно-смысловой и потребностно-мотивационной сфер.

С помощью формирования адаптивной развивающей и безопасной образовательной среды на базе интеграции учреждений основного и дополнительного образования детей следует:

а) осуществлять личностное развитие воспитанников в отношении формирования их духовно-нравственной сферы, в частности, обеспечить повышение чувства общероссийского патриотизма, уровня межэтнической и межкультурной толерантности, а также в отношении их познавательной, потребностно-мотивационной, ценностно-смысловой и эмоционально-волевой сфер, в частности, добиться более адекватного перераспределения ценностных ориентаций, возрастания роли познавательных мотивов и мотивов личностного развития, повышения навыков волевой саморегуляции и т.д.;

б) оптимизировать здоровьесберегающее сопровождение воспитанников в образовательном процессе общего, дополнительного и профессионального образования, а также компенсировать ряд недостатков в их физическом, психофизиологическом, психическом, психологическом и социальном развитии, обусловленных некоторыми негативными влияниями других сфер жизнедеятельности, в которые включен каждый воспитанник;

в) обеспечить более высокий уровень психологической безопасности для всех основных субъектов образовательного процесса (воспитанников, тренеров и педагогов, родителей).

Для повышения эффективности средств обучения и воспитания в сфере формирования безопасного и здорового образа жизни необходимо использование интегративного и дифференцированного обучения при организации урочной и внеурочной деятельности школьников, находящихся в сенситивных периодах индивидуального развития.

Необходимо применение таких педагогических средств и технологий, которые обеспечивают повышение социально-психологических и физиологических адаптивно-ресурсных возможностей, с одной стороны, а с другой – обеспечивают психическое, психофизиологическое и физическое развитие воспитанников, а также хотя бы частичную компенсацию недостатков в таком развитии, обусловленных негативным влиянием других образовательных и жизнедеятельностных сред, с которыми взаимодействует каждый воспитанник.

#### Список литературы

1. Абаскалова Н.П. Методологические аспекты современного конструирования рабочей программы и урока по «Основам безопасности жизнедеятельности» / Н.П. Абаскалова, А.Ю. Зверкова // Сибирский педагогический журнал. – Новосибирск. – 2014. – № 6. – С. 237-244.
2. Абаскалова Н.П. Теоретико-практические аспекты здоровьесберегающих технологий, обеспечивающих формирование ключевой компетенции «быть здоровым» / Н.П. Абаскалова // Вестник педагогических инноваций. – № 2 (14). – 2008. – С. 62-73.
3. Блинова Н.Г. Особенности адаптации к обучению учащихся начальных классов в зависимости от уровня их психологической и биологической зрелости и индивидуально-типологических особенностей / Н.Г. Блинова, Е.А. Буданова, Э.М. Казин, Н.Н. Кошко // Валеология. – 2012. – № 4. – С. 7-13.
4. Дубровинская Н.В., Фарбер Д.А. Психофизиология ребенка: психофизиологические основы детской валеологии / Н.В. Дубровинская, Д.А. Фарбер. – М., 2000.
5. Казин Э.М. Формирование здоровьесберегающей компетентности педагогов в инфраструктуре образовательных учреждений (методологические и организационно-педагогические аспекты) / Э.М. Казин, Э.В. Працун, О.Г. Красношлыкова, А.И. Федоров // Валеология. – 2013. – № 3. – С. 38-44.
6. Казин Э.М. Формирование безопасного и здорового образа жизни в образовательной среде / Э.М. Казин, Н.П. Абаскалова, Н.Н. Кошко и др. // Профессиональное образование в России и за рубежом. – 2014. – № 1(13). – С. 50-55.

7. Кардялис К.К. Взаимосвязь между показателями психосоциального здоровья и мотивации к учебе / К.К. Кардялис, Э.Н. Эдимтайте // Вопросы психологии. – 2006. – № 2. – С. 24-27.
8. Леонтьев Д.А. Личность в непредсказуемом мире / Д.А.Леонтьев // Методология и история психологии. – 2010. – Т. 5. – Вып. 3. – С. 12-140.
9. Логинова Л.Г. Школа и учреждения дополнительного образования в контексте ФГОС нового поколения / Л.Г. Логинова // Воспитание школьников. – 2012. – № 5. – С. 3-11.
10. Лубовский Д.В. Программа развития мотивов межличностных отношений у подростков 12-15 лет // Психологические программы развития личности в подростковом и старшем школьном возрасте / Под ред. И.В. Дубровиной. – Екатеринбург: Деловая книга, 1998. – С. 57-58.
11. Львова С.В. Возрастные особенности развития познавательных потребностей и мотивации учения у школьников / С.В. Львова // Системная психология и социология: МГПУ. – 2014. – № 1(9).
12. Маслоу А. Мотивация и личность / А. Маслоу. 3-е изд. – СПб: Питер, 2006.
13. Основы безопасности жизнедеятельности. / М.П. Фролов, Е.Н. Литвинов, А.Т. Смирнов и др. // Учебники для 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 классов. – М.: Изд-во АСТ-Астрель, 2005-2011.
14. Петров С.В. Обеспечение безопасности образовательного учреждения / С.В.Петров. – М.: МИОО: Моск. Учебник, 2005. – 223 с.
15. Працун Э.В. Развитие здоровьесберегающей компетентности педагогов в образовательной инфраструктуре региона: Автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01 / Э.В. Працун. – Кемерово, 2014. – 23 с.
16. Ребко Э.М. Формирование культуры безопасности бакалавров образования / Э.М. Ребко // Здоровьесберегающее образование. – 2013. – № 1 (29). – С. 108-113.
17. Федеральный Закон РФ «Об образовании в Российской Федерации» от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ.

## **ЗНАЧЕНИЕ ЗАНЯТИЙ ПО ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ ДЛЯ СОЦИАЛИЗАЦИИ СТУДЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА**

*Капилевич Л.В., Давлетьярова К.В.*

Национальный исследовательский Томский государственный университет, г. Томск,  
Томская область

*Ильин А.А.*

Томский университет систем управления и радиоэлектроники, г. Томск, Томская область

В настоящее время актуальной остается проблема ухудшения здоровья студентов вузов, что приводит к снижению трудоспособности и нарушению социальной адаптации части выпускников [2]. Решение этой проблемы возлагается, в том числе и на курс физической культуры, который является обязательным для всех студентов в объеме не менее 400 часов. Однако значительная часть студентов с нарушениями здоровья получает медицинский отвод от занятий физической культурой по традиционной программе. Для решения указанного противоречия было предложено внедрить занятия лечебной физической культурой (ЛФК) в систему физического воспитания студентов.

Среди причин, по которым студенты получают освобождение от занятий физической культурой, значительное место (до 30%) занимают заболевания опорно-двигательного аппарата (ОДА). Самыми распространенными в этой группе являются сколиоз, остеохондропатия, остеохондроз в фазе ремиссии [3]. В молодом возрасте к ним редко относятся серьезным образом, однако они существенно осложняют социальную адаптацию молодых людей. Одно из проявлений данной патологии – нарушение функции равновесия и координационных способностей. Молодые люди, страдающие такими заболеваниями, не могут принимать участие во многих формах досуга, популярных у молодежи, в результате чего оказываются частично изолированы от своей социальной группы. Все изложенное определило актуальность и практическую значимость нашей работы.

Цель работы – исследовать эффективность формирования навыков координации и равновесия у студентов со сколиозом за счет включения элементов ЛФК в структуру академических занятий по физическому воспитанию.

Основную группу составили 32 студента – мужчины в возрасте 18-19 лет, у которых были диагностированы нарушения опорно-двигательного аппарата (ОДА) – сколиоз II-III степени, остеохондропатия, остеохондроз в фазе ремиссии.

Основная группа занималась по учебной программе, направленной на повышение двигательных навыков студентов, ранее освобожденных от физического воспитания, с включением элементов лечебной физической культуры. Занятия проходили 2 раза в неделю в рамках расписания в течение учебного года.

Методика проведения занятий была разработана на основе рекомендаций по лечебной физической культуре при заболеваниях позвоночника [1]. Каждое занятие по ЛФК состояло из

трех частей: вводная часть, основная и заключительная часть. Вводная часть урока включала в себя ходьбу (на носках, на пятках), дыхательные упражнения статического и динамического характера, а также упражнения для мелких и средних мышечных групп верхних и нижних конечностей. В основную часть занятия включались упражнения, обеспечивающие выработку общей и силовой выносливости мышц спины, брюшного пресса и грудной клетки для создания мышечного корсета. Кроме того в структуру занятий включались упражнения для улучшения координации и равновесия. В процессе обучения происходило постепенное усложнение упражнений в течение первого месяца занятий. В дальнейшем 70-80% упражнений оставались неизменными, 20-30% варьировались на каждом занятии.

В контрольную группу вошли 17 студентов аналогичного возраста, не страдающих заболеваниями ОДА и посещающих занятия по физическому воспитанию по традиционной программе.

Оценка координационных способностей и равновесия выполнялась на стабилографическом анализаторе Стабилан-1 (ЗАО «ОКБ «РИТМ», г. Таганрог). Выполнялись проба Ромберга с открытыми и закрытыми глазами и тест на устойчивость. Оценивались следующие показатели: смещение по фронтальной плоскости, мм; смещение по сагиттальной плоскости, мм; площадь эллипса, кв. мм, характеризующая рабочую поверхность площади опоры; средняя скорость перемещения центра давления (ЦД); качество функции равновесия (КФР). Последний показатель характеризует стабильность векторов скорости перемещения центра давления (ЦД) в горизонтальной плоскости при поддержании вертикальной позы [3]. Стабилографическое исследование выполнялось дважды: в начале и в конце учебного года.

Анализ данных проводили при помощи программы Statistica 6.0 for Windows фирмы Statsoft. Полученные данные представлены в виде ( $X_{cp} \pm m$ ). Достоверность различий между группами оценивалась с использованием непараметрического критерия Манна-Уитни.

В таблице 1 представлены результаты оценки равновесия в стабилографическом тесте на устойчивость. В начале учебного года большинство показателей у студентов, страдающих заболеваниями ОДА (разброс по фронтальной и сагиттальной плоскости, площадь эллипса, средняя скорость перемещения ЦД и качество функции равновесия) достоверно отличались ( $p < 0,05$ ) от контрольной группы. Важно отметить принципиальное отличие между группами – у здоровых студентов разброс колебаний ЦД в сагиттальной плоскости был выше, чем во фронтальной, тогда как в основной группе картина была противоположной – разброс по фронтальной был на 30% больше, чем по сагиттальной. Данные различия, вероятно, связаны с тем, что у здоровых людей изгибы позвоночника лежат в сагиттальной плоскости, поэтому поддерживать равновесие в ней труднее, чем во фронтальной. При заболеваниях ОДА добавляются изгибы во фронтальной плоскости, что и приводит к своеобразной «инверсии» способностей поддерживать равновесие.

Таблица 1 – Стабилографические показатели при выполнении теста на устойчивость ( $X_{cp} \pm m$ )

Стабилографические показатели	Основная группа		Контрольная группа	
	в начале учебного года	в конце учебного года	в начале года	в конце года
разброс по фронтальной плоскости, мм	44,2±3,5*	38,5±4,7*#	23,8±2,4	22,3±1,9
разброс по сагиттальной плоскости, мм	35,5±1,3*	32,5±3,0	28,2±2,5	26,2±2,1
ср. скорость перемещения ЦД, мм/сек	44,3±6,5*	35,8±5,6*#	27,2±3,6	26,5±2,9
площадь эллипса, кв.мм	22763,6±1394,4*	18449,9±559,1*#	16021,5±456,8	15095,5±436,5
КФР,%	22,8±4,4*	29,9±1,2*#	40,5±3,5	42,8±5,9

\* – достоверность различий с контрольной группой,  $p < 0,05$

# – достоверность различий в начале и конце года,  $p < 0,05$

После занятий по учебной программе с элементами ЛФК в течение учебного года в основной группе было отмечено существенное улучшение: наблюдалось возрастание качества функции равновесия, снижение разброса во фронтальной плоскости, снижение скорости перемещения ЦД, а также уменьшение площади эллипса (табл.1). Показатели смещались в направлении значений, характерных для контрольной группы. Разница между величинами разброса по фронтали и сагиттали снижалась до 18%, хотя описанная выше «инверсия» сохранялась. Этот факт свидетельствует в пользу гипотезы о ведущей роли анатомических факторов в формировании данного феномена.

Способность удерживать равновесие оценивалась также с использованием пробы Ромберга, которая выполнялась в двух вариантах: с открытыми и закрытыми глазами. В пробе Ромберга с закрытыми глазами у студентов основной группы в конце года уменьшился разброс перемещения ОЦТ во фронтальной плоскости, уменьшилась площадь эллипса, улучшилось качество функции равновесия ( $p < 0,05$ ). При выполнении пробы Ромберга с открытыми глазами в конце года было показано достоверное ( $p < 0,05$ ) увеличение качества функции равновесия на 9%. (табл. 2).

При сравнении результатов тестирования с открытыми и закрытыми глазами было обнаружено, что у студентов основной группы зрительный контроль играет гораздо большую роль в поддержании равновесия, чем в контрольной группе (табл. 2).

Таблица 2 – Стабилографические показатели студентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата в тесте Ромберга с открытыми и закрытыми глазами ( $\bar{X} \pm m$ )

Стабилографические показатели	Основная группа в начале года		Основная группа в конце года		Контрольная группа	
	открытые глаза	закрытые глаза	открытые глаза	закрытые глаза	открытые глаза	закрытые глаза
разброс по фронтальной плоскости, мм	2,2±0,2	3,0±0,2*\$	2,3±0,2	2,5±0,1#	2,1±0,2	2,4±0,2
Площадь эллипса, кв.мм	91,5± 0,7	172,9± 1,9*\$	93,3± 1,1	158,4± 1,1*#	101,0± 1,1	138,3± 2,1\$
Качество функции равновесия, %	87,2± 2,8	73,0± 4,1\$	95,5± 2,7*#	77,3± 4,0#\$	86,4± 2,1	76,0± 3,0\$

\* – достоверность различий с контрольной группой,  $p < 0,05$

# – достоверность различий в группе в начале и конце года,  $p < 0,05$

\$ – достоверность различий показателей при открывании глаз,  $p < 0,05$

В контрольной группе при закрывании глаз разброс по фронтали возрастал на 14%, тогда как в основной – на 36%. Площадь эллипса в контрольной группе при закрывании глаз увеличивалась на 38%, тогда как у студентов с патологией ОДА прирост был вдвое. КФР в контрольной группе снижалось на 10%, а в основной группе – на 17%. К концу учебного года в основной группе мы наблюдали некоторое снижение значимости зрительного контроля для поддержания равновесия – разброс по фронтали возрастал всего на 8%, а площадь эллипса – на 65%. Данную тенденцию можно оценить как однозначно позитивную – снижение роли зрительного контроля рассматривается в спортивной физиологии как показатель совершенствования двигательных навыков [4].

Полученные результаты свидетельствуют, что включение средств ЛФК в систему занятий по физическому воспитанию для студентов, страдающих заболеваниями ОДА, оказывает положительное влияние на параметры устойчивости при поддержании позы, а также на показатели равновесия в целом. Это проявлялось в снижении амплитуды и скорости колебаний центра давления, уменьшении площади проекции перемещений ЦД, а также в увеличении показателя качества функции равновесия, который характеризует эффективность поддержания позы. Также наблюдается снижение отношения величин разбросов во фронтальной и сагиттальной плоскостях и уменьшается роль зрительного контроля в поддержании равновесия.

Полученные результаты позволяют рекомендовать использование средств ЛФК в учебном процессе по физическому воспитанию студентов с заболеваниями ОДА. За счет формирования двигательных навыков такой подход будет способствовать социальной и профессиональной адаптации.

## Список литературы

1. Епифанов В.А. Лечебная физическая культура: Учеб. пособие / Епифанов В.А. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 568 с.
2. Солтанова В.Л., Давлетьярова К.В., Капилевич Л.В. Организация занятий лечебной физической культурой с освобожденными от физического воспитания студентами // Теория и практика физической культуры. – 2008. – №7. – С. 29-32.
3. Солтанова В.Л., Давлетьярова К.В., Капилевич Л.В., Андреев В.И. Коррекция нарушений функции равновесия у студентов посредством лечебной физкультуры // Бюллетень Сибирской медицины. – 2009. – Том 8. – № 3. – С. 23-27.
4. Koshelskaja E.V., Kapilevich L.V., Bajenov V.N., Andreev V.I., Buravel O.I. Physiological and biomechanical characteristics of the kick and goal techniques of football players // Bulletin of Experimental Biology and Medicine. – 2012. – V. 153. – I. 2. – P. 266-268.



## СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ У НИХ ЗДОРОВОГО И БЕЗОПАСНОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

*Кисляков П.А., Силаева О.А.*

Шуйский филиал Ивановского государственного университета, г. Шуя, Ивановская область

Одним из основополагающих требований к системе образования является создание условий и возможностей для формирования здоровой и безопасной личности, гармоничное развитие ее интеллектуального, физического, социального потенциалов. Особые требования при этом предъявляются к формированию культуры здорового и безопасного образа жизни детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ).

Окружающая человека среда, стремящаяся гарантировать безопасность, может и должна способствовать выработке адаптивных форм поведения, обеспечивать возможности и модели безопасного поведения, основанного на опыте научения. Об оптимальном уровне взаимодействия человека с социальной средой говорят умение защититься от возможных угроз (техногенных, природных, криминальных, информационных, психологических и пр.) и умение создавать безопасные отношения со средой. Особый подход при этом требуется к детям с ограниченными возможностями здоровья, имеющими реальные и потенциальные факторы риска, влияющие на их психологическую и физическую безопасность в связи с имеющимися трудностями в социализации. Дезориентация в социальной среде может привести к развитию у ребенка с ОВЗ опасного поведения (виктимного, аддиктивного, делинквентного, рискованного, агрессивного и пр.) [3].

Здоровый и безопасный образ жизни применительно к обучающемуся с ОВЗ характеризуется гармоничным единством психофизиологических и социально-психологических свойств индивида, совокупностью поведенческих факторов, которые способствуют сохранению и укреплению здоровья, обеспечению личной безопасности, а также успешному обучению и личностному развитию.

Ребенок с ограниченными возможностями здоровья в большей мере зависит от взрослых. Устойчивость к опасностям и угрозам, его жизнь, здоровье, способность к продуктивному обучению всегда будет зависеть от окружения, от той среды, в которой он находится [6]. Процесс приобщения ребенка к среде проживания предполагает не только усвоение им знаний по вопросам безопасности и умений действовать осторожно и предусмотрительно, но и выработку психологических установок на соблюдение правил безопасного взаимодействия с объектами и предметами окружающего мира, воспитание навыков сознательного поведения и реагирования. От того, как организовано такое обучение, насколько ребенок мотивирован на освоение правил безопасности, овладевает ими – будет зависеть его благополучие и сама жизнь. Знакомство ребенка с ОВЗ с окружающим социальным миром, с предметами и явлениями, находящимися вокруг, происходит достаточно поверхностно, фрагментарно, иногда полностью искаженно, в

связи с чем ему сложно соблюдать правила безопасного поведения в различных сферах жизнедеятельности, оценивать рискованные ситуации, в которых он оказывается [1].

Для успешного развития детей с ОВЗ, реализации ими здорового и безопасного образа жизни необходимо создавать соответствующие условия, включая социально-психологическое сопровождение, индивидуальные программы обучения и коррекции, взаимодействия со средой (социальным окружением), в которую интегрируется ребенок.

В настоящее время в психологии наиболее устоявшимся является понятие психологического сопровождения личности, под которым понимают систему полисубъектного взаимодействия (психологов, педагогов, дефектологов, родителей, детей), направленного на создание условий для успешного обучения и психологического развития ребенка в социокультурном пространстве.

Социально-психологическое сопровождение детей с ограниченными возможностями здоровья при формировании у них здорового и безопасного образа жизни мы рассматриваем как универсальный психолого-педагогический комплекс, повышающий эффективность формирования и развития у детей здорового и безопасного образа жизни на основе психокоррекционной и педагогической профилактической работы. Данное сопровождение отражает содержание социальных и психолого-педагогических задач (целевая функция) и технологии их решения (инструментальная функция). Целевыми функциями являются: образовательная, личностно-развивающая, функция социальной поддержки и психолого-педагогической помощи, коррекционная функция. Относительно формирования у детей с ОВЗ здорового и безопасного образа жизни социальными задачами являются формирование умений и навыков безопасного поведения и противостояния опасностям за счет развития соответствующих социальных навыков, психических, физических и интеллектуальных способностей, установления реального и более комфортного контакта с социальной (в том числе городской) средой, что способствует обеспечению индивидуальной защищенности и психосоциального благополучия, поддержке душевного равновесия, развитию гармоничной, здоровой личности, облегчению адаптации к социальной среде, коррекции факторов риска образа жизни. К инструментальным функциям относятся диагностическая, коммуникативная, прогностическая и организаторская. Эти функции обеспечивают выявление имеющихся у детей проблем образа жизни и факторов риска, установление оптимальных, партнерских отношений между субъектами образовательного процесса, прогнозирование и отслеживание позитивных изменений, а также организацию комплекса организационных, педагогических и коррекционных мероприятий, способствующих формированию здорового и безопасного образа жизни.

В Шуйском филиале ИвГУ при содействии Фонда поддержки детей, находящихся в сложной жизненной ситуации, разработан и реализуется на базе школы-интерната VIII вида интегративный проект «Мир движений – океан возможностей». Проект ориентирован на социальную поддержку детей-инвалидов для обеспечения их максимально возможного развития, их социализации, подготовки к самостоятельной жизни и интеграции в общество.

Проект включает модуль «Безопасное колесо», представляющий собой комплекс занятий, направленных на пропаганду безопасного поведения на дорогах, профилактику детского дорожно-транспортного травматизма, формирование культуры здорового и безопасного образа жизни.

В целевую группу проекта входят дети-инвалиды и дети с ограниченными возможностями здоровья, обучающиеся в школе-интернате VIII вида, имеющие умственную отсталость легкой степени и умеренную умственную отсталость (имбецильность).

Умственно отсталые дети, помимо стойкого недоразвития познавательной деятельности и эмоционально-волевой сферы вследствие органического поражения головного мозга, имеют сопутствующие дефекты развития и соматические заболевания. Это обстоятельство оказывает отрицательное влияние на усвоение умственно отсталыми школьниками элементарных общеобразовательных и социальных знаний, умений и навыков [7]. У них нет понимания последовательности и логики всех действий, входящих в навык. Движения детей неловки, плохо координированы, чрезмерно замедлены или, напротив, импульсивны. Любой вариант поведения не приемлет признаков безопасности.

Основой небезопасного поведения (рискованных поступков) являются невысокая устойчивость и распределяемость внимания; недостаточно сформированные навыки планирования, предвидения ситуации, объективного восприятия обстановки; замедленная реактивность и медленный анализ, равно как и повышенная импульсивность и эмоциональная отзывчивость на события, стремление к эффектным и демонстративным действиям (беганию, крику и т.д.). Инертность нервных процессов способствует стереотипности реакций, которые часто не соответствуют создавшейся обстановке. У них отмечается понижение скорости простой реакции при наличии отвлекающих факторов (звука тормозов автомобиля, сигнала сирены, запаха дыма, вспышки взрывоопасного вещества и т.п.) [2].

Психологическая коррекция, осуществляемая в рамках социально-психологического сопровождения, направлена на предупреждение негативных процессов в развитии ребенка, исправление отдельных психических свойств детей с ОВЗ. При этом следует учитывать, что внимание детей с умственной отсталостью всегда в той или иной степени нарушено: оно малоустойчиво, дети легко отвлекаются, им трудно сосредоточиться. Активное внимание, необходимое для достижения определенной цели, у них крайне слабо. Моторная недостаточность у различных групп детей проявляется по-разному. При умственной отсталости тормозного типа обращают на себя внимание бедность, однообразие движений, резкая их замедленность, вялость, неловкость, угловатость. В случае преобладания процесса возбуждения отмечается, напротив, повышенная подвижность, но движения носят беспорядочный характер, дети затрудняются производить последовательные, координированные действия [4].

Развитие у детей уверенности в себе, попутно снимая тревожность, страхи, чувство ущербности, обучение навыкам общения и взаимодействия способствует полноценному становлению личности, умению жить в сложном социуме. При этом психокоррекционная работа должна быть ориентирована не на преодоление того или иного симптома, а на безопасное развитие личности [6].

Педагогическая профилактическая работа, осуществляемая в рамках социально-психологического сопровождения, направлена на формирование у детей навыков ориентировки на дороге, безопасного поведения в различных дорожно-транспортных ситуациях (включая скорость реакции, ответственность, внимательность и пр.).

У ребенка отсутствует защитная психологическая реакция на дорожную обстановку, которая свойственна взрослым. Познавательное отношение к миру как отношению субъекта к объекту развивается через отражательные способности нервной системы человека. Проявление навыков безопасного поведения в различных дорожно-транспортных ситуациях наблюдается в выборе способов поведения при взаимодействии с опасной ситуацией, принятии на себя ответственности за свои действия, волевых усилиях, осуществлении самооценки своего поведения. С психологической точки зрения важное значение для формирования культуры безопасного поведения на дорогах имеет накопленный ребенком опыт. При этом следует отметить, что положительный опыт в большей степени позволяет снизить силу отрицательных эмоций, нормализовать психическое состояние, укрепить уверенность в собственных силах. Важное значение имеет эмоционально-волевая составляющая деятельности по обеспечению безопасности на дорогах. Воля, как важнейший системообразующий компонент безопасности жизнедеятельности, проявляется в способности ребенка сознательно достигать поставленной цели, преодолевая при этом внешние и внутренние препятствия. Волевое поведение в этом аспекте отражает способность управлять своим состоянием и поведением в различных условиях агрессивной среды в желаемом направлении, предполагает целенаправленность и самоконтроль поведения.

В рамках реализации проекта будут использованы продуктивные развивающие технологии и методики профилактической работы с детьми с ОВЗ, в основу которых положен личностноориентированный подход и индивидуальное сопровождение ребенка его «личным тренером» – тьютором, подготовленным из числа студентов-волонтеров. Работа тьютора начинается с наблюдения и исправления действий ребенка в искусственно созданной развивающей среде при конструировании и реконструировании игровых ситуаций безопасного поведения на дороге. Основой обучающей работы станет предметно-развивающая среда для разбора различных дорожных ситуаций (плакаты по ПДД, интерактивная доска, тренажеры и пр.). Применение на занятиях ситуационных задач с использованием метода ролевых игр позволит каждому ребенку проявить инициативу, самостоятельность, будет стимулировать их к принятию решения на основе полученных знаний и жизненного опыта.

Важным технологическим приемом профилактической работы является интеграция двигательной и познавательной деятельности (по М.А. Правдову) за счет введения движения во все виды деятельности ребенка с нарушениями в интеллектуальном развитии. Интеграция обеспечивается как в рамках модуля «Безопасное колесо», так и в рамках модуля «Двигаемся вместе», включающего занятия по адаптивной физкультуре.

Данные формы работы не просто вызывают интерес, повышают любознательность, уточняют и расширяют знания по предлагаемой тематике, но и параллельно совершенствуют интеллектуальные способности детей с нарушением интеллекта, развивая целенаправленную наблюдательность, осмысленное запоминание, произвольное внимание.

В заключение отметим, что формируемые умения и навыки должны иметь социальный опыт их применения в реальной жизни, иначе они будут утрачены [5]. Следовательно, родители должны стать активными участниками коррекционно-воспитательного процесса, придерживаться единства требований с педагогами и понимать, что важно не только оберегать ребенка

от опасности, но и готовить его к встрече с возможными трудностями, формировать представление о наиболее опасных ситуациях, о необходимости соблюдения мер предосторожности.

Список литературы:

1. Виноградова Н.Ф. Дети, взрослые и мир вокруг / Н.Ф.Виноградова. – М.: Издательский центр «Академия», 2008. – 152 с.
2. Давыдова М.С. Особенности формирования социальных представлений о безопасности жизнедеятельности у детей с интеллектуальными нарушениями // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. – 2009. – №98. – 94-101.
3. Кисляков П.А., Силаева О.А. Инклюзивное образование как условие обеспечения социально-психологической безопасности детей с ограниченными возможностями здоровья // Научный поиск. – 2014. – №4.2. – 12-13.
4. Литош Н.Л. Адаптивная физическая культура: психолого-педагогическая характеристика детей с нарушениями в развитии. Учебное пособие. – М.: СпортАкадемПресс, 2002. – 140 с.
5. Максименко Т.А., Тебенова К.С., Боброва В.В., Сакаева А.Н. Процесс формирования здорового образа жизни у детей с ограниченными возможностями // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – №1. – [Электронный ресурс] URL: [www.science-education.ru/107-8235](http://www.science-education.ru/107-8235) (дата обращения: 15.02.2015).
6. Психологическая коррекция как фактор обеспечения безопасности развития личности / Под ред. В.Г. Маралова. – Череповец: ФГБОУ ВПО ЧГУ, 2011. – 336 с.
7. Шмелева Е.А., Правдов М.А., Корнев А.В., Мальцева Л.Д. Проектная деятельность в обеспечении практикоориентированности профессиональной подготовки студентов к инклюзивному образованию // Научный поиск. – 2014. – №4.2. – 73-75.



Статья подготовлена в рамках проекта 17п-2014.8 от 18.07.2014 «Мир движений – океан возможностей» Фонда поддержки детей, находящихся в сложной жизненной ситуации

# **ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЕТЕНТНОСТНОГО ПОДХОДА К ФОРМИРОВАНИЮ У ОБУЧАЮЩИХСЯ ЛИЧНОСТНЫХ РЕСУРСОВ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ РАЗВИТИЕ ЦЕННОСТЕЙ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ КАК ОДНОГО ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ СОЦИАЛИЗАЦИИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ ВУЗА (НА ПРИМЕРЕ ПЕНЗЕНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО ТЕХНОЛОГИЧЕСКОГО УНИВЕРСИТЕТА)**

*Козлова Н.В., Тимонина Т.А.*

ФГБОУ ВПО «Пензенский государственный технологический университет», г. Пенза,  
Пензенская область

Процесс социализации в педагогике рассматривается в связи с пониманием сущности воспитательного процесса. Главными его участниками в вузе являются обучающиеся и преподаватели, обеспечивающие развитие и формирование личности. В процессе социализации решаются две группы задач: социальной адаптации и социальной автономизации личности. Решение этих задач, по сути противоречивых и в то же время диалектически единых, существенно зависит от внешних и внутренних факторов. Если социальная адаптация предполагает активное приспособление к условиям среды, то социальная автономизация – реализацию совокупности установок на себя, устойчивость в поведении и отношениях, которая соответствует представлению личности о себе, ее самооценке [1]. В процессе социализации у человека формируются социальные качества, знания, умения, соответствующие навыки, способности, т.е. формируются социальные компетенции, дающие возможность стать активным участником социальных отношений. В структуре перечня социальных компетенций (коммуникативная компетентность, компетентность социального взаимодействия, компетентность гражданской ответственности и др.) особую роль играет компетентность здоровьесбережения. Компетентность здоровьесбережения включает в себя знание и соблюдение норм здорового образа жизни, знание об опасности курения, алкоголизма, наркомании, СПИДа; знание и соблюдение правил личной гигиены; физическую культуру человека, осознание свободы и ответственности выбора образа жизни [3].

Изучение социологической и психолого-педагогической литературы по теме исследования позволяет сделать вывод о том, что компетентность здоровьесбережения формируется и развивается у обучающихся через деятельность и рассматривается многими учеными как неотъемлемая составляющая процесса социализации, поскольку помогает обучающимся справляться со сменой социальных ролей, предполагает умение сотрудничать, вступать в контакты, легкую совместимость, готовность к изменениям, к самоопределению, социальную ответственность за последствия своих поступков и является качественной характеристикой данного процесса [4].

Для эффективного формирования компетентности здоровьесбережения обучающихся в образовательной среде, на наш взгляд, необходимо придерживаться реализации педагогической стратегии, которая предусматривает наличие цели, педагогических условий, методов, приемов и средств достижения, этапов и предполагает осуществление определенных педагогических действий, способствующих пониманию обучающимися значимости деятельности, направ-

ленной на самосохранение и самореализацию в различных областях, осознанию ценности ЗОЖ, обогащению опыта здоровьесберегающей деятельности и предусматривает проведение комплекса мероприятий профилактического, ознакомительного, рекомендательного, поддерживающего характера, направленных на достижение цели и определенного результата [2]. Для реализации данных стратегий мы разработали модель организации профилактической работы в Пензенском государственном технологическом университете (ПензГТУ), ориентированной на следующие социальные группы.

Обучающиеся. Данная модель включает следующие направления.

1. Исследовательско-аналитическая деятельность: обследование – проведение скрининга с анкетированием по проблемам курения, употребления алкоголя, наркотиков, сохранности здоровья; определение основных социальных проблем обучающихся.

2. Просветительская деятельность: специальные лекции и семинары, тренинговые занятия, деятельность универсальной электронной информационной системы вуза.

3. Обучение здоровому образу жизни: формирование у обучающихся личностных ресурсов, обеспечивающих развитие социально-нормативного жизненного стиля с доминированием ценностей здорового образа жизни, действенной установки на отказ от приема психоактивных веществ (ПАВ); формирование у обучающихся навыков самоконтроля, разрешения конфликтных ситуаций, совладания со стрессом, управления эмоциями; формирование понимания у обучающихся роли здорового образа жизни в развитии личности и подготовке ее к профессиональной деятельности; овладение системой практических умений и навыков, способствующих сохранению и укреплению здоровья; формирование безопасного поведения, основанного на системе ценностных ориентаций в пользу здоровья; повышение активности молодежи в решении вопросов по пропаганде ЗОЖ.

4. Развитие волонтерского движения: включение обучающихся в активную профилактическую деятельность, подготовка и обучение актива.

Преподаватели. Данная модель включает следующие направления.

1. Исследовательско-аналитическая деятельность: изучение и мониторинг проблем, факторов, влияющих на распространение употребления ПАВ в молодежной среде; оценка и мониторинг эффективности профилактических мероприятий; выявление лиц группы риска; выявление семей, находящихся в социально опасном положении и оказание им психолого-педагогической помощи; выявление ценностных ориентаций и социальных установок у обучающихся первого курса, изменений и тенденций в молодежной субкультуре.

2. Социальная и профилактическая работа с обучающимися: составление и ведение социальной карты каждого отдельного структурного подразделения образовательного учреждения, в т.ч. и группы; содействие в решении социальных проблем обучающихся; коррекция и психолого-педагогическое сопровождение; разработка программ, проектов и планов творческой социальной и досуговой деятельности.

3. Просветительская деятельность: консультирование преподавателей по вопросам индивидуальной работы с обучающимися, их родителями; изучение и внедрение в практику

современных эффективных технологий профилактической работы; повышение квалификации через проведение методических, практических семинаров, практикумов по организации профилактической работы в образовательных учреждениях; организация методической помощи преподавателям в проведении часов наставника по профилактике употребления ПАВ и пропаганде здорового образа жизни; участие преподавателей и специалистов образовательных учреждений в региональных, областных, городских, внутривузовских семинарах, конференциях и др. по организации профилактической работы, охране здоровья молодежи и содействия ее здоровому образу жизни; разработка, выпуск и распространение методической литературы и информационного материала (буклеты и памятки).

Родители. В рамках данной модели осуществляется информирование родителей по проблеме распространения употребления ПАВ в молодежной среде; обучение родителей навыкам эффективного общения с детьми; проведение индивидуальных психологических консультаций по проблемам взаимоотношения с детьми; деятельность универсальной электронной информационной системы вуза; электронный проект по взаимодействию с родительской общественностью.

Отметим, что прежде чем начинать разрабатывать программные мероприятия, необходимо провести ряд исследований, включающих в себя анкетирование и социологические опросы, которые позволяют получить реальную картину распространения употребления психоактивных веществ и тенденций развития этой проблемы, определять уровень сформированности культуры здоровья (физического, душевного, духовного), уровень самооценки, отслеживать изменения в молодежной студенческой субкультуре, своевременно корректировать формы и методы работы, направленные на формирование компетентности здоровьесбережения обучающихся.

На наш взгляд, наиболее эффективными в формировании компетентности здоровьесбережения являются «event-технология» и технология «равный-равному». «Event-технология» представляет собой гуманитарную технологию организации досуга. Будучи личностноориентированной, эта технология выполняет ряд функций: информационную (распространение знаний о культуре досуга, транслирование информации о многообразии видов и форм досуга); воспитательную (передача образцов жизнедеятельности, воспроизведение моделей поведения, пропаганда ценностей уникальности человека, здорового образа жизни, свободы личностного выбора; формирование отношения к миру, самому себе; приобщение к национальной и региональной культуре); дидактическую (формирование знаний, умений и навыков в области организации культурного досуга и использование их в личностном опыте); релаксационную (снятие напряжения, тревожности, неудовлетворенности через формы досуга); социализации (реализация внутренне присущих человеку задатков и свойств, изменение личности в конкретной ситуации, в том числе как члена сообщества) [5].

Технология «равный-равному» (peer education) трактуется как обучение, при котором сами молодые люди передают знания, формируют установки и способствуют выработке навыков среди равных себе по возрасту, социальному статусу.

Учитывая представленные выше направления работы, в ПензГТУ студенческим самоуправлением (Студенческим конвентом) активно применяются рассмотренные выше технологии: «равный – равному» и «event-технология».



Важным направлением индивидуальной работы лидеров студенческого самоуправления является обучение студентов технологиям автономизации. Для реализации представленных технологий студенты-тренеры проводят психологические мастер-классы, интерактивные занятия, круглые столы, ролевые игры, творческие мероприятия, тренинги личностного роста, которые развивают личностный потенциал, дают знания и вырабатывают навыки универсального действия, успешно решающие жизненные задачи и открывающие богатую жизненную перспективу. Основные темы занятий: лидерство и командообразование, принятие решений, работа с идеями, личная эффективность, тайм-менеджмент, целеполагание, индивидуальные и групповые ценности, имидж, ораторское искусство и публичное выступление, вербальное и невербальное общение, искусство коммуникаций, секрет успеха, написание резюме и способы проведения собеседования и т.д. Все перечисленные мероприятия направлены на решение вопросов, связанных с развитием личности, формированием практических навыков общения с людьми, оказанием психологической помощи и поддержки, позволяющих изменять стереотипы и решать личностные проблемы.

Таким образом, на наш взгляд, реализация в вузе педагогической стратегии, модели профилактической работы, применение современных технологий создают условия для эффективного становления и повышения социальной компетентности обучающихся, в том числе и компетентности здоровьесбережения как одной из ключевых в социализации обучающихся в образовательной среде вуза.

#### Список литературы

1. Андреева Г.М. Социализация личности / Г.М. Андреева // Социальная психология. – М. : Аспект-пресс, 2000. – 376 с.
2. Игнатова В.В., Нургалеев В.С. Педагогические стратегии как предмет системного анализа // Мир человека: Научно-информационное издание. Вып. 1. – Красноярск: СибГТУ, 2001. – С. 112-122.
3. Зимняя И.А. Ключевые компетентности как результативно-целевая основа компетентностного подхода в образовании. Авторская версия / И.А. Зимняя. – М.: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 2004.
4. Козлова Н.В. Роль воспитательной системы вуза в формировании социальной компетентности обучающихся // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Гуманитарные науки: Научно-практический журнал. – 2011. – № 2 (18). – С. 141-146.
5. Сковородкин А.В. Педагогический потенциал event-технологии в развитии личности / А. В. Сковородкин // Новое в психолого-педагогических исследованиях. – 2010. – № 2. – С. 118-125.

## ЗДРАВСОЗИДАТЕЛЬНЫЙ МЕМОРАНДУМ ПРАВИТЕЛЬСТВУ РОССИИ

*Колбанов В.В.*

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург

### От истории к современности

Здоровье человека в России находится за аварийной чертой. Это утверждение не нуждается в доказательствах. Когда бессильной оказывается отечественная медицина, средства массовой информации стимулируют благотворительность для оплаты лечения за пределами государства. Медицинское приборостроение в России исчезло даже на уровне, характерном для СССР, фармацевтическая промышленность сохраняется за счет импортного сырья. В медицинском образовании оснащенность кафедр медико-биологического профиля, этого фундамента формирования врачебного мышления, находится в нищенском состоянии. Но это не главная беда. Парадигма здравоохранения, прогрессивная в конце XIX века, ныне оказалась несостоятельной. Многолетними исследованиями доказано, что потребность в медицинской помощи резко снижается там, где забота о здоровье человека основывается не на лечении и реабилитации, а на созидании здоровья. Термин «здоровый образ жизни» (ЗОЖ) – это краткая формула поведения, недостаточно осмысленная даже большинством медицинских работников, а не только большинством населения страны. Возможно, по этой причине и клиническая медицина скептически относится к проблеме образа жизни. В стране нет общегосударственной системы обучения здоровью, и на этом фоне осуществляется демонтаж Российской академии медицинских наук.

Для создания эффективной системы обучения здоровью в стране необходим единый научный фундамент. В конце двадцатого века наметился переход от здравоохранения к здравосозиданию. Эта теория еще не нашла всеобщего признания, но уже успела вызвать интерес не только исследователей, но и практиков в сфере профилактической медицины [2]. Теория здравосозидания должна следовать общим принципам методологии научного познания. Принцип познаваемости объекта исследования используется с поправкой на относительность знания в данный момент, с соблюдением заповеди «Не навреди!». Принцип детерминизма нацеливает на выявление причинных связей феномена здоровья не только с распознаванием и устранением факторов риска, но и с поиском факторов устойчивости (этиологии здоровья, по И.В. Давыдовскому) [5]. Принцип развития подразумевает не только учет особенностей онтогенеза человека, но и динамику стратегии ЗОЖ в соответствии с меняющимися условиями и достигаемыми результатами. Принцип историзма обязывает к анализу теоретического наследия разных эпох по изучению здоровья и ЗОЖ человека. Интеграция исторического опыта созвучна с принципом интегративности в плане использования методов разных наук, опыта ученых и практиков разных стран. В этом отношении плодотворной оказалась бы интеграция наследия славянских культур. Поскольку практика – основа теоретического мышления, принцип единства теории и практики можно представить как один из вариантов интеграции источников знаний.

Поскольку основа ЗОЖ – это управление здоровьем посредством адекватизации поведения, несомненно, эта область деятельности лежит в поле профессиональных интересов и компетенции педагогов. Особенность этого управления – наличие инерционности обратных связей. Коррекция образа жизни имеет отсроченный эффект, он становится заметным иногда по прошествии нескольких лет. Отсутствие сиюминутного эффекта отвратило многих людей от систематической работы по совершенствованию своего здоровья и, напротив, создало иллюзию безнаказанности саморазрушающего поведения (курение, наркомания и пр.).

Специфика здравосозидания заключается в том, что основным исследователем и субъектом управления становится сам индивид, предварительно подготовленный к деятельности. Для внесения основной информации в паспорт своего здоровья он, кроме мотивации, должен обладать базовыми знаниями (роль образования!), позволяющими выполнять коррекцию своих состояний. Педагог помогает ребенку, подростку обрести необходимую мотивацию, основанную на индивидуальных потребностях, и, давая свободу выбора, предоставляет возможность получения необходимых знаний.

Совместными усилиями педагога и учащегося выстраивается алгоритм здравотворческой деятельности: начальная диагностика (аутодиагностика) – прогноз – профилактика – формирование резервов организма – бережное расходование резервов – коррекция – снова диагностика (отслеживание состояний) – прогноз – коррекция и т. д.

Необходимость обучения каждого человека здравосозиданию впервые была показана в трудах И.И. Брехмана [3; 4]. Попытка создания науки о здоровье и ЗОЖ сразу нашла отклик в системе образования России. Первый опыт подготовки педагогов-валеологов был наработан в системе последипломного педагогического образования в Санкт-Петербурге, что послужило стимулом распространения валеологического образования в стенах педагогических колледжей и университетов России. Этот опыт был обобщен в одной из первых монографий по валеологии [7]. В конце XX века в системе образования России были реализованы следующие направления работы:

- подготовка педагогов-валеологов в педагогических университетах и училищах (колледжах);
- повышение квалификации работников образования в области культуры здоровья и ЗОЖ;
- воспитательная работа по формированию валеогенного мышления, утверждение норм ЗОЖ в поведении детей и подростков как удовлетворение одной из базовых потребностей;
- создание системы непрерывного валеологического образования, начиная с воспитания в дошкольных образовательных учреждениях, преподавания валеологии в школе с 1-го по 11-й класс и кончая внедрением валеологии в различные сферы профессиональной подготовки;
- создание валеологической службы (службы здоровья) в образовательных учреждениях.

Рассматривая профессиональный опыт подготовленных нами педагогов-валеологов, могу засвидетельствовать более высокую эффективность валеологической службы образовательных учреждений по сравнению с прежними организационными формами санитарного просвещения. К традиционным формам педагогического труда добавился новый управленческий аспект – формирование ЗОЖ индивида и коллектива. Коррекция образа жизни на основе креативного мышления учащихся – это предпосылка здорового начала будущих семей, способных родить, вырастить и воспитать последующие поколения детей с более совершенным генофондом и с устойчивой системой здоровых потребностей.

Первые разрозненные попытки создания единой системы валеологического образования не были своевременно скоординированы Министерством образования России, что послужило поводом для выпадов против валеологии как новой парадигмы. Инициаторами травли молодой науки выступили отдельные представители православной церкви и, как это ни прискорбно, рупор Минздрава – Медицинская газета. Повторилась история гонений на науки, не угодные властным структурам (генетику, кибернетику, педологию, социологию). Наподобие средневековой инквизиции, власть выискивала еретиков среди авангарда науки, а результат «неоинквизиции» – отставание в науке на десятилетия. Те страны, где обучение здоровью получило наиболее значительное распространение, искали в валеологии прогрессивное начало, а в России акценты были расставлены на единичных неточностях и ошибках. Термин «лженаука» был выдвинут против науки, но не против многочисленных религиозных сект, магии, колдовства, «целительства», нашедших почву в печати, радиовещании и телевидении. Победило мракобесие. Специальность «валеология» была изъята из классификатора специальностей, а альтернатива ей не найдена до сих пор.

Всему есть предел. Пришло время собирать камни. Общим противоборствующим сторонам необходимо проделать работу над ошибками и попытаться воссоздать то, что было разрушено пятнадцать лет назад.

Педагогическая стратегия формирования ЗОЖ должна способствовать самостоятельной выработке убеждений учащегося на основе обретаемых знаний и опыта. Благодаря убеждениям создаются устойчивая мотивация ЗОЖ, затем валеоготовность и самоконтролируемая активность. В отличие от общепринятой монументальной схемы «знания – умения – навыки», эта поведенческая система мобильна, динамична и легко вписывается в долговременную программу жизнедеятельности.

Успешность этой стратегии зависит не только от дальнейшего развития системы непрерывного валеологического образования. Очевидно, должны измениться требования и к педагогам, и к системе педагогического образования. В связи с этим возникает необходимость внесения изменений и дополнений в некоторые традиционные разделы педагогики и создания нового направления в педагогической науке – педагогики здоровья [8]. Целесообразность этого направления работы подсказана тем, что формирование здоровья детей педагогическими средствами зависит не только от усилий педагога-валеолога, но и от участия воспитателей, учителей всех специальностей, всего педагогического коллектива. Совершенствование учебных режимов и педагогических технологий силами только педагогов-валеологов невозможно, если валеологическая культура всего педагогического коллектива или какой-то его части еще недостаточна.

Под валеологической культурой личности, очевидно, следует понимать не только валеологическую осведомленность, но и динамический стереотип поведения, выработанный на основе собственных истинных потребностей, способствующих ЗОЖ, и определяющий бережное отношение к здоровью окружающих людей. Следовательно, одной из трудностей в ассимиляции валеологической парадигмы коллективами образовательных учреждений является требование готовности не только валеологов, но и педагогов всех специальностей.

Поскольку выявилась несостоятельность попыток разрозненно решать медицинские, психологические и педагогические проблемы индивидуального развития человека, координация деятельности специалистов всех профилей требует создания валеологической службы не только в каждом образовательном учреждении, но и в целом в муниципальных системах образования. Цель создания этой службы заключается в формировании у детей валеологически целесообразного поведенческого стереотипа, в увеличении потенциала их здоровья и приведении образовательного процесса в соответствие с их психофизиологическими возможностями. Служба должна вводиться в дошкольных образовательных учреждениях, школах любого типа, учреждениях дополнительного образования. Очевидно, рано или поздно появится задача создания такой службы и для взрослых на предприятиях и в учреждениях, но для этого понадобятся новые социальные условия.

Распространение опыта валеологической службы образовательных учреждений в ряде случаев встретило формальные препятствия, обусловленные противоречивостью действующих нормативных документов. Любое решение педагога-валеолога наталкивалось на необходимость достижения компромисса с требованиями образовательных стандартов. Юридически обусловленные, эти компромиссы не имеют логического обоснования, так как сами стандарты нуждаются в основательной переработке.

Думается, что попытки совместить принцип гуманизации со стандартизацией образования не сулит значительных успехов ни в познавательной деятельности, ни в формировании здоровья детей. Последнее явствует из количества часов учебной нагрузки, предусмотренной федеральным базисным учебным планом, но не соответствующей даже общеизвестным нормативам прошлого века [1].

Ввиду того, что образовательные стандарты не обеспечивают, хотя и декларируют это, условий для достижения выпускниками средней школы заданного уровня образованности, наверное, более гуманным было бы требование не достижения стандартного уровня любой ценой, а максимальной самоактуализации личности в соответствии с индивидуальными возможностями. Но осознание необходимости пересмотра и реформирования образовательной системы оказалось наиболее трудным для руководителей органов управления образованием.

Приведенные данные подтверждают актуальность еще одного направления работы, обозначенного в числе приоритетных задач еще в 1990 году на Всесоюзном межведомственном совещании работников здравоохранения и образования по охране здоровья детей дошкольного и школьного возраста [9]. Это направление, сформулированное как медико-психологическая экспертиза учебных программ, пока не имеет достаточного методического и нормативного обеспечения, но на основе всестороннего анализа жизни образовательного учреждения может положить начало валеологической экспертизе. Последняя должна заключаться в тщательном изучении режимов учебной деятельности, адекватности образовательных программ и педаго-

гических технологий, в исследовании работоспособности и динамики здоровья учащихся. К участию в экспертизе могут быть допущены лишь наиболее компетентные, специально подготовленные методисты районных научно-методических центров, способные на основе анализа ситуации выработать конкретные рекомендации по коррекции образовательного процесса в соответствии с валеологическими принципами.

Государственная политика формирования здоровья граждан России могла бы оказаться результативной при соблюдении следующих условий:

1. Дальнейшее развитие системы подготовки квалифицированных валеологических кадров на единой методологической основе. Создание системы профессиональной аттестации педагогов-валеологов и научной аттестации ученых-валеологов.
2. Уточнение тезауруса основных понятий, терминов и определений в области валеологии.
3. Научно обоснованный критический анализ и строгая государственная экспертиза печатной продукции по проблемам оздоровления и целительства.
4. Введение в практику действующих экспертных советов строгой валеологической экспертизы учебных программ, учебных режимов, педагогических технологий. Научное обоснование государственной системы лицензирования валеологического образования.
5. Лицензирование образовательных учреждений с учетом валеологических требований.
6. Изменение системы образовательных стандартов в соответствии с принципами формирования здоровья детей, подростков, молодежи.
7. Привлечение средств массовой информации к обсуждению на научной основе проблем ЗОЖ, противодействие рекламе продукции, методов и средств, создающих риск для жизни и здоровья людей.

Развитие валеологического образования и становление валеологической науки должны стать частью государственной политики, направленной на предупреждение деградации генофонда, создание социальных условий для повышения уровня здоровья граждан России.

#### Констатация очевидного

- Здоровье человека – это один из факторов национальной безопасности государства и главный фактор экономического и социального развития государства.
- Здоровье человека – понятие многомерное, поэтому забота о здоровье не может быть эффективной при развитии только одной составляющей (физической, психической, сенсорной, репродуктивной и др.); результативным становится обеспечение всего комплекса детерминант на социально обусловленной нравственной основе.

- В соответствии с Уставом ВОЗ, провозгласившим ответственность правительств за здоровье своих граждан, органы власти всех уровней обязаны создавать условия, необходимые для укрепления генофонда и здоровья всех этносов государства.
- Обеспечение здоровья граждан требует немедленного перехода от политики охраны здоровья населения к политике создания оптимальных условий для активного формирования здоровья человека с момента зачатия на протяжении всей жизни.
- Обязательным условием сохранения и укрепления здоровья человека является оптимальный для него собственный стиль жизни, а выбору правильного стиля жизни должно способствовать перманентное квалифицированное обучение здоровью.
- Накопленный опыт организации валеологического образования в образовательных учреждениях Беларуси, Литвы, Польши, России, Узбекистана, Украины, Чехии может явиться основой построения современной системы непрерывного обучения всех возрастных категорий основам здоровья и здорового образа жизни.
- К концу XX века возникли объективные условия для создания интегративной науки о способах формирования, сохранения и укрепления здоровья. На основе накопленной «критической научной массы» валеологического знания валеология сформировалась как новая гуманистическая парадигма, способная решить проблему единства и многообразия здравоведения.
- Валеология направлена на целостное изучение здоровья человека, на раскрытие целостной здоровьесберегающей деятельности, как это принято во многих современных исследованиях и нормативных документах.
- Современные валеологические исследования стали фундаментом развития педагогики здоровья, обеспечили методологические и теоретико-методические условия здоровьесберегающей инноватики в сфере непрерывного образования.
- Валеология является теоретико-методологическим базисом разработки государственных и национальных программ обеспечения здоровья человека.
- Перспективы валеологии связаны с разработкой интегративной методологии обеспечения здоровья человека, с интеграцией научных принципов и исторического опыта здравотворчества.

От слов к действиям

Правительству России предлагается:

- усилить контроль рекламной деятельности, относящейся к здоровью и нравственному воспитанию детей, подростков и молодежи;
- не допускать к публикации информацию о здоровье человека, не подтвержденную профессиональной экспертизой;
- препятствовать бездоказательным попыткам дискредитации валеологии и валеологического образования;

- создать нормативную базу валеологического сопровождения учебной и трудовой деятельности, валеологического образования и просвещения всех групп населения;
- предписать всем средствам массовой информации в интересах безопасности граждан Российской Федерации создать научно обоснованную систему компетентной профессиональной экспертизы любой тиражируемой информации, имеющей отношение к здоровью человека.

Российской академии наук рекомендуется:

- утвердить в Высшей аттестационной комиссии научные специальности «Валеология» и «Педагогика здоровья» по медицинским, педагогическим, биологическим и психологическим наукам;
- способствовать координации научных исследований в областях валеологии и педагогики здоровья.

Министерствам образования и науки, здравоохранения, социального развития Российской Федерации в своих программах рекомендуется:

- ввести поэтапно преподавание основ валеологии и педагогики здоровья на всех уровнях медицинского и педагогического образования с включением этой дисциплины в государственные образовательные стандарты;
- повысить роль разработки профилактических программ для предупреждения негативного влияния социальных и экологических факторов на здоровье человека;
- создать творческие коллективы для разработки учебных и образовательных программ, учебников и учебных пособий по валеологии и педагогике здоровья на грантовой основе;
- утвердить унифицированные учебные программы по валеологии и ввести в базисные учебные планы общего образования преподавание самостоятельного учебного предмета «Здоровье и здоровый образ жизни» и ходатайствовать перед Правительством РФ об учреждении профессий и должностей врача-валеолога и педагога-валеолога;
- восстановить в классификаторе направлений и специальностей высшего профессионального образования специальность «Валеология»;
- осуществить профессиональную подготовку педагога-валеолога и врача-валеолога;
- ввести в штатные расписания образовательных учреждений и центров здоровья должности соответственно педагога-валеолога и врача-валеолога;
- считать целесообразным дополнительное образование по валеологии в сфере подготовки, переподготовки и повышения квалификации специалистов различных отраслей;
- создать центры по лицензированию всех видов валеологической деятельности.



В основу меморандума вошли предложения участников семи Международных научных конгрессов валеологов, особенно – последнего, седьмого [6].

#### Список литературы

1. Антропова М.В. Физиолого-гигиенические рекомендации по нормализации учебной нагрузки учащихся VII-X классов / М.В.Антропова. – М.: АПН СССР, 1985. – 33 с.
2. Аринчин Н.И. Здравосозидание / Н.И. Аринчин. – Минск: Белорусский гуманитарный образовательно-культурный центр, 1998. – 48 с.
3. Брехман И.И. Валеология: Начало пути // Советская Россия – 29.V.1980. – № 122 (7273).
4. Брехман И.И. Валеология – наука о здоровье / И.И. Брехман. – 2-е изд. – М.: Физкультура и спорт, 1990. – 208 с.
5. Давыдовский И.В. Проблемы причинности в медицине: (Этиология) / И.В. Давыдовский. – М.: Медгиз, 1962. – 176 с.
6. Здоровье человека – 7: Материалы VII Международного научного конгресса валеологов / Под ред. В.В. Колбанова. – СПб.: ПСПбГМУ им. И.П.Павлова, 2014. – 248 с.
7. Колбанов В.В. Валеология: Основные понятия, термины и определения / В.В. Колбанов. – СПб.: Деан, 1998. – 232 с.
8. Колбанов В.В. Основы педагогики здоровья: Монография / В.В. Колбанов. – СПб.: Изд-во Балтийской пед. академии, 2015. – 155 с.
9. Рекомендации Всесоюзного межведомственного совещания работников здравоохранения и народного образования по охране здоровья детей дошкольного и школьного возраста // Педиатрия. – 1990. – № 6. – С. 103-104.

## **РАЗВИТИЕ ЛИЧНОСТНЫХ КАЧЕСТВ И ИНТЕРЕСА К ПРЕДМЕТУ «ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА» У СТУДЕНТОВ, ОСВОБОЖДЕННЫХ ОТ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ, В ПРОЦЕССЕ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

*Крылова А.С.*

ФГАОУ ВПО Волгоградский государственный университет, г. Волгоград, Волгоград-  
ская область

Проблема сохранения и поддержания здоровья студенческой молодежи и населения в России и во всем мире стоит очень остро. С каждым годом статистика заболеваемости среди молодежи, поступающей в высшие учебные заведения, приводит данные об ухудшающихся показателях здоровья. По имеющимся данным, процент новорожденных детей, являющихся здоровыми, постоянно снижается. За период 10-летнего обучения в школе увеличивается число детей с нарушениями зрения, опорно-двигательного аппарата, пищеварительной системы, возрастает число детей с отклонениями в психическом здоровье [3]. Большинство студентов на момент поступления в учебные заведения имеют серьезные проблемы со здоровьем, на основании которых врачи по спортивной медицине назначают медицинскую группу, которая позволяет освободить обучающегося от практических учебно-тренировочных занятий по физической культуре.

В связи с этим студентам предлагается теоретическое и методико-практическое освоение дисциплины.

Цель работы – изучение влияния разработанного учебно-методического комплекса по физической культуре на формирование у обучающихся, освобожденных от практических занятий по физической культуре, личностных качеств и интереса к изучению физической культуры.

Исследование проводилось на базе кафедры физвоспитания и оздоровительных технологий Волгоградского государственного университета. Контингент обучающихся составлял 120 человек с различными заболеваниями. Согласно рабочей программе, студент, освобожденный от практических занятий по физической культуре на длительный период, должен осваивать те требования и разделы рабочей программы, которые доступны ему по состоянию здоровья [1]. Формирование личностных качеств и интереса к физвоспитанию осуществлялось с помощью учебно-методического комплекса, разработанного на кафедре [2], включающего в себя создание доклада-презентации на тему согласно заболеванию обучающегося, освоение общедисциплинарных тем по физической культуре, описание и представление комплекса лечебно-оздоровительной гимнастики, направленного на улучшение функционального состояния организма, подвергшегося тому или иному заболеванию. Критерием сформированности личностных качеств, а именно: отношения к изучению дисциплины «Физическая культура» – выступило наличие и характер учебной мотивации. Результаты показали, что 70 человек проявили интерес к изучению основ здорового образа жизни и лечения собственного заболевания с помощью комплексов упражнений лечебной физической культуры. Кроме того

наблюдалось изменение отношения к собственному здоровью в сторону повышения его значимости и стремления сберечь его.

Различные методики освоения учебного материала по дисциплине «Физическая культура» для студентов, освобожденных от практических занятий, носят воспитательный характер, позволяют обнаружить положительные личностные качества и привлечь интерес обучающихся к теоретической стороне изучения данной дисциплины.

Использование разработанного на кафедре физвоспитания и оздоровительных технологий учебно-методического комплекса является эффективным, т.к. отмечено, что произошли положительные качественные изменения в понимании обучающимися основ здорового образа жизни.

#### Список литературы

1. Коваленко Т.Г. Рабочая программа дисциплины «Физическая культура». Направление подготовки – для студентов квалификации «бакалавр» всех направлений. Кол-во зач. ед 2. – Волгоград: ВолГУ, 2014.
2. Коваленко Т.Г. Учебно-методический комплекс дисциплины «Физическая культура». – Волгоград: ВолГУ, 2009.
3. Кожин А.А., Кучма В.Р., Сивочалова О.В. Здоровый человек и его окружение. 2-е изд. – М.: Академия, 2008.

## ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ОБУЧАЮЩИХСЯ КАК РЕАЛИЗАЦИЯ СОЦИАЛИЗИРУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ ОБРАЗОВАНИЯ

*Ле-ван Т.Н., Осокина Е.С.*

ФГОАУ ВО «Российский университет дружбы народов», г. Москва

Реализация государственной политики в отношении улучшения качества жизни населения тесно связана с повышением ценности индивидуального здоровья в системе жизненных ценностей каждого гражданина. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ впервые закрепляет обязанность граждан заботиться о сохранении своего здоровья. Соответственно компетенция здоровьесбережения становится одним из личностных результатов образовательной деятельности в области социализации обучающихся и воспитанников. В этом смысле социализирующая функция образования рассматривается в первую очередь как здравотворческая, здоровьесозидающая, а не здоровьесберегающая. Последнее предполагает, что ребенок воспринимается как объект воздействий, акцент ставится на создании безопасных для здоровья обучающегося условий, в лучшем случае позволяющих реализовывать одновременно с охранительной и тренирующую стратегию (тренируются адаптационные резервы, чтобы обеспечить саморегуляцию организма). Здравотворческая же, здоровьесозидающая деятельность лежит в плоскости развития собственного потенциала человека, его личностных ресурсов, мотивирующих его на самостоятельную организацию деятельности по сохранению и укреплению своего здоровья, т.е. опирается на преобразующую стратегию заботы о здоровье.

Социализирующей функции образования посвящены труды таких ученых, как Б.Г. Афаньев, А.г. Асмолов, В.И. Загвязинский, И.С. Кон, А.В. Мудрик, В.П. Сергеева, В.А. Сластенин и др. Под функцией (от лат. *functio* – исполнение) принято понимать обязанность, выполняемую кем-либо или чем-либо работу (в случае с неодушевленным предметом синонимом к определяемому слову выступает «назначение») [4]. Философский энциклопедический словарь дает еще одно значение слова «функция» – круг деятельности [5]. Социализирующая функция – одна из основных для системы образования, реализуемая как через обучение (в первую очередь, это дисциплины гуманитарного цикла), так и через воспитательную составляющую.

Социализирующую функцию как круг образовательной деятельности можно представить в виде ряда направлений, среди которых формирование культуры здорового и безопасного образа жизни занимает значимое место. Перечислим данные направления:

1. духовно-нравственное воспитание как усвоение ребенком гуманистических ценностей (Б.М. Бим-Бад, Л.И. Божович, Б.С. Братусь, А.В. Мудрик, В.В. Рубцов, В.И. Сластенин, В.И. Слободчиков и др.);
2. патриотическое воспитание как усвоение ребенком категорий, определяющих принадлежность к определенному государству (Л.В. Алиева, К.Ш. Ахияров, К.Ю. Белая, Ф.Б. Горелик, О.Л. Князева, О.В. Лебедева, В.В. Майн, С.Е. Матушкин и др.);

3. гражданское воспитание как усвоение ребенком ценностей гражданского общества, часто используется иной термин – правовая социализация (О.Ю. Казурова, А.А. Маринюк, О.Е. Сироткин и др.);
4. этнопедагогическая деятельность, т.е. передача ребенку традиций и культуры своего народа (Г.Н. Волков, Л.В. Кузнецова, Е.А. Найденова, Г.В. Нездемковская, К.И. Шилин и др.);
5. развитие культуры потребления – приобретения товаров и услуг, основ экономической грамотности и экологическое воспитание (В.Л. Глазычев, Г.Т. Кадырова, Н.А. Рыжова, И.А. Сасова и др.);
6. формирование информационной компетентности, в том числе медиакомпетентности, для успешного становления гражданина современного информационного общества (О.А. Баранов, Т.Н. Ле-ван, А.А. Левицкая, И.В. Чельшева, А.В. Федоров и др.);
7. содействие самоопределению и самоактуализации обучающихся: формирование адекватного образа Я, формирование стрессоустойчивости, развитие конструктивных копинг-стратегий, навыков продуктивной организации своего досуга, навыков конструктивного взаимодействия (в том числе коммуникативных), поло-ролевая идентификация – то есть усвоение ребенком социально одобряемых форм проявления своей личности сообразно полу, возрасту, социальной роли (Н.В. Бордовская, И.В. Дубровина, А.А. Реан, О.В. Хухлаева и др.);
8. содействие самореализации личности, ее социальному творчеству – поиску своего места для выполнения своей социальной миссии и для осознания своей принадлежности к определенной культуре (субкультуре), развитию и приобщению к культуре и искусству в течение всей жизни (Ш.А. Амонашвили, В.В. Зеньковский, А.В. Мудрик, А.А. Ухтомский и др.);
9. социализация в области усвоения здорового стиля жизни, в том числе профилактика зависимостей (Н.П. Абаскалова, Э.Н. Вайнер, О.С. Гладышева, В.Н. Ирхин, В.В. Колбанов, Э.М. Казин, И.С. Кон, Н.Н. Малярчук, А.Г. Маджуга, Т.Ф. Орехова, Н.В. Третьякова и др.);
10. содействие приобретению обучающимися компетентности в области социальной безопасности (И.А. Баева, Д.В. Зеркалов, П.А. Кисляков и др.);
11. трудовое воспитание, профориентация и профессиональное самоопределение (Н.Г. Блинова, Н.Э. Касаткина, Н.Н. Пачина, Н.С. Пряжников и др.).

Согласно исследованию, проведенному нами на материале научных публикаций, представленных в российской наукометрической базе публикаций (РИНЦ – [www.elibrary.ru](http://www.elibrary.ru)) за период 2009-2014 гг., формирование здорового образа жизни как самостоятельное направление социализации занимает второе место среди самостоятельных областей социализации в общеобразовательной школе (этой проблеме посвящено 6,3% статей, обнаруженных по поисковому запросу «Социализация» с указанием предметных областей «Общеобразовательная школа. Педагогика общеобразовательной школы» и «Внешкольное (дополнительное) образование

и воспитание. Внешкольная педагогика»). Следовательно, мы можем сделать вывод, что в научно-педагогической теории и практике деятельность образования в области сохранения, укрепления и развития здоровья устойчиво ассоциируется с реализацией социализирующей функции этого социального института.

Конкретизируем, что социализация в области здорового образа жизни представляет собой процесс усвоения обучающимися, воспитанниками ценности здоровья, формирование у них мотивации сохранения и укрепления своего здоровья и здоровья окружающих как социально значимой деятельности. Это предполагает формирование у детей и учащейся молодежи особого типа культуры (культуры здорового и безопасного образа жизни, физической культуры, экологической культуры) как части общей культуры личности и предоставление обучающимся возможности участвовать в здоровьесозидающих практиках и здоровьесозидающих отношениях, приемлемых для социального института образования. Также А.Г. Асмолов указывает еще на одну из задач социокультурной модернизации образования – компенсацию потенциальных рисков социализации подрастающих поколений, возникающих в других институтах социализации [1, с. 23], что также актуально в свете тенденции к доминированию моделей здоровьеразрушающего поведения в семьях, в средствах массовой информации, в молодежной субкультуре. Все обозначенные аспекты социализации в области здорового образа жизни напрямую связаны с «человекообразующей» сущностью образования (Ш.А. Амонашвили, Б.М. Бим-Бад, В.А. Сластенин, И.Ф. Исаев, Е.Н. Шиянов и др.).

По словам Д.А. Болтова, каждая из сфер социализации (каждый из «модусов», согласно его терминологии) обладает культурным измерением, то есть предполагает освоение связанных с ним способов действий, мотиваций, ценностных представлений, «правильного» поведения [2, с. 35]. То же самое можно сказать и про освоение модуса здравотворчества как личной и социальной практики.

Вместе с тем обращает на себя внимание, что на государственном уровне пока не разработана концепция здоровья, стратегия формирования культуры здорового и безопасного образа жизни гражданина (на это указывают В.В. Колбанов, А.Г. Щедрина и др.). Институт государственности, призванный «легитимизировать» социальные практики, ведущие к развитию демократического общества, основанного на национальных традициях и приоритете гуманистических ценностей, не в полной мере реализует свои функции в отношении предоставления каждому гражданину права на сохранение и укрепление здоровья. В частности, созданные на нынешний момент организационно-правовые, социокультурные и экономические условия для реализации каждым индивидом возможности сохранять, укреплять и развивать свое здоровье, недостаточны. И основным «пробелом» мы считаем отсутствие скоординированной на государственном уровне системы деятельности по социализации подрастающего поколения в области формирования культуры здорового и безопасного образа жизни в образовательных организациях. Необходимы системные решения для успешности реализации преобразующей стратегии заботы о здоровье в образовательных организациях. Эти решения лежат, как мы полагаем, в плоскости создания комплекса организационно-управленческих и организационно-педагогических условий:

1. уточнения концептуальных основ педагогической деятельности, связанной с сохранением и укреплением здоровья, в том числе интеграции здоровьесозидающей

функции в систему профессиональных функций педагога, нормативно-правовое и научно-теоретическое обоснование данной деятельности через профессиональный стандарт «Педагог», разработка методических рекомендаций для образовательных организаций по вопросам организации системной деятельности в области охраны и укрепления здоровья, формирования культуры здорового образа жизни обучающихся на основе межведомственного взаимодействия и социального партнерства – исследования В.Н. Ирхина, Э.М. Казина, В.В. Колбанова, Т.Н. Ле-ван, А.Г. Маджуги, Н.Н. Малярчук, Н.В. Третьяковой и др.;

2. кадровой политики, направленной на развитие валеологической компетентности педагогических кадров, их готовности к здоровьесориентированной деятельности, в том числе ценностного отношения к здоровью (не только в контексте сохранения и укрепления здоровья обучающихся, но и заботы о собственном здоровье как личностном и профессиональном ресурсе) – исследования таких ученых, как А.А. Деркач, В.А. Кан-Калик, Н.Н. Малярчук, Л.М. Митина и др.;
3. координации деятельности специалистов различных профилей, занимающихся здоровьем ребенка в образовательных организациях, на основе согласованности целей, задач и зон ответственности, на основе межведомственного взаимодействия, социального партнерства с семьей, социальным окружением и иными социальными институтами, а также на основе выделения на всех уровнях (на уровне образовательной организации, муниципальном, субъектном, федеральном) структуры (органа), осуществляющей координацию этой деятельности – исследования Э.М. Казина, В.В. Колбанова, М.Г. Колесниковой, Т.Н. Ле-ван, Н.В. Третьяковой и др.;
4. индивидуализации образовательной деятельности, направленной на формирование культуры здорового и безопасного образа жизни обучающихся (учет социокультурного контекста жизнедеятельности ребенка, особенностей его здоровья и развития, интересов и способностей и т.д.) – фактически мы говорим о построении индивидуального образовательного маршрута обучающегося в области приобщения к ценностям и практикам здорового образа жизни – исследования Н.Л. Галеевой, А.Г. Маджуги, Н.Н. Нежиной и др.

Последняя позиция, мало представленная в теории и практике образования, тем не менее заслуживает особого внимания. Так, согласно ст. 48 Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации», каждый педагог вне зависимости от специфики его трудовой деятельности должен в той или иной степени участвовать в здоровьесформирующей деятельности. Профессиональный стандарт «Педагог» дает основания работодателю оценивать соответствие сотрудника образовательной организации должности в том числе и по результатам педагогического труда, связанным со здоровьем обучающихся. Федеральные требования к образовательным учреждениям в части охраны здоровья обучающихся, воспитанников подробно описывают не только содержание здоровьесориентированной деятельности организации по всем направлениям, но и раскрывают требования к педагогу, обеспечивающему эту деятельность, указывают на сформированность культуры здоровья педагогических и научно-педагогических работников образовательной организации как обязательное требование (п. 6.8). Также в государственных

документах введено понятие «тьютор» как категория квалифицированных специалистов, обеспечивающих проведение оздоровительной работы с обучающимися, воспитанниками.

Обучение педагогов как тьюторов здорового образа жизни – одна из первостепенных задач Министерства образования и науки Российской Федерации, решение которой способствует не только успешной социализации молодого поколения на основе общечеловеческих ценностей (в первую очередь – ценности жизни и здоровья), но и повышению качества образования. Тьютор здорового образа жизни рассматривается нами как сотрудник организации системы образования, сопровождающий процесс выбора и реализации человеком здорового стиля жизни, соответствующего его индивидуальным особенностям и потребностям.

Вместе с тем присутствие в образовательной организации специалиста-тьютора, сопровождающего процесс формирования культуры здорового и безопасного образа жизни (т.е. способности к воспроизводству социального опыта, связанного с сохранением и развитием здоровья – физического, психического, духовно-нравственного – на некоторых устойчивых основаниях), – практика далеко не массовая. В условиях экономического кризиса не приходится надеяться на системные изменения для финансирования этой категории специалистов из средств федерального бюджета. Однако решать задачу по индивидуализации процесса здоровьесформирующей деятельности необходимо. В связи с этим мы предлагаем развивать у педагогов вне зависимости от их специализации тьюторскую позицию – особое отношение педагога к каждому обучающемуся как к индивидуальности, осознание педагогической миссии раскрытия этой индивидуальности, содействие максимальной реализации ребенком своего потенциала с учетом социокультурных и других условий его жизнедеятельности. И решение этой задачи также требует системных шагов.

Говоря о координации деятельности в области сохранения, укрепления и развития здоровья в образовательной организации, принято выделить с учетом принципов конгруэнтности (согласованности), обратной связи и опережающего характера координационной деятельности [3] самостоятельный аспект этой управленческой деятельности – мониторинг деятельности по сохранению, укреплению и развитию здоровья субъектов образовательного процесса. В качестве примера решения этой задачи приведем результаты Мониторинга здоровья и физической подготовленности обучающихся общеобразовательных организаций (далее – Мониторинг), проведенного по поручению Министерства образования и науки Российской Федерации Институтом медико-биологических проблем Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский университет дружбы народов» (ИМБП РУДН) в декабре 2014 года (разработчики системы Мониторинга – научный сотрудник ИМБП РУДН Е.С. Осокина, научный сотрудник ИМБП РУДН, к.п.н., доцент Т.Н. Леван).

Целью Мониторинга явилось получение информации, необходимой для принятия обоснованных управленческих решений по сохранению и укреплению здоровья обучающихся и повышению уровня их физической подготовленности. В задачи Мониторинга входило следующее:

1. комплексная оценка состояния здоровья и уровня физической подготовленности обучающихся;
2. выявление факторов риска нарушения здоровья обучающихся;



3. анализ здоровьесозидающего потенциала образовательных организаций как агентов сохранения и укрепления здоровья обучающихся и их физического воспитания.

Мониторинг охватывал следующие проблемы:

- 1) физическое здоровье обучающихся;
- 2) психическое и социальное здоровье обучающихся;
- 3) уровень физической подготовленности обучающихся;
- 4) факторы, оказывающие влияние на здоровье и уровень физической подготовленности:
  - а) занятия физической культурой и спортом;
  - б) образ жизни обучающихся (двигательный режим, режим дня, питание, досуговая деятельность, употребление психоактивных веществ);
  - в) личностная позиция обучающихся по отношению к здоровью;
  - г) учебная нагрузка и особенности организации образовательного процесса в образовательных организациях;
- 5) меры по здоровьесбережению обучающихся и формированию культуры здорового образа жизни в образовательных организациях (оптимизация двигательного режима в течение учебного дня, реализация образовательных программ здоровьесформирующей направленности, проведение мероприятий по продвижению здорового образа жизни, медицинское обслуживание, соблюдение санитарно-эпидемиологических правил и нормативов и др.).

В мониторинге приняло участие более 1000 общеобразовательных организаций из 10 субъектов Российской Федерации (Белгородской области, Владимирской области, Красноярского края, Республики Крым, Республики Марий-Эл, Республики Мордовия, Московской области, Свердловской области, Смоленской области, Республики Татарстан). Общее количество обучающихся 1-11 классов, принявших участие в исследовании, составило более 460000 человек.

Результаты мониторинга позволяют судить о том, каким образом в образовательных организациях реализуется социализирующая функция в области приобщения обучающихся к здоровому образу жизни.

В 82% образовательных организаций реализуются образовательные программы, направленные на укрепление здоровья обучающихся и формирование здорового образа жизни: например, комплексная программа «Здоровье», «Школа – территория здоровья», «Азбука здоровья», «Полезные привычки», «Равный – равному», «Твой выбор», «Все цвета, кроме черного», «Разговор о правильном питании» и др.

В 76% образовательных организаций предпринимаются дополнительные меры по пропаганде здорового образа жизни, профилактике вредных привычек и асоциального поведения: проведение лекций, кинопоказов, информационно-пропагандистских акций, спортивно-массо-

вых мероприятий, конкурсов, круглых столов, выставок по вопросам здорового и безопасного образа жизни, выступление агитбригад, подготовка «волонтеров здоровья», оформление стенгазет, тематических стендов и уголков здоровья, выпуск санитарных бюллетеней, размещение информации на сайтах образовательных организаций. Проводятся профилактические беседы и психологические тренинги.

Во всех образовательных организациях, принявших участие в мониторинге, проводится не менее 3 обязательных уроков по предметам двигательного характера в неделю; при этом в 23,5% образовательных организаций проводится более 3 уроков. Наиболее распространенными предметами двигательного характера, помимо физической культуры, являются ритмика, хореография и строевая подготовка. Также двигательная деятельность предусмотрена в рамках занятий по основам безопасности жизнедеятельности (ОБЖ), технологии, музыке.

В 98% образовательных организаций функционируют секции, кружки, клубы, студии, ориентированные на увеличение двигательной активности и повышение уровня физической подготовленности обучающихся – в среднем 5-6 в образовательной организации. Наиболее распространены волейбол (в 55% образовательных организаций), баскетбол (в 52% образовательных организаций), футбол (в 34,5% образовательных организаций), подвижные и спортивные игры (в 31% образовательных организаций), танцы (в 21,5% образовательных организаций). В целом же представлены разнообразные направления: легкая атлетика, гимнастика, аэробика, акробатика, чирлидинг, теннис, бадминтон, лапта, гандбол, пионербол, различные виды единоборств, арм-рестлинг, стрельба, фехтование, скалолазание, биатлон, лыжная подготовка, хоккей, плавание, велоспорт, спортивное ориентирование, лечебная физическая культура (ЛФК) и другие. В некоторых образовательных организациях дополнительные занятия здоровьесориентированного характера проводятся в тренажерных залах. В 22% образовательных организаций в систему физического воспитания включена туристско-краеведческая деятельность, действуют кружки по туризму и туристические клубы. В 3,5% образовательных организаций проводятся занятия по народным играм и танцам, а в 5% созданы военно-патриотические клубы.

В течение учебного года в образовательной организации в среднем проводится 10-11 физкультурно-оздоровительных и спортивно-массовых мероприятий, спортивных соревнований, дней здоровья, а также 7-8 творческих конкурсов, конференций, лекций, акций на тему здоровья и здорового образа жизни. Помимо этого в каждом классе в среднем проходит 8-9 классных часов, где затрагиваются вопросы здоровья и здорового образа жизни.

Обучающиеся 46,5% образовательных организаций принимают участие в муниципальных, региональных, всероссийских и международных физкультурно-спортивных мероприятиях, мероприятиях по тематике здорового образа жизни. Среди мероприятий – спартакиады, соревнования по видам спорта и туризму, спортивные и военно-патриотические фестивали и праздники, акции, направленные на пропаганду здорового образа жизни, и т.д. В 2014 году обучающиеся 26% образовательных организаций приняли участие в «Президентских состязаниях» и «Президентских спортивных играх», 9% образовательных организаций – во Всероссийской акции «Спорт – альтернатива пагубным привычкам», 8,5% образовательных организаций – в различных этапах всероссийской олимпиады школьников по физической культуре.

В 83,5% образовательных организаций предпринимаются дополнительные меры по созданию благоприятного режима двигательной активности: проводятся физкультминутки, динамические паузы, утренняя зарядка, подвижные игры на переменах, прогулки на свежем воздухе; организуются походы и экскурсии и т.д.

64,5% образовательных организаций реализуют сетевое взаимодействие по вопросам здоровьесбережения обучающихся, в том числе физического воспитания и повышения уровня физической подготовленности. В число социальных партнеров часто входят медицинские организации (поликлиники, больницы, диспансеры, центры профилактики и борьбы со СПИДом и инфекционными заболеваниями); организации физической культуры и спорта, на базе которых проводятся физкультурно-спортивные мероприятия и дополнительные занятия для обучающихся: дворцы спорта, спортивно-оздоровительные комплексы, плавательные бассейны, ледовые дворцы и т.д.; центры социального обслуживания; культурно-оздоровительные центры; различные организации дополнительного образования детей; волонтерские организации и др.

В 81% образовательных организаций ведется работа с родителями (законными представителями) по вопросам здоровьесбережения обучающихся, включающая общешкольные и классные родительские собрания, лектории и «родительский всеобуч» по вопросам сохранения и укрепления здоровья детей, профилактики зависимостей и др., встречи с медицинскими работниками и педагогами-психологами, индивидуальные консультации, организация совместных спортивно-массовых мероприятий, конкурсов, дней здоровья, походов.

Помимо образовательной деятельности, направленной на формирование культуры здорового и безопасного образа жизни, в образовательных организациях создаются здоровьесберегающие условия и обеспечивается медико-психологическое сопровождение образовательного процесса. В 81,5% образовательных организаций медицинский работник присутствует еженедельно не менее 0,5 часов в неделю; в среднем медицинский работник находится в образовательной организации 27 часов в неделю. В штате 66,5% образовательных организаций имеется педагог-психолог; в среднем педагог-психолог находится в образовательной организации 30,5 часов в неделю.

Кроме того, предпринимаются дополнительные медико-профилактические меры: в 32,5% образовательных организаций проводится витаминизация, в 8,5% – обеспечение обучающихся кислородными коктейлями. В некоторых образовательных организациях осуществляется кварцевание помещений, оснащение учебных помещений здоровьесберегающей мебелью, фитодизайн учебных помещений, фойе и коридоров, заполнение паспортов здоровья, обеспечение обучающихся фиточаями.

Работники 68% образовательных организаций в 2010-2014 гг. прошли повышение квалификации по программам и (или) модулям здоровьесформирующей направленности; в среднем в образовательной организации повышение квалификации в данной области прошли 25% работников от общего количества сотрудников.

В ходе мониторинга были собраны данные о состоянии физического, психического и социального здоровья обучающихся, а также оценен их актуальный уровень физической подготовленности. Не останавливаясь подробно на полученных результатах и выявленных закономерностях, отметим, что в среднем в образовательной организации 26% обучающихся-

ся имеют I группу здоровья, 56,5% – II группу здоровья, 16% – III группу здоровья, 1% – IV группу здоровья, 0,5% – V группу здоровья. В то же время 65% обучающихся отнесены к I (основной) медицинской группе для занятий физической культурой, 27% обучающихся – ко II (подготовительной) медицинской группе для занятий физической культурой, 6% обучающихся – к III (специальной «А») медицинской группе для занятий физической культурой, 1% обучающихся – к IV (специальной «Б») медицинской группе для занятий физической культурой, 1% обучающихся не допущены к занятиям физической культурой.

В рамках мониторинга было проведено анкетирование обучающихся по вопросам соблюдения принципов здорового образа жизни, в котором приняли участие более 370000 школьников. По данным анкетирования, 56% обучающихся выполняют рекомендации к недельному временному объему организованных физкультурно-спортивных занятий, установленные Приказом Минспорта России «Об утверждении государственных требований к уровню физической подготовленности при выполнении нормативов Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО)» от 8 июля 2014 г. № 575. При этом 39% обучающихся занимаются спортом, фитнесом и туризмом в школьных спортивных секциях и клубах, 39% – во внешкольных спортивных секциях и клубах. 54% обучающихся выполняют рекомендации к недельному временному объему самостоятельных занятий физической культурой и двигательной деятельности и 45% – рекомендации к недельному временному объему утренней гимнастики.

Выявив приведенные тенденции, Мониторинг явился первым шагом на пути к переходу к преобразующей стратегии сохранения здоровья детей и подростков в образовательных организациях и системному решению следующих задач:

1. организации мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья обучающихся, гармоничное физическое и психическое развитие, формирование у обучающихся культуры здорового образа жизни и здоровьесберегающего поведения;
2. оптимизацию учебно-воспитательного процесса и физкультурно-оздоровительной деятельности образовательных организаций;
3. развитие здоровьесозидающего потенциала образовательных организаций;
4. прогнозированию состояния здоровья обучающихся.

Подводя итоги, вернемся к тому, что здоровье – одна из фундаментальных характеристик человеческого существования, ценность как для отдельно взятого человека, так и для общества в целом. Стратегические государственные документы указывают на то, что основным фактором экономического развития России является возрастание роли человеческого капитала. Таким образом, основным фактором экономического развития, согласно Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года (утв. распоряжением Правительства РФ от 17 ноября 2008 года №1662-р), является возрастание роли человеческого капитала, в связи с чем в Российской Федерации реализуется социально ориентированный тип экономического развития, предполагающий, в частности, обеспечение качества и доступности услуг в сфере физической культуры и спорта, распространение стандартов здорового образа жизни. В системе образования реализация этого направления соци-

ально-экономического развития России рассматривается в контексте обучения, воспитания и развития человека, формирования его личных и социальных компетенций, среди которых одной из базовых является компетенция сохранения и укрепления здоровья (здоровьесбережения), опирающаяся на развитие потенциала личности, готовности человека к самостоятельной здоровьесберегающей (в идеале – здоровьесберегающей) деятельности.

#### Список литературы

1. Амолон А.Г. Стратегия и методологи социокультурной модернизации образования // Проблемы современного образования. – 2010. – №4. – С. 4-18. – [Электронный ресурс] URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/strategiya-i-metodologiya-sotsiokulturnoy-modernizatsii-obrazovaniya> (дата обращения 10.03.2015)
2. Болтов Д.А. Теоретико-методологическое изучение процесса социализации в учреждениях образования // Альманах современной науки и образования. – 2009. – №4. – Ч. 1. – С. 33-39.
3. Ле-ван Т.Н., Маджуга А.Г., Малярчук Н.Н., Третьякова Н.В. Модель межрегионального координационного совета по вопросам здоровьесбережения в образовании // Вестник Московского городского педагогического университета. Серия «Педагогика и психология». – 2014. – №2 (28). – С. 8-20.
4. Современный толковый словарь русского языка / Авт.-сост. А.Н. Чехомоненко. – Минск: Харвест, 2002. – 512 с.
5. Философский словарь / Под ред. М.М. Розенталя. – М.: Госполитиздат, 1972. – 496 с.

## **«ШКОЛА ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ» КАК МОДЕЛЬ «КРУЖКА КАЧЕСТВА» ПО ФОРМИРОВАНИЮ КУЛЬТУРЫ ЗДОРОВЬЯ В МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОМ КОЛЛЕДЖЕ**

*Литвинова Н.И. Алимушкина Ю.А., Шумова А.Л., Журавлева Т.П., Кузнецова Л.Е.*

ОБГОУ СПО «Рязанский медико-социальный колледж», г. Рязань, Рязанская область

Профессиональные компетенции в области медицинской профилактики являются наиболее востребованными в медицинских организациях, осуществляющих первичную медико-санитарную помощь. В целях обеспечения соответствия квалификации выпускников медико-социального колледжа требованиям современной стратегии развития здравоохранения осуществляется организационная, информационная и методическая поддержка преподавателей и студентов; зарождаются, развиваются и реализуются различные проекты, одним из которых является создание «Школы здорового образа жизни» (далее – Школа ЗОЖ).

Организованная в 2011 году для поиска эффективных путей реализации концепции формирования здоровьесберегающего пространства и культуры здоровья обучающихся и объединившая заинтересованных преподавателей и студентов, к настоящему времени Школа ЗОЖ накопила большой опыт работы и доказала свою эффективность.

Работа планировалась и осуществлялась на основе необходимости решения острых проблем формирования здорового образа жизни среди обучающихся, требовала интеграции педагогических, психологических и медицинских подходов. Такой вариант работы возможен только в неформальном объединении, в работе которого каждый участник мог бы свободно выразить свое отношение к проблеме, высказать свое мнение о проводимых мероприятиях, предложить свои пути достижения цели. Со временем работа Школы ЗОЖ стала соответствовать модели «кружков качества», в рамках которой работники собираются на добровольной основе для выявления факторов, влияющих на эффективность работы, а также для подготовки конкретных предложений для администрации по улучшению качества работы по формированию здорового образа жизни среди обучающихся.

Для создания единого методического подхода к анализу ситуации распространения факторов риска среди молодежи и оценки влияния различных составляющих на ее возникновение и развитие, выбора эффективных управленческих, психолого-педагогических технологий работы члены Школы ЗОЖ, в первую очередь, участвуют в обучающих семинарах для преподавателей и студентов. Данная работа способствует развитию и совершенствованию профессиональных компетенций, позволяет заинтересовать и сплотить активных участников, а также «отсеять» сторонников поверхностных мер и непродуманных решений. Итоговое обсуждение и принятие программ мероприятий осуществляется на уровне отдела по системе менеджмента качества образовательного процесса, воспитательного отдела, информационно-методического и учебно-производственного отделов. Утверждение и выполнение плана рекомендованных мероприятий регламентируется приказом директора.

Заседания Школы ЗОЖ включаются в общий план работы колледжа и проводятся ежемесячно. Внеплановые заседания организуются на основе мониторинга и оценки результатов

деятельности в связи с потребностью оперативного рассмотрения возникшей проблемы и принятия решения. Всего в работе участвуют 10 врачей-преподавателей, работающих с обучающимися на разных курсах и специальностях, также осуществляется учебно-исследовательская и проектная работа обучающихся. Темы студенческих работ выбираются коллегиально, в дальнейшем работа студентов курируется ведущим преподавателем.

В настоящее время основным направлением в работе Школы ЗОЖ выбрано исследовательское, так как, во-первых, принятие решения о проведении мероприятий и их содержании необходимо основывать не только на наличии данных, отражающих присущие молодежи модели поведения. Важно учитывать информированность молодых людей о факторах, влияющих на здоровье, отношение к необходимости изменения модели поведения, мотивированность на ведение здорового образа жизни. Во-вторых, исследовательское направление является актуальным для образовательного процесса, поскольку итоговая аттестация обучающихся проводится на основе оценки выпускной квалификационной работы. Практическая часть работы предполагает проведение самостоятельного исследования, таким образом, формирование профессиональных компетенций в части определения профессиональной проблемы в области профилактической медицины, ее изучение и оценка, разработка плана вмешательства и его осуществление являются важным вкладом в совершенствование образовательного процесса. И в-третьих, овладение исследовательскими компетенциями закладывает основу для непрерывного профессионального образования как обучающихся, так и преподавателей.

Одним из актуальных вопросов в данном направлении в рамках работы Школы ЗОЖ является представление результатов проведенной работы на конференциях и конгрессах, посвященных вопросам пропаганды здорового образа жизни и медицинской профилактики. Умение формулировать цели и задачи исследования, подбирать методы для их достижения, определять материал и правильно обработать результаты, формулировать рекомендации и выводы, доводить их до целевой аудитории и наглядно представлять основные идеи является наиболее проблемной деятельностью в работе Школы ЗОЖ. Например, проект «Научный вальс», включающий на счет «раз» – «Цели и задачи», «два» – «Материал и методы», «три» – «Результаты и выводы», успешно реализуется на учебных занятиях при работе с материалами научных исследований по различным направлениям практической медицины.

Проект «ЗОЖ – Здравомыслие, Ответственность, Жизнестойкость», реализуемый в рамках работы Школы ЗОЖ, основанный на исследованиях в области информированности обучающихся и преподавателей о факторах риска, на оценке профиля ответственности и мотивационного профиля, позволил определить вектор направления для работы по формированию культуры здоровья.

Реализация предложений участников Школы ЗОЖ позволила совершенствовать технологии медико-санитарного просвещения, проводимого среди молодежи, повысить эффективность применения технологий образования в части медицинской профилактики и обучения по профессиональному профилактическому модулю, создать «банк опыта и предложений» по реализации профилактической платформы медицинской помощи.

Следует отметить, что наиболее мобильным оказался коллектив студентов. Выбор тем исследовательских работ по медицинской профилактике, создание наглядных материалов для медицинских организаций, активное участие в конференциях различного уровня (от внутри-

колледжных до всероссийских), участие в волонтерском движении – все это позволяет сделать вывод об эффективности работы предложений Школы ЗОЖ. Преподаватели проявляют себя более инертной группой, однако энтузиазм, готовность пробовать и рисковать со стороны студентов вынуждают преподавателей также быть более активными в работе по формированию культуры здоровья в Рязанском медико-социального колледже.

Таким образом, сложившаяся система работы Школы ЗОЖ как модели «кружка качества» в части формирования здорового образа жизни обучающихся показала свою эффективность и, возможно, является «первой ласточкой» в развитии системы «кружков качества» в образовательных учреждениях.



## СУЩНОСТЬ И СТРУКТУРА ЗДОРОВЬЕСОЗИДАЮЩЕГО ПОТЕНЦИАЛА ЛИЧНОСТИ: ВЕКТОРНО-КОНТЕКСТУАЛЬНЫЙ И ХОЛИСТИЧЕСКИЙ ПОДХОДЫ

*Маджуга А.Г., Давлетшина Р.М.*

Стерлитамакский филиал ФГБОУ ВПО «Башкирский государственный университет»,  
г. Стерлитамак, Республика Башкортостан

В контексте своего исследования мы рассматриваем человека как биопсихосоциальное существо и поэтому считаем, что в процессе реализации здоровьесозидающей функции образования наиболее значимым становится холистический подход (В.А. Ананьев, В.В. Колбанов, Н.М. Полетаева, Я. Смэтс и др.) [2; 7; 14; 19]. Он предполагает не только снятие противопоставления духовно-психического и материально-телесного начал в человеке, но и акцентирует субъектность человека как носителя здоровья, его ответственность за состояние и развитие здоровья как жизненного потенциала. Напротив, недуг с позиции этого подхода первоначально зарождается на ментальном уровне, распространяясь затем на эмоциональную сферу, и, наконец, вызывая дисбаланс вегетативной нервной системы, локализуется на витальном (то есть физическом или телесном уровне), навязывая субъекту определенные ограничения в самореализации. Поэтому холистическое определение здоровья включает оптимальное функционирование и развитие человека в духовном плане (осознанная ответственность в социальной и более широких системах жизнедеятельности, вплоть до биосферы и ноосферы), когнитивной сфере (разумный оптимизм и наличие здоровьесозидающих установок) и психоэмоциональной сфере (эмоциональная уравновешенность), а также в плане его биологического тела (энергичность и физические возможности). Согласно холистическому пониманию здоровья, ведущими являются высокие системные уровни человека, следовательно, психические факторы оказывают более существенное влияние на соматическое здоровье, чем телесное состояние – на психический настрой человека.

Следовательно, только холистический подход к здоровью позволяет нам реализовать в полной мере здоровьесозидающую функцию образования, главным ориентиром которой должно стать построение в школе системы здоровьесозидающего образования. При раскрытии содержания феномена «здоровьесозидающее образование» мы опираемся на ряд ключевых понятий: «здоровье», «созидание» и «образование».

Для понимания семантики категории «здоровье» важно проанализировать различные подходы к феноменологии здоровья человека:

1) понятие «здоровье», как область человеческой культуры, включает в себя в единстве три составляющие: тело, душу и разум, следовательно, здоровье – это совокупность культуры физической (способности управлять своими движениями, своим телом); культуры физиологической (способности управлять физиологическими процессами в организме и наращивать их резервную мощность); культуры психической (способности управлять своими ощущениями, чувствами, эмоциями); культуры интеллектуальной (способности управлять своими мыслями); культуры духовной (способности управлять своей ценностно-смысловой

сферой и реализовывать жизненные устремления, связанные с духовным самосовершенствованием) [12];

2) здоровье человека – это результат его собственной деятельности [2; 15];

3) уровень здоровья определяется запасом, объемом жизненных сил человека; путь здоровья – это путь накопления, сохранения и усиления жизненных сил [14];

4) здоровье – это уровень адаптивных возможностей организма, его способности адекватно реагировать на внешние воздействия и приспосабливаться к возникающим условиям проживания, это степень устойчивости жизненных сил человека в изменяющихся условиях (экологических, социальных и др.) [5];

5) здоровье каждого человека находится в зависимости от здоровья окружающих его людей [3; 4];

6) система массового образования является одним из механизмов здоровьесоздания ребенка и в целом человечества, ибо почти каждый человек связан с ней всю свою жизнь: когда учится сам, когда учатся его дети и когда учатся его внуки [7; 10; 11];

7) здоровье есть результат воспитания, а не только лечения, и основным средством научения здоровому образу жизни является образовательная деятельность [1].

На основе анализа указанных выше подходов выявлена сущностная характеристика здоровья как педагогического феномена, представляющего собой многомерное интегральное личностное образование, в котором отражается уровень культуры отношения индивидуума к окружающему миру во всем многообразии его проявлений, которое детерминируется степенью усилий человека в наращивании своих жизненных сил и обеспечивает формирование устойчивых моделей здоровьесозидающего поведения и деятельности, направленных на гармонизацию его отношений с самим собой, и рассматривается как определяющее условие в формировании у субъектов образовательного процесса готовности к здоровьесозидающей деятельности.

Прилагательное «созидающий» означает «создающий новое, творческий» и предполагает совместную деятельность (бытие) ученика и педагога как субъектов образовательной деятельности. Творческие процессы совместной деятельности затрагивают личность ученика и педагога, их взаимодействие, активная позиция в творчестве создает возможность дальнейшего развития личности. Таким образом, понятие «здоровьесозидающий», аккумулирующее в себе такие понятия, как «творение», «сохранение», «развитие», «сбережение», «укрепление», является более емким, чем понятие «здоровьесберегающий».

Термин «созидание» мы трактуем как деятельное, процессуальное явление, сопряженное с самоактуализацией и формированием здоровьесозидающей личностной позиции. Важными компонентами здоровьесозидающей деятельности являются саморефлексия (состояние тела, духа и интеллекта); самоцелесолагание (обнаружение нового «Я» самого себя); самопрограммирование (разработка последовательности своих действий по осуществлению себя и поиск ресурсов в себе); самореализация (осуществление процесса выхода на новый образ «Я»). Здоровьесозидающая деятельность – это деятельность, мотивированная духовными потребно-

стями в самосозидании и создании вокруг себя экологически здоровой предметно-пространственной, природной и социальной среды.

Важным условием в реализации здоровьесозидающей функции образования является построение системы здоровьесозидающего образования. На наш взгляд, здоровьесозидающее образование – это перманентный процесс, направленный на формирование продуктивного опыта здоровьесбережения в эколого-личностном и образовательном пространстве, на основе которого возможна реконструкция и переосмысление личностью валеологических установок и выработка новых стратегий жизни и деятельности в отношении своего здоровья [6].

Таким образом, здоровьесозидающее образование – это качественная характеристика особым образом организованного целостного педагогического процесса, нацеленного на формирование у учащихся и учителей готовности к здоровьесозидающей деятельности, которая является качеством личности, обуславливающим здоровый образ их жизни и обеспечивающим благодаря этому становление (то есть сохранение, поддержание, укрепление и наращивание) их здоровья, что в конечном итоге способствует полноценному решению образовательных задач.

В бинарно-интегративной теории содержания образования (Л.М. Перминова) отмечается, что при сознательном овладении содержанием образования как интегративной системой самоидентификация личности выполняет созидательную функцию для человека [13]. Следовательно, в процессе реализации здоровьесозидающей функции образования смысл человеческому существованию придает самоидентификация, в основе которой лежит рефлексия, охватывающая цели, средства и объект, ибо в этом случае у человека вырабатывается мотивированное отношение к ценностям, он приучает себя к осознанному выбору, базирующемуся на определенных нравственных идеалах.

Именно поэтому учитель может оказать существенное влияние на здоровье учащихся, если в его функции будет входить задача стимулировать детей к здоровью, т.е. умение помогать детям его сохранять, поддерживать, укреплять и наращивать в доступных для них пределах, что является актом человеческой культуры.

При разработке концептуальной модели здоровьесозидающей функции образования мы основывались на принципах формирования содержания общего образования, разработанных В.В. Краевским. Это принцип соответствия содержания образования во всех его элементах и на всех уровнях конструирования требованиям развития общества, науки, культуры и личности, единства содержательной и процессуальной сторон обучения, принцип структурного единства содержания образования на разных уровнях его формирования [9].

Анализ практики современного образования в аспекте здоровьесозидающей ориентации позволил выявить две группы факторов, оказывающих влияние на здоровье как учителя, так и учащихся, одна из которых связана с нормативными требованиями в организации учебно-воспитательного процесса (объективные факторы), а другая – с системой взаимоотношений между его субъектами (субъективные факторы).

В результате поиска эффективных способов преодоления негативного воздействия образовательной деятельности на здоровье учащихся и учителей мы пришли к выводу, что одним из современных средств, обеспечивающих улучшение здоровья учащихся и учителей, является

изменение системы взаимоотношений, в которые они вступают в процессе педагогического взаимодействия.

В этой связи при реализации здоровьесозидающей функции образования мы уделили большее внимание содержательно-функциональным принципам, в которых общие и частные методологические принципы конкретизируются в соответствии с ее содержательной и функциональной спецификой:

– принцип холистического подхода к здоровью, требующий при разработке содержания образования учета всех его составляющих (физического, психического, духовного, социального здоровья), а также всего многообразия факторов, оказывающих на него влияние;

– принцип аксиологической направленности, обеспечивающий формирование в процессе образования ценностного отношения к здоровью, т.е. осознание его как индивидуальной, личностной и социальной ценности, и на основе этого – ответственного отношения к нему, которое выражается в признании, что здоровье человека – это его долг перед собой и обществом;

– принцип актуализации деятельностного здоровьесозидания, обуславливающий необходимость формирования в процессе образования систематизированных представлений о практических способах здоровьесозидания и готовности к их регулярному использованию в целях формирования здоровьесозидающей личностной позиции;

– принцип единства образования и самодиагностики здоровья, в соответствии с которым образование ориентирует обучающегося на саморегуляцию здоровьесозидательной деятельности;

– принцип резонансного подхода к организации здоровьесозидающей образовательной деятельности, ориентированный на то, что стимулы, релевантные потребностям или ценностям личности, воспринимаются правильнее и быстрее, чем не соответствующие им;

– принципы здоровьесозидающего мышления, определяющие конструктивно-позитивное отношение человека к миру, обеспечение здоровьесозидающей личностной позиции (принцип самостоятельности; принцип последовательности; принцип взаимозависимости; принцип автономности; принцип взаимообусловленности; принцип постепенности и систематичности);

– принципы здоровьесозидающего поведения, дающие возможность человеку чувствовать себя комфортно в реальности, живя в гармонии и согласии с разными людьми и миром в целом (принцип взаимообозрения; принцип одобрения; принцип согласия; принцип позитивной речевой установки; принцип личностного обращения; принцип взаиморазвития; принцип безусловной любви).

Рассмотренные принципы позволяют определить целеполагание и критерии отбора содержания при реализации здоровьесозидающей функции образования: целостное отражение в содержании общего образования задач гармоничного развития здоровой личности и формирование ее культуры здоровья; научная и практическая значимость предметного содержания по различным аспектам целостного здоровья, включаемого в основы наук; системность, что означает рассмотрение в системе приобретаемых знаний и умений в аспекте здоровья человека; соответствие сложности содержания учебных предметов реальным учебным возможностям

учащихся того или иного возраста, сохраняя при этом его индивидуальное здоровье; соответствие объема содержания учебного предмета имеющемуся времени на его изучение.

Необходимо отметить, что раскрытие внутренних механизмов наращивания здоровьесозидающего потенциала личности, понимание психолого-педагогических детерминант этого процесса позволит выйти на новый уровень управления ресурсами здоровья – здоровьесозидающий.

Анализ существующих теорий и концепций, отражающих активность личности в отношении своего здоровья, таких как модель убежденности (Hochbaum, Rosentock, 1960), теория защитной мотивации (R. Rogers, 1997), теория обоснованного действия (Ajzen, Fishbein, 1975), модель здравого смысла и саморегуляции (Leventhal, Brissette, 2003), концептуальная модель самоменеджмента (D’Zurilla, 1996; Whitlock, 2002; Hill-Briggs, 2003; Glasgow, 2006), когнитивно-социальная процессуальная модель здоровья (C-SHIP), разработанная Miller, Shoda и Hurley (1996), социально-экологическая теория (Glanz et al., 2002; Stokols, 2000), позволил нам выделить личностные образования, характеризующие здоровьесозидающую позицию индивидуума [15; 16; 17]. К ним относятся валеологическая установка, метакогнитивные способности, аффективная атрибуция и здоровьесозидающая компетентность. Каждое из образований динамично и имеет направление в своем развитии, то есть является вектором в наращивании здоровьесозидающего потенциала личности.

Здоровьесозидающий потенциал – это совокупность условий для поддержания и укрепления человеком как субъектом собственного целостного здоровья. К внутренним условиям здоровьесозидающего потенциала можно отнести:

1) физиолого-биологические условия – наследственность, уровень физического развития (показатели физиометрии, соматометрии и соматоскопии), уровень текущего состояния здоровья по наличию или отсутствию хронической заболеваемости, уровень неспецифической резистентности (сопротивляемости) организма, уровень физической подготовленности;

- психологические условия – уровень развития основных психологических процессов (восприятие, мышление, память, воображение и др.); уровень резерва психических возможностей (резерва психической адаптации) или стрессоустойчивости;
- духовно-нравственные условия – уровень развития эмоционально-мотивационной сферы, ценностных ориентаций и установок; уровень адекватности поведения требованиям социальной среды.

*Внешние условия* включают в себя социокультурные факторы, которые можно разделить на две подгруппы:

- социальные условия – наличие и доступность услуг физкультурно-оздоровительных, коррекционно-психологических, медико-реабилитационных и иных центров и служб содействия укреплению здоровья;
- общественно-идеологические условия – наличие стойких идеологических позиций в отношении приоритетности здоровья, здорового образа жизни, поддерживаемого на

всех уровнях государственной власти (федеральном, региональном, муниципальном и объектном).

В качестве основных проявлений здоровьесозидающего потенциала можно выделить следующие: формирование телесного самосознания, поведенческих драйверов, которые репрезентируют собой универсальные механизмы самодвижения и стремления к совершенству – «творение – себя – из себя».

Таким образом, актуализация *здоровьесозидающего* потенциала, как реализация намерения человека в указанных условиях, проявляется в феномене объективно и субъективно воспринимаемого здоровья человека.

На основе такого понимания была разработана модель *здоровьесозидающего потенциала личности*, которая включает в себя, как уже было отмечено, четыре вектора: валеологическая установка, метакогнитивные способности, аффективная атрибуция и здоровьесозидающая компетентность. **Метакогнитивные способности** характеризуют индивидуальные особенности личности, позволяющие индивиду отражать, оценивать и осознанно (неосознанно) управлять собственной когнитивной системой при оценке результативности или построении прогностической модели здоровья. **Валеологическая установка** определяется нами как психологическое состояние предрасположенности субъекта к активной позиции в отношении удержания и наращивания объема собственного здоровьесозидающего потенциала. **Аффективная атрибуция** выступает как когнитивно-личностное образование, обеспечивающее эмоционально-энергетическое обеспечение процессов здоровьесозидания и атрибуцию возникающих психоэмоциональных состояний. Здоровьесозидающая компетентность характеризует уровень становления, развития и владения практическими навыками сохранения, укрепления и развития здоровья, их применения (моделирования) в различных жизненных ситуациях, поскольку здоровьесозидающая активность должна быть обеспечена как практическим инструментарием (технологиями, приемами и методами), так и методическими подходами к его использованию при моделировании и построении соответствующих изменяющимся ситуациям стратегий.

Категория «*вектор*» здесь выступает как элемент психологического пространства личности, обладающий направлением и дихотомическими проявлениями – нарастанием или деструкцией. С нашей точки зрения, именно движение по данным векторам и составляет сущность процесса реализации потенциала человека в области здоровьесозидания.

Изначально описанные четыре вектора составляли самодостаточное четырехмерное пространство здоровьесозидающего потенциала. Однако в дальнейшем стало понятно, что возможно добавить еще одно пространство, которое существенно дополняет имеющуюся модель, придавая ей еще большую объемность. Это пространство образовано совокупностью *контекстов*, в которых существуют и рассматриваются указанные векторы здоровьесозидающего потенциала личности.

Можно выделить несколько контекстов, то есть направлений соотнесения потенциала здоровья человека, с иными отраженными в его психике феноменами, относящимися к факторам здоровьесозидания личности. Во-первых, это *социокультурный контекст*, к которому принадлежат прежде всего традиционные для данного общества этнические способы

организации жизнедеятельности, определяющие общие представления и принципы организации здоровьесберегающей и здоровьесозидающей среды. Данный контекст, включает в себя как нормативно-ценностный, так и технологический компоненты отношения к здоровью, присущие данному обществу, культуре, этносу в конкретный исторический период. Тем самым этот контекст представляет собой своеобразный «хронотоп» здоровьесозидающего потенциала субъекта, то есть более широкое психологическое пространство, отражающее репрезентацию социокультурных феноменов в их соотношении с собственно факторами здоровьесозидания. Кроме того можно также рассматривать здоровье и вопросы развертывания потенциала здоровьесозидания человека в *телесно-физиологическом*, *психологическом* и *духовном* контекстах. Это отражает холистическое понимание здоровья и здоровьесозидающего потенциала. Поэтому с позиций холистического понимания здоровья и здоровьесозидания необходимо ставить любой относящийся к данной проблематике фактор не только в контекст телесных процессов, но изучать его субъективную репрезентацию в когнитивных и эмоциональных формах, а также рассматривать духовное значение этих здоровьесозидающих факторов. Причем следует иметь в виду, что последовательность этих контекстов не случайна – каждый последующий трансцендирует (вбирает и преобразует) предыдущий. Это означает, что векторы потенциала здоровьесозидания реализуются в соответствующих контекстах, обеспечивающих благоприятные или неблагоприятные условия для данного процесса в самой психике человека. Следует также отметить, что ядром этой модели является совершенствование именно потенциала здоровьесозидания, принадлежащего определенному субъекту, выступающему как самость (подлинное «Я», то есть сам субъект). В соответствии с таким холистическим пониманием необходимо проектирование здоровья на основе раскрытия здоровьесозидающего потенциала на всех уровнях развития целостного человеческого существа. Субъект должен первоначально реализовывать свой потенциал здоровьесозидания в области телесности (первый этап), затем – в области психики (второй-четвертый этапы), а в дальнейшем – в духовном плане (пятый этап). Одновременно можно говорить о проявлении этого потенциала в соответствующих контекстах – телесном, психическом и духовном. Кроме того, естественным фоном для этих процессов является социокультурный контекст, определяющий конкретные формы и приоритеты здоровьесозидающей деятельности субъекта.

Итак, контекстный подход дополняет векторную модель здоровьесозидающего потенциала новым пространством, углубляющим исходную модель, которую вследствие этого можно называть *векторно-контекстуальной*. Графически отобразить получившуюся в результате модель можно следующим образом (рис. 1).



Необходимо отметить, что в процессе здоровьесозидающей деятельности не сознание детерминирует деятельность человека в отношении своего здоровья, а личность деятеля. Ее духовно-деятельностные взаимоотношения с миром людей, миром идей и миром вещей. Результатом здоровьесозидающей деятельности является личность, творящая ценностные смыслы. Такая личность не усваивает культуру общества в целом, она осваивает лишь то, что связано с ее непосредственно-практической деятельностью. С нашей точки зрения, здоровьесозидающая деятельность создается субъектом действия, а не действиями субъекта. Таким образом, личность с развитым здоровьесозидающим потенциалом характеризуется следующими особенностями: развитые творческие способности, отсутствие дисгармонии в системе своего психосоматического модуса, освоение (построение) духовно-ценностной сферы. В контексте здоровьесозидающей деятельности творческий процесс и личностный рост (развитие физических и интеллектуальных способностей) преобладают над прагматическим результатом. Человек, созидающий свое здоровье, овладевает интеллектуально-духовными и соматопсихическими методами здравотворчества в системах физического тела, организма и личности. Здесь «человеческая мера» транскрибируется – переносится в продукт и результат своего творчества. При этом человек должен не просто адаптироваться к предметной среде («стать как все») – он должен превзойти себя, преобразовать свою персонифицированную сферу, осуществиться как личность (т.е. явить свою сущность миру и прежде всего себе самому). Такое понимание означает актуализацию потенциала человека, в том числе и в области здоровьесозидания, за счет раскрытия имеющихся и созидания новых возможностей проявления человеческой сущности в мире.

#### Список литературы

1. Абаскалова Н.П. Системный подход в формировании здорового образа жизни субъектов образовательного процесса «школа – вуз»: Монография. – Новосибирск, 2001. – 316 с.
2. Ананьев В.А. Психология здоровья. Концептуальные основы психологии здоровья. – СПб.: Речь, 2006. – 384 с.
3. Васильева О.С., Филатов Ф.Р. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Академия, 2001. – 352 с.
4. Гурвич И.Н. Социальная психология здоровья. – СПб.: изд-во СПбГУ, 1999. – 1023 с.
5. Казин Э.М., Касаткина Н.Э. [и др.]. Здоровьесберегающая деятельность в системе образования: теория и практика. – Кемерово, 2009. – 347 с.
6. Маджуга А.Г., Синицина И.А. Здоровьесозидающая педагогика: новая научная парадигма в современном образовании: Монография. – Стерлитамак – Санкт-Петербург: СФ ФГБОУ ВПО «Башкирский государственный университет», Санкт-Петербургский государственный университет, 2013. – 394 с.
7. Колбанов В.В. Валеология. Основные понятия, термины. – СПб., 1998.



8. Концепция долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 года. Утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 № 1662-р.
9. Краевский В.В. Методология педагогики: новый этап / В.В. Краевский, Е.В. Бережнова. – М. : Академия, 2008. – 400 с.
10. Кучма В.Р. Концепция, проблемы и направления работы школ, содействующих укреплению здоровья / В.Р. Кучма // Здоровьесберегающее образование. – 2010. – № 1(5). – С. 33-39.
11. Малярчук Н.Н. Культура здоровья педагога: Монография. – Тюмень: Тюменск. гос. ун-т, 2008. – 192 с.
12. Орехова Т.Ф. Теоретические основы формирования здорового образа жизни субъектов педагогического процесса в системе современного общего образования: монография. – Магнитогорск: МаГУ, 2004. – 352 с.
13. Перминова Л.М. Самоидентификация учителя: опыт дидактической рефлексии. – СПб.: СПбАППО, 2004. – 388 с.
14. Полетаева Н.М. Валеологическое воспитание школьников. – СПб.: ЛОИРО, 2000. – 188 с.
15. Третьякова Н.В. Управление качеством здоровьесберегающей деятельности в образовательных учреждениях: Монография. – Екатеринбург: Рос. гос. проф.-пед. ун-т, 2013. – 128 с.
16. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. – 1991. – P. 50, 179–211.
17. D’Zurilla T.J., Goldfried M.R. Problem solving and behavior modification // *Journal of Abnormal Psychology*. – 1971. – P. 107–126.
18. Leventhal H., Brissette I., Leventhal E. The common-sense model of self-regulation of health and illness // *The Self-regulation of Health and Illness Behavior* / Ed. by L.D. Cameron, H. Leventhal. – London: Routledge, 2003. – P. 42–65.
19. Smuts J.Ch. *Holism and Evolution*. – London: Macmillan, 1926.

## ФРАКТАЛЬНО-РЕЗОНАНСНЫЙ ПОДХОД КАК МЕТОДОЛОГИЯ СОВРЕМЕННОГО ГУМАНИТАРНОГО ЗНАНИЯ

*Маджуга А.Г., Салимова Л.Х., Синицина И.А.*

Стерлитамакский филиал ФГБОУ ВПО «Башкирский государственный университет»,  
г. Стерлитамак, Республика Башкортостан

Методология современного гуманитарного знания рассматривается исследователями как тип рационально-рефлексивного сознания, направленного на исследование, разработку, развитие и применение методов теоретической и практической деятельности. В широком смысле методология – это наука о рационализации деятельности, особый аспект, вид научного знания, не содержащего единой и абсолютной истины, но всегда актуализированный в кризисных ситуациях распада традиционных представлений, в особых трудностях и сложностях, призванный организовать, направлять познавательную и практическую деятельность, обеспечивать ее оптимизацию и на этой основе – повышение ее эффективности. В узком смысле методология представляет собой сложную иерархическую систему осмысленных и апробированных методов, методик непосредственно применяемых в соответствующих видах деятельности [3]. Важно подчеркнуть, что в ракурсе постнеклассической научной рациональности в методологии современного гуманитарного знания появляется стремление включить в объяснительные схемы категорию человека, что открывает возможность анализировать такие духовно-психологические реалии, как субъектность, индивидуальность, личность, «духовное Я», сознание, совесть, нравственность и др.

В этой связи, необходима разработка и теоретическое обоснование нового интегративного подхода – фрактально-резонансного, объединяющего в одно логико-смысловое пространство несколько структур, подразумевающих своими целями развитие у субъектов образовательного процесса рефлексивных свойств, эмоциональной отзывчивости и эмпатических способностей, необходимых для формирования и развития духовно-нравственной культуры личности.

В ракурсе рассматриваемой проблемы следует уточнить, что фрактал (лат. fractus — дробленный, сломанный, разбитый) – это нерегулярная, но самоподобная структура, в которой один и тот же мотив повторяется в последовательно уменьшающемся масштабе. Про такие фигуры говорят, что они моделируют сами себя и представляют собой множество, части которого подобны целому. «Некоторые из фракталов непрерывно меняются, подобно движущимся облакам или мерцающему пламени, в то время как другие, подобно деревьям или нашим сосудистым системам, сохраняют структуру, приобретенную в процессе эволюции», – утверждает Б. Мандельброт [11]. Следовательно, похожесть структур целого и части не сводится только к их тождественности, а предполагает большой спектр вариаций от идентичности до нечеткости и изменчивости, при этом свойство фрактальности распространяется и на функциональное содержание фракталов.

Для введения понятия «фрактал» Б. Мандельброт не изобретал каких-то абсолютно новых теорий, его работа заключалась в перестройке перцептивных схем и создании языка объяснения новых предметностей: «он ввел цельность представления в разрозненные нагро-

мождения фактов и моделей, создав (предустановив) фрактальную гармонию – фрактальный порядок интерпретируемого мира, точнее, запустив интерсубъективный механизм самодостраивания, самоорганизации этого порядка» [10].

В.Э. Войцеховичем были впервые описаны свойства фрактала как общенаучного понятия. По его мнению, фрактал представляет собой сетевое образование, существующее среди себе подобных объектов и связанное с ними. Автор считает, что фрактал это неустойчивая система, постоянно находящаяся в процессе эволюции. Он самоподобен и бесконечно повторяет себя, при этом крайние состояния фрактала – устойчивые и неизменные [2].

Действительно, если говорить об общенаучном подходе к фракталам, все его дефиниции акцентируют свое внимание прежде всего на одном, главном признаке данного конструкта – его самоподобии, предполагающем наличие некоего инварианта, сохраняющегося при преобразованиях.

В настоящее время понятие «фрактал» широко используется в естественных науках, в компьютерной графике, при анализе биржевых котировок. Кроме геометрии и архитектуры, идея фрактала используется для описания упорядочивания процессов «из хаоса» в сложных социальных системах на уровне сообществ, организаций, например, в научной литературе представлены такие понятия, как «социальный фрактал», «культурный фрактал», «компетентностный фрактал» и др. Следовательно, понятие «фрактал», выступает емким и содержательным, и его применение в современной педагогике и психологии является закономерным и естественным, поскольку человека можно рассматривать как информационную самоподобную структуру, пронизывающую физическое тело и выступающую как источник нелинейных фракталов. Таким образом, в ракурсе фрактального подхода, находят свое объяснение особенности функционирования сложных многомерных систем, примером которой является человек.

Следует отметить, что человек также является структурой подобного рода, поскольку обладает свойствами фрактальных образований. В частности, он имеет нетривиальную структуру во всех масштабах (проявлениях, уровнях, гранях) и является самоподобным или приближенно самоподобным (что выражается не только в его физиологии, но и во всех сферах жизни, творчества, временном контексте).

Рассматривая человека как фрактальную структуру, в системе психолого-педагогического познания мы можем сделать следующие допущения: каждый человек представляет собой уникальную многомерную, многоуровневую, иерархичную, полидетерминированную структуру; каждый человек имеет тенденцию к динамике и развитию; человеку свойственно стремиться к самоорганизации, упорядочиванию из хаоса; человеку естественно желание воплощения самого себя в творении.

В рамках обозначенных допущений целесообразно рассматривать контекст межличностных взаимодействий в образовательной среде как результат фрактальных взаимодействий, в основе которых лежит принцип фрактальной гармонии.

В этой связи и нашему социуму в целом свойственно фрактальное подобие как в глобальном масштабе, так и на уровне отдельных индивидуумов. Таким образом, человек – микрокосм истории общества, его фрактальное выражение.

По нашему мнению, фрактальный подход должен применяться тогда, когда невозможно представить объект в виде классических моделей, из-за присутствия нелинейных связей и недетерминированной природы данных. Это тот случай, когда объект имеет несколько вариантов развития, и состояние системы определяется положением, в котором она находится в данный момент, т. е. имеет место моделирование хаотичного развития.

Явление резонанса (франц. *resonance*, от лат. *resono* – звучу в ответ, откликаюсь) впервые было описано Галилео Галилеем в 1602 году в работах, посвященных исследованию маятников и музыкальных струн. Резонанс (фр. *resonance*, от лат. *resono* «откликаюсь») – этим термином в естественных науках обозначается резкое возрастание амплитуды вынужденных колебаний, которое возникает при совпадении частоты внешнего воздействия с внутренней (собственной) частотой объекта. При этом очень важно, что значение имеет не интенсивность и не продолжительность звучания, а именно совпадение частоты воздействия с собственной частотой.

В физике данное понятие рассматривается как частотно-избирательный отклик колебательной системы на периодическое внешнее воздействие, при котором происходит резкое возрастание амплитуды стационарных колебаний.

Ключевая идея резонансного подхода в гуманитарных науках состоит в том, что правильное и быстрее воспринимаются те стимулы, которые соответствуют потребностям, ценностям личности (К.Я. Вазина, О.С. Петров). У человека отклик на внешнее воздействие обеспечивается единством психофизиологических процессов – его индивидуальными ритмами, главными качествами которых являются сила, подвижность, уравновешенность нервных процессов. При резонансном воздействии важна не его сила и интенсивность, а правильная пространственная организация влияния, в результате чего возникает целостное рефлексивно-диалогическое пространство, объединяющее субъектов общения.

Наш опыт показывает, что в процессе взаимодействия в диаде «педагог-ученик» определенную роль играет не только фрактальность, но и гармоническое взаимодействие между участниками образовательного процесса, основанного на принципе резонанса. В педагогике резонансный подход базируется на том, что у каждого человека есть его собственное «окно восприятия» информации, свой способ репрезентации взаимодействия с окружающим миром и вектор соприкосновения с действительностью.

Таким образом, чтобы быть правильно понятым, педагогу необходимо говорить с обучающимся на доступном языке, чтобы привлечь внимание и заинтересовать, важно акцентировать внимание на тех аспектах, которые имеют непосредственное значение для самих слушателей.

Не отрицая достоинств и преимуществ резонансного и фрактального подхода, отметим, что для изучения многомерных нелинейных феноменов, к которым может быть отнесено в первую очередь современное образование, важным является сочетание нескольких подходов, отражающих различные его аспекты. Важно подчеркнуть, что в свете представлений постнеклассического гуманитарного знания человек включается в контекст науки не только в качестве объекта исследования, но и в качестве особого параметра порядка, влияющего на результат научного знания. Кроме того в построении научной картины мира должна быть учтена квинтэссенция естественнонаучного и метафизического знания, в которой человек выступает

как многомерное существо в единстве иерархий телесной и духовной организации. Именно поэтому в методологии гуманитарного познания определяющую роль играет принципиально новый методологический подход – фрактально-резонансный, сущность и принципы которого представляют авторы.

Фрактально-резонансный подход предполагает учет био-психо-социо-культурно-экзистенциальной природы человека с присущими ему системными качествами: многомерностью, многоуровневостью, иерархичностью, полидетерминированностью, динамизмом и самоорганизацией в процессе его взаимодействия с окружающей действительностью и разработку на этой основе образовательных технологий, предполагающих реализацию синтонической модели взаимодействия (от *syntony* созвучность с окружением, направленность к окружению). Данная модель строится на идее о том, что у каждого человека есть «свое окно восприятия», свой способ репрезентации собственного взаимодействия с миром, вектор соприкосновения с действительностью, и рассматривает общение как результат сложного взаимодействия процессов восприятия и мышления, выделяя основные умения общения – определение желаемых целей, сенсорная острота, гибкость, конгруэнтность, ресурсное состояние, позволяющие изменять свое поведение в зависимости от обстоятельств, реагировать на поведение партнера, видеть в поведении партнера особенности его восприятия, мышления.

Резюмируя сказанное, отметим, что фрактально-резонансный подход рассматривает особенности возникновения сложных целостных образований, к изучению которых нельзя подходить с позиций жесткого детерминизма и линейности. Вследствие этого определяющим началом в рамках обозначенного подхода выступает возможность формирования дополнительного тезауруса, характеристик, параметров и величин, применяемых в границах синергетики (нелинейность, неравновесность, хаос, фрактальное блуждание, многомерность и др.), и объяснения фрактальной структуры многомерных феноменов (например, культура), которая возникает на основе резонансных взаимодействий в открытом социодинамическом пространстве. На рисунке 1 представлена схема, иллюстрирующая методологические основания фрактально-резонансного подхода в сфере образования.



Рисунок 1–. Структурная схема методологических оснований фрактально-резонансного подхода в сфере образования

*Рассмотрим особенности принципов, которые являются ведущими в процессе реализации фрактально-резонансного подхода в сфере образования:*

– принцип иерархической упорядоченности – предполагает необходимость учета не только внешней стороны иерархии, но и учета функциональных отношений между уровнями иерархии. В этой связи образовательное пространство рассматривается как множество образовательных систем, причем каждой из них отводится определенное место, где система не изолирована от других систем, а связана множеством коммуникаций со средой, при этом обеспечивается динамическое единство субъектов образовательного процесса и их отношений. В зависимости от условий, в которых находятся субъекты образовательного процесса, деятельность протекает на различных уровнях ее иерархии: операционном (человек-исполнитель), тактическом (человек – деятель), стратегическом (человек-творец);

– принцип резонанса – состоит в использовании в образовательном процессе стимулов, релевантных потребностям или ценностям личности, при этом они воспринимаются правильной и быстрее, чем не соответствующие им. Названный принцип выражается в способности педагога создавать определенный внутренний настрой обучающегося в ходе трансляции социокультурного опыта, неотъемлемыми атрибутами которого являются познавательный интерес, ориентация человека на другого, умение услышать его «внутреннее звучание»;

– принцип самоподобия (афинности) – позволяет вскрыть фрактальную природу организации человека как открытой системы, далекой от равновесия, в которой внутренняя динамика развития, соответствующая возрасту, существенно уступает интервалам изменений внешних условий. Принцип самоподобия позволяет гибко адаптировать процессы диверсификации, происходящие в сфере образования в условиях глобализации и интеграции, оптимизировать процессы управления человеческим капиталом и педагогическими инновациями. Важно подчеркнуть, что снижение степени самоподобия выражается в широкой диверсификации подходов, используемых для объяснения педагогических феноменов и образовательных технологий, позволяющих максимально актуализировать ресурсный потенциал участников образовательного процесса. Под этим принципом имеется в виду аспект как бы «голографичности» всякой органической формы, когда любой ее фрагмент содержит в себе потенцию целого. В этой связи целесообразно рассматривать его во взаимосвязи и взаимообусловленности с принципом природосообразности.

– принцип природосообразности ориентирован на раскрытие внутренних ресурсов личности ученика, выявление уже заложенных в ней потенциальных возможностей и воспроизводство человечества, обладающего высоким уровнем интеллектуально-творческого и физического потенциала, а критерием эффективности образовательного процесса выступает при этом его экологическое соответствие. Основными характеристиками этого принципа являются соответствие образования природе человеческого восприятия, экологическая чистота, нацеленность на раскрытие высшего «Я» учителя и ученика через их творческое взаимодействие по всем каналам восприятия. Принцип природосообразности предусматривает обращение к личному опыту ученика и естественным биоритмам человеческого организма, высвобождает ресурсы здоровья обучающегося, позволяет повысить эффективность приобретения им знаний и умений;

– принцип конгруэнтности (соответствия, согласованности, гармонии) предполагает учет определенной соразмерности (конгруэнтности) между соответствующими показателями, определяющим эффективность образовательного процесса. Исходя из положений теории социальной установки, разработанной Д.Н.Узнадзе, можно констатировать, что любая готовность представляет собой установку, интегрирующую в себе когнитивный, аффективный и конативный компоненты, при этом в рамках фрактально-резонансного подхода каждый вид готовности может быть обозначен как фрактал. Принцип конгруэнтности предполагает согласованность всех видов готовности педагога к осуществлению своих профессиональных функций:

– когнитивная готовность представляет собой определенный уровень познавательных интересов и эрудиции человека, осознание себя как индивидуальности, носителя культуры здоровья;

– коммуникативная готовность характеризуется желанием и стремлением, способностями человека к взаимодействию с другими людьми, содружеству и сотворчеству в реализации образовательных программ;

– нравственная готовность включает нравственные качества личности (ответственность, отзывчивость и др.), а также способности к самоуправлению;

– потребностно-мотивационная готовность предполагает активную позицию личности в самосозидании и созидании экологически здоровой среды, в решении конкретных задач образования;

– операционально-деятельностная готовность включает владение способами и приемами инновационной деятельности, позволяющими выделить проблему, проникнуть в ее суть и на этой основе конструировать и продуктивно решать инновационные профессионально-педагогические задачи;

– эмоционально-волевая готовность включает положительное эмоциональное отношение и волевые усилия человека к самосовершенствованию в физическом, психическом и нравственном плане, отражает культуру чувств личности.

– принцип сетевого взаимодействия предполагает возникновение новой культуры совместной деятельности, обеспечивающей формирование готовности к партнерству участников образовательного процесса при сохранении своей уникальности. Сетевое взаимодействие представляет собой совместную деятельность участников образовательного процесса, которая обеспечивает возможность обучающемуся осваивать индивидуальную траекторию в предметном содержании с использованием ресурсов открытой информационно-образовательной среды. Для сетевого взаимодействия как вида совместной деятельности характерны признаки высокого уровня культуры отношений, которые выражаются в доверии между партнерами, наличии общих целей и ценностей, а также признании взаимной ответственности субъектов взаимодействия за результат их совместной деятельности. В сетевом взаимодействии субъекты могут преследовать разные интересы, однако каждый из них заинтересован в партнерских отношениях (синергетический эффект);

- принцип коэволюции: по мнению Н.Н.Моисеева, «единственный путь человека в составе биосферы – это путь коэволюции, т.е. такого изменения образа жизни людей, который улаживал бы их потребности с возможностями биосферы в том канале эволюции, который породил феномен человека и не вел бы ее к дальнейшей деградации» [9], в этой связи принцип коэволюции (от лат. со – совместно, согласованно; лат. *evolutio* – развертывание) предусматривает соразвитие взаимодействующих систем (человек, культура, здоровье, образование, природа), обеспечивающее их общий прогресс;

- принцип фрактальной гармонии утверждает идею о необходимости целостного развития человека – эмоционального, эстетического, интеллектуального, физического – как системы, где каждый элемент находится во взаимосвязи и взаимозависимости друг с другом. Любой из экзистенциальных феноменов психики человека, таких как разум, сознание, самосознание, нравственность, воля и др., является интегральной характеристикой его сущности как целого, согласованным, кооперативным свойством системы. В то же время, под принципом фрактальной гармонии следует понимать присутствие в образовательном процессе **золотого сечения** и сочетаний консонансов (созвучий) и диссонансов (несозвучий), построенных по **октавному** правилу. В ходе такого совместно-диалогического взаимодействия участников образовательного процесса обеспечивается гармония трех способов освоения действительности – познавательного, эмоционального и действенного. Основными максимумами в реализации принципа фрактальной гармонии в образовательном процессе современной школы можно обозначить принципы здоровьесозидающей педагогики:

- «познай себя!» – изучив свои индивидуальные качества и особенности, определив характеристики среды, человек способен разумно соотнести «субъективного себя» с объективным миром вокруг, чтобы наилучшим образом войти в него;

- «прими себя!» – приспособиться к среде и своим собственным возможностям, принять все свои недостатки (а некоторые превратить в достоинства), неудачи, беды и несовершенства, поверить в собственные возможности преодоления и развития;

- «полюби себя!» – любовь дает силы для положительных изменений: развить свою индивидуальную неповторимую человеческую целостность, справляясь со своими слабостями, достигая самоодобрения и самоуважения;

- «будь собой!» – жить, не вредя своему организму, определить себя и свою жизнь и стремиться к ее осуществлению в пределах возможного, сохранять себя, естественную и искусственную среду своего обитания, противостоять болезням, старению и другим формам деградации, увеличить длительность полноценной работоспособности и жизнедеятельности;

- «владей собой!» – самоконтроль человека за своим поведением, ответными реакциями на воздействие окружающей среды;

- «преобразуй себя!» – деятельность человека по преобразованию своего микросоциума и природной среды в позитивном плане – улучшение возможностей, свойств и способностей своего организма, качества жизни и среды обитания;

- «сотвори себя!» – самодеятельность личности в плане здоровьесотворения – «твое здоровье – в твоих руках», познавая себя, развивая и совершенствуя себя, творя себя, человек



осознает собственную ценность и индивидуальность, определяет себя творцом собственного здоровья и окружающей действительности;

– принцип самоорганизации и самодотраивания, в соответствии с которым в центре образовательного процесса находится самоопределяющаяся личность, обучающийся как субъект обучения, воспитания и развития, который занимает активно-творческую позицию; проявляет свободу самовыражения и самореализацию собственного «Я», осуществляет поиск индивидуальной стратегии в обучении и дальнейшем жизненном и профессиональном самоопределении. В рамках этого принципа обеспечивается ориентация на механизмы управления, поддерживающие активность, оптимизм, самостоятельность, способность к самодотраиванию и формированию гуманистических идеалов в экзистенциально-духовной сфере, где существенную роль играет согласованность действий, кооперация усилий, необходимых для решения поставленных целей;

– принцип самодетерминации учитывает не только воздействия, оказываемые на человека окружающей средой, но и его собственные стремления и способность согласовывать внешние требования с имеющимся у него потенциалом для достижения поставленной цели. Названный принцип учитывает значение активности самого человека, а также связь процессов социализации с процессами индивидуализации. Таким образом, принцип самодетерминации направлен на развитие способности человека выбирать и делать выборы, чувствовать себя, а не подкрепления, стимулы или какие-то иные силы, которые могут выступать в качестве детерминант его поведения.

Таким образом, теоретико-методологической основой для предпринятого в настоящей работе объяснения сущности многомерных феноменов, имеющих отношение к образовательной деятельности, послужили представления о категориях «фрактал», «резонанс» и их интеграция в теории и практике современного образования. Фрактально-резонансный подход, определяя соотношение между феноменами «фрактал» и «резонанс», позволяет методологически усилить значимость процесса самоопределения и развития личности как субъекта деятельности, обеспечить равновесие образовательного процесса и его соответствие природе человеческого восприятия, экологическую чистоту, нацеленность на раскрытие личностного потенциала участников образовательного процесса в контексте синтонической модели взаимодействия.

#### Список литературы

1. Вазина К.Я. Саморазвитие человека: резонансное взаимодействие с миром и с собой (концепция, опыт) / К.Я. Вазина. – М.:Изд-во ГУП, 2005. –123 с.
2. Войцехович В.Э. Фракталы и аттракторы социальной эволюции [Электронный ресурс] / В.Э. Войцехович. – URL: <http://www.inauka.ru/> (дата обращения 30.06.2014).
3. Загвязинский В.И., Атаханов Р. Методология и методы психолого-педагогического исследования. – 2-е изд. М.: Издательский центр «Академия», 2005. – 208 с.
4. Игнатова В. Концепции современного естествознания. – Тюмень: Изд-во ТюмГУ, 2005. – 208 с.

5. Князева Е.Н. Основания синергетики / Е.Н.Князева, С.П. Курдюмов. – М., 2002. – 414 с.
6. Маджуга А.Г. Взаимосвязь синергетической, камертонной и эмоциональной культуры личности: фрактально-резонансный подход / А.Г. Маджуга, И.А. Сеницина, Р.Р. Гильванов, В.А. Мельников // Ученые записки университета. – 2014. – №8(114). – С.114-120.
7. Маджуга А.Г. Здоровьесозидающая педагогика: теория, методология, опыт, перспективы развития: Монография /А.Г. Маджуга, И.А. Сеницина. – М.: Логос, 2014. – 508 с.
8. Моделирование с помощью НЛП / Роберт Дилтс ; [пер. с англ. яз. А. Анистратенко] Москва [и др.]: Питер, 2008 – 276 с.
9. Моисеев Н.Н. Еще раз о проблеме коэволюции. / Н.Н. Моисеев // Вопросы философии. – 1998 . – №8 . – С. 26-32 .
10. Тарасенко В.В. Метафизика фрактала [Электронный ресурс]. – URL: <http://filosof.historic.ru/books> (дата обращения 12.08.2014).
11. Mandelbrot B.B. The Fractal Geometry of Nature. – San-Francisco: W.H. Freeman and Company, 1982.

## ДИАГНОСТИКА УТОМЛЕНИЯ ДЕТЕЙ ПРИ ИХ ЗАНЯТИЯХ НА КОМПЬЮТЕРЕ

*Макарова Л.В., Лукьянец Г.Н.*

ФГБНУ «Институт возрастной физиологии Российской академии образования», г. Москва

Современным детям предстоит жить и работать в информационном обществе. Поэтому в настоящее время возникают качественно новые требования к дошкольному образованию как к первой ступени непрерывного образования, которая во многом закладывает основу и перспективы для дальнейшего развития ребенка. Владеть компьютерной грамотностью в современном мире почти так же важно, как и умение читать и писать. А значит, дошкольное образование сегодня уже невозможно представить без компьютеров.

Но как и у всякого явления, у применения компьютеров на занятиях с дошкольниками есть и обратная сторона. И связана она с потенциальным негативным влиянием этого вида деятельности на организм ребенка.

При управлении компьютером детям требуется выработка специальных навыков. Им приходится отыскивать определенные клавиши клавиатуры и нажимать на них и одновременно зрительно контролировать происходящее на экране. Для детей дошкольного возраста это трудно: во-первых, в силу функциональной слабости кисти руки, а также потому, что при переходе к работе с новой компьютерной программой изменяется расположение функциональных клавиш и приходится снова запоминать новое их расположение.

Работа с «мышкой» еще более сложна для ребенка, так как требует определенного уровня развития тонких зрительно-двигательных координаций. Конечно, дети, увлеченные работой на компьютере, все это выполняют, но какой ценой? Какова при этом функциональная стоимость их работы? Оказывается – немалая, а в ряде случаев чрезмерная.

Кроме того, детям приходится преодолевать и смысловые трудности программы, запоминать количество, окраску, расположение объектов на экране и правила манипулирования с ними. Все это требует от 5-6-летнего ребенка развития памяти, воображения, ассоциативного и логического мышления, внимания. В дошкольном и младшем школьном возрасте дети еще не способны к длительному произвольному вниманию. В это время они вступают в критический период своего развития, когда созревание основных физиологических систем организма (центральной нервной, сердечно-сосудистой, зрительной, двигательной) особенно активизируется. В связи с этим 5-6-летние дети становятся уязвимыми к действию неблагоприятных факторов внешней среды, в том числе и учебной.

Помимо всего уже сказанного, хочется еще раз подчеркнуть, что этот вид деятельности существенным образом отличается от всего того, с чем дети в процессе своей повседневной жизни сталкивались ранее. Он связан с влиянием на организм пользователя целого комплекса факторов:

- факторы, возникающие при работе самих компьютеров (электромагнитное, тепловое, радиационное излучение др.);

- факторы, связанные с изменением качества окружающей среды в результате работы компьютеров (ионизация воздуха, повышение его температуры и снижение относительной влажности; заряджение статическим электричеством окружающих предметов);
- факторы, связанные с качеством видеотерминала (яркость, контрастность, четкость, пульсация яркости, дрейф, изображения, степень отражения, бликование экрана, минимальный размер точки и др.);
- факторы, обусловленные особенностями характера работы (статическая поза сидя, которая сопровождается длительным напряжением мышц плечевого пояса; зрительное напряжение, рассматривание предметов и различных деталей на фоне светящегося экрана с пульсирующей яркостью; значительное нервно-эмоциональное напряжение, связанное с необходимостью поддерживать активное внимание).

Из всего вышеизложенного становится очевидным, что к организации занятий с использованием компьютеров для дошкольников нужно относиться с высокой степенью ответственности.

Известно, что утомление при общении с компьютером зависит от многих факторов. Но если выделить главные факторы, то можно констатировать, что быстрота нарастания утомления связана в основном с двумя причинами: с условиями организации занятий и с функциональным состоянием ребенка. Первая из причин чрезвычайно многообразна и сложна по своей структуре. Сюда относится организация рабочего места, рабочая поза; условия внешней среды в помещении, где проводится работа на компьютере; качество самого компьютера, качество используемых компьютерных программ, сложность выполняемого задания, режим работы и т.д.

Режим работы – это один из основных факторов профилактики утомления и переутомления ребенка при общении с компьютером. Напомним, что одноразовая длительность работы на компьютере здорового ребенка 6 лет должна быть не более 15 минут. Для всех детей 5 лет и для имеющих отклонения в состоянии здоровья 6-летних она сокращается до 10 минут. Функциональное состояние ребенка в момент работы на компьютере – очень важный фактор, влияющий на скорость развития утомления. Оно зависит главным образом от состояния его здоровья, от уровня работоспособности в данный момент, от настроенности на общение с компьютером.

Немаловажно также, в какой степени ребенок подготовлен к работе на компьютере. Конечно, тренированность и предыдущий опыт общения с компьютером имеют определенное значение, с этим спорить не приходится. Но в данном случае мы имеем в виду не это, а функциональную готовность ребенка к этой специфической деятельности. Наши исследования показали, что успешность взаимодействия детей с компьютером зависит от степени сформированности у них тех физиологических функций, которые играют важную роль при освоении работы на компьютере.

Все дети различаются между собой не только по возрасту. В группе дошкольников одного и того же возраста обязательно встретятся те, кто будет иметь значительные различия по своим функциональным возможностям. А это значит, что у одних из них утомление будет развиваться медленнее, у других – более быстро.

Так как же в таком случае подходить к нормированию длительности работы детей на компьютере? Конечно, следует ориентироваться на рекомендации в соответствии с возрастом и с состоянием здоровья ребенка.

Наряду с этим важно наблюдать за поведением ребенка во время работы за компьютером. Наши исследования показали, что каждый раз время начала утомления будет различным. В одних случаях ребенок будет уставать очень быстро, даже ранее рекомендуемого срока (раньше 15 минут). В другие дни он сможет общаться с компьютером без особого утомления более продолжительное время.

Специальные исследования, проведенные в нашей лаборатории, показали, что утомление при работе на компьютере проявляется совсем иначе, чем при других видах деятельности. Обычно, выполняя работу, не связанную с компьютером, дети становятся вялыми, сонливыми. У них пропадает интерес к работе, внимание снижается, дети часто отвлекаются.

За компьютером же дети, как правило, очень активны и эмоциональны. С интересом выполняя задание, они увлекаются и могут долго сидеть за компьютером, не чувствуя усталости. В то же время объективными методами исследования устанавливается факт наступившего утомления и даже переутомления у этих детей. Следовательно, субъективная и объективная оценки состояния организма не совпадают. Это еще раз подтверждает тот факт, что работу детей на компьютере следует ограничивать.

На какие же признаки усталости следует обращать внимание? Они будут различны у разных детей. Во-первых, они будут различаться у детей инертных и подвижных. У инертных детей увеличивается пассивность, которая отражается на позе (полулежа, лежа, иногда с подниманием ног, с поиском опоры у стола и т. п.), в потере интереса к занятию, в увеличении двигательной активности (ерзании, в частых переменах позы), в снижении настроения и др. У подвижных детей утомление сказывается, как правило, иначе. У них отмечается увеличение нервно-мышечной напряженности, что проявляется в виде усиления двигательной активности (вскакивание с места, прыжки, хлопки в ладоши и т. п.) и выраженности эмоциональных реакций (смех, плач, вскрикивание, пение, бурное веселье и т.д.). Во-вторых, поведение детей при работе на компьютере и при начавшемся утомлении будет различаться в зависимости от принадлежности их к тому или иному типу вегетативной регуляции. У одних появляется неуверенность, тревожность, снижается настроение, появляются негативные мысли, страх перед компьютером, отказ от занятий или, при продолжении интересной игры, – уход в себя. Все это при злоупотреблении компьютером может привести к невротическим реакциям (астеническим, фобическим, соматовегетативным изменениям эмоционального статуса, аутизму, депрессии).

У других детей, имеющих преобладание симпатического отдела вегетативной нервной системы, утомление сказывается в чрезмерной нервной возбудимости, агрессивности, раздражительности, бурном проявлении эмоций. А при переутомлении происходит срыв адаптационных процессов в организме, изменение сердечного ритма, мышечное и психическое напряжение, и, таким образом, создается реальная угроза для здоровья ребенка.

Однако, несмотря на все это, можно четко проследить у детей определенную последовательность изменения внешнего проявления усталости (критериев утомления) по мере нарастания у них утомления.

Утомление на начальных стадиях сопровождается повышением двигательной активности. Причем двигательная активность своеобразна: появляются разнообразные движения рук, ног, туловища; ребенок может неожиданно вскочить, принять необычную позу, вскрикнуть.

При более продолжительной работе за компьютером характер двигательной активности изменяется. Изменение протекает, как правило, по двум направлениям. Или происходит усиление эмоциональной и двигательной активности. Тогда ребенок прыгает, хлопает в ладоши, стучит кулачком по столу. В ряде случаев отмечаются такие эмоциональные реакции, как смех, крик, ликование, огорчение, недовольство, беспричинный смех, пение и т.д. Или, наоборот, активность резко падает. Тогда дети, как бы «сникая», изменяют свою позу на положение полулежа или лежа.

Можно выделить следующие четыре основные направления, по которым реализуется наступающее утомление:

1. Потеря контроля над собой: ребенок трогает лицо, сосет палец, гримасничает, трясет ногами, кричит и т. п.
2. Потеря интереса к работе на компьютере: частые отвлечения, разговоры, переключение внимания на другие предметы, отказ от продолжения работы.
3. Статическое утомление: склонение головы набок, опора на спинку стула, поднятие ног с упором в край стола, переход в позу лежа.
4. Эмоционально-невротические реакции: крики, истерический смех, подпрыгивания, плач, пение и др.

Таким образом, внешним признакам утомления детей при работе на компьютере мы придаем немаловажное значение. Объясняется это целым рядом причин. Среди них отметим основные: определение начавшегося утомления ребенка доступно любому взрослому, родителям, воспитателям, педагогам; проявления утомления при работе на компьютере имеют свои особенности; обнаруживается несовпадение субъективной и объективной оценок состояния организма; отмечается индивидуальный характер проявления утомления. Кроме того ориентация на внешние признаки утомления целесообразна и потому, что компьютерные технологии все время обновляются, входят в нашу жизнь новые, более совершенные модели компьютеров. Процесс же оценки влияния их на организм довольно длителен, для нормирования работы в этих новых условиях необходимо определенное время, и часто рекомендации отстают от требований практики. В этих условиях диагностика утомления детей по внешним признакам становится особо значимой.

## АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ФОРМИРОВАНИЯ ОСНОВ КУЛЬТУРЫ ПИТАНИЯ У СОВРЕМЕННЫХ ШКОЛЬНИКОВ

*Макеева А.Г.*

ФГБНУ «Институт возрастной физиологии России», г. Москва

Питание – один из важнейших факторов, определяющих здоровье человека. Нарушения питания признано одной из главных причин роста заболеваемости в различных группах населения, прежде всего – среди детей и подростков. Эта тенденция носит глобальный характер, проявляясь в разных странах, в том числе и в России. По данным Института питания РАМН, в рационе питания 8-16 летних школьников отсутствуют многие важные продукты и блюда, не соблюдается режим питания, используются блюда с избыточным содержанием сахара, соли и т.д.

Причины сложившейся ситуации многообразны – они носят не только экономический, социально-экономический, но и социокультурный характер. За последние несколько десятилетий образ жизни современного человека претерпел существенные изменения, которые затронули в том числе и сферу, связанную с его питанием. Прежде всего значительно изменился (снизился) уровень энергозатрат, а следовательно, сократилась потребность в калориях, получаемых с пищей. Благодаря активному развитию пищевой промышленности (появлению новых способов приготовления, сохранения пищи и т.д.) в рационе питания появилось значительное количество принципиально новых продуктов и блюд, нехарактерных для традиционных рационов, а также изменились характеристики и свойства традиционных блюд и продуктов. В результате активного культурного обмена, протекающего между разными странами, происходит освоение новых блюд и меню национальных кухонь.

Длительное время основным социальным институтом, обеспечивающим культурную передачу норм и правил питания от поколения к поколению, являлась семья. Однако со второй половины XX века стал наблюдаться кризис традиционных социокультурных механизмов регулирования поведения, связанного с питанием. Современный человек стал нуждаться в освоении дополнительных, новых знаний, позволяющих ему регулировать свое поведение, связанное с питанием. Семья в полной мере не обеспечивала решение этой задачи.

Начиная с конца 1980-х гг. стало активно развиваться изучение социокультурных аспектов поведения, связанного с питанием, а также разработка научных основ формирования культуры питания.

Так, в работах Колдашевой Т.Ю. (2008), Антропова М.И. (2010), Конь И.Я. и соавт. (2006), Lori Keough (2014), Anderson I. M. et all (2003), Melonie Syerett (2014) и многих других авторов представлены методические модели формирования навыков правильного питания у детей и подростков разного возраста. В работах Синявской И.Г.(2002), Александрова А.А. (2006), Jimenez-Pavon D., Kelly J et all (2010), Foster G.D. (2010), Brown T (2008), Lynnette Nathalie Iyzwinski (2006) рассматривается роль специальных обучающих программ правильного питания в профилактике и лечении ожирения, диабета и других заболеваний. В работах Филимоновой Е.Н. (2006), Сорокиной Т.Р. (2008), Marshall K (2003) представлены формы орга-

низации обучения правильному питанию через различные предметные области, реализуемые в общеобразовательных школах.

Вторая группа исследований носит социологический характер. В них рассматривается роль различных факторов (как макросредовых, так и микросредовых) в формировании пищевого поведения у детей и подростков. Анализируется роль социоэкономического, культурного статуса семьи, знаний и установок в отношении питания, специального обучения, региональных природных особенностей в формировании конкретных поведенческих схем, связанных с питанием – Батурин А.К. (2002), Сонькин В.Д. и соавторы (2004), Бужилова А.А., Година Е.З. (2002), Johnson B, Hackett A.F. (1997), Marshall S.J. et all (2004).

Третья группа исследований носит социокультуральный характер, рассматривает питание как часть традиционной культуры этноса, анализирует роль традиционной культуры питания в сохранении здоровья людей, а также механизмы трансляции традиционных пищевых моделей от поколения к поколению – Арутюнов С.А. (2001), Щанкина Н.Н. (2006), Никитина Л.В. (2004), Hokka P, Palosuo H, Ivanevich Y, Matesson (1989) и многие другие.

Четвертое направление исследований носит обобщающий методологический характер и связано с анализом здоровья как социокультурного феномена. Рассматривается специфика представлений о здоровье в современном обществе, основные социокультурные механизмы трансляции в обществе установок, связанных с здоровьем, определяются основные принципы воспитания основ культуры здоровья – Баранов А.В. (1997), Макеева А.Г. (2006), Никифоров Г.С. (2006), Русинова Н.Л. (1999), Семенова Н.В. (2002), Фомин Э.А. (1999) и другие.

Задачи обучения культуре питания нашли свое отражение в действующем Федеральном законе «Об образовании в Российской Федерации» и Федеральных государственных образовательных стандартах. Учитывая важность и значимость формирования основ правильного питания, с начала 2000–х гг. в российских школах стало активно внедряться специальное обучение для детей и родителей. Сегодня это направление – одно из самых востребованных и популярных в здоровьесберегающей работе школы.

Однако, несмотря на многочисленность и разнообразие используемых педагогических форм, эффективность обучения правильному питанию оказывается недостаточно высокой.

Среди специалистов нет единого понимания целей и задач обучения в области правильного питания, границ сферы его влияния, взаимосвязи этого направления с другими областями образования. Формирование основ правильного питания определяется как простое обучение определенному набору навыков. Такой упрощенный взгляд на проблему не рассматривает питание как часть культуры общества, не учитывает влияние социокультурных механизмов, регулирующих поведение, связанное с питанием.

В результате в практике современной школы работа строится, исходя из представлений самого педагога как о содержании понятия «правильное питание», так и о методах его воспитания.

Необходима разработка целостной педагогической концепции формирования основ культуры питания, являющейся методологической основой для разработки конкретных программ и форм работы в школе.



В основу такой концепции должно лечь представление о правильном питании не только как факторе, влияющем на здоровье, но и как о компоненте общей культуры личности. Для разработки педагогической концепции важно определить сферу влияния педагогического воздействия, выделить те социокультурные характеристики жизни детей, связанные с питанием, на которые можно влиять за счет обучения и воспитания. Формирование основ культуры необходимо рассматривать в двух плоскостях – как целенаправленно организованный педагогический процесс (имеющий свои цели, задачи, принципы и т.д.), и как объективный процесс, протекающий в рамках социокультурной адаптации личности и имеющий в культуре общества определенные механизмы регулирования.

Для разработки педагогической концепции необходимо использовать имеющийся эффективный опыт организации обучения основам правильного питания. Примером крупномасштабного образовательного проекта, направленного на формирование основ культуры питания, является программа «Разговор о правильном питании». Она разработана в Институте возрастной академии образования РАО и внедряется при поддержке компании Несте Россия.

В настоящее время проект реализуется в 52 регионах. Ежегодно в нем принимает участие более 1000000 детей и подростков. Программа состоит из трех структурных модулей, рассчитанных на детей 6-8 лет («Разговор о правильном питании»), 9-11 лет («Две недели в лагере здоровья»), подростков 12-14 лет («Формула правильного питания»), реализуется в различных образовательных организациях: школах, детских садах, интернатах, гимназиях и т.д.

Программа проводится педагогом и реализуется через систему внеклассной работы, факультативов и т.д. Каждый модуль включает в себя 12-15 тем, которые охватывают различные аспекты питания, в том числе, связанные с историей, культурой кулинарии, традициями питания разных народов. Реализация каждого модуля в среднем предполагает 36-40 часов.

Идеология обучения правильному питанию базируется на следующем:

- Представление о правильном питании, формируемом у детей и подростков, определяется пятью основными требованиями: питание должно быть регулярным, разнообразным, оно должно соответствовать энерготратам человека в течении дня, быть безопасным и доставлять удовольствие.

- При обучении правильному питанию не используется деление продуктов и блюд на полезные и вредные. Вместо этого у детей формируется представление о продуктах и блюдах ежедневного рациона, продуктах и блюдах, которые следует есть не очень часто (несколько раз в неделю), а также пище, которую следует включать в свой рацион редко или в небольших количествах (сладости, торты, пирожные и т.д.).

- правильное питание рассматривается не только как важный фактор, влияющий на здоровье человека, но и как часть истории и культуры народа. Это позволяет ребенку и подростку лучше осознать связь питания с повседневной жизнью, воспринимать его не как перечень «внешних требований», а как ценный результат опыта жизни многих поколений. Поэтому при обучении правильному питанию большое внимание уделяется знакомству с кулинарными традициями и обычаями народов, отражению кулинарной темы в произведениях искусства и т.д.

Организация обучения правильному питанию соответствует следующим принципам:

- Возрастная адекватность (вся информация и все формируемые навыки у школьника должны быть востребованы в его повседневной жизни. Так, к примеру, для ребенка 6-7 лет информация о видах и роли различных групп витаминов не имеет реального практического значения. Более важным в этом возрасте оказывается формирование представления о необходимости регулярного употребления групп продуктов – основных источников витаминов).

- Социокультурная адекватность. Формируемые навыки и привычки должны находить отражение в актуальной культуре общества, учитывать сложившиеся традиции и обычаи питания, специфику основных пищевых ресурсов. Очевидно, что для обучения основам правильного питания жителей северных регионов не может быть использована в качестве примера «средиземноморская диета».

- Системность. Формирование полезных привычек – длительный и сложный процесс, охватывающий все стороны жизни ребенка. Воспитание культуры питания не может быть ограничено отдельными беседами или занятиями со школьниками. Важно, чтобы в повседневной жизни они также находили подтверждение важности и эффективности соблюдения правил рационального питания.

В рамках проекта «Разговор о правильном питании» ежегодно проводятся конкурсы для педагогов, школьников и семей, конференции и семинары. Важным образовательным ресурсом программы является сайт [www.prav-pit.ru](http://www.prav-pit.ru)

Результаты мониторинга программы позволяют оценить роль обучения в формировании основ культуры питания.

Участие в проекте позволяет расширить осведомленность детей о различных аспектах питания, влияет на их отношение к различным продуктам и блюдам, а также на поведение, связанное с питанием: режим и рацион питания школьников, участвующих в программе, может быть оценен как более здоровый в сравнении с режимом и рационом их сверстников, не принимающих участие в проекте. Так, большинство школьников – участников программы питаются 4-5 раз в день, тогда как у школьников, не изучающих программу, преимущественно 3-разовое питание.

Сфера влияния образовательной программы ограничивается действием других факторов – социально-экономических, культурологических, организационных и т.д. Так, образовательная программа не может формировать вкусовые предпочтения школьников, определять их рацион питания. Основную роль в данном случае играют социально-экономические условия жизни семьи школьников, определяющие реальную доступность или недоступность конкретных видов еды. Однако обучение выступает в роли «модулятора», корректируя уже сформированные вкусовые предпочтения школьников в пользу более полезных продуктов, увеличивая частоту употребления школьниками «полезной» еды внутри доступного для них ассортимента. Так, если школьники – участники программы едят овощи в среднем 2 раза в день, то школьники, не изучающие программу – 1-1, 5 раз в день. В отношении молочных продуктов эти данные выглядят следующим образом: школьники – участники программы используют молоко и молочные продукты в среднем 1 раз в день, школьники, не изучающие программу, едят молочные продукты через день и т.д.

Изучение основ правильного питания не только оказывает влияние на поведение, связанное с едой, но и способно воздействовать на образ жизни школьников в целом. Так, школьники, изучающие программу уделяют больше внимания спортивным занятиям, зарядке, прогулкам на свежем воздухе и т.д. Получается, что систематическое изучение одного из аспектов здорового образа жизни – правильного питания – дает школьникам универсальный опыт внимательного и бережного отношения к своему организму в целом.

#### Список литературы

1. Васильева О.С., Филатов Ф.Р. Психология здоровья человека. – М.: Академия; 2001
2. Дробижева Л.М. Ценность здоровья и культура нездоровья в России. Исследования Института социологии РАН. – Вып 3. –М., 2003.
3. Казначеева В.П. Здоровье нации, просвещение, образование.- Кострома, 1996.
4. Кулагина И.Ю., Колюцкий В.Н. Возрастная психология. – М.: Просвещение, 2001.
5. Макеева А.Г. О формировании основ культуры здоровья у подростков // Биология в школе. – 2008. – №1. – С. 3-10.
6. Макеева А.Г. Научно-методические аспекты проблемы формирования основ культуры здоровья у детей и подростков // Вестник московского образования. – 2011. – №15.
7. Мильман И.И.. Гигиеническое воспитание и обучение в начальной школе. – М.: Гигиена, 1959.
8. Никифоров Г.С. Психология здоровья. – СПб., 2002.
9. Образование в области здоровья и укрепление здоровья среди детей, подростков и молодежи в России / Под ред. Демина А.К., Деминой И.А. – М.: РАОЗ, 1999.
10. Сосунова И.А., Алексеев С.М. Здоровье, демография и социально-экологические интересы // Здоровье человека: социогуманитарные и медико-биологические аспекты. – М., 2003.
11. Шилова Л.С. Подростки и молодежь в России – перспективная группа распространения социальных заболеваний // Здоровье и здравоохранение в условиях рыночной экономики. – М.: ИС РАН, 2000.
12. Brown T., & Summerbell C.A. A systematic review of school-based interventions that focus on dietary intake and physical activity levels to prevent childhood obesity: an update to the obesity guidance produced by the NICE // Obesity Reviews. – 2008. – №10. – P.110-141.
13. Bullen K. Changing children's food and health concepts: A challenge for nutrition education // Education and Health. – 2004. – №22(4). – P.51-55.
14. Hackett A Gibbon, M Lamb,L. Eating habits of children in Liverpool: a need for health education // Education and Health. – 2003. – 21(1). – P.3-8.

15. Dani J., Burrill C. and Demming-Adams B. The remarkable role of nutrition in learning and behavior // Nutrition and Food Science. – 2005. – P. 258-263.
16. Seaman C., Woods M. and Grosset E. Attitudes to healthy eating among Scottish school children // Health Education. – 1997. – №1. – P. 9-15

## КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ ЗДОРОВЬЕСОЗИДАЮЩЕГО ВОСПИТАНИЯ

*Малярчук Н.Н.*

ВГБОУ ФПО «Тюменский государственный университет», г. Тюмень, Тюменская область

Мир стремительно меняется. На наших глазах совершаются глобальные преобразования, сопровождающиеся социальными кризисами. Они оказывают отрицательное влияние на общественную нравственность, гражданское самосознание, на отношение людей к обществу, государству, закону и труду, на взаимоотношение человека с окружающими людьми. Среди жизненных приоритетов россиян стали доминировать ориентации на успех и достижения, рациональность и конкурентность.

Происходит деформация традиционных для страны моральных норм и нравственных установок, что неминуемо приводит к изменению жизненных приоритетов подрастающего поколения, его ценностных ориентиров. Педагоги отмечают в детском сообществе отсутствие отзывчивости и заботы об окружающих, неумение сочувствовать, откликаться на призывы о помощи (что свидетельствует об эгоцентричности и эгоистичности), различные проявления жестокости. Чуткость, умение сопереживать, терпимость все чаще занимают последние места в иерархии ценностей воспитанников. Если в 1993 году альтруистические настроения отмечались у 58% подростков, то сейчас только у 16% [19].

Все это свидетельствует о неблагополучии духовно-нравственного здоровья подрастающего поколения.

Перед педагогической общественностью встают вечные вопросы: «Кто виноват?» и «Что делать?»

Объективные факторы среды (в частности кризисные состояния в обществе и потеря традиционных духовно-нравственных ориентиров) для конкретного растущего человека субъективируются прежде всего через значимых взрослых – родителей и педагогов.

Семейное воспитание играет важную роль в овладении человеком социальными нормами поведения, поскольку именно в семье формируются фундаментальные ценностные ориентации человека, сфера и уровень его притязаний, жизненные устремления, планы и способы их достижения. Создаваемая в российских семьях современными родителями атмосфера переживания трудностей, беспомощности, несостоятельности и безнадёжности, подрывает формирование ведущих основ детской психики – «базового доверия к миру» и уверенности в себе. Это одна из причин, что современные подростки не хотят взрослеть, брать на себя ответственность за собственные поступки. Ведущей характеристикой молодежи становится социальный инфантилизм.

Определяющую роль в этих процессах играет позиция «равнодушных взрослых» по отношению к растущему человеку, которую часто занимают педагоги общеобразовательных школ.

Деятельность учителей, исключая (по объективным или субъективным причинам) постоянное духовное общение с ребенком, в значительной степени превратилась в урокодательство, где нет места «разговору по душам». О подобных казненно-разрушающих отношениях между педагогом и воспитанниками писал В.А. Сухомлинский: «С болью видишь, как даже у знающих свой предмет учителей воспитание иногда превращается в отечественную войну только потому, что никакие духовные нити не связывают педагога и учеников и душа ребенка – застегнутая на все пуговицы рубашка». Главной причиной этих уродливых отношений между наставником и питомцем является то, что «... учитель не чувствует сокровенных движений детской души, не переживает детских радостей и горечей, не стремится мысленно поставить себя на место ребенка... Беда многих учителей (дети и особенно подростки называют их «сухарями») заключается в том, что они забывают: ученик – это прежде всего живой человек, вступающий в мир познания, творчества, человеческих взаимоотношений» [18, с.153].

Опасно, когда «школа не учит самому главному – быть счастливым человеком» (Д.С. Лихачев), но вдвойне опаснее, когда ребенок ощущает себя несчастным по причине «стрессовой» тактики педагогических воздействий. Именно она занимает одно из лидирующих мест среди школьных факторов, негативно влияющих на здоровье обучающихся [2, с.12].

Как следствие – у воспитанников развиваются дидактогении (проявления невроза в результате некорректных дидактических действий педагога). В.А. Сухомлинский писал, что дидактогения – детище несправедливости, которое имеет множество оттенков. «Это, прежде всего, равнодушие. Нет ничего опаснее для становления нравственных и волевых сил ребенка, чем безразличие учителя к его успеваемости. Затем – окрик, угроза, раздраженность, а у людей, не обладающих педагогической культурой, – даже злорадство: вот, ты не знаешь, давай сюда дневник, я тебе поставлю двойку, пусть родители полубуются, какой у них сын» [18, с.145]. Болезненная реакция нервной системы обучающегося на несправедливость педагога может проявляться в виде взвинченности, озлобленности, напускной беззаботности, безучастности и крайней угнетенности, кривлянья и паясничанья, ожесточенности, страха перед учителем и школой.

И.А. Невским проанализированы последствия влияния учителей с так называемым «отрицательным субъективным фактором» на судьбу детей. От таких «горе-педагогов» исходят неадекватные требования, грубость, мелочный контроль, окрики и унижения. Подобное «сотрудничество» несостоятельного учителя порождает «трудного» ученика со всеми его бедами, горестями, последующими сложностями для школы и семьи, общества в целом. Неквалифицированная работа педагогов приводит к экономическим и социальным потерям. Общий ущерб, приносимый государству (низкие результаты учебно-воспитательной работы, повышение затрат на дальнейшее обучение и перевоспитание обучающихся, отсеивающихся из школы, или на переход их в другие учебно-воспитательные учреждения), составляет крупную сумму. Однако невозможно подсчитать морально-нравственные и социальные потери: «Пока не определено, во сколько обходятся нашему обществу испорченное здоровье и надломленная психика школьника, низкий уровень образованности, воспитанности, какой мерой можно оценить отравленное детство и искалеченные судьбы...» [14, с. 60].

По мнению Е.В. Руденского (2002), воздействие педагогов на учащихся подчас приобретает патологический (виктимогенный) характер. Ученик перечисляет следующие характерные для педагогов виктимогенные синдромы: профессионально-педагогической аутистичности, социально-педагогического симбиоза, социально-педагогической стигматизации, социально-педагогического патернализма, аксиологической дезориентации, невротической ингибции, интерактивного травматизма, аффективно-интерактивного прессинга, ролевой конфронтации. По мнению автора, личностными индикаторами дефекта социально-психологической дезадаптации учащихся становятся: «гетерономия» (зависимое положение воспитанника, связанное с низкой самооценкой), «анапсизм» (свернутость психических механизмов саморегуляции взрослого человека), «эскапизм» (уход школьника от решения актуальных проблем социального функционирования), «алиенация» (отчуждение обучающегося от норм и правил социальной интеграции) [17].

Возникает ситуация, когда часть детского сообщества компенсирует исходящий от педагогов эмоциональный дискомфорт посредством девиантного и делинквентного поведения.

Отсутствие дидактических воздействий, разрушающих здоровье обучающихся, – это основа здоровьесберегающего воспитания, главный принцип которого – «не навреди!». Этот принцип отражает одно из условий организации здоровьесберегающей среды в любой образовательной организации.

Действия учителя, негативно влияющие на здоровье воспитанников, обусловлены зачастую его стремлением избежать «растраты себя». Они связаны с развитием у педагога профессионального выгорания и профессиональных деструкций (эмоционального и физического отчуждения, своего рода энергетического «вампиризма», профессионального цинизма и др.) [13].

Существуют объективные причины этих явлений. Одна из них – превращение образования из ценности в образовательную услугу. «Образование сводится к одной из сфер рыночных услуг, государство фактически уходит из образования, отдавая его на откуп рыночной стихии через механизмы заказов на специалистов, оплаты образовательных услуг на всех его уровнях, включая дошкольный» [6, с. 5].

Немаловажный фактор – усиление в образовании административного регулирования контроля и отчетности. А.Ф. Закирова обращает внимание на стремление современных педагогов опираться на смысловые трафареты и ориентироваться на деятельность по определенным мыслительным схемам (так называемым технологиям). Это отгораживает педагога «от собственного бытия, уникального жизненного опыта, от подлинных общегуманитарных и педагогических ценностей» [7, с. 5].

Трудности, связанные с освоением когнитивного компонента профессиональной компетентности порождают у учителя нормативность педагогического мышления, развивают конформизм, приводят к появлению синдрома «тотального эха». Это навязчивое повторение провозглашаемой кем-либо и постоянно культивируемой идеи без глубокого проникновения в ее смысл (термины «гуманизация», «инновация», «лично ориентированный подход», «социальное партнерство», «тьюторство», «здоровьесберегающие технологии» и др.).

И сегодня актуальны слова психолога и педагога первой половины XX века М.М. Рубинштейна: «Наше время – время методик, время в значительной степени педагогической техники, иногда переходящей в тяжелую форму педагогической рецептуры..., на горизонте все с большей четкостью выступает опасность педагогического фельдшеризма...» [16, с. 8].

Современная общеобразовательная школа (в виде единого государственного экзамена в 11-м классе и государственной итоговой аттестации в 9 классе) играет определенную роль в развитии «педагогического фельдшеризма». Это обусловлено тем, что перед педагогами поставлена цель – получение высоких баллов, но не как результат глубоких знаний, а как умение выполнять конкретный определенный набор практических действий по схеме, образцу, известному алгоритму, предопределенных версиями ЕГЭ и ГИА. Ученые заговорили о «феномене стандартизации», когда ориентация современной школы на формирование у детей алгоритмического (типового, формального мышления) ведет к снижению креативности по мере взросления обучающихся.

Существует еще один негативный фактор ЕГЭ и ГИА: в условиях дефицита времени педагог стремится сам дать как можно больше «готовых» знаний, при этом самостоятельная мыслительная работа обучающегося на уроке по поиску нового знания становится непозволительной роскошью. В конечном итоге взрослеющий человек привыкает к «готовым» решениям и становится пассивным. Кроме того, у обучающихся в подобной ситуации возникает боязнь высказать иную точку зрения и дать неправильный ответ. Молодые люди замыкаются в себе, неизбежно становясь пассивными и в других сферах жизнедеятельности (общественной, культурно-массовой, физкультурно-оздоровительной, досуговой и др.), проявляя черты социального инфантилизма.

С 2017 года вступает в силу Профессиональный стандарт «Педагог (педагогическая деятельность в дошкольном, начальном общем, основном общем, среднем общем образовании) (воспитатель, учитель)» (утвержден Приказом Минтруда России № 544н от 18 октября 2013 года, с изм. от 25 декабря 2014 года). Педагогу вменяется в обязанность «использовать и апробировать специальные подходы к обучению» при включении в образовательный процесс «обучающихся, проявивших выдающиеся способности; обучающихся, для которых русский язык не является родным; обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ)» [15, с. 6].

Учителям-предметникам придется участвовать в решении разнообразных проблем детей с ОВЗ: их психологической несостоятельности, социально-психологической ограниченности, деформации психологической сферы, затруднений процесса социализации [4].

Но значительная часть педагогов, наряду с недостатками в знании своего предмета и методической подготовке, испытывает острую нужду в психолого-педагогических знаниях по возрастным, половым, индивидуальным особенностям современных школьников, по психологии общения и межличностных отношений, основам личностно ориентированного и коррекционного обучения.

Изначально ребенок устремлен стать таким, каким его хотят видеть взрослые. А дома и в школе ему твердят: самым важным делом твоей жизни является учеба. Знания и еще раз знания по огромному количеству предметов. Голову детей буквально «забивают» информацией,



стараясь успешно вложить ее в нужные «паззлы». Как результат – интенсификация учебного процесса приводит к резкому ухудшению психосоматического состояния школьников.

По мнению В.И. Загвязинского, «очень трудно осознается педагогами, составителями программ и стандартов, руководителями разного уровня та истина, что не знания и умения сами по себе, а воспитанность, ценностные ориентиры, развитие, личностная культура, нравственность и способность к творчеству – ведущие результаты образования» [7, с. 34]. При этом ученик особенно подчёркивает, что образование работает не только на человека, но и на общество, в котором живут люди. Поэтому, наряду с индивидуально-личностным аспектом образования (основные понятия: индивидуальность, личность, индивидуализация, персонификация, личностное развитие и становление, способности, мотивация, смысл как значение для себя, самосовершенствование, способность к самореализации), В.И. Загвязинский обращает внимание педагогической общественности на социально-личностный аспект образования (понятийный ряд: социализация, личность, общественное благо, социальная общность, коллектив, социальное творчество, жизненная траектория, профессиональное самоопределение, сфера «человек-человек», гражданственность, патриотизм, социальная ответственность, смысл как категория деятельности для других) [34].

Смысл воспитательной функции педагога обусловлен Миссией российского учителя: «Творить разумное, доброе, вечное». Суть Миссии пытались определить многие, в частности:

- выдающийся советский и российский филолог и искусствовед Д.С. Лихачев настаивал: «Подлинное Учительство свято. Что может быть важнее в социальной жизни, чем передача опыта – эстафета поколений, эстафета памяти, эстафета культуры и трудовых традиций» [10, с. 371];
- советский психолог, педагог и философ М.М. Рубинштейн (1878-1953) утверждал: «Учитель социален не только в своей внешней обстановке и необходимом взаимоотношении и взаимодействии с учениками, но и в своей задаче и в смысле своей педагогической деятельности должен быть призывом жизни, к продолжению ее... Педагогическая деятельность во всем своем существе говорит о жизни и зовёт к ней; она «служанка жизни» – бытие и жизнь, и притом с атрибутом ценности...» [16, с. 35];
- искусствовед и культуролог, д. филос. наук А.П. Валицкая пишет: «Российское учительство как особая субкультурная группа (ядро интеллигенции) выполняет функцию духовно-нравственного воспитания нации, хранения и воспитания ее культурного генофонда» [3, с. 6].

Современному педагогическому сообществу необходимо осознавать и чувствовать эту Миссию как чувствовали ее Я.А. Коменский, К.Д. Ушинский, Януш Корчак, В.А. Сухомлинский.

В частности, Януш Корчак, пожертвовавший ради детей-сирот сначала личной жизнью, а потом и жизнью вообще в фашистском концлагере Трехлинка, следующим образом написал о своей Миссии в «Молитве воспитателя» [20]:

«Я не возношу Тебе длинных молитв, Господи.

Не посылаю бесчисленных вздохов.

Не бью низкие поклоны.

Не приношу богатые жертвы во славу Твою и хвалу.

Не стремлюсь вкрасться Тебе, Владыка, в милость.

Не прошу почестей.

Нет у меня мыслей-крыльев, которые вознесли бы песнь мою в небеса.

Слова мои не красочны и не благоуханны.

Устал я, измучен.

Глаза мои потускнели, спина согнулась под грузом забот.

И все-таки обращаюсь к тебе, Господи, с сердечной просьбой.

Ибо есть у меня драгоценность, которую не хочу доверить брату-человеку.

Боюсь – не поймет, не проникнется, пренебрежет, высмеет.

Если обычно я пред Тобою смиренен,

То в этой просьбе моей буду неуступчив.

Всегда я говорю с Тобой – тишайшим шепотом,

Но эту просьбу мою выскажу непреклонно,

...Ибо не для себя требую.

Ниспошли детям счастливую долю, помоги, благослови их усилия...

А в залог этой просьбы прими мое единственное сокровище: печаль.

Печаль и труд».

В социокультурном информационном пространстве современного отечественного образовании набирает силу гуманистическая модель воспитания, которая организуется на основе взаимодействия педагога и обучающегося, учета личностных особенностей воспитанника, принятия его таким, какой он есть, создания атмосферы доверия, поддержки и защиты (Э. Фромм, К. Ясперс, К. Роджерс, А. Маслоу и др.).

Одна из функций педагога – помочь растущему человеку в поисках «искры Божией» в себе самом, а главное – способствовать, чтобы из этой искры «возгорелось пламя». Очень важно научить подрастающее поколение созидать новые мысли, совершать ответственные поступки и не только для собственного успеха, но во благо Родины. В.А. Сухомлинский считал, что мальчишек и девчонок необходимо учить в детстве открывать родники счастья для других людей [18].

Следовательно, в педагогике необходимо, руководствуясь социально-личностным подходом (В.И. Загвязинский), воспитывать личность, готовую к самоотдаче, к служению высоким идеалам добра и справедливости, умеющую жить и работать в коллективе, использующую не только права, но и выполняющую свои обязанности перед социумом. Д.С. Лихачев писал, что человек должен жить в сфере добра, которая в значительной степени создается им самим из собственных его добрых дел, добрых чувств, добрых воздействий на окружающую среду, памяти на добро [11].

Задачу «созидания добра» реализует гуманная педагогика. Она является строителем такого педагогического процесса, который «ведет ребенка к почитанию всего окружающего – природно-естественного и рукотворного – к познанию своей сущности, к вере своей духовной мощи, своего предназначения, к почитанию всех людей, которые есть путь для него, а он путь для них» [1, с. 10].

Смысл гуманной педагогики отражен в «Клятве учителя» Ш.А. Амонашвили:

«Добровольно выбрав профессию Учителя и находя в ней свое призвание, глубоко сознавая свою причастность к сохранению и процветанию жизни на Земле, с полной ответственностью принимая на себя заботу о судьбе Ребенка, о судьбах детей, клянусь:

- любить детей, любить каждого ребенка, от всего сердца,
- быть им верным и преданным,
- следовать цели раскрытия, развития, воспитания, утверждения в Ребенке личности,
- быть оптимистом в отношении любого ребенка в любых случаях.

Обязуюсь постоянно и усердно заботиться:

- о приобщении детей к высочайшим ценностям общечеловеческой культуры и нравственности,
- о развитии и воспитании в них доброты, заботы о людях, о Природе, о выживании человечества,
- об очеловечении знаний и очеловечении среды вокруг каждого ребенка,
- об овладении искусством гуманного общения с детьми, с Ребенком.

Клянусь:

- не вредить детям,
- не вредить Ребенку».

По мнению Ш.А. Амонашвили, важно то, что в контексте гуманной педагогики ценится не только то, как меняются дети, как они преуспевают, но и то, как совершенствуется сам педагог, как возвышаются его ценности и взгляды, как они одухотворяются: «ибо считается нормой: учитель, если он сам устремлен к высшему, туда и повлечет своих учеников. Учитель – учимся, воспитывая – воспитываемся, образуя – образуемся» [1, с. 14].

Подводя итоги сказанному, отметим, что одна из причин низкого уровня психосоматического здоровья обучающихся связана со «стрессовой» тактикой педагогических воздействий. Обязательное условие осуществления образовательного процесса педагогами – это следование принципу «не навреди». Именно он лежит в основе здоровьесберегающего воспитания.

В условиях деформаций духовно-нравственного здоровья подрастающего поколения необходимо осуществлять здоровьесозидающее воспитание, основами которого являются социально-личностный подход и принципы гуманной педагогики.

В качестве основных положений здоровьесозидающего воспитания выступают:

вера в миссию каждого взрослеющего человека, понимание его интересов, ожиданий и устремлений, уважение достоинства и доверие;

признание права обучающегося на собственное волеизъявление, свободу самовыражения, выбора, поступка;

поощрение и одобрение самостоятельности воспитанника, независимости и уверенности в его сильных сторонах, стимулирование самоанализа;

безусловное принятие обучающегося как личности, душевная теплота, отзывчивость, умение видеть, сопереживать, милосердствовать, терпеть и прощать;

собственный самоанализ педагога, его постоянный самоконтроль и способность изменить позицию [9].

#### Список литературы

1. Амонашвили Ш.А. Гуманная педагогика: проблемы и перспективы / Ш.А. Амонашвили // Социальный и психолого-педагогический потенциал гуманной педагогики: Материалы межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 10-летию Тюменского научного центра Уральского отделения Российской академии образования, 23-24 ноября 2005 г. Тюмень: ТюмГУ, 2005. – С. 6-14.
2. Безруких М.М. Здоровье школьников, проблемы, пути решения / М.М. Безруких // Сибирский педагогический журнал. – 2012. – №9. – С. 11-16.
3. Валицкая А.П. Нужна ли России высшая педагогическая школа? / А.П. Валицкая // Педагогика. – 2000. – № 4. – С. 3-7.
4. Голиков Н.А. Ребенок-инвалид: обучение, развитие, оздоровление. Дети с особой миссией / Н.А. Голиков. – Ростов н/Д: Феникс, 2015. – 428 с.
5. Загвязинский В.И. Проблематика, стратегические ориентиры и общая логика современного педагогического исследования / В. И. Загвязинский // Постановочный этап научно-педагогического исследования: тема, проблема, цель, задачи, объект и предмет, общая логика поиска: научно-методические материалы 21-го Урало-Сибирского семинара-практикума по методологии педагогического исследования. 22 ноября 2013 г., Тюмень. – Тюмень: Изд-во ТОГИРРО, 2013. – С. 4-10.

6. Загвязинский В.И. Стратегия развития образования в период его модернизации / В.И. Загвязинский // Образование и наука. – 2003. – № 6. – С. 15-18.
7. Загвязинский В.И. Наступит ли эпоха возрождения?.. Стратегия инновационного развития российского образования: Монография. – М.: Логос, 2014. – 140 с.
8. Закирова А.Ф. Педагогическая герменевтика: Монография / А.Ф. Закирова. – М.: Издательский Дом Шалвы Амонашвили, 2006. – 277 с.
9. Крылова Н.Б. Педагогическая, психологическая и нравственная поддержка как пространство личностных изменений ребенка и взрослого / Н.Б. Крылова // Классный руководитель. – 2000. – №3. – С.92-103.
10. Лихачев Д.С. Прошлое – будущему: Статьи и очерки / Д.С. Лихачев. – Л.: Наука, 1985. – 575 с.
11. Лихачев Д.С. Раздумья / Д.С. Лихачев. – М.: Детская литература, 1991. – 318 с.
12. Малярчук Н.Н. Проблемы сохранения здоровья детей и подростков в образовательных учреждениях / Н.Н. Малярчук // Вестник Тюменского государственного университета. – 2013. – № 9. – С.71-82.
13. Малярчук Н.Н. Профилактика профдеформаций: учебное пособие / Н.Н. Малярчук. – Тюмень: Издательство Тюменского государственного университета, 2013. – 292 с.
14. Невский И.А. Субъективный фактор в педагогической деятельности / И.А. Невский // Педагогика. – 1992. – № 5-6. – С. 56-60.
15. Профессиональный стандарт. Педагог. – М.: УЦ Перспектива, 2014.– 24 с.
16. Рубинштейн М.М. Проблема учителя: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений; под ред. В.А. Сластенина / М.М. Рубинштейн. – М.: Академия, 2004. – 176 с.
17. Руденский Е.В. Дефект социализации личности учащегося в образовательном процессе школы как проблема общей педагогики.- Новосибирск: Изд-во НГПУ, 2002. – 133 с.
18. Сухомлинский В. А. Сердце отдаю детям. Рождение гражданина. Письма к сыну / В.А. Сухомлинский. – К.: Радянська школа, 1985. – 557 с.
19. Фельдштейн Д.И. Проблемы формирования личности растущего человека на новом историческом этапе развития общества // Образование и наука. – 2013. – №9 (108). – С.323.
20. Шуламит Шалит. Молитва Корчака / Ш. Шуламит // Вестник online. – 2003. – № 19 (330), (17 сентября). – [Электронный ресурс] – URL: <http://www.vestnik.com/issues/2003/0917/win/shalit.htm> (дата обращения 8.03.2015)

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНФОРМАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИХ ПОСОБИЙ НА ЗАНЯТИЯХ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ В ТЕХНИЧЕСКОМ ВУЗЕ

*Мугаттарова Э.Р.*

Казанский государственный архитектурно-строительный университет, г. Казань, Республика Татарстан

В современном мире происходят значительные социальные, технические и биологические преобразования. Внедрение передовых технологий вносит в образ жизни человека, наряду с прогрессивными явлениями, отрицательные факторы. В первую очередь, гиподинамию (гиподинамия – пониженная подвижность, от греч. *huro* – под, ниже; *dynamis* – сила) – и, как следствие, нарушение функций организма: опорно-двигательного аппарата, кровообращения, дыхания, пищеварения при ограничении двигательной активности; гипокинезию (гипокинезия от греч. *huro* – ниже; *kinesis* – движение – ограничение количества и объема движений, обусловленное образом жизни). Малоподвижный образ жизни является основной из многих причин развития хронических заболеваний внутренних органов. При этом снижается умственная работоспособность, прогрессируют отрицательные изменения в центральной нервной системе, снижается внимание, мышление, память, ослабляется эмоциональная устойчивость.

Постоянно растущий объем информации, усложнение учебных программ, делают учебный процесс студентов все более интенсивным и напряженным. Влияние неблагоприятных факторов на состояние здоровья молодого организма настолько велико и объемно, что внутренние защитные функции организма не в состоянии с ними справиться. Лучшим противодействием им являются регулярные занятия физическими упражнениями, которые помогают восстановлению и укреплению здоровья, адаптации организма к условиям внешней среды. Регулярная дозированная тренировка физическими упражнениями стимулирует, тренирует и приспособливает отдельные системы и весь организм студентов к возрастающим физическим нагрузкам, в конечном итоге приводит к функциональной адаптации.

Одним из средств профилактики гиподинамии, для студентов на занятиях физической культуры по программе легкая атлетика, является оздоровительная ходьба как универсальное физическое упражнение. В Казанском государственном архитектурно-строительном университете (КГАСУ), со студентами на занятиях физической культурой используются следующие виды оздоровительной ходьбы:

1) спортивная ходьба, используемая преимущественно в виде порядковых (строевых) упражнений и лечебной гимнастики (построения и перестроения, передвижения, размыкания и смыкания строя, упражнения для организаций внимания);

2) корригирующая ходьба, направленная на устранение нарушений, обучение и совершенствование правильной методики ходьбы (разновидности ходьбы – на носках, на пятках, на внешнем и внутреннем крае стопы, в полуприседе, в приседе, перекрестным шагом, с высоким подниманием бедра, с захлестом голени назад и т.д.);

3) ходьба по ровной трассе используется в спортивном зале и на открытом воздухе, т.е. на стадионе. Дозируется расстоянием (до 3000 метров), временем прохождения дистанции, темпом, ритмом продвижения, количеством интервалов для отдыха и их продолжительностью.

В настоящее время, благодаря развитию фитнес-индустрии, доступности информации в Интернете, студенты проявляют интерес к нетрадиционным формам оздоровительной ходьбы и использованию их во внеучебное время. В связи с этим возникла необходимость в написании учебно-методического пособия «Применение оздоровительных технологий на занятиях физической культуры по программе легкая атлетика для студентов КГАСУ». Это пособие доступно в электронном виде, что дает возможность преподавателям, используя цифровые устройства (видеопроектор, ноутбук, планшет, смартфон и т.д.) знакомить студентов со следующими видами оздоровительной ходьбы для использования на самостоятельных занятиях во внеучебное время:

1. Ходьба по трассе, имеющей подъем (терренкур). Дозируется терренкур расстоянием, временем прохождения дистанции, темпом, ритмом продвижения, количеством интервалов для отдыха и их продолжительностью, но при этом учитывается угол подъема трассы, который делится по трудности на четыре категории (5, 10, 15 и 20 градусов).

2. Скандинавская ходьба, вид физической активности, в котором используются определенная методика занятия и техника ходьбы при помощи специально разработанных палок, используется также как терренкур в зеленых зонах отдыха города и за городом.

3. Ходьба по лестнице используется при острой нехватке времени, тренировка по лестнице может заменить кондиционную тренировку и способствовать не только повышению уровня физического состояния, но и укреплению мышц нижних конечностей, увеличению подвижности в тазобедренных, коленных и голеностопных суставах.

4) Ходьба на тренажерах позволяет независимо от погодных условий заниматься ходьбой в помещении (в тренажерном зале, дома, в офисе); благодаря универсальности современных тренажеров, во время занятий дается одновременно аэробная и силовая нагрузка; благодаря большому разнообразию моделей, можно подобрать индивидуально тренажер в зависимости от состояния здоровья и степени физической подготовленности (беговая дорожка, эллиптический тренажер, разнообразные степперы и т.д.).

5) Ходьба босиком – ходьба без обуви и носков. Существуют несколько методик ходьбы босиком, наиболее распространены четыре: а) хождение по нагретому песку; б) хождение по гальке; в) хождение по колючему настилу; г) хождение по мягкому настилу. Основное различие методик состоит в качестве воздействия на поверхность ступни. Для ходьбы босиком рекомендуется использовать босо-обувь. Босо-обувь или минималистическая обувь – это обувь с очень тонкой подошвой, но без какой-либо амортизации и каркаса. Ходьба и бег в такой обуви напоминает передвижение босиком. Босо-обувь изготавливается для работы, отдыха, занятий спортом как внутри помещений, так и для любого времени года на улице.

Все формы оздоровительной ходьбы направлены на восстановление опороспособности и механизма походки, улучшение подвижности суставов и укрепление мышц нижних конечностей, формирование компенсации, активирование вегетативных функций и восстановле-

ние адаптации к нагрузкам различной интенсивности. Использование разнообразных видов оздоровительной ходьбы на занятиях физической культурой и во внеучебное время помогает решить основные задачи, стоящие перед физическим воспитанием в вузе:

- укрепление здоровья, ликвидация или стойкая компенсация нарушений, вызванных заболеванием;
- улучшение физического развития;
- расширение диапазона функциональных возможностей основных физиологических систем организма;
- повышение защитных сил организма и его сопротивляемости;
- освоение основных двигательных навыков;
- воспитание морально-волевых качеств и интереса к регулярным самостоятельным занятиям физической культурой;
- воспитание сознательного и активного отношения к здоровому образу жизни.

Таким образом, регулярные занятия физической культурой и спортом и непосредственно оздоровительной ходьбой сохраняют здоровье, молодость, долголетие, которому сопутствует творческий трудовой подъем. Соблюдение гигиенических норм, создание в студенческих коллективах хорошего психологического климата, стимулирование самостоятельных занятий физической культурой, правильная организация рабочего времени – необходимые условия здорового образа жизни (ЗОЖ). В процессе обучения у молодежи следует постоянно вырабатывать навыки здорового образа жизни (ЗОЖ). Здоровый образ жизни – это образ жизни, основанный на принципах нравственности, рационально организованный, активный, закаляющий, трудовой и в то же время защищающий от неблагоприятных воздействий окружающей среды, позволяющий до глубокой старости сохранять психическое, физическое и нравственное здоровье. По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), «здоровье – это состояние физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов».

Немаловажным показателем готовности будущих молодых специалистов к работе, является профессиональное здоровье. Профессиональное здоровье характеризует функциональное состояние человека по физическим и психическим показателям с целью оценки его способности к определенной профессиональной деятельности, устойчивости к неблагоприятным факторам, ее сопровождающим. Главный показатель профессионального здоровья – работоспособность человека. Полноценная работоспособность невозможна без поддержания ЗОЖ, который прививается на этапе обучения на занятиях физической культурой в дошкольных образовательных организациях, школах, вузах.

Учебные занятия по физической культуре в вузе – это не только активный отдых, психическая разгрузка, оздоровление, спортивная подготовка. Это прежде всего очень важная учебная дисциплина, система приобретения жизненно необходимых качеств, знаний, умений и навыков. Регулярное посещение занятий физической культурой и изучение дополнительных материалов для самостоятельных занятий могут явиться предпосылкой для активного, грамот-



ного использования физкультурно-спортивной деятельности во всем последующем периоде жизнедеятельности.

#### Список литературы

1. Агалжян Н.А., Двоеносов В.Г., Ермакова Н.В., Морозова Г.В., Юсупов Р.А. Двигательная активность и здоровье. – Казань: КГУ им. Ульянова – Ленина, 2005. – 216 с.
2. Бишаева А.А. Профессионально-оздоровительная физическая культура студента: Учебное пособие. – М.: КНОРУС, 2013. – 304 с.
3. Виленский М.Я., Горшков А.В. Физическая культура и здоровый образ жизни студента: Учебное пособие. – 3-е изд., стер. – М.: КНОРУС, 2013. – 240 с.
4. Гайс И.А. Оздоровительная ходьба. – М.: Советский спорт, 1990. – 48 с.
5. Детков Ю.Л., Платонова В.А. Теория и практика физической культуры для студентов с ослабленным здоровьем.– СПб.: СПбГУИТМО, 2008. – 96 с.
6. Епифанов В.А. Лечебная физическая культура и спортивная медицина: Учебник. – М.: Медицина, 2005. – 304 с.
7. Давиденко В.Н. Оздоровление средствами легкой атлетики: учебно-методическое пособие для самостоятельной работы студентов. – Тула: Изд-во ТГПУ им. Л.Н. Толстого, 2012. – 118 с.
8. Попова С.Н. Физическая реабилитация: Учебник. – 2-е изд., Ростов н/Д: Феникс, 2004. – 608 с.

## К ВОПРОСУ О ФЕНОМЕНЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ КАК ПРИРОДНОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ МЕРЕ БЫТИЯ

*Павлова М.А.*

Саратовский институт развития образования, г. Саратов, Саратовская область

Проблема здорового образа жизни многомерна и распадается на научные и философские аспекты. Соответственно и в многочисленных определениях здорового образа жизни преобладают либо научные, либо философские подходы. В классической медицине, биологии, психологии дефиниции здорового образа жизни неотделимы от понятия болезни, философские интерпретации здоровья тела неотделимы от понятия здоровья души.

Необходимо отметить, что, хотя медицина является самой первой наукой о человеке, здоровый образ жизни как отдельный объект познания насчитывает всего лишь десятки лет, т.к. всю предшествующую историю категория «здоровье» мыслилась только в диалектике с категорией «болезнь». Как следствие этого, проблематика человека – носителя здоровья и болезни укладывалась в классическую оппозицию «социальное-биологическое». Она содержала попытку построить понимание природы человека, исходя из очевидности совмещения в нем двух разнородных начал: с одной стороны, его физической организации как биологического живого существа, а с другой стороны, его духовной организации как существа мыслящего и говорящего.

Новые социально-философские концепции человека были подготовлены фрейдизмом, экзистенциализмом, философской антропологией, принципы которых наиболее близки к современной философии здоровья. Их объединяет то, что человек в них рассматривается как личность в органичном единстве духа и тела в историческом и культурном ракурсах. Такой историко-культурный аспект и составляет особенность философского подхода к понятию здоровья.

Несмотря на то что в настоящее время существуют сотни частнодисциплинарных и междисциплинарных определений здоровья, до сих пор отсутствует точное и удовлетворительное определение понятия «здоровый образ жизни». Представляется методологически правильным при конституировании такого определения идти от проявленности человеческого бытия через экзистенциальность его существования к его социальности. При этом закономерным является вопрос, необходимо ли философское осмысление здорового образа жизни, не достаточно ли естественнонаучных его описаний?

Остановимся на этом подробнее. Когда говорят о том, что предметом философии является бытие, истина и мир, то при этом следует брать в расчет, что эти предметы исследуются наукой. Поэтому для более глубокого понимания природы философии необходимо учитывать первоначальную функцию философии, функцию, которую она выполняла и может выполнить безотносительно к научному знанию. Философия возникает там, где человек задает вопрос о смысле жизни, о смысле своего существования и бытия вообще. Каждый человек, обращаясь к размышлению над основными возможностями своего существования, так или иначе зани-

мается философией. Философия при таком подходе может рассматриваться в качестве одной из существенных возможностей человека.

Следует подчеркнуть, что корни философии лежат в самом человеке, здесь же находится и источник основных философских проблем. Именно это обстоятельство позволяет объяснять тот загадочный факт, что, в отличие от науки, философии нельзя научиться. Что же касается техники философского мышления, то она представляет собой не более чем средство, лишь способствующее пробуждению и развитию философской мысли. Глубоко ошибочно полагать, что философия исследует какие-то особые возвышенные предметы – бога, свободу, бессмертие; философской проблемой в сущности может быть все, что существует, название темы не так уж важно для философии. Решающее значение имеет не то, что она исследует, а то, как она исследует свои проблемы.

Человеческое бытие как предмет философского исследования не является для человека чем-то чуждым, напротив, самый ближайший для людей объект – это мы сами, наше существование. Причем к сущности человека принадлежит самоистолкование, которое неотъемлемо от нашего существования. Казалось бы, это обстоятельство является единственным препятствием для философского анализа человека, поскольку существует необозримое множество интерпретаций человека в зависимости от исторических, культурных и социальных условий. Никто не в состоянии охватить необычайное богатство исторического, научного и этнографического материала, дать синоптический обзор всех возможных интерпретаций человека.

Тем не менее все эти интерпретации можно рассмотреть с определенных позиций, если выделить некую целостную точку зрения, которая позволила бы исследовать основные феномены человеческого бытия в их тотальности и целостности. При этом исследователь не должен разделять сущность и факт, но, напротив, все высказывания об основных феноменах человеческого существования должны опираться на анализ фактического положения дел.

Необходимым условием подобного анализа является умение освободить мышление от авторитетов, от стереотипов, от привычных представлений, сформированных традицией и поддерживаемых церковью и государством. Только в этом случае исследователь будет способен разработать принципиально новый тип понимания исследуемого феномена, основанный на фактическом, предельно честном, «радикально земном» взгляде на его существование. Кроме того важным аспектом такого анализа является правильный выбор методологии исследования. На наш взгляд, усилить социально-философский аспект исследования феномена здорового образа жизни, как и в случае большого ряда исследований общенаучных понятий [1], поможет феноменология Гуссерля [2]. Согласно его мнению, феноменология способна исследовать все, данное нам, и должна служить философским основанием науки. Феноменология призвана выяснять смыслы и сущности значимых явлений и понятий, что и требуется сегодня для понимания и описания феномена здорового образа жизни. Процедуры феноменологии достаточно четко определены и аналитичны, что и необходимо при описании общенаучного феномена, изучаемого и естественнонаучными, и гуманитарными методами.

Итак, попробуем провести анализ феномена «здоровый образ жизни». Одна из отличительных особенностей человеческого знания о самих себе заключается в том, что это знание тесно связано с нашим внутренним ощущением достоверности жизни. Однако это знание должно быть выражено тем или иным способом, уложено в некую рамку представлений и

понятий. При этом было бы глубоко ошибочным брать в качестве эталона для знания и понимания вообще так называемое «объективное знание», т.е. несомненное знание об окружающих предметах. Объективное знание не в состоянии раскрыть своеобразное содержание наших знаний о человеке, а именно: факт самоинтерпретации человеческого бытия, его открытость миру, ситуативность человеческого существования. Например, существует различие между объективным пространством и временем и их субъективным переживанием. Несмотря на свою элементарность, отношение человека к пространству и времени имеет фундаментальное значение, ибо оно определяет его отношение к самому себе, к другим людям, к современности и истории.

Жизненный опыт человека ограничивает возможности философской самоинтерпретации. Но только на путях имманентного самоистолкования можно исследовать основные феномены человеческого бытия. Естественно, что подобное истолкование далеко от объективного исследования, вместе с тем оно не имеет ничего общего и с попыткой понять человека с некоей абсолютной точки зрения. Напротив, человеческое бытие рассматривается с точки зрения самого человека. «Бытие является для нас проблемой в самом бытии» [2]. Особенно же важно исследовать при этом отношения между человеком и фактически существующей ситуацией.

Классическая философия, в частности традиционная метафизика, рассматривала человека с абсолютных позиций, т.е. в качестве существа, находящегося между животным и богом. В идеалистических системах совершенно не учитывался тот фундаментальный факт, что человек есть не абсолютное, а всего лишь конечное относительное существо. Конечность человека заключается не только в ограниченности его возможностей, но и в смертности человека. Эти фундаментальные антропологические факты глубоко осмыслил М. Хайдеггер.

Работа, любовь, игра и господство – таково элементарное содержание человеческой жизни. «Человек в своей сущности есть работник, игрок, любящий, борец и смертное существо» [3]. Именно этими качествами, которые можно назвать основными феноменами человеческого существования, человек принципиально отличается от животных. Причем в анализе этих феноменов не могут быть использованы биологические или теологические категории, ибо с их помощью невозможно выразить существенные особенности человеческого бытия. Анализ этих феноменов, их взаимосвязь протекает не на основе наивного «феноменологического описания» [3, с. 108], но предполагает истолкование наиболее значимых форм жизнедеятельности человека. Смертность, и это следует отметить, – это не просто одна из родовых характеристик человека, но основная черта человеческой экзистенции. «В рамках основных феноменов человеческого существования смерть занимает исключительное место» [3, с. 119]. В строгом смысле нет ни одной антропологической проблемы, которая так или иначе не была бы связана с проблемой смерти. Непосредственное отношение к ней имеют трудовая и общественная жизнедеятельность человека, соответствующий образ жизни.

Особую проблему представляет собой взаимоотношение между трудом и господством, которые связаны, но несводимы друг к другу. Это те экзистенциальные горизонты, которые, несмотря на свою взаимообусловленность, все же принципиально различны. Сфера труда – это отношение человека к природному окружению. И хотя в процессе трудовой деятельности, имеющей социальный характер, формируются не только вещи, но и отношения людей к вещам, определяющим в труде, является отношение людей к природе. Господство же предполагает

такое отношение между людьми, в котором выражается «порядок жизни» человеческого общества.

Земная (экзистенциальная) антропология рассматривает человека в свете этих основных феноменов. Взаимоотношения между ними достаточно сложные, причем каждый из них пытается выступить в качестве единственно определяющей характеристики человека. Так возникают различные монистические концепции природы человека, которые в сущности игнорируют сам факт фундаментальной независимости каждого из феноменов человеческого бытия.

Те модели человека, которые предлагают философы, построены, как правило, на основе абсолютизации одной из способностей человека: будь то чистое сознание или «поток переживаний». Человек – это не изолированный индивид, человек становится человеком лишь в intersубъективном мире. Социальность бытия является предпосылкой индивидуализации человека. Поэтому проблема intersубъективности не может быть не только понята, но даже и корректно поставлена, если исходить из отдельного изолированного индивида.

Таким образом, выделение основных феноменов человеческого существования, по нашему мнению, позволяет подойти к анализу человека не как к потустороннему, ориентирующемуся на бога, а как к конечному, земному, реальному существу. Такой подход открывает новые возможности для более глубокого познания человеческого бытия и бытия вообще. Значимость экзистенциального не ограничивается сферой философии, но имеет непосредственное отношение к науке. «Итак, наш тезис о том, что разум, свобода, язык, историчность человеческого существования базируются в его коэкзистенциальных структурах смерти, труда, господства, любви и игры, должен быть рассмотрен как попытка понять человека, учитывая его такие принципиальные характеристики, как социальность и конечность» [3, с. 432].

Итак, именно экзистенциально-феноменологический подход позволяет правильно поставить проблему здорового образа жизни. Здоровый образ жизни есть реалья особого рода, объективность концептуальной формы. Не существует событий здоровых и нездоровых, счастливых или несчастных самих по себе, объективно. Любое событие оценивается человеком как благополучное или неблагоприятное, но само по себе оно просто событие, которое разные люди могут оценивать по-разному.

В то же время в социуме всегда существуют определенные общепринятые, объективные или intersубъективные представления о благополучии и неблагоприятии, которые выступают для индивида в качестве образца, эталона, с которым он соотносит события своей жизни и оценивает их определенным образом. Тем самым объективную сторону здорового образа жизни следует искать не там, где ее пытаются найти, не в событиях реальной жизни, а в исторически сложившихся и закреплённых в культуре всеобщих представлениях о том, что такое здоровье и здоровый образ жизни. Такой подход позволяет исследовать существующие в обществе мыслительные формы, образцы здоровой жизни, их формирование и функционирование, их влияние на реальную жизнь.

Чтобы перейти от множества отдельных представлений о здоровом образе жизни к особенному и всеобщему, необходимо учитывать, во-первых, что каждый индивид – часть определенной социальной группы, которая накладывает на него свой отпечаток, превращая единичное в особенное. Принадлежность к определенной социальной группе, профессии и

т.д. формируют индивида определенного качества, с особой ментальностью и особым набором потребностей. Очевидно, что удовлетворение они будут испытывать от разных вещей и формула здорового образа жизни у них будет разной.

В любую эпоху индивид не воспринимает мир непосредственно, таким, каков он есть. Он воспринимает его сквозь призму свойственных эпохе объективных концептов и всеобщих представлений, на основе которых он интерпретирует, объясняет и оценивает происходящие в его жизни и в мире в целом события. Это означает, что необходимо исследовать здоровый образ жизни прежде всего как феномен общественного сознания, а не как нечто, существующее объективно, как какие-то события реальной жизни или определенные жизненные обстоятельства. Для сознания обычного человека здоровый образ жизни действительно является прежде всего чем-то реально существующим или существовавшим – важным событием или качеством, состоянием чего-либо. Он считает, что здоровый образ жизни заключен во внешнем предмете или событии, что определенные предметы или события «дают» ему здоровье, являются его источниками. Он не осознает, что источник здорового образа жизни находится не во внешних предметах или событиях, а в нем самом, что здоровье и нездоровье – это его состояния, которые зависят не столько от того, что происходит во внешнем мире, сколько от того, как он сам понимает и оценивает происходящее.

Обычный человек осознает только феноменальный слой происходящих процессов. Он понимает, что одни события его жизни приносят ему благополучие, другие – наоборот; он стремится к первым и избегает вторых. Находящиеся под верхним слоем скрытые глубинные, ноуменальные процессы, не осознаваемые индивидом, – это предварительная социальная «установка» его сознания, которое учится реагировать на окружающий мир определенным образом. Эта «установка» включает в себя общее представление о том, как устроен мир, какое место человек занимает в мире, в чем смысл его существования (или имплицитную онтологию).

Каждая эпоха формирует свой образ мира и человека, который на уровне отдельного индивида существует как ряд глубинных установок его сознания, как его общее отношение к миру, к себе и другим людям. Исследование здорового образа жизни должно быть направлено на выявление всеобщего, объективных мыслительных форм, в данном случае – картин мира, которые включают в себя общий для всех концептуальный образ состояния бытия, указывают главную жизненную цель, то, что считают высшим благом, и обладание чем рассматривается как здоровый образ жизни.

На наш взгляд, для понимания здорового образа жизни как социокультурного феномена уместно ввести понятие «концептуального образа бытия». Это социально заданный образец, образ мира и человека, какими они «должны быть». Он содержит ряд требований к человеку и миру, выступающих одновременно как ряд жизненных задач, которые необходимо решить.

Собственно говоря, концептуальный образ бытия – это сложный образ того, что существует и одновременно не существует, это сущее, но рассмотренное с точки зрения его потенции, неких не реализованных, но могущих быть реализованными возможностей. Это особый взгляд на реальность, в которой «просвечиваются» ее пока скрытые качества, которые со временем должны раскрываться. Концептуальный образ бытия не вымысел или некая фантазия, но проект, имеющий опору в самой реальности.

Концептуальный образ бытия – это некая проекция будущего, приближенная к реальности или удаленная от нее. Чем дальше реальность от концептуального образа, тем выше у индивида чувство неудовлетворенности. Даже в том случае, когда индивида практически полностью удовлетворяет его образ жизни и он стремится его сохранить, это тоже проекция нынешнего состояния в будущее, требующая от него определенных усилий, направленных на сохранение имеющегося.

Индивидуальный образ концептуального образа бытия может быть разной степени отчетливости и общности, может включать в себя только собственное бытие индивида и его ближайшего окружения, а может включать также бытие народа, страны или всего мира. Концептуальное состояние бытия определяет выбор общей жизненной стратегии и конкретных жизненных целей. Концептуальный образ бытия, существующий на уровне отдельного индивида – это, собственно, образ себя другого, траектории своего движения в социальном и личностном пространстве. Он выступает в качестве ориентира, цели, направляющей поведение индивида и задающей смысл его бытия в мире. Достижение желаемой цели переживается как благополучие, дает ощущение счастья, невозможность ее достичь, наоборот, переживается как несчастье, утрата смысла собственного бытия.

Рассматривая здоровый образ жизни как степень приближения индивидуального бытия к социально заданному образцу, следует учитывать, что в социуме всегда представлены альтернативные образы концептуального состояния бытия. Следовательно, исследуя феномен здорового образа жизни, невозможно не выделять его различные типы, то есть его конкретное наполнение. Концептуальный образ состояния бытия формирует индивида определенного качества, с определенным набором целевых установок, действующего определенным образом. Он задает всеобщие, некие необходимые характеристики человеческого бытия, обладание которыми рассматривается как здоровый образ жизни, а их отсутствие – как деградация.

Социально-философский анализ феномена здорового образа жизни не может ограничиваться эмпирическим обобщением, в результате которого могут быть выделены многообразные источники здорового образа жизни и его различные определения. Таким образом, с точки зрения социально-философского подхода можно дать следующее авторское определение: «Здоровый образ жизни – мера человеческого бытия, указывающая степень приближения реальности к концептуальному состоянию бытия, идеальным представлениям о нем; переживание индивидом своего бытия в мире и бытия мира, обусловленное сложившимися в социуме представлениями о мире и человеке, о том, что является для него высшим благом и благополучием».

#### Список литературы

1. Афанасьева В.В., Воробьев Р.В. Онтология здоровья. – Саратов: Наука, 2013. – 136 с.
2. Гуссерль Э. Феноменология // Логос. – 1991. – № 1. – С.12-20.
3. Гуссерль г. Феноменология как строгая наука. – Новочеркасск, 1994;
4. Husserl E. Ideas: General Introduction to Pure Phenomenology. – N. Y., 1931.
5. Fink E. Grundphanomene des menschlichen Daseins / Hrsg. von Schutz E. u. Schwarz P.-A. – Freiburg; München: Karl Alber, 1979. – S. 432.

## ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ В УСЛОВИЯХ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЙ БАЗЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

*Панкова Н.Б.*

ГАОУ ВПО города Москвы «Московский институт открытого образования», г. Москва

Все аспекты существования и деятельности образовательных организаций, включая их деятельность по охране здоровья обучающихся, в настоящее время проходят в условиях коренного изменения нормативно-правовой базы. Помимо относительно недавнего введения в действие закона «Об образовании в РФ» [1], здесь имеется в виду переход на работу в условиях федеральных государственных образовательных стандартов – дошкольного образования [2], начального образования [3], основного общего образования [4] и профессионального образования самих педагогических работников [5]. Немаловажным обстоятельством, дополняющим переход на обучение по ФГОС в педагогических вузах, стала перспектива оценки труда педагогических работников с точки зрения его соответствия профессиональному стандарту [6]. И если мы говорим о деятельности образовательных организаций по охране здоровья обучающихся, то необходимо учитывать и изменения нормативно-правовой базы в системе здравоохранения.

К великому сожалению приходится констатировать, что тема здоровьесбережения в образовании, тема сохранения здоровья наших детей, проходящих достаточно длинный путь своей жизни, своего развития в образовательных организациях, постепенно закрывается. Акцент с активного противостояния школьным факторам риска для здоровья детей с позиций не столько здоровьесбережения, сколько здоровьесозидания, санокреатологии переносится на пассивное наблюдение за процессом. Уже в законе «Об образовании в РФ» актуальность здоровьесбережения подрастающего поколения осталась только в статье 13 (общие требования к реализации образовательных программ). В п. 9 этой статьи сказано: «Использование при реализации образовательных программ методов и средств обучения и воспитания, образовательных технологий, наносящих вред физическому или психическому здоровью обучающихся, запрещается». Ключевая статья, связанная со здоровьем учащихся, ст. 41, сформулирована как «Охрана здоровья обучающихся» и включает в себя пункты об организации питания, выполнении гигиенических требований, безопасности жизнедеятельности и организации взаимодействия с организациями системы здравоохранения. Термины «здоровьесберегающие образовательные технологии» и «школа здоровья» последний раз прозвучали в Указе Президента Российской Федерации от 1 июня 2012 г. № 761 «О национальной стратегии действий в интересах детей на 2012 – 2017 годы».

Однако в ФГОС разного уровня образования для детей тема сохранения здоровья еще представлена во всех разделах. Так, в ФГОС ООО требования к сформированности культуры здорового образа жизни есть в разделе I п.6 («портрет выпускника основной школы»): в том числе, «...осознанно выполняющий правила здорового и экологически целесообразного образа жизни, безопасного для человека и окружающей его среды». Требования к результатам освоения программ (раздел II) в п. 9 «Личностные результаты освоения основной образовательной



программы основного общего образования» включают формирование ценности здорового и безопасного образа жизни.

Структура образовательной программы (раздел III) должна содержать несколько разделов, посвященных сохранению здоровья обучающихся. В частности п. 18.2.3: программа воспитания и социализации обучающихся на ступени основного общего образования должна быть направлена на «... формирование и развитие знаний, установок, личностных ориентиров и норм здорового и безопасного образа жизни с целью сохранения и укрепления физического, психологического и социального здоровья обучающихся как одной из ценностных составляющих личности обучающегося и ориентированной на достижение планируемых результатов освоения основной образовательной программы основного общего образования...».

Требования к условиям реализации образовательных программ (раздел IV) включают аспекты, гарантирующие охрану и укрепление физического, психологического и социального здоровья обучающихся (п. 20, 21), а также сохранение здоровья педагогических работников (п. 24.2).

Близкие положения включены в ФГОС дошкольного образования и начального образования с учетом возрастных особенностей детей.

Как видно из приведенных цитат, школа в плане сохранения здоровья учащихся сейчас уже избавлена от несвойственных ей функций контроля и мониторинга здоровья детей, что, безусловно, позитивно. Эта работа полностью возложена на специалистов системы здравоохранения [8]. А образовательные организации обеспечивают организацию здоровьесберегающей среды (хотя сам термин уже не используется) и заняты формированием культуры здоровья. Но как можно формировать культуру здоровья, не применяя на практике технологии сохранения и формирования здоровья?

Кроме того существует рассогласованность в нормативно-правовой базе и в действиях двух ведомств, которые нельзя игнорировать.

1. Документы системы образования гарантируют получение качественного образования вне зависимости от уровня здоровья ребенка. Однако в регламентирующих документах нет единой терминологии. Так, в законе «Об образовании в РФ» вся образовательная деятельность рассматривается по отношению к здоровым детям и детям с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), под которыми в большинстве случаев понимают детей-инвалидов. В частности, ст. 79 «Организация получения образования обучающимися с ограниченными возможностями здоровья» говорит о том, что содержание образования и условия организации обучения и воспитания обучающихся с ОВЗ определяются адаптированной образовательной программой. Для этого органами государственной власти субъектов Российской Федерации создаются отдельные образовательные организации «для глухих, слабослышащих, позднооглохших, слепых, слабовидящих, с тяжелыми нарушениями речи, с нарушениями опорно-двигательного аппарата, с задержкой психического развития, с умственной отсталостью, с расстройствами аутистического спектра, со сложными дефектами и других обучающихся с ограниченными возможностями здоровья». К настоящему времени уже разработаны ФГОС таких адаптированных образовательных программ [9-10], хотя система специализированных детских садов и школ фактически уже разрушена (см. материалы сайтов <http://change.org> [11]

и <http://r-v-s.su/> [12]). На практике активно, если не сказать «агрессивно», продвигается идея инклюзивного обучения, подтверждаемая требованиями профессионального стандарта учителя.

При этом вне зоны внимания остаются дети уже не здоровые, но еще не инвалиды и не классифицируемые как дети с ОВЗ – дети, относимые медиками к группе здоровья 3, реально имеющие ограничения по возможностям обучения и в быту вынужденные довольствоваться более низким качеством жизни. По скудным данным официальной медицинской статистики, представленным на сайте Росстата (<http://www.gks.ru/> [13]), среди детей от 0 до 14 лет доля детей-инвалидов составляет 2.1%. Доля детей, имеющих диагнозы по школьно значимым заболеваниям (с понижением остроты слуха, с понижением остроты зрения, с дефектами речи, со сколиозом, с нарушениями осанки, но без учета нервных и психических заболеваний) составляет 13.5%. Именно эти дети, не попадающие под официальное определение «дети с ОВЗ», при выведении ставок медицинских работников из штата образовательных организаций остались без медицинского сопровождения.

Вероятно, правильным было бы провести более точное разграничение между понятиями «здоровый ребенок», «ребенок с ОВЗ» и «ребенок-инвалид» и одинаково сформулировать их как в документах системы здравоохранения, так и в документах системы образования. И договориться о том, кто и на каких условиях сопровождает образовательную деятельность каждой категории учащихся.

2. По новым требованиям к педагогическим работникам, сформулированным в их профессиональном стандарте [6], учитель должен знать «основные закономерности возрастного развития, стадии и кризисы развития и социализации личности, индикаторы и индивидуальные особенности траекторий жизни и их возможные девиации, приемы их диагностики», уметь «использовать и апробировать специальные подходы к обучению в целях включения в образовательный процесс всех обучающихся, в том числе с особыми потребностями в образовании: обучающихся, проявивших выдающиеся способности; обучающихся, для которых русский язык не является родным; обучающихся с ограниченными возможностями здоровья», а также «освоение и применение психолого-педагогических технологий (в том числе инклюзивных), необходимых для адресной работы с различными контингентами учащихся: одаренные дети, социально уязвимые дети, дети, попавшие в трудные жизненные ситуации, дети-мигранты, дети-сироты, дети с особыми образовательными потребностями (аутисты, дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью и др.), дети с ограниченными возможностями здоровья, дети с девиациями поведения, дети с зависимостью».

Не касаясь целесообразности таких требований к одному человеку (умение работать по основной, адаптивной и специализированной образовательным программам одновременно, в одном классе), зададим другой вопрос: кто и когда даст педагогу эти знания и сформирует эти умения? В существующих в настоящее время ФГОС профессионального педагогического образования [5] требуемые для одновременной работы с детьми с разным уровнем здоровья компетенции сведены к следующим:

«Выпускник должен обладать следующими профессиональными компетенциями (ПК):

готов включаться во взаимодействие с родителями, коллегами, социальными партнерами, заинтересованными в обеспечении качества учебно-воспитательного процесса (ПК-5);

готов к обеспечению охраны жизни и здоровья обучающихся в учебно-воспитательном процессе и внеурочной деятельности (ПК-7)».

Вероятно, выходом из ситуации может стать развитие системы ДПО в сторону более подробного знакомства педагогических работников с принципами взаимодействия со специалистами смежных специальностей – логопедами, дефектологами, психологами (лучше – медицинскими психологами) и родителями «проблемных» учеников. И в сторону совершенствования собственных компетенций по разделению учащихся на разные группы здоровья и по умению работать с такими группами.

3. Поскольку формулировка приказа Минздрава России №822-н от 05.11.2013 г. о том, что наличие своего медработника в штате образовательной организации «допустимо» была понята как возможность сэкономить бюджет образовательной организации, в подавляющем большинстве школ свои медицинские работники теперь отсутствуют, а есть только приходящие (с разной периодичностью) из местных поликлиник медсестры. Поэтому психолого-педагогическая, медицинская и социальная помощь обучающимся, испытывающим трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации передана в ведение центров медико-психолого-педагогического сопровождения [1, ст. 42]. Мало того, что помощь детям оказывается только по письменному заявлению родителей ребенка (а не по направлению педагога, заметившего девиации в поведении ученика), так и состав специалистов прописан «мутно»: «помощь оказывается педагогами-психологами, социальными педагогами, учителями-логопедами, учителями-дефектологами и иными специалистами, необходимыми для надлежащего осуществления функций такого центра». Хотя по логике и здравому смыслу в центре должен быть, как минимум, набор специалистов-медиков – педиатры, гигиенисты, медицинские психологи и детские психиатры.

4. Рассогласование в работе педагогического сообщества и системы здравоохранения касаются всей сферы медицинского сопровождения образовательного процесса. Так, оказалось, что активно внедряемые в образовательную среду требования к формированию ИТК-компетенций не подтверждены гигиеническими сертификатами безопасности. Инновационные образовательные технологии, включая возможность самообразования через сеть Интернет, массовое увлечение созданием ученических исследовательских проектов, внедрение электронных учебников – все идет в нарушение гигиенического законодательства РФ [14]. Здесь свое веское слово должны сказать представители системы здравоохранения – педиатры, врачи-гигиенисты, специалисты Роспотребнадзора.

Перечисленные недоговоренности в общей работе систем образования и здравоохранения, безусловно, требуют самого быстрого и эффективного разрешения с участием всех заинтересованных сторон: педагогических и медицинских работников, родительской общественности и активистов общественных организаций, управленцев. Разрешения, оформленного в виде новых нормативно-правовых актов, регламентирующих здоровьесберегающее образование в его любом терминологическом оформлении. Слишком велика цена потенциальных потерь – здоровье подрастающего поколения.

Список литературы

1. Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».
2. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации (Минобрнауки России) от 17 октября 2013 г. № 1155 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта дошкольного образования».
3. Приказ Минобрнауки России от 6 октября 2009 года № 373 «Об утверждении и введении в действие федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования».
4. Приказ Минобрнауки России от 17 декабря 2010 года № 1897 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта основного общего образования».
5. Приказ Министерства образования и науки РФ от 22 декабря 2009 г. № 788 «Об утверждении и введении в действие федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по направлению подготовки 050100 Педагогическое образование (квалификация (степень) «бакалавр»)».
6. Профессиональный стандарт. Педагог (педагогическая деятельность в дошкольном, начальном общем, основном общем, среднем общем образовании) (воспитатель, учитель).
7. Указ Президента Российской Федерации от 1 июня 2012 г. № 761 «О национальной стратегии действий в интересах детей на 2012 – 2017 годы».
8. Порядок оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях. Утв. приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ №822-н от 05.11.2013 г.
9. Приказ Минобрнауки России от 19 декабря 2014 г. № 1598 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья».
10. Приказ Минобрнауки России от 19 декабря 2014 г. № 1599 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями)».
11. Сохраните МОУ «Специальная (коррекционная) начальная школа – детский сад IV вида №58» для детей с нарушениями зрения (г.Череповец) в прежнем формате // URL: [https://www.change.org/p/сохраните-спец-школу-детский-сад-по58-для-детей-с-нарушениями-зрения-г-череповец-о-kuvshinnikov?source\\_location=trending\\_petitions\\_home\\_page&algorithm=curated\\_trending](https://www.change.org/p/сохраните-спец-школу-детский-сад-по58-для-детей-с-нарушениями-зрения-г-череповец-о-kuvshinnikov?source_location=trending_petitions_home_page&algorithm=curated_trending) (дата обращения 10.03.2015)
12. Инклюзивное образование – мнение учителя // URL: <http://r-v-s.su/inklyuzivnoe-obrazovanie-mnenie-uchitelya> (дата обращения 10.03.2015)

13. Здоровоохранение, дружелюбное к детям, и здоровый образ жизни // URL: [http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/population/motherhood/#](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/motherhood/#) (дата обращения 10.03.2015)
14. Кучма В.Р. Гигиеническая безопасность для детей цифровой среды: научные основы, проблемы и технологии обеспечения // Научные основы безопасных для здоровья условий жизнедеятельности детей в XXI веке: проблемы и пути решения. Материалы Совместного заседания Научного совета по гигиене и охране здоровья детей и подростков и Координационного совета Бюро ОМН РАН и Президиума РАО «Здоровье и образование детей, подростков и молодежи», 29-30 сентября 2014 г., Москва.

## ФОРМИРОВАНИЕ КУЛЬТУРЫ ЗДОРОВЬЯ В ВУЗЕ

*Потанчук А.А.*

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова, г. Санкт-Петербург

Формирование культуры здоровья в ПСПбГМУ имени акад. И.П. Павлова – многоуровневая система. В воспитательных мероприятиях по формированию культуры здоровья принимают участие все структурные подразделения. Здоровьесберегающая и профилактическая направленность обучения прослеживается по всем медико-биологическим дисциплинам программы подготовки студентов. Важно отметить, что в ПСПбГМУ учебный план составлен таким образом, что занятия по физическому воспитанию проводятся в течение всех лет обучения. Кроме того, освобожденных от занятий физкультурой нет – все студенты распределяются на основную, подготовительную и специальную группы, с которыми дифференцированно организованы занятия, в зависимости от состояния здоровья и уровня физической подготовленности.

Согласно Конвенции охраны здоровья населения, приоритетной должна быть роль образовательных программ, направленных на сохранение и укрепление здоровья молодежи, в связи с этим в учебном плане предусмотрены такие предметы (вузовский компонент), как здоровый образ жизни, основы формирования здоровья детей, электив «Формирование здорового образа жизни». При прохождении электива студентам дается обоснование патогенетической и салютогенетической моделей ЗОЖ, согласно теории Антоновского, оценка влияния факторов риска (табакокурения, наркомании, алкоголизма, несбалансированного питания, гиподинамии) на развитие различных заболеваний, формируются знания по первичной, вторичной и третичной профилактике. На практических занятиях студенты проводят диагностику своего здоровья, оценивают резервы здоровья, уровень физического и психического состояния, а также обучаются способам формирования культуры здоровья. Кроме того, студенты 4 и 5 курсов факультета адаптивной физической культуры проходят практику в лечебно-профилактических и образовательных учреждениях, где проводят беседы о ЗОЖ, отражая этот вид деятельности в дневнике практиканта.

Для борьбы с вредными привычками и соблюдения норм и правил поведения в Университете создана этическая комиссия студентов.

Спортивно-оздоровительную работу в ПСПбГМУ возглавляет кафедра физического воспитания и здоровья. На кафедре функционируют секции по 17 видам спорта, которые в среднем посещает около 300 студентов. В физкультурно-спортивных мероприятиях Университета ежегодно принимают участие от 650 до 750 студентов и сотрудников. В плавательном бассейне занимается 78 оздоровительных групп, бассейн регулярно посещают около 1200 студентов и 600 сотрудников в течение года.

На базе учебно-оздоровительного комплекса Университета регулярно проводятся городские, региональные и Всероссийские соревнования по баскетболу, волейболу, стритболу, бадминтону, настольному теннису, плаванию, гребле, лёгкой атлетике, лыжным гонкам, шахматам, дартс и др. В Университете проводится много мероприятий по формированию здоро-

вого образа жизни: создан научно-образовательный центр профилактики и здорового образа жизни, студенты осуществляют волонтерскую деятельность в лечебно-профилактических и образовательных учреждениях, ежемесячно организуют внутривузовские и городские донорские акции, проводят уроки и фестивали здоровья в различных школах города, Суворовском военном училище, активно участвуют в различных форумах, конкурсах, семинарах, акциях, флеш-мобах, посвящая их борьбе с курением, профилактике наркомании, профилактике заболеваний полости рта и пр.

Формирование здорового образа жизни в студенческой среде имеет особенное значение, так как будущие медики на собственном примере осуществляют профилактическую деятельность, направленную на укрепление здоровья. Данный опыт поможет в будущей профессии давать пациентам рекомендации по ведению здорового образа жизни, формируя приверженность к здоровьесберегающей деятельности.

Системную работу в вузе по формированию культуры здоровья можно продемонстрировать результатами Всероссийских конкурсов. Ежегодно ПСПбГМУ имени акад. И.П.Павлова участвует в конкурсе среди медицинских и фармацевтических вузов РФ «ВУЗ здорового образа жизни», а также во Всероссийских конкурсах «Здоровая Россия». В 2010 г. проект «Не курите в белых халатах» вошел в библиотеку лучшего российского опыта по формированию здорового образа жизни, в 2011 г. аналогичный сертификат получен за проект «Воспитание культуры здоровья: студенты – школьникам». В 2012 г. Университет во Всероссийском конкурсе «Здоровая Россия» занял 1 место в номинации «Лучший муниципальный проект» с проектом «Мой здоровый образ жизни». В 2013, 2014 и 2015 гг. Университет на своей базе организовал и привел Северо-Западный этап Всероссийских соревнований среди студентов медицинских вузов «Физическая культура – вторая профессия врача», где занимал общекомандное 1 место. В 2014 г. ПСПбГМУ стал победителем во Всероссийском конкурсе среди медицинских и фармацевтических вузов «Вуз здорового образа жизни» в номинации «За создание условий в развитии физической культуры и спорта».

Таким образом, формирование здоровьесберегающего поведения студентов, мотивация их на сохранение и укрепление собственного здоровья, применение полученных знаний и навыков в профессиональной деятельности являются приоритетными направлениями подготовки студентов-медиков в условиях образовательного учреждения высшего профессионального образования.

## **МЕТОДИКА РАЗВИТИЯ И КОРРЕКЦИИ ПСИХОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ И ФИЗИЧЕСКИХ СПОСОБНОСТЕЙ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**

*Правдов М.А., Шмелева Е.А., Корнев А.В.*

Шуйский филиал Ивановского государственного университета, г. Шуя, Ивановская область

В настоящее время педагоги специальных (коррекционных) образовательных организаций недостаточно оснащены современными технологиями развития и коррекции двигательной и умственной сферы обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) [2; 4]. По данным исследований разных авторов, наблюдается негативная тенденция личностного и социального развития, самоопределения и социализации детей младшего школьного возраста, посещающих специальные (коррекционные) школы [3; 4].

Актуальным направлением развития системы адаптивного физического воспитания является научный поиск и разработка средств, форм и методов развития психофункциональных и физических способностей детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья. В данном аспекте проблемы исследования значительными возможностями для развития интеллектуального, физического и психического потенциала детей, воспитания их физических качеств и совершенствования психофункциональных способностей организма выступает система адаптивного физического воспитания, выстроенная на основе использования средств, форм и методов игровой направленности с применением тренажерных устройств и нестандартного оборудования.

Решение проблемы исследования и практическое внедрение методик развития и коррекции психофункциональных и физических способностей детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья реализуется в рамках проекта «Мир движений – океан возможностей», разработанного учеными Шуйского филиала Ивановского государственного университета совместно со специалистами и педагогами специальной (коррекционной) общеобразовательной школы-интерната VIII вида г. Шуи Ивановской области.

Адаптивное физическое воспитание детей с ОВЗ в целом и частные методики, реализуемые с учетом степени и вида заболевания обучающихся, выстраиваются на взаимосвязи всех видов их жизнедеятельности в образовательной организации [2; 3]. Опираясь на то, что организация и проведение занятий с учащимися 1-4 классов специальных (коррекционных) школ на основе игрового метода обеспечивает наиболее адекватные условия их адаптации к освоению новых, выполнению и совершенствованию ранее изученных двигательных действий, в разработанной методике коррекции и развития психофункциональных и физических способностей детей использовался комплекс различных упражнений на тренажерах и нестандартном оборудовании. При этом основным принципом организации и проведения различных форм учебной и внеучебной деятельности с учащимися выступает интеграция их двигательной и познавательной деятельности [2].



Предлагаемая методика занятий с учащимися с ОВЗ (1-4 классов) специальной (коррекционной) общеобразовательной школы-интерната VIII вида строится на реализации ряда этапов: диагностического, этапа разработки подгрупповых и индивидуальных маршрутов занятий развития и коррекции двигательной и психофункциональной систем организма, апробации, адаптации, этапа разработки корректирующих комплексов, мониторинга состояния степени развития физических качеств, психической сферы и функциональных систем организма, результативного этапа.

Суть методики заключается в целенаправленном применении физических упражнений для решения детьми не только двигательных, но и познавательных задач. В данном аспекте оборудование, инвентарь, тренировочные устройства и тренажеры для проведения занятий оснащаются дидактическими символами, знаками, а также звуковыми и световыми сигнальными маркерами, что служит для ребенка, выполняющего движения либо ориентиром, либо результатом его выполнения. Наличие специального спортивно-игрового оборудования и инвентаря, а также тренажеров и тренировочных устройств, способствует созданию условий направленного воздействия на развитие отдельных мышечных групп, сенсорных и функциональных систем организма, способствует созданию положительного эмоционального настроя к многократному выполнению двигательных действий [1; 2; 3].

Занятия на основе методики развития и коррекции психофункциональных и физических способностей детей с ОВЗ строятся с учетом возрастных особенностей их развития.

В ходе занятий применяется комплекс упражнений, в том числе на тренажерах и батуте, а также с использованием нестандартного гимнастического оборудования. Примерная сетка распределения упражнений на занятиях в рамках вариативной части программы по адаптивной физической культуре представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Сетка распределения времени использования упражнений

Содержание материала	1 класс		2 класс		3 класс		4 класс	
	На одном занятии (мин.)	Всего, час.	На одном занятии (мин.)	Всего, час.	На одном занятии (мин.)	Всего, час.	На одном занятии (мин.)	всего час.
Теоретические знания	1-2	1	1-2	1	1,5-2	2	2-3	2
Подвижные игры на общую физическую подготовку	10-15	4	10-15	4	12-16	4	12-18	4
Упражнения на тренажерах и устройствах на развитие скоростно-силовых способностей	8-10	2	8-10	2	8-10	4	10-12	4

Легкоатлетические упражнения на развитие быстроты	5-8	3	5-8	3	6-10	4	6-10	4
Упражнения на развитие выносливости (бег, ходьба, смешанные виды)	10-12	2	10-12	2	12-14	2	12-14	2
Упражнения на гимнастическом оборудовании (координационные, силовые способности)	8-12	2	8-12	2	10-14	4	10-14	4
Упражнения на батуте	10-12	2	10-12	2	12-16	4	12-16	4
Упражнения на специальном коррекционном оборудовании	10-12	4	10-12	4	12-14	2	12-14	2
Интегрированные упражнения на развитие мышления, памяти, внимания и развитие физических качеств	8-12	4	8-12	4	10-12	2	10-12	2
Упражнения на развитие координационных способностей	8-12	2	8-12	2	10-12	2	10-12	2
Интегрированная круговая тренировка	8-12	4	8-12	4	10-14	2	10-14	2
Игры-эстафеты, соревнования	10-15	6	10-15	6	15-18	4	15-18	4
Итого	30-40	36	30-40	36	30-40	36	30-40	36

Каждое занятие длится от 30 до 40 минут, имеет традиционную структуру (вводная, основная и заключительная части). Во вводной части занятия с детьми проводится разминка, игра малой интенсивности (до ЧСС 100-110 уд/мин). Далее в зависимости от изучаемого школьниками по другим предметам материала предлагается комплекс ОРУ, в канву которого включаются задачи, например, на сложение и вычитание («... дети, мы с вами выполнили приседание 5 раз, а следующее упражнение – «прыжки на месте» – мы выполним на 3 раза больше и т.п.).

В основной части занятия нагрузка увеличивается постепенно за счет объемов и интенсивности выполняемых упражнений. При достижении максимума ЧСС 140-160 уд/мин рекомендуется делать паузы для отдыха. При этом в зависимости от задач занятия и состояния учащихся линия на закрепление знаний по другим предметам сохраняется. Например, при вы-

полнении повторяющихся движений, можно помочь детям вспомнить четверостишья, прочесть стихи построчно каждым ребенком. Упражнения, выполняемые в основной части занятия в большей части направлены на развитие функциональных систем организма – дыхательной и сердечно-сосудистой. Основным средством является подвижная игра. С учетом вида и степени заболевания детям предлагаются различные роли в подвижной игре, соответствующие их двигательным возможностям. Необходимым условием в подвижных играх является использование различных атрибутов и материалов. Например, лент разного цвета, длины, степени шероховатости, мячей больших легких и малых тяжелых, ориентиров в пространстве зала (подвешенных предметов разной формы). Значительное внимание в процессе занятий уделяется созданию условий для совершенствования сенсорных систем. Для этого используются раздражители различной модальности, в том числе контрастные, например, поглаживание одной руки ребенка теплой (шерстяной) варежкой, а другой руки – прохладной (атласной) лентой и т.п.

В заключительной части занятия нагрузка снижается (ЧСС – 70 уд/мин). В основном используются упражнения стретчингового характера.

В течение учебной недели проводится 3 обязательных занятия в соответствии с программой и два дополнительных – вне рамок учебных занятий. Каждое занятие структурируется на основе предлагаемых видов упражнений и взаимосвязано с основной (базовой) частью программы по адаптивной физической культуре. При этом объем интегрированных физкультурных занятий (связанных по содержанию с предметами школьной программы), в том числе интегрированной круговой тренировки не превышает 30% от их общего числа. Подготовленные студенты-волонтеры совместно с преподавателем обеспечивают условия соблюдения принципа индивидуализации в дозировке объема, интенсивности, времени отдыха, корректировке движений в работе с детьми.

Анализ результатов апробации методики развития и коррекции психофункциональных и физических способностей у детей за 3 месяца позволяет констатировать положительные сдвиги в приросте результатов по ряду тестов по сравнению с детьми, занимающимися по традиционной методике. В тестах на физическую подготовленность (прыжок в длину с места, сгибание и разгибание рук в упоре лежа, бег 30 м, 6-минутный бег, бег змейкой, метание мяча) у детей 7-8 лет средний прирост результатов составил от 12,2 до 18,5%, что достоверно выше, чем у их сверстников ( $p < 0,05$ ). Аналогичная картина наблюдалась и у школьников 2 и 3-х классов. Прирост результатов в развитии скоростно-силовых показателей у школьников составил 11,3 %, координационных способностей – 6,1 %. Наряду с этим, согласно данным психологической диагностики, у детей 1-3 классов выросли показатели внимания и памяти. Отмечены положительные сдвиги в развитии функциональных систем организма. Полученные данные позволяют рекомендовать разработанную методику для внедрения в образовательный процесс с учащимися 1-4-х классов специальных (коррекционных) общеобразовательных школ.

#### Список литературы

1. Колобова Л.В., Правдов М.А., Правдов Д.М. Развитие координационных способностей у младших школьников в процессе обучения жонглированию мячами/ Л.В. Колобова, М.А. Правдов, Д.М. Правдов // Научный поиск.- 2013.- №2.5.- С. 62-64.

2. Корнев А.В. Коррекция двигательных действий детей с умеренной умственной отсталостью. Монография / А. В. Корнев, М. А. Правдов; Федеральное агентство по образованию, Гос. образовательное учреждение высш. проф. образования «Шуйский гос. пед. ун-т». – Шуя, 2008. – 98 с.
3. Правдов М.А., Правдов Д.М., Корнев А.В., Гунин В.В. Система интегрированных занятий в открытом физкультурно-образовательном пространстве педагогического университета / М.А. Правдов, Д.М. Правдов, А.В. Корнев, В.В. Гунин // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). – 2013. – № 10 (30). – С. 46.
4. Снесарь Н.Н., Пономарев В.В. Теоретические и практические аспекты игрового тренинга в физическом воспитании детей с легкой степенью умственной отсталости: Монография. – Красноярск: СибГТУ, 2012. – 142 с.

## О СОВРЕМЕННЫХ ВОЗМОЖНОСТЯХ ФОРМИРОВАНИЯ ВИДЕОЭКРАННОЙ КУЛЬТУРЫ И УСТАНОВКИ НА ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

*Смирнов Н.К.*

Академия повышения квалификации и профессиональной переподготовки работников образования, г. Москва

К существующему в современной России школьному образованию предъявляется много обоснованных претензий. Но, пожалуй, наиболее существенная – очевидная деградация воспитательной составляющей образовательного процесса. Если обучают наших школьников в целом удовлетворительно (а где-то даже хорошо), о чем свидетельствуют результаты международных исследований и востребованность наших выпускников школ зарубежными университетами и работодателями, то результаты недостатков воспитательной работы видны под самыми разными углами зрения.

Именно отказ школы от осуществления воспитательной работы в начале 1990-х годов, оказался одной из значимых причин того, что к настоящему времени снижение нравственных показателей подрастающего поколения стало заметно невооруженным глазом. Важно напомнить, что не только взрослые воспитывают своих детей и влияют на их мировоззрение, но и подрастающее поколение влияет на взрослых. То есть происходит обоюдный процесс культурно-нравственного выхолащивания.

Процесс духовно-нравственной девиации неизбежно сопряжен с различными психологическими и психопатологическими проявлениями. Наиболее заметное из них и хорошо известное педагогам и психологам – это феномен «клипового мышления», при котором внимание не способно задерживаться на явлениях продолжительностью более чем 5-10 минут. Школьники все меньше читают художественную литературу (даже обязательную, не говоря уже о рекомендуемой для внеклассного чтения), поскольку она требует больших затрат времени и психологического погружения в текст, все больше смотрят низкохудожественные телепередачи и «голливудские» фильмы с примитивным сюжетом, также соответствующие «клиповому» формату. Результат предпочтения такой низкосортной культурной продукции – крайне скудный словарный багаж, искажение устной речи «мусорными» словами и нецензурной лексикой. А ведь «как говорим – так и мыслим!», как мыслим – так и действуем... И действия эти оказываются все меньше отвечающими интересам здоровья и благополучия, своего и окружающих людей.

В более тяжелых случаях педагоги и родители сталкиваются с проявлениями у своих воспитанников хронического дистресса, невроза, психологических зависимостей, различными формами быстрого и медленного суицида, к которым относится табакокурение, злоупотребление алкоголем и употребление наркотиков. Не менее очевиден и психосоматический путь выключения духовно оскотенного человека из нормальной жизни: погружение его в пучину телесных недугов.

Спор о том, кто должен заниматься воспитанием – родители или школа, может продолжаться до бесконечности, а точнее – до полного развала системы образования, а значит, и

страны. В этом споре никто не хочет брать на себя ответственность за выполнение этой работы, за ее результаты. В существующих условиях школа практически лишена возможностей заниматься целенаправленной воспитательной работой и реально отвечать за ее результаты. И сама оценка этих результатов – один из главных камней преткновения, поскольку результаты воспитательной работы проявляются не сразу и очень по-разному. У большинства же родителей нет ни знаний о правильных технологиях воспитательной работы, ни времени ею заниматься [2].

Но несмотря на объективно негативную оценку существующего положения с воспитательной работой в нашей стране, профессионализм и гражданская ответственность работников образования сподвигает их на поиск новых направлений, внедрение новых, более эффективных средств, методов, технологий воспитательной работы, что позволяет внести свою лепту в процесс обеспечения прогрессивного развития страны, во многом зависящего от качества человеческого потенциала, формирующегося во многом усилиями работников образования.

В качестве одного из таких эффективных и современных направлений воспитательной работы со школьниками мы рассматриваем формирование у них, наряду с культурой здоровья, видеоэкранный культуры. Хорошо известно, что в XX веке, особенно во второй его половине, телевидение, кино, Интернет стали ведущими средствами приобщения к культуре самых широких слоев населения, разных по возрасту и социальному положению. И одновременно, в первую очередь для подрастающего поколения, средством воспитательного воздействия как в позитивном направлении (формирование морали, патриотизма, ответственности, благородства и т.п.), так и в негативном (разжигание агрессивности, ксенофобии, пропаганда националистических, криминальных и человеконенавистнических идеалов и ценностей).

И сейчас в России XIX века, когда дети и подростки все меньше читают, думают, рефлексиируют, а все больше мечтают быстро, неважно как, но без труда разбогатеть, жить празднично и весело, экранные средства становятся все более влиятельным инструментом формирования и социализации личности, адекватизации поведения и планов в соответствии с реальными возможностями и условиями.

В последние годы думающие представители интеллигенции бьют тревогу в связи с очевидно негативным влиянием, которое оказывает на подрастающее поколение репертуар наших кинотеатров, преимущественно состоящий из низкопробной голливудской кинопродукции, деформирующей эстетические вкусы зрителей, разжигающей низменные страсти, агрессивность, демонстрирующей примеры безнравственных и противоправных поступков. Похожим воздействием на неокрепшую психику подростков отличаются и многие отечественные сериалы, в которых все строится на однообразно-примитивных сюжетах и «масочной» игре актеров, что деформирует эстетический вкус зрителей.

Таким образом, существующее в настоящее время положение дел в сфере кино не только приводит к деформации эстетического вкуса подрастающего поколения, приобщает его к худшим образцам западных ценностей, но и самым негативным образом влияет на формирование личности детей, подростков, молодежи.

Закономерно, что по инициативе авторитетных деятелей культуры в 2012 г. стали создаваться списки фильмов, которые не только дополняют программы по литературе кино-иллюстрациями классических произведений (как было и раньше), способствуют формированию

культурного фундамента личности, но и оказывают на зрителя позитивное воспитательное воздействие.

Мы не будем обсуждать список из 100 отечественных фильмов, совместно рекомендованных Министерством образования и науки и Министерством культуры РФ. Отметим лишь, что в этот список входит много киноклассики, которая представляет интерес скорее для студентов кинофакультетов, нежели чем для школьников. Если же к отечественным фильмам добавятся еще полсотни зарубежных киношедевров, то трудно представить, когда при существующей учебной перегрузке бедные дети будут эти фильмы смотреть... Поэтому решение организационных вопросов оказывается здесь далеко не второстепенным.

Еще одна очевидная опасность заключается в вероятности того, что просмотр этих фильмов будет навязываться школьникам, как сейчас навязываются произведения классиков литературы. Результат будет тот же: отвращение к книгам и чтению вообще (в первом случае), к качественному кинематографу и фильмам, не совместимым с поеданием попкорна (во втором случае). В условиях распространенной безответственности чиновников за результаты порученного дела при реализации этого проекта мы в очередной раз рискуем наступить на «любимые» грабли.

Чтобы этого не произошло, необходимо, на наш взгляд, направить средства, организационные и творческие усилия на решение трех проблем, без которых труднореализуемо воспитание видеоэкранной культуры школьников и ее использование для формирования установок на здоровый образ жизни.

Во-первых, концентрировать внимание только на художественных полнометражных фильмах – значит пытаться решить комплексную проблему односторонними, причем не самыми эффективными методами. Существует огромный массив разнообразных короткометражных, документальных, научно-популярных, анимационных фильмов, которые имеют значительный потенциал для использования в воспитательно-развивающей работе образовательных учреждений. Поэтому необходимо провести (усилить) работу по квалифицированному отбору таких фильмов и формированию для школ рекомендательного (с возможностью выбора, как учебников) списка разноформатных кинопроизведений, ориентированных в первую очередь на задачу воспитания и социализации подрастающего поколения средствами киноискусства. При этом параллельно будет решаться и задача культурного развития школьников.

Но просто показ фильмов, даже самых лучших со всех точек зрения, не принесет пользы большинству юных кинозрителей (так же, как и бездумный выбор книг). К просмотру фильмов детей и подростков надо подготовить: создать психологическую установку на просмотр и обсудить фильм после просмотра. И это вторая проблема, которую придется решать не с киноведческой точки зрения, а с воспитательной. Поскольку это область не дидактической работы, привычной для большинства учителей, а психолого-педагогической, то такая работа с большей эффективностью будет осуществляться не учителями, а психологами (число которых, к сожалению, в последнее время в школах заметно сокращается).

При просмотре и последующем обсуждении любого фильма со школьниками всегда можно и желательно обращать внимание на аспекты, примеры, связанные с образом жизни героев, их культурой здоровья, соблюдением или не соблюдением принципов безопасного поведения,

вредными и полезными привычками. И как следствие (не всегда прямолинейное!) – результаты, отражающиеся на здоровье, успешности и благополучии.

Но кто бы ни проводил эти занятия – учитель, психолог, приглашенный специалист, – к этой работе преподавателя нужно подготовить. Поэтому с 2013 года в Академии повышения квалификации и профессиональной переподготовки работников образования при кафедре психолого-педагогических технологий охраны и укрепления здоровья создан Центр изучения возможностей кино и медиа для воспитания, социализации, сохранения здоровья и развития личности. Его работа направлена на подготовку работников образования для профессионального использования киноматериалов в воспитательно-развивающей работе со школьниками, эффективного использования разработанной нами технологии «воспитательного кинокомментаринга» [3].

Исследователь этой проблемы И.С. Левшина еще более 20 лет назад отмечала, что педагог, который хочет заниматься кинообразованием со школьниками, должен обязательно учитывать как особенности художественного восприятия, свойственные конкретному возрасту, так и особенности зрительских предпочтений своих учеников. Недостаточна позиция воспитателя-учителя, волей-неволей прикованного своими профессиональными задачами к одному из многочисленных планов воспитательного влияния экрана на личность школьника. Здесь понадобится сочетание компетенций учителя, психолога и искусствоведа. И именно психологический подход в этой работе позволяет сформировать у воспитанника социально-адекватные ценностные ориентации и установки [1].

Еще одним (третьим) важным условием успешности всего проекта, объединяющего усилия творческих деятелей из сферы культуры и образования, является формирование видеоэкранный (зрительской) культуры не только у школьников – основной группы внимания, но и у всех, кто в разном качестве так или иначе связан с системой образования: у родителей школьников, которые должны уметь грамотно, с воспитательной точки зрения осуществлять домашние кинопросмотры, у будущих и уже работающих педагогов, а также у студентов разных учебных заведений (особенно гуманитарного профиля), также будущих родителей. Адаптированные для разных социально-профессиональных групп курсы «Основ видеоэкранный культуры», «Кинообразования, кинопросвещения» необходимо вводить не только в программы педагогических вузов, учреждений дополнительного профессионального педагогического образования, но и в программы вузов и ссузов гуманитарного профиля, а также проводить занятия для общественных объединений родителей школьников (клубы, «университеты родительской педагогики»).

Эта задача тесно увязана с задачей формирования у работников образования культуры здоровья, установки на ведение здорового образа жизни. Ведь видеоэкранный культура, как и культура здоровья, – составные части общей культуры человека, от уровня и качества развития которой у педагогов и родителей, зависит достижение главной поставленной задачи – воспитание в семье и школе культурного, здорового и социально успешного человека.

Огромные возможности современного киноискусства должны быть направлены на воспитание и социализацию, всестороннее развитие и формирование здоровья детей, подростков, молодежи.

Список литературы



1. Левшина И.С. Подросток и экран. – М.: Педагогика, 1989. – 176 с.
2. Смирнов Н.К. Руководство по здоровьесберегающей педагогике. Технологии здоровьесберегающего образования. – М.: АРКТИ, 2008. – 288 с.
3. Смирнов Н.К. Кино в воспитательной и здоровьесформирующей работе школы: реализация новых возможностей //Актуальные проблемы психологии и педагогики детства. – Sterlitaмак, 2013. – С. 260-262.

## **ШКОЛА ВОЛОНТЕРСКОГО АКТИВА «ЗДОРОВАЯ ИНИЦИАТИВА» НА БАЗЕ МАРИЙСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УНИВЕРСИТЕТА**

*Смышляева Т.В., Дорогова Ю.А., Рыбакова С.В.*

Марийский государственный университет, г. Йошкар-Ола, Республика Марий Эл

С 2002 года в Марийском государственном университете (МарГУ) реализуется проект Школы актива «Волонтерство». В рамках данного проекта до 2014 года волонтерская деятельность осуществлялась по трем направлениям:

- 1) правовое просвещение и гражданское воспитание старшеклассников;
- 2) социально-педагогическая поддержка и сопровождение воспитанников детских домов и школ-интернатов;
- 3) организация досуговой деятельности людей третьего возраста.

С 2014 года появилось новое направление – формирование здорового образа жизни и профилактика употребления психоактивных веществ в подростково-молодежной среде.

Инициатива была поддержана межвузовской комиссией по противодействию наркомании в студенческой среде при Совете ректоров вузов Республики Марий Эл.

В феврале 2014 года в рамках Школы актива «Волонтерство» стартовала специальная программа «Здоровая инициатива».

Целью Школы является развитие в Республике Марий Эл добровольческого движения, направленного на формирование здорового образа жизни, профилактику употребления психоактивных веществ в подростково-молодежной среде.

Задачами данной Школы являются:

1. Создание и апробирование системы привлечения, отбора и подготовки добровольцев из числа студентов образовательных организаций высшего образования для проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни.
2. Информирование слушателей Школы о пагубном влиянии психоактивных веществ на организм человека.
3. Обучение волонтеров основам профилактической работы, формам и методам работы с подростками, умению мотивировать подростков и молодежь к ведению здорового образа жизни.

Школа объединила самых активных и социально-ответственных студентов для обучения по программе профилактики наркомании и пропаганды здорового образа жизни.

Программа включает 4 этапа:

- подготовительный,

- обучающий,
- практический,
- итоговый.

На подготовительном этапе осуществляется информирование руководителей образовательных организаций о проведении Школы волонтеров; он-лайн регистрация кандидатов, формирование учебной группы.

Обучающий этап проходит в форме теоретических и практических занятий, а также внеаудиторных активных форм работы с молодежью согласно утвержденной образовательной программе. Образовательная программа рассчитана на 34 академических часа Школы и включает в себя 19 занятий: лекции, семинары, тренинги, мастер-классы.

К проведению занятий привлекаются преподаватели и студенты ФГБОУ ВПО «Марийский государственный университет», специалисты организаций системы профилактики наркомании в рамках программ межведомственного взаимодействия.

Участники программы:

1. прослушивают лекции по следующим темам: «Деятельность органов Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков»; «Уголовная и административная ответственность за правонарушения, связанные с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ»; «Признаки наркомании»;
2. принимают участие в семинарах: «Основы физических тренировок»; «Основы правильного питания»; «Консультация о проведении «Интернет-уроков» в школах города»;
3. посещают различные тренинги: «Командообразующие квесты»; «Принципы профилактики зависимого поведения подростков», «Оказание психолого-педагогической помощи подросткам групп риска в части профилактики употребления ПАВ (табака, алкоголя, наркотиков)»; «Практические формы информационно-просветительской работы», Интерактивная экскурсия «Выставка здоровья»;
4. получают много полезной информации на мастер-классах: «Экскурсия в Федеральную службу по контролю за оборотом наркотиков»; «Социальное проектирование».

Практический этап предполагает участие добровольцев в реализации профилактических программ, разработанных ими в процессе обучения. Профилактика наркомании среди молодежи осуществляется по направлениям: антинаркотическая пропаганда среди студентов и обучающихся старших классов подшефных школ, научная работа и социальное проектирование, массовые физкультурно-оздоровительные акции.

Волонтеры «Здоровой инициативы» посетили школы и ссузы Республики Марий Эл и Кировской области с мероприятиями антинаркотической направленности. Так, волонтеры рассказали студентам и школьникам об ответственности за правонарушения, связанные с не-

законным оборотом наркотических средств, проинформировали о медицинских последствиях употребления наркотиков и психоактивных веществ.

Кроме того в рамках работы школы «Здоровая инициатива» был проведен Республиканский творческий конкурс по наркопрофилактике для обучающихся образовательных организаций Республики Марий Эл. На конкурс было заявлено 82 работы обучающихся общеобразовательных организаций, профессиональных образовательных организаций, образовательных организаций высшего образования Республики Марий Эл.

Слушатели Школы активно принимали участие в различных спортивных мероприятиях, мероприятия по пропаганде ЗОЖ.

«Итоговый» этап программы – Межрегиональный форум «Здоровая инициатива» – прошел в декабре 2014 года на базе МарГУ, в форуме приняли участие более 120 человек из трех регионов РФ. Работа форума проходила в рамках пленарного заседания, научно-практической конференции, дискуссионной площадки и мастер-класса. На форуме были подведены итоги работы школы, вручены сертификаты и благодарственные письма выпускникам школы, а также дипломы победителей творческого конкурса для учащихся общеобразовательных организаций.

**ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ПРОСТРАНСТВА ДЛЯ  
ШКОЛЬНИКОВ В МУНИЦИПАЛЬНОМ ОБРАЗОВАНИИ, ВКЛЮЧАЯ  
ПОВЫШЕНИЕ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ, НА ОСНОВЕ 20-ЛЕТНЕГО  
ОПЫТА УЧАСТИЯ ГОРОДА В ПРОЕКТЕ ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «ЗДОРОВЫЕ ГОРОДА»**

*Теслева И.М., Зимина Е.А., Петрова С.Г.*

Администрация города Ижевска, г. Ижевск, Удмуртская Республика

Одним из основных приоритетов государственной политики на современном этапе является сохранение и укрепление здоровья детей и подростков, в том числе формирование здорового образа жизни, привитие навыков личной гигиены, рационального питания, повышение уровня физической активности школьников и в целом формирование на местном уровне единого профилактического здоровьесберегающего пространства.

Город Ижевск – столица Удмуртской Республики Приволжского Федерального округа Российской Федерации. Ижевск входит в двадцатку крупнейших городов России, в нем проживает более 40% населения региона, что составляет 642 тысяч жителей (на 01.01.2015).

В 1997 году первым из российских городов Ижевск вступил в международное движение Всемирной организации здравоохранения «Здоровые города», получив официальную аккредитацию в Европейской сети ВОЗ.

Проект ВОЗ «Здоровые города» – это долговременный международный проект развития городов, основная цель которого – сделать здоровье населения одним из основных приоритетов городской политики в Европейском регионе, разработать и проводить в жизнь стратегию здоровья и устойчивого развития города на основе принципов и целей программы «Здоровье для всех в XXI веке» и «Местной повестки дня на XXI век».

Проект «Здоровые города» направлен на повышение физического здоровья, психологического комфорта и социального благополучия горожан, на создание для них благоприятной окружающей среды. Проект «Здоровые города» стартовал в 1987 году. Первая фаза (1987-1992 гг.) включала пропаганду идеи проекта в Европе, II фаза (1993-1998 гг.) – развитие местной политики в области здоровья, III фаза (1998-2002 гг.), IV (2003-2008 гг.), V (2009-2013 гг.) и VI (2014-2018 гг.) – реализацию практических мероприятий.

За годы существования проекта к его деятельности присоединилось более 1100 европейских городов, образовано более 30 национальных и региональных сетей. Города-участники Европейской сети ВОЗ разработали и внедрили широкий спектр программ и документов – городских «профилей здоровья» и «стратегических планов здоровья», основанных на межведомственном сотрудничестве.

Основой работы по проекту в последнее десятилетие является Глобальная Европейская политика и стратегия ВОЗ для XXI века «Здоровье – 21», направленная на достижение здоровья для всех в Европейском регионе, и ряд других документов, таких как «Глобальная стратегия

ВОЗ по питанию, физической активности и здоровью», «Социальные детерминанты здоровья и благополучия подростков» и другие.

В 2010 году в России была создана национальная сеть – Ассоциация по улучшению состояния здоровья и качества жизни населения «Здоровые города, районы и поселки». С 2011 года Ижевск является активным участником Российской сети.

На всех этапах реализации Проекта ВОЗ «Здоровые города» большое значение уделяется сохранению и укреплению здоровья детей и подростков, начиная с ранних возрастов и задействуя все сферы их жизнедеятельности: улучшение жизни всех детей, грамотность в вопросах здоровья, физическая активность, рацион питания, профилактика ожирения, потребления табака и алкоголя, психическое благополучие, здоровая среда обитания, внимание к детям из уязвимых групп, к детям с ограниченными возможностями, отвечающее интересам здоровья городское планирование и проектирование, отвечающий интересам здоровья транспорт, профилактика неинфекционных и инфекционных заболеваний и другие.

Работа по учету интересов здоровья детей и подростков во всех местных стратегиях в Ижевске осуществляется в соответствии с приоритетными направлениями Проекта «Здоровые города» с помощью программно-целевого метода – реализации целевых программ здоровья. В последние годы были разработаны, внедрены и продолжают реализовываться муниципальные долгосрочные целевые программы:

- Программа развития общественного здоровья города Ижевска «Здоровье города – здоровье ижевчан» на 2007-2010, 2011-2014 годы;
- Подпрограмма «Ижевск – здоровый город» программы «Развитие физической культуры, спорта и формирование здорового образа жизни» на 2015-2020 годы;
- Программа «Развитие образования в городе Ижевске» на 2009-2011, 2012-2016, 2015-2020 годы;
- Программа «Развитие системы дошкольного образования города Ижевска» на 2009-2010 годы;
- Программа «Детское и школьное питание в городе Ижевске» на 2010-2014 годы;
- Городская программа «Дети Ижевска» на 2011-2014 годы;
- Программа «Доступная среда» на 2011-2015 годы;
- Программа «Социальная поддержка населения» Ижевска на 2015-2020 годы;
- Программа профилактики наркомании в Ижевске на 2012-2014 годы.

Целью городской программы «Дети Ижевска» является сохранение и укрепление здоровья детей и подростков на всех этапах развития; профилактика насилия и жестокого обращения с детьми; повышение качества услуг и эффективности системы комплексной помощи и поддержки детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации; создание городской среды, безопасной для жизни и развития каждого ребенка, формирования гражданской позиции подрастающего поколения и участия детей в процессе принятия решений в вопросах, касающихся

их жизни. Система мероприятий программы реализуется через подпрограммы: «Ижевск – пространство заботы о здоровье», «Ижевск – пространство культуры, развития и творческой самореализации» «Ижевск – пространство социальной интеграции», «Ижевск – пространство партнерства и участия детей и взрослых».

Ключевым значением муниципальной целевой программы «Детское и школьное питание в городе Ижевске» является улучшение качества питания учащихся общеобразовательных учреждений, совершенствование организации системы питания в образовательных учреждениях на основе внедрения новых технологий и форм обслуживания и обеспечение детей школьного возраста качественным сбалансированным питанием. В рамках программы с 2011 года в городе начато внедрение инновационной автоматизированной карточной системы оплаты, учета и организации питания учащихся – проекта «Школьная карта». В настоящее время данный проект внедрен в 20 школах города. В школах Ижевска реализуется программа «Разговор о правильном питании», проводится ежегодный конкурс работ на логотип «Школьное питание».

Основой муниципальной программы «Развитие образования» является организация, повышение качества и доступности дошкольного, общего, дополнительного образования детей на территории города Ижевска, создание условий для успешной социализации и самореализации детей и молодежи. Программа реализуется через шесть комплексных подпрограмм «Общее образование», «Дополнительное образование детей», «Организация отдыха детей», «Детское и школьное питание», «Содействие занятости молодежи», «Создание условий для реализации муниципальной программы».

Целью программы «Ижевск – здоровый город» является сохранение и укрепление здоровья всех категорий населения, достижение равенства в вопросах здоровья, повышение уровня информированности населения в вопросах здорового образа жизни и профилактики неинфекционных заболеваний, формирование культуры здоровья, привитие навыков здорового и активного образа, снижение уровня распространенности вредных привычек, здоровое городское планирование, создание благоприятной среды для развития физической активности с учетом потребностей всех категорий жителей.

С 2010 года в Ижевске под руководством Управления образования Администрации города функционирует городская опорная площадка «Здоровье детей школьного возраста». Целью площадки является координация здоровьесберегающей деятельности городских образовательных учреждений, а также создание системы межведомственного социального партнерства учреждений и организаций города, осуществляющих профилактическую работу по охране здоровья школьников в образовательном пространстве города.

Приоритетными направлениями деятельности площадки определены информационно-методическое сопровождение деятельности образовательных учреждений по освоению базовой модели системной комплексной работы по сохранению здоровья в образовательном процессе, организация профилактических мероприятий по формированию культуры здоровья школьников и педагогов, а также повышение профессиональной компетентности педагогических работников по вопросам здоровьесбережения.

В Ижевске создана модель координации здоровьесберегающей деятельности в образовательном пространстве города. Ядром модели является Координационный совет, возглавляемый

Управлением образования и включающий специалистов разных ведомств и руководителей городских методических объединений: психологов и социальных педагогов. Рабочим органом является городское методическое объединение районных координаторов здорового образа жизни, городское методическое объединение педагогов-психологов и социальных педагогов. Ежегодно создаются временные инициативные рабочие группы, включающие представителей образовательных учреждений и педагогов-практиков. Примером является рабочая группа «Апробация оптимальной модели Индикативного анализа здоровьесберегающей деятельности общеобразовательных учреждений». Модель включает районные методические объединения педагогов – кураторов здорового образа жизни. В каждом образовательном учреждении приказом руководителя ежегодно назначается педагог-куратор здорового образа жизни.

Благодаря созданной модели за последние годы удалось систематизировать и скоординировать деятельность образовательных учреждений в инновационном режиме, реализуя задачу «Информационно-методическое сопровождение инновационной деятельности образовательных учреждений по внедрению здоровьесберегающих технологий в образовательном процессе».

Городским экспертным советом шести школам присвоен статус «Городская опорная площадка» здоровьесберегающей направленности и четырем школам – статус «Городская экспериментальная площадка».

Школами, имеющими статус городских опорных и экспериментальных площадок, проводятся установочные и обучающие семинары по тематике своих инновационных программ, индивидуальные консультации специалистов, круглые столы, открытые занятия, творческие встречи, итоговые семинары по результатам внедрения здоровьесберегающих проектов и программ.

Для информационно-методического обеспечения деятельности образовательных учреждений был создан городской информационный банк проектов здоровьесберегающей направленности.

Организация профилактических мероприятий по формированию культуры здоровья и профилактике заболеваний школьников осуществляется на двух уровнях: ученическом и педагогическом. Школьники города активно включаются в мероприятия по сохранению и укреплению здоровья.

В результате деятельности городской опорной площадки «Здоровье детей школьного возраста» в Ижевске:

- в школах города актуализированы проблемы укрепления и сохранения здоровья;
- в школьном сообществе сформирована тенденция к диалогу, сетевому взаимодействию и партнерству в решении проблем здоровьесбережения, регулярно определяется проблематика инновационной деятельности и перспективы работы;
- налажено конструктивное и плодотворное сотрудничество образовательных учреждений города с организациями и учреждениями, работающими по вопросам охраны здоровья школьников со специалистами различных ведомств;



- сформирована, регулярно обновляется и дополняется методическая база в области пропаганды здорового стиля жизни и профилактики вредных привычек для образовательных учреждений;

- деятельность городской опорной площадки «Здоровье детей школьного возраста» стала консолидирующим и координирующим центром реализации муниципальных целевых программ «Здоровье города – здоровье ижевчан», «Ижевск – здоровый город», «Дети Ижевска».

В настоящее время образовательная система города представлена 98 общеобразовательными школами и более чем 64 тыс. обучающимися. В рамках действующих муниципальных программ под руководством городской опорной площадки «Здоровье детей школьного возраста» в городе реализуются долгосрочные оздоровительные проекты и программы, направленные на сохранение и укрепление здоровья школьников. Это крупномасштабное мероприятие «Фестиваль здоровья», городская сеть «Школ укрепления здоровья», проект «Оздоровительная финская ходьба», «Активная перемена», городские конкурсы «Самый здоровый класс», «Школа – территория здоровья», городские программы «Наше здоровье в наших руках», «Здоровый ребенок», «Здоровье ребенка школьного возраста», ежегодная широкомасштабная акция «Будь здоров, подросток».

В Ижевске создано общественное движение школьников «Волонтеры за здоровый образ жизни». На нынешний день в 40 образовательных учреждениях города функционируют общественные наркологические посты. Во многих школах созданы кабинеты здорового образа жизни и профилактики потребления психоактивных веществ.

В 2012 году в Ижевске стартовал новый для города проект «Оздоровительная финская ходьба в школе». В начале проекта было проведено обучение 111 руководителей образовательных учреждений на тему: «Новые образовательные технологии как средство социально оздоровительной активности детей. Проект оздоровительная финская ходьба», проведен мастер-класс «Финская оздоровительная ходьба». В дальнейшем организовано совещание заместителей директоров по учебно-воспитательной работе и учителей физической культуры (150 человек) на тему: «Внедрение финской оздоровительной ходьбы в образовательных учреждениях города для обучающихся, отнесенных по состоянию здоровья к подготовительной и специальной медицинской группе».

С целью успешной реализации проекта по оздоровительной финской ходьбе был изучен опыт других регионов по внедрению данной технологии в качестве третьего обязательного часа по предмету «Физическая культура».

В итоге с целью популяризации здорового образа жизни через занятия новым видом физической активности – оздоровительной финской ходьбой – среди обучающихся 10-11 классов в 2012 году в Ижевске был разработан инновационный проект «Оздоровительная финская ходьба на уроках физкультуры в старших классах». Финская ходьба была введена в старших классах на третьем часе физкультуры в неделю. Поскольку данный вид физических занятий используется в любое время года, финская ходьба рекомендована для учащихся всех групп здоровья, проста, эффективна и доступна. Учителю необходимо дифференцировать виды и формы работы на уроках физической культуры, поскольку для выполнения некоторых упражнений у детей специальной и подготовительной групп здоровья имеются противопока-

зания, для занятий же финской ходьбой нет противопоказаний, необходимо только правильно рассчитать нагрузку.

В виде экспериментальной площадки выступили три общеобразовательных школы Ижевска. Модуль «Финская оздоровительная ходьба» включен в рабочую программу по предмету «Физическая культура» для обучающихся 10-11 классов. Учителя физической культуры прошли дополнительные обучающие семинары по данному виду физической культуры. Для занятий приобретен необходимый инвентарь.

В результате проведенного эксперимента было обеспечено 100%-ное посещение уроков физкультуры учащимися разных медицинских групп, обеспечена занятость детей и подростков во внеурочное время, при занятиях физической культурой отсутствовали угрожающие жизни и здоровью случаи, получены положительные отзывы учеников и их родителей.

В последующем школы – первые участники проекта – стали опорными площадками – центрами по финской оздоровительной ходьбе «Спорт для всех». В настоящее время осуществляется поэтапное внедрение данного проекта для учащихся всех классов (с 1 по 11) общеобразовательных школ города, а также для родителей и педагогов. В ближайшее время планируется внедрение данного модуля в учебный план образовательных учреждений для детей с ограниченными возможностями здоровья.

В рамках проекта ВОЗ «Здоровые города» в Ижевске в 2005 году была создана городская сеть «Школ укрепления здоровья», в которую в настоящее время входит 44 образовательных учреждения, в каждом из них реализуются свои оздоровительно-образовательные проекты.

Целью проекта «Школа укрепления здоровья» является усиление роли школы в вопросах повышения уровня здоровья учащихся через формирование идеологии и психологии здоровья. Основными направлениями деятельности «Школ укрепления здоровья» является создание среди учащихся «моды на здоровье», реализация мероприятий по профилактике социально опасных заболеваний и мониторинг состояния здоровья школьников.

Основные принципы деятельности проекта: здоровье становится базовой ценностью политики школы и ее повседневной жизни; формируется культура здоровья, позиция личной ответственности школьника за свое здоровье; разрабатываются и внедряются новые здоровьесберегающие технологии обучения; развитие школы происходит с учетом мнений учащихся, педагогов и родителей; развивается социальное партнерство и межведомственное взаимодействие.

В школах были разработаны и внедрены в образовательный процесс индивидуальные программы по формированию здоровьесберегающего образовательного пространства.

Примером является программа, включающая:

- социально-оздоровительный комплекс (психологическая служба, социально-педагогическая служба, медицинская служба, логопедический пункт, валеологическая лаборатория, МО учителей физической культуры, МО учителей ОБЖ, столовая);

- материально-техническое оснащение (медицинский, процедурный кабинеты, кабинет зубного врача, кабинет ЛФК, спортивный, хореографический, тренажерный залы, зал рит-

мики, лыжная база, кабинеты специалистов (педагогов-психологов, социальных педагогов, учителей-логопедов), кабинет психологической разгрузки, кабинет компьютерных валеотехнологий);

- определение «традиций здоровья» («дни здоровья», акции социального характера, предметные недели, недели здоровья, тематические мастерские, тематические конкурсы, военно-спортивные соревнования, летние оздоровительные лагеря);

- авторские школьные программы и проекты («Гражданское патриотическое воспитание», «Организация и работа волонтерского движения среди подростков», «Организация скаутского движения», «Организация туристического клуба», «Полевая школа исследователя», «Подготовка инструктора детско-юношеского туризма», «Комплексная программа по физической культуре», «Программа летнего оздоровительного лагеря», «Школа безопасности», «Отряд юных инспекторов движения», программы психологического сопровождения учащихся с 1 по 11 класс, «Профилактика употребления ПАВ», «Развитие устной и письменной речи как условие успешного обучения в начальной школе», «Организация и работа волонтерского движения среди учащихся начальной школы», «Организация школьного летнего оздоровительного лагеря», «Школа психологии»);

- оздоровительные технологии в образовательном пространстве (диагностика уровня здоровья учащихся, программы «чистая вода» и «чистый воздух», программа «Принципы адекватного и диетического питания», фитобар);

- оздоровительные эффекты физической культуры (различные формы внеурочных занятий физической культурой, выбор спортивной специализации, лечебная физическая культура);

- психолого-педагогические методы (психологические клубы общения, школа психологии, волонтерское, патриотическое, скаутское движения, программы коррекционно-развивающего воздействия, туристический клуб);

- медицинские технологии (массаж, фитотерапия, гомеопатия, вакцинотерапия, физиотерапия);

- повышение уровня образовательных навыков по вопросам здоровья (теоретические конференции, семинары по вопросам здоровья и качества жизни для обучающихся, родителей и педагогов, акции, дни здоровья для учеников и педагогов);

- количественные и качественные критерии эффективности мероприятий (динамика групп здоровья, физические показатели, уровень заболеваемости).

В школах разработаны и внедрены различные межведомственные здоровьесберегающие технологии, валеологическое сопровождение учебного процесса, программы профилактики и коррекции нарушений зрения, программы профилактики и коррекции нарушений осанки и стопы, программы профилактики патологических состояний и заболеваний (йоддефицитных состояний, нарушений питания, ожирения, заболеваний полости рта и зубов, миопии, заболеваний, связанных с вредными привычками и со снижением работоспособности), программы летнего оздоровительного отдыха.

Неотъемлемой частью в работе по формированию идеологии и психологии здоровья школьников стало Городское детское общественное движение «Волонтеры за здоровый образ жизни», которое развивается в Ижевске с 1999 года. Целью движения является профилактика употребления психоактивных веществ и пропаганда здорового образа жизни. Волонтерами реализуются такие проекты, как «Спасибо, нет!», «Мир без опасности», «То, что надо!», «Ровесник – ровеснику», «Будущее – это мы!», проводятся социальные акции, спортивно-оздоровительные мероприятия, конкурсы и смотры волонтерского мастерства и талантов, фестивали и слеты волонтерских отрядов.

С 2005 года в Ижевске действует городская программа «Наше здоровье в наших руках». Цель программы – профилактика употребления психоактивных веществ и пропаганда здорового образа жизни среди школьников города через организацию деятельности волонтерских отрядов детей и подростков. Опорной площадкой этого направления является городской Центр детского творчества.

В 1999 году в Ижевске было создано 3 волонтерских отряда, а в 2013 – уже 57 отрядов и 46 команд черлидеров, в которых насчитывается около 3000 подростков. Опорной площадкой по спортивно-оздоровительному направлению стал центр «Грация», на базе этого учреждения в 2008 году была создана общественная организация «Федерация черлидинга». Волонтерские отряды и команды черлидеров проводят профилактическую и пропагандистскую деятельность на базе своих образовательных учреждений и охватывают большое количество детей и подростков. Отряды формируются в общеобразовательных школах, клубах по месту жительства, в училищах, в учреждениях дополнительного образования. В отрядах занимаются ребята с 8 лет. Все отряды работают под руководством педагогов, психологов, социальных педагогов.

Деятельность волонтерских отрядов учитывается при составлении плана воспитательной работы образовательного учреждения и вписывается в модуль его профилактической деятельности. Волонтерское движение детей и подростков Ижевска активно сотрудничает с разными учреждениями и организациями. Обучение волонтеров проходит совместно со специалистами профилактических учреждений: центра медицинской профилактики, наркологического диспансера, центра профилактики наркомании, центра по борьбе со СПИДом, центра «Психолог +», УФСКН по Удмуртии и других.

Одним из ярких крупномасштабных городских мероприятий является Фестиваль здоровья, который проводится в Ижевске каждые два года (с 1996 года) и длится более 6 месяцев. Основными целями фестиваля являются привлечение внимания детей, родителей, педагогов, общественности города к ценностям здорового образа жизни, повышение уровня здоровья детей, обобщение и распространение опыта профилактической работы. Традиционно фестиваль включает в себя конкурс «Самый здоровый класс», который проводится среди учащихся 1-11 классов, конкурс образовательных программ на тему формирования и сохранения здоровья среди педагогов и конкурс рекламных проектов в котором участвуют студенты высших и средних учебных заведений.

Последний (VIII) городской Фестиваль здоровья прошел в Ижевске с 15 декабря 2013 года по 31 мая 2014 года под девизом «Активный город – выбор Ижевска!». В Фестивале приняли участие коллективы сотрудников и воспитанников детских дошкольных образовательных учреждений, сотрудников и учащихся муниципальных образовательных учреждений, студенты

и преподаватели учреждений начального и среднего профессионального образования, высших учебных заведений, молодежные коллективы предприятий города, коллективы Центров социального обслуживания и представители старшего поколения города, коллективы управляющих компаний города и ТСЖ, работники предприятий и организаций, общественность Ижевска и представители СМИ.

В рамках Фестиваля состоялись конкурсы: «Самый здоровый дошкольный коллектив», «Самый здоровый класс», «Лучший организатор физической активности», «Двигаемся, радуемся, живем!», «Физическая активность – путь к долголетию», «Придомовые территории, благоприятные для физической активности жителей».

В школах города проведены мероприятия по реализации проектов: «Пешком! Бегом! Вприпрыжку!», «Большие танцы», «Антистресс», «Активные переменки», «Делай как я», «Игры нашего двора», «Играем на резинке», интеллектуально-творческий квест «Я о здоровье знаю все», «Марафон здоровья», «Молодежь. Здоровье. Успех» и другие. Всего в мероприятиях Фестиваля приняли участие 110 тыс. человек.

С целью популяризации физической активности среди населения в 2012 году был разработан «Профиль физической активности города Ижевска».

Тщательный анализ уровня физической активности различных групп населения и городской среды позволил разработать стратегию развития города, благоприятную для физической активности. Построены спортивные объекты международного уровня, центры семейного и спортивного отдыха. Важным проектом является строительство и обустройство сети городских велодорожек. В настоящее время их протяженность составляет практически 40 километров. Обустраиваются велопарковки, открываются велопрокаты.

Климатические особенности Удмуртии – продолжительная зима и хорошее качество снежного покрова – сделали регион центром развития лыжного спорта. Рядом с городом располагаются горнолыжные курорты, лыжные базы и биатлонные комплексы для профессиональных спортсменов. Жителям города созданы условия для ходьбы на лыжах в центральном городском парке. В 2013 году были открыты две новые освещенные лыжные трассы, кататься на которых можно в любое время дня. Летом в парке организованы тропы здоровья для пеших прогулок и занятий финской ходьбой. В настоящее время создается городской клуб любителей финской ходьбы. Для физической активности горожан используются благоустроенные «зеленые» зоны. Проводятся различные массовые физкультурные мероприятия. Более 15 лет известные спортсмены Ижевска проводят для жителей «Зарядку со звездой», на которую собираются тысячи горожан.

В соответствии с действующим законодательством в сфере образования, в настоящее время большое внимание уделяется созданию здоровьесберегающей и здоровьесформирующей образовательной среды (Президентское послание «Наша новая школа» – о создании безопасных условий и реализации концепции «Школа не для всех, а для каждого»). Для организации и оценки здоровьесберегающей деятельности на уровне школ в Ижевске внедрена и используется «Модель системной комплексной работы по сохранению и укреплению здоровья в общеобразовательных учреждениях» (М.М. Безруких, академик РАО, В.Д. Сонькин, профессор РАО).

В соответствии с данной моделью основными направлениями в работе образовательных учреждений по формированию здорового образа жизни являются здоровьесберегающая инфраструктура образовательного учреждения, рациональная организация образовательного процесса, организация физкультурно-оздоровительной работы, просветительско-воспитательная работа с учащимися, направленная на формирование ценности здоровья и здорового образа жизни, организация системы просветительской и методической работы с педагогами, специалистами и родителями, медицинская профилактика и динамическое наблюдение за состоянием здоровья.

С целью динамической количественной и качественной оценки сохранения и укрепления здоровья школьников используется система индикаторов, включающая показатели рациональной организации учебного процесса и режима дня, показатели изменения функционального состояния и напряженности «текущей заболеваемости», показатели динамики физического развития и физической подготовленности школьников, а также показатели, характеризующие изменения отношения детей к своему здоровью и здоровому образу жизни.

В перечень основных также входят индикаторы, непосредственно обеспечивающие создание здоровьесберегающей образовательной среды в общеобразовательном учреждении: безопасный для проведения уроков физической культуры спортивный зал, оборудованные столовые, благоустроенность пришкольной территории (озеленение территории, места для отдыха), организация горячего питания, наличие лицензированного медицинского кабинета.

Основными направлениями муниципальной системы образования по оздоровлению детей являются создание условий, способствующих сохранению и укреплению здоровья обучающихся образовательных учреждений; организация и проведение межведомственных мероприятий, направленных на охрану и укрепление здоровья обучающихся; обеспечение формирования системы знаний о здоровье и здоровом образе жизни, мотивации на сохранение и укрепление здоровья у участников образовательного процесса.

В последние восемь лет в Ижевске отмечается рост рождаемости. Так, за период с 2005 по 2013 год число родившихся детей увеличилось на 3058 человек, или на 42,8%.

В последние пять лет в городе отмечается стабильная тенденция к росту уровня рождаемости и снижению уровня смертности, сохраняется положительный естественный прирост населения. Так, в 2013 году показатель естественного прироста составил «+ 2,7», а в 2014 году – «+2,6» на 1000 населения.

В период с 2004 по 2010 год в городе отмечалось снижение численности детско-подросткового населения 0-17 лет, однако с 2011 года наметилась тенденция к росту данного показателя. При этом численность детского населения 0-14 лет ежегодно увеличивается уже с 2009 года, а подросткового (15-17 лет) продолжает снижаться, что обусловлено резким снижением уровня рождаемости, произошедшим в период 1998-2002 годов. При этом отмечается синхронный рост численности населения 0-14 лет как среди девочек, так и среди мальчиков.

В последние пять лет (с 2009 по 2013 годы) отмечается снижение числа детей 0-17 лет, имеющих инвалидность, на 409 человек и числа детей, впервые признанных инвалидами, на

145 человек. Так, за период с 2009 по 2013 год показатель общей детской инвалидности снизился на 27,1%, а первичной инвалидности – на 50%.

В последние пять лет отмечается стабильная тенденция к снижению уровней общей и первичной заболеваемости среди детского населения Ижевска (0-14 лет). Так, с 2009 по 2013 год показатель общей заболеваемости снизился на 11,8%, а первичной – на 6,6%.

При изучении уровней общей заболеваемости детей 0-14 лет в разрезе отдельных нозологических форм можно выделить ряд положительных тенденций. Так, в 2013 году, по сравнению с 2009 годом, отмечается снижение уровней заболеваемости по 13 классам болезней, в наибольшей степени выраженное по болезням кожи (на 32,7%), болезням системы кровообращения (на 27,5%), инфекционным заболеваниям (на 25,9%), болезням мочеполовой (на 25,8%) и нервной системы (на 22,9%). Следует отметить снижение заболеваемости болезнями органов пищеварения, глаза и органов дыхания. При этом отмечается рост заболеваемости по отдельным болезням, таким как артериальная гипертензия, сахарный диабет и ожирение.

Среди подростков 15-17 лет за последние пять лет отмечается снижение общей заболеваемости, в среднем – на 16,3%, и по 12 классам болезней. Негативные тенденции роста заболеваемости зафиксированы по новообразованиям, болезням, характеризующимся повышенным кровяным давлением, эндокринным заболеваниям, в частности по сахарному диабету и ожирению.

Следует обратить внимание, что за последние годы отмечается тенденция к росту удельного веса школьников, имеющих первую и вторую группу здоровья, и к снижению – имеющих третью группу здоровья. При проведении профилактических осмотров школьников города Ижевска в последние годы наметился ряд положительных тенденций. Среди школьников всех возрастов отмечается тенденция к уменьшению частоты понижений остроты слуха, сколиоза и нарушений осанки. Так, в 2013 году, по сравнению с 2005 годом, частота сколиоза среди детей до 14 лет снизилась в 4 раза, среди школьников 15-17 лет – в 2,5 раза, а частота выявленных нарушений осанки – в 1,6 и в 1,8 раз соответственно.

При этом следует отметить увеличение частоты распространения патологических нарушений с увеличением возраста. Так, в 2013 году у школьников 15-17 лет, по сравнению с учащимися до 14 лет, в 4 раза чаще диагностировалось понижение остроты слуха, в 4,6 раз чаще – понижение остроты зрения, в 16,5 раз чаще – сколиоз и в 2,7 раз чаще – нарушение осанки.

На протяжении последних пяти лет в городе Ижевске улучшается демографическая ситуация. Численность детско-подросткового населения города ежегодно увеличивается и на начало 2014 года составляет свыше 120 тысяч человек. Ежегодно отмечается положительный естественный прирост населения, снижаются показатели заболеваемости и инвалидности среди детей. Динамический анализ уровней заболеваемости и отклонений в состоянии здоровья школьников позволяет проводить целенаправленную политику в вопросах сохранения и укрепления здоровья подрастающего поколения.

Тем не менее остается ряд вопросов, требующих пристального внимания и новых механизмов решения. Одним из них является необходимость систематического динамического

наблюдения за состоянием здоровья школьников с определением конкретных показателей состояния здоровья с целью проведения тщательного анализа основных факторов риска и разработкой локальных стратегий профилактики заболевания, сохранения и укрепления здоровья школьников. Одним из вариантов решения этой проблемы является открытие в городе Ижевске городского центра медицинской профилактики с центром здоровья для детско-подросткового населения.



# ГОТОВНОСТЬ ОБУЧАЮЩИХСЯ К ЗДОРОВЬЕОРИЕНТИРОВАННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ КАЧЕСТВА РАБОТЫ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ В ОБЛАСТИ СОХРАНЕНИЯ, УКРЕПЛЕНИЯ И ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ ЗДОРОВЬЯ

*Третьякова Н.В.*

Российский государственный профессионально-педагогический университет, г. Екатеринбург, Свердловская область

Реализация образовательными организациями деятельности по сохранению, укреплению и обеспечению безопасности здоровья детей, подростков и учащейся молодежи дает основания для углубления научных представлений о сущности образования как системы, обеспечивающей охрану здоровья. В соответствии с Национальной доктриной развития образования в Российской Федерации на период до 2025 года, Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации», Государственной программой «Развитие образования на 2013-2020 годы», Федеральными требованиями к образовательным учреждениям в части охраны здоровья обучающихся, воспитанников, Национальной образовательной инициативой «Наша новая школа», Федеральными государственными образовательными стандартами дошкольного, общего и профессионального образования и другими законодательными актами, образование призвано формировать и развивать у обучающихся духовно-нравственный, психологический и физический компоненты здоровья, а также компетенции безопасного и здорового образа жизни. В числе традиционных направлений данного вида образовательной деятельности можно выделить санитарно-гигиеническое (В. Ф. Базарный, А. А. Баранов, В. Р. Кучма, С. В. Попов, В. М. Чимаров и др.), лечебно-профилактическое (Н. А. Голиков, Р. А. Маткивский, Е. А. Перевезенцев, Е. П. Усанова и др.), физкультурно-оздоровительное (В. К. Бальсевич, М. Я. Виленский, Л. И. Лубышева, И. В. Манжелей, Л. А. Семенов и др.), эколого-валеологическое (С. Д. Дерябо, Л. В. Моисеева, Г. П. Сикорская, З. И. Тюмасева и др.), организационно-педагогическое (Н. П. Абаскалова, В. Н. Ирхин, В. В. Колбанов, Н. Н. Малярчук, Т. Ф. Орехова, Т. М. Резер, Н. К. Смирнов, З. И. Тюмасева и др.) направления [6, с. 5–6].

Следует отметить, что эффективность деятельности образовательных организаций по сохранению и укреплению здоровья обучающихся традиционно оценивается по медико-биологическим критериям, ориентированным преимущественно на показатели заболеваемости ребенка и уровень его физического развития. С позиции данных критериев следует констатировать ее недостаточную результативность, о чем свидетельствуют статистические данные высокого уровня детско-подростковой заболеваемости. Согласно исследованиям, проведенным независимым институтом социальной политики совместно с Детским фондом ООН (ЮНИСЕФ), за последние 10-15 лет в состоянии здоровья российских детей и подростков сформировались устойчивые негативные тенденции: распространение факторов риска, ухудшающих здоровье, увеличение заболеваемости и рост инвалидности.

В структуре населения России дети в возрасте до 18 лет составляют почти треть. Из них порядка 29 млн. приходится на детей, посещающих образовательные организации, в том числе немногим более 15 млн. – на школьников. Образовательные организации – единственная

система общественного воспитания, охватывающая в течение продолжительного времени всю детско-подростковую популяцию (более 70 % времени учащиеся проводят в стенах данных учреждений). Время обучения совпадает с чрезвычайно напряженным периодом роста и развития детей, морфофункциональных перестроек, когда организм наиболее чувствителен к воздействию неблагоприятных факторов среды, в числе которых выступают непосредственно условия образовательного процесса. Исследователями определено, что современная образовательная среда предъявляет высокие требования к обучающимся, зачастую превышающие их психофизиологические возможности, и, таким образом, может способствовать развитию заболеваний, то есть являться фактором риска для здоровья. До 40 % детско-подростковой патологии специалисты связывают с влиянием именно факторов, имеющих связь с образовательным процессом (М. В. Антропова, М. М. Безруких, Г. Г. Онищенко, Н. Б. Панкова, В. Д. Сонькин и др.), когда условия воспитания и обучения в образовательных организациях оцениваются как умеренно опасные и нормативным требованиям не отвечающие (Е. П. Усанова, И. Г. Муртазин, И. Ш. Туаева и др.).

Высокий рост заболеваемости и значительное влияние на здоровье обучающихся внешних факторов риска служат основанием для применения исследователями медико-биологического подхода к деятельности по сохранению и укреплению здоровья с преимущественной ориентацией образовательных организаций на реализацию охранительной стратегии через создание здоровьесберегающей образовательной среды. В то же время, принимая во внимание, что уровень здоровья более чем на 50-55 % зависит от образа жизни (здорового или нездорового), важно стимулировать непосредственно деятельность человека в поддержании собственного здоровья. На личную ответственность человека за состояние своего здоровья указывается и в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В этой связи педагогическое сообщество ставит перед собой задачу формирования у обучающихся ряда социальных компетенций, связанных с сохранением и укреплением здоровья. В то же время достаточный уровень компетентности не всегда может являться побуждающим фактором к изменению образа жизни человека. Соответственно, с позиции гуманизации образования и личностно ориентированной парадигмы в педагогике, наряду с реализацией образовательными организациями охранительной стратегии здоровьесберегающей деятельности и формированием у обучающихся соответствующих компетенций, важно развитие их личностных качеств. Данные качества должны быть направлены на актуализацию потенциала ребенка в отношении сохранения и укрепления здоровья, на организацию собственного стиля здорового образа жизни, то есть речь идет о готовности обучающихся к здоровьесориентированной деятельности (субъективному состоянию, означающему желание и способность сохранять и укреплять здоровье). Именно формирование готовности обучающихся к здоровьесориентированной деятельности, наряду с созданием здоровьесберегающей образовательной среды, должно выступать основой при определении сущностной и содержательной сторон деятельности образовательных организаций по сохранению, укреплению и обеспечению безопасности здоровья детей, подростков и учащейся молодежи.

В основе готовности обучающихся к здоровьесориентированной деятельности лежит процесс создания человеком ценностей (как духовных, так и материальных), поскольку здоровье рассматривается именно как ценность [4] со всеми образующими ее элементами структуры сознания – ценностными ориентациями (определяемыми через отношения), потребностями, установками, мотивами и интересами. Развитие обозначенных структур во многом зависит от

степени вовлеченности человека в различные виды деятельности по сохранению и укреплению здоровья [1; 2; 4]. Соответственно, деятельность образовательных организаций по сохранению и укреплению здоровья обучающихся необходимо организовывать таким образом, чтобы поднимать внутреннюю активность ребенка, через формирование нужного объема знаний и его осмысления к последующему закреплению результатов в различных видах здоровьесберегающей деятельности.

Основу формирования готовности обучающихся к здоровьесберегающей деятельности составляют положения следующих подходов [6, с. 53–55]:

1) аксиологического, позволяющего рассматривать здоровье личности приоритетной универсальной и социальной ценностью, занимающей самую высокую ступень в иерархии потребностей человека (А. Я. Иванюшкин, Ю. В. Науменко, Б. г. Юдин и др.);

2) онтогенетического, предусматривающего рассмотрение стратегий отношения человека к своему здоровью в различные периоды онтогенеза и учет этих особенностей при разработке содержательно-процессуальных основ построения индивидуальных траекторий безопасного и здорового образа жизни в условиях образовательных организаций (Н. П. Абаскалова, Р. Е. Айзман, Э. М. Казин, Л. г. Татарникова и др.);

3) холистического, дающего возможность рассматривать здоровье в единстве всех его компонентов и признать наиболее эффективной стратегией в реализации приоритетов здоровья в образовании интеграцию усилий специалистов различного профиля в сфере сохранения и укрепления здоровья (В. В. Колбанов, Н. М. Полетаева и др.);

4) личностно деятельностного, раскрывающего здоровье как характеристику личности, формирующуюся в ее деятельности и являющуюся результатом этой деятельности (Л. С. Выготский, Т. Ф. Орехова и др.).

Обозначенные концептуальные подходы позволяют рассматривать здоровье в качестве целевого ресурса личности, которым можно управлять и управлять в условиях образовательного процесса.

Результаты, полученные в ходе анализа представленной совокупности теорий поведения человека в отношении сохранения и укрепления здоровья (теория убеждений о здоровье (I. Rosenstock), теория здравого смысла и саморегуляции (H. Leventhal), теория причинного действия (I. Ajzen), теория социального научения (S. M. Miller, A. Bandura), теория самоэффективности (A. Bandura), теория поиска ощущений (M. Zuckerman), теория стадий изменения поведения (J. O. Prochaska), концепция отношения к здоровью (Р. А. Березовская, г. С. Никифоров и др.) легли в основу построения векторной модели здоровьесберегающего потенциала личности (по А. г. Маджуге [2]) [6, с. 55–59].

Здоровьесберегающий потенциал представляет собой динамическую систему ресурсов субъекта (когнитивных, эмоционально-волевых, физических, духовно-нравственных и пр.), используемых им для достижения целей здоровьесберегающей деятельности. Раскрывается данный потенциал через совокупность внешних (физических (соматических), психологических и духовно-нравственных) и внутренних (социальных и общественно-политических) условий обеспечивающих сохранение и укрепление здоровья:

- физические (соматические) – наследственность, уровень физического развития (соматометрические, соматоскопические и физиометрические показатели), уровень состояния здоровья (наличие или отсутствие хронических заболеваний), уровень неспецифической резистентности (сопротивляемости) организма, уровень физической подготовленности (показатели кондиционных физических качеств);
- психологические – уровень развития основных психологических процессов (восприятие, мышление, память, воображение и др.) и его соответствие установленным возрастным нормам;
- духовно-нравственные – уровень развития эмоционально-мотивационной сферы, ценностных ориентаций и установок; уровень адекватности поведения требованиям социальной среды;
- социальные – наличие и доступность услуг физкультурно-оздоровительных, коррекционно-психологических, медико-реабилитационных и иных центров и служб содействия укреплению здоровья;
- общественно-идеологические – наличие стойких идеологических позиций в отношении приоритетности здоровья, здорового образа жизни, поддерживаемого на всех уровнях государственной власти (федеральном, региональном, муниципальном и объектном).

В качестве основного проявления здоровьесберегающего потенциала выделяется стремление человека к совершенству. Руководить данным процессом возможно в соответствии с векторной моделью развития потенциала личности, содержащей такие векторы, как здоровьесберегающая установка, метапознавательные способности и здоровьесберегающая компетентность [6, с. 58–59].

Здоровьесберегающая установка определяется как психологическое состояние предрасположенности субъекта к активной позиции в отношении удержания и наращивания объема собственного здоровьесберегающего потенциала. Данная установка представлена двумя типами: первичная (создается на основе потребности в сохранении здоровья и обуславливает возникновение активности в повышении ранга ценности здоровья в системе жизненных ценностей личности) и вторичная (образуется на основе доминирующей потребности в наращивании потенциала в условиях угрозы деформации здоровьесберегающего потенциала, что, как правило, связано с невозможностью его реализации в результате устойчивого негативного воздействия внешней среды).

Метапознавательные способности характеризуют индивидуальные особенности личности, позволяющие отражать, оценивать и осознанно управлять познавательной системой при построении и оценке поведения, ориентированного на сохранение и укрепление здоровья. Содержательное поле данного вектора включает отражение, оценивание и управление собственной познавательной системой.

Здоровьесберегающая компетентность характеризует уровень становления, развития и владения субъектом практическими навыками сохранения и укрепления здоровья, их применения (моделирования) в различных жизненных ситуациях, поскольку здоровьесберегающая

активность должна быть обеспечена как практическим инструментарием (технологиями, приемами и методами), так и методическими подходами к его использованию при моделировании и построении соответствующих изменяющимся ситуациям стратегий.

Вектор следует рассматривать как элемент психологического пространства личности, обладающий направлением и дихотомическими проявлениями [2, с. 369].

Облегчает определение цели выбор средств, методов и критериев становления личностно значимых качеств, необходимых для здоровьеориентированной деятельности, наличие структурной модели готовности обучающегося к данному виду деятельности. Построение модели основано на положении о целостности человеческой личности, структуре, соответствующей структуре личности: направленности, опыта, индивидуальных особенностей и биопсихических свойств (по К. К. Платонову [5]). Соответственно, основными взаимосвязанными компонентами готовности обучающегося к здоровьеориентированной деятельности нами определены:

1) мотивационно-ценностный (приоритетность ценности здоровья в системе жизненных ценностей; наличие потребности, желания, доминирующей внутренней мотивации к сохранению и укреплению здоровья);

2) когнитивный (система знаний о здоровье, здоровом образе жизни, способах охраны и увеличения резервов здоровья; представления об особенностях и условиях здоровьеориентированной деятельности);

3) эмоционально-волевой (ответственное отношение к собственному здоровью и здоровью окружающих; целеустремленность в сохранении и укреплении здоровья; стремление к самопознанию, саморазвитию, самовоспитанию, отраженное в индивидуальном опыте здоровьеориентированной деятельности; самоконтроль, обеспечивающий систематичность осуществления данной деятельности);

4) операционально-процессуальный (владение способами осуществления здоровьеориентированной деятельности; перенос индивидуального опыта по сохранению и укреплению здоровья в повседневную практику);

5) оценочно-рефлексивный (самооценка своей подготовленности и соответствия процесса решения здоровьеориентированных задач оптимальным образцам).

Содержание компонентов, в свою очередь, рассматривается как система здоровьесберегающих способностей обучающегося (специфические качества человека – физические, психические, духовно-нравственные, необходимые и достаточные для эффективного осуществления здоровьеориентированной деятельности), границы целостности которой определяются требованиями здоровьеориентированной деятельности человека, а возможность их реализации зависит от уровня здоровьесберегающего потенциала личности.

Все компоненты готовности взаимосвязаны и взаимообусловлены. В частности, ценностное отношение к здоровью стимулирует мотивацию, обеспечивающую осуществление здоровьеориентированной деятельности, влияет на формирование когнитивного компонента. Сформированная мотивация, в свою очередь, оказывает воздействие на развитие эмоционального отношения к процессу здоровьеориентированной деятельности, способствует проявлению

волевых усилий. Положительные эмоции, сопровождающие ситуации успеха, фиксируются в сознании и стимулируют развитие когнитивного и рефлексивного компонентов. Развитые рефлексивные способности позволяют адекватно оценивать свою активность, корректировать эмоционально-волевые проявления, влияют на формирование потребности в углублении и систематизации знаний в направлении сохранения и укрепления здоровья.

Развитие данных компонентов составляет одну из ключевых содержательных сторон образовательного процесса в контексте здоровьесберегающей деятельности и связано с запуском таких механизмов, как рефлексия, самоцелеполагание, самопрограммирование и самореализация.

Формирование готовности обучающихся к здоровьесберегающей деятельности предполагает учет выделенных нами принципов:

1) ценности, предполагающего формирование устойчивой мировоззренческой позиции обучающихся относительно ценности здоровья как наивысшей в иерархии общечеловеческих ценностей;

2) деятельности, предусматривающего активное вовлечение обучающихся в различные виды деятельности по сохранению и укреплению здоровья, ориентированные на развитие их творческого потенциала и учитывающие индивидуальные и возрастные особенности каждого ребенка;

3) самоуправляемости, предполагающего расширение здоровьесберегающего потенциала личности через управление (самоуправление) внешними и внутренними условиями его обеспечения (физическими, психологическими, духовно-нравственными, социальными, общественно-идеологическими);

4) индивидуализации, предусматривающего создание содержательных и процессуальных методических и методологических разработок по формированию здоровьесберегающей личностной позиции обучающихся в условиях образовательных организаций с учетом их возрастных особенностей;

5) векторности, предполагающего формирование и развитие здоровьесберегающего потенциала личности по индивидуальным траекториям движения в границах заданных векторов (здоровьесберегающая установка, метапознавательные способности, здоровьесберегающая компетентность);

6) интегрированности, обуславливающего разносторонность и комплексность педагогического воздействия на обучающихся в процессе сохранения и укрепления здоровья с учетом единства составляющих его компонентов (физического, психологического и духовно-нравственного) путем интеграции усилий специалистов различных профилей (медико-гигиенического, психолого-педагогического, социально-педагогического), задействованных в здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций.

Модель готовности обучающегося к здоровьесберегающей деятельности представлена на рисунке 1.

В целом результатом формирования готовности обучающихся к здоровьесберегающей деятельности является образование соответствующих мотивов, установок и опыта, придание психическим процессам и свойствам личности таких особенностей, которые обеспечат обучающимся возможность эффективно вести здоровый образ жизни независимо от условий или динамики изменения жизненной обстановки. Оценивается данное формирование через мотивационно-ценностный, когнитивный, эмоционально-волевой, операционально-процессуальный и оценочно-рефлексивный уровни выраженности.

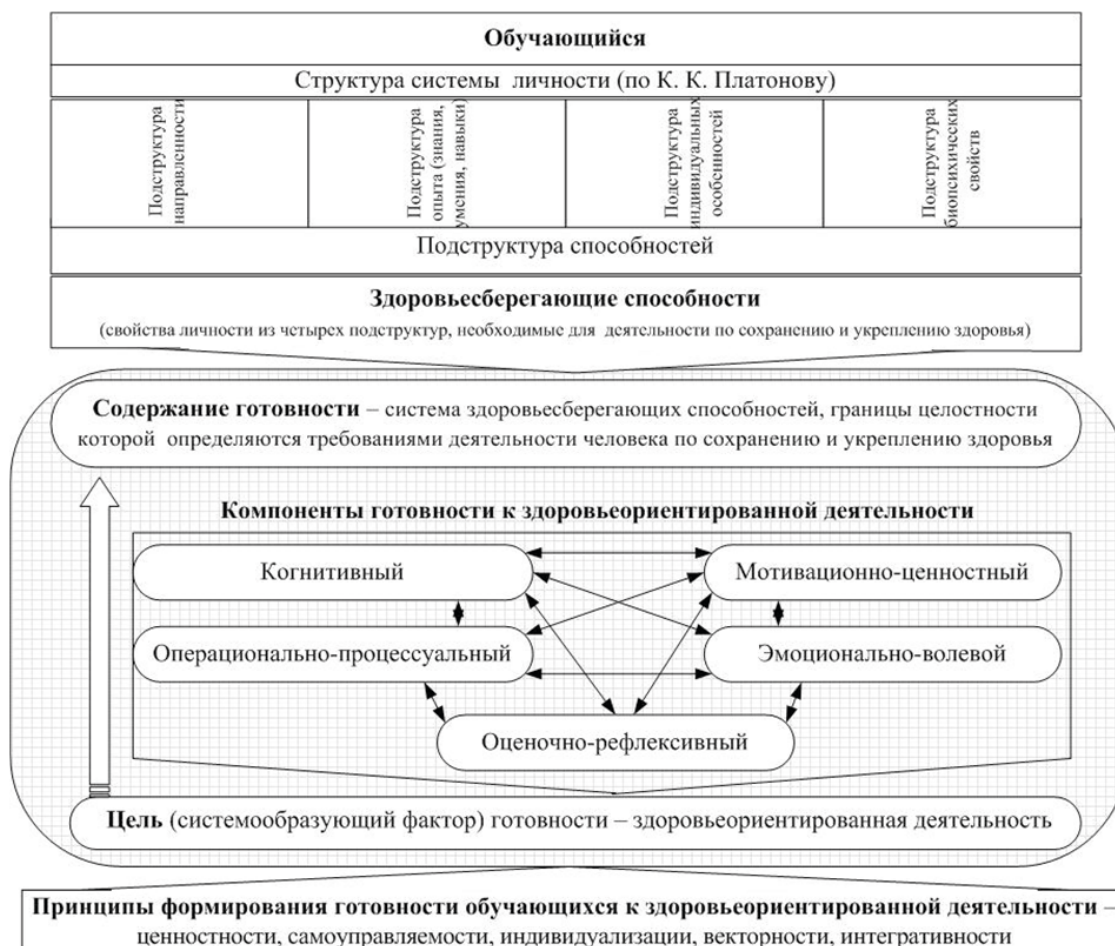


Рисунок 1 – Модель готовности обучающегося к здоровьесберегающей деятельности

Практическая апробация обозначенных в настоящей работе положений по формированию готовности обучающихся к здоровьесберегающей деятельности проводится в образовательных организациях Уральского и Сибирского регионов, работающих в рамках сетевого взаимодействия инновационно-активных образовательных учреждений Федеральной экспериментальной площадки Академии повышения квалификации и переподготовки работников образования Министерства образования и науки РФ. Результаты, полученные в ходе опытно-поисковой деятельности, позволили установить высокую зависимость (коэффициент корреляции Пирсона при уровне значимости  $p < 0,001$ ) между уровнем готовности обучающихся к здоровьесберегающей деятельности, сформированности их здоровьесберегающей личностной позиции и общим уровнем здоровья детей образовательных организаций (рисунок 2).

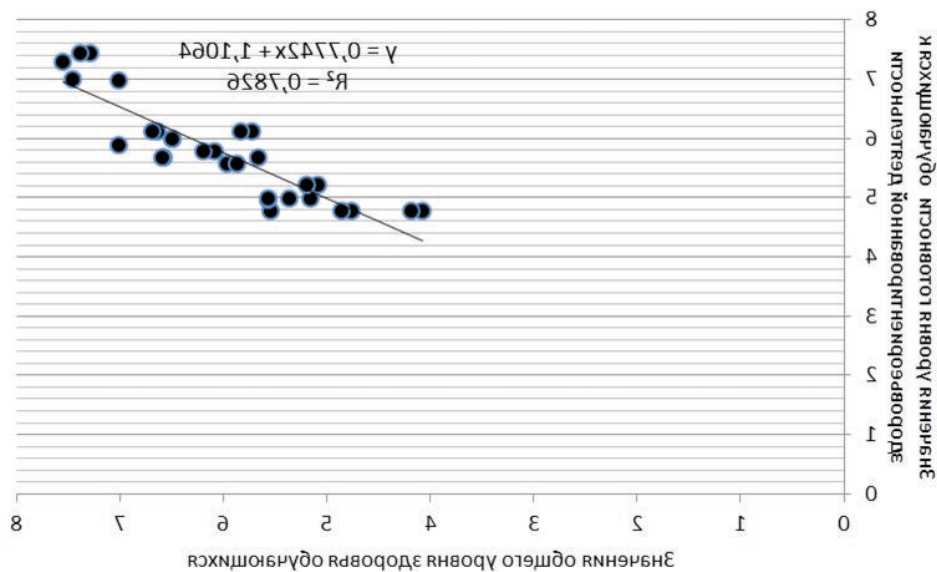


Рисунок 2 – Вид корреляционной зависимости между значениями уровня готовности обучающихся к здоровьесориентированной деятельности и общим уровнем здоровья детей образовательных организаций

Установлена умеренная зависимость ( при уровне значимости  $p < 0,05$  ) между степенью влияния факторов риска для здоровья, связанных с образовательным процессом, и общим уровнем здоровья обучающихся (рисунок 3).

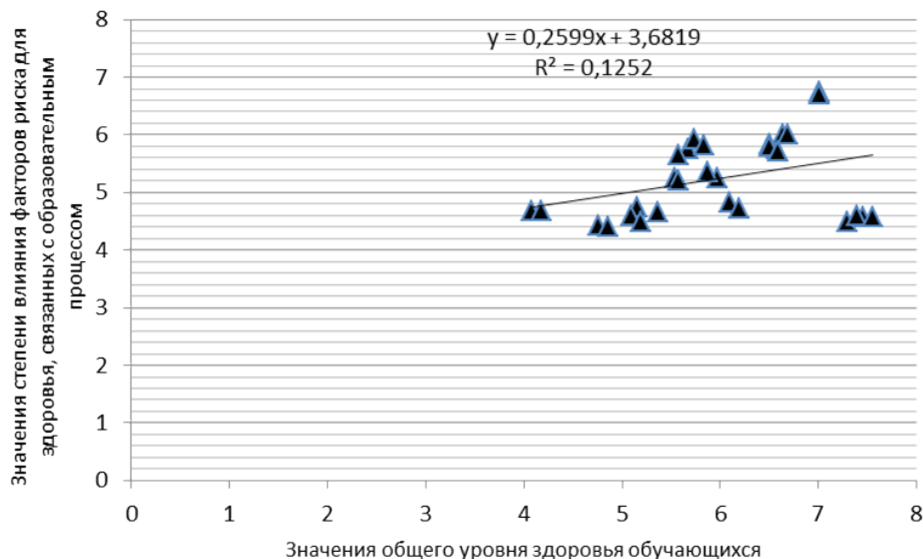


Рисунок 3 – Вид корреляционной зависимости между значениями степени влияния факторов риска для здоровья, связанных с образовательным процессом, и общим уровнем здоровья обучающихся



Представленные результаты подтверждают зависимость качества работы образовательных организаций в области сохранения, укрепления и обеспечения безопасности здоровья обучающихся от уровня готовности обучающихся к здоровьесберегающей деятельности.

Таким образом, наряду с созданием охранных условий образовательного процесса, необходимо проведение работы по формированию готовности обучающихся к здоровьесберегающей деятельности. Предложенные концептуальные основы формирования готовности обучающихся к здоровьесберегающей деятельности, соответствуют идеями личностно ориентированной парадигмы образования и включают в себя следующие положения: 1) здоровье рассматривается в качестве целевого ресурса личности, которым можно управлять; 2) базисом данного ресурса служит здоровьесберегающий потенциал личности, органично включающий в себя здоровьесберегающую установку, метапознавательные способности и здоровьесберегающую компетентность; 3) модель готовности обучающихся к здоровьесберегающей деятельности включает в себя содержательную и оценочную характеристику взаимосвязанных структурных компонентов (мотивационно-ценностного, когнитивного, эмоционально-волевого, операционально-процессуального и оценочно-рефлексивного), развитие которых связано с запуском механизмов рефлексии, самоцелеполагания, самопрограммирования и самореализации; 4) принципами формирования готовности обучающихся к здоровьесберегающей деятельности выступают: принцип ценности, самоуправляемости, индивидуализации, векторности и принцип интегративности.

В целом переориентировка деятельности образовательных организаций по сохранению и укреплению здоровья на формирование готовности обучающихся к здоровьесберегающей деятельности повлечет за собой структурно-функциональную и операционально-содержательную корректировку всей образовательной деятельности организации, нацеленную на формирование данной готовности, что подтверждается практической апробацией обозначенных в настоящей работе положений в образовательных организациях Уральского и Сибирского регионов.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ и Правительства Свердловской области в рамках проекта № 14-16-66019 «Разработка модели управления качеством здоровьесберегающей деятельности»

## Список литературы

1. Ле-ван Т. Н., Нежкина Н. Н. Педагогические технологии формирования здорового образа жизни // Начальная школа плюс до и после. – 2012. – № 10. – С. 91–95.
2. Маджуга А. Г., Синицина И. А. Здоровьесозидающая педагогика: теория, методология, опыт, перспективы развития: монография. – М.: Логос, 2014. – 508 с.
3. Малярчук Н. Н. Здоровье как нравственная ценность и экономический ресурс // Народное образование. – 2010. – № 10. – С. 9–17.
4. Малярчук Н. Н. Реальные пути преодоления факторов, негативно влияющих на детей и подростков в образовательных учреждениях // Образование и наука. – 2014. – № 1 (110). – С. 116–131.
5. Платонов К. К. Структура и развитие личности. – М.: Наука, 1986. – 255 с.
6. Третьякова Н. В., Федоров В. А. Качество здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций: теория и технология обеспечения. – Екатеринбург: Рос. гос. проф.-пед. ун-т, 2014. – 208 с.

# КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К СОЗДАНИЮ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ КАК ОСНОВЫ СОХРАНЕНИЯ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ

*Тюмасева З.И.*

Челябинский государственный педагогический университет, г. Челябинск, Челябинская область

Понятие образовательной среды – одно из ключевых для образования психологических и педагогических понятий, только сейчас активно разрабатываемое.

А.А. Леонтьев

В связи с реализуемой в настоящее время модернизацией образования и массовой трансформацией общеобразовательных организаций в школы здоровья целесообразно особое внимание уделить разработке теории и практики здоровьесберегающей образовательной среды и здоровьеразвивающих субъект-субъектных образовательных отношений. Тем более что используемые при этом понятия среды, отношения коадаптации и некоторые другие восходят к самому культурно-историческому развитию человека, которое (как не однажды подчеркивал Л.С. Выготский) находит свое отражение в онтогенетическом, личностном развитии обучающегося. Эти разработки и станут первым шагом в формировании теории и практики истинного системного образования.

Термин «образовательная среда» обязывает пользователя его к средовому подходу к образовательным объектам. Более того, и образовательные системы и, в частности, образовательные среды создаются самим обществом, а следовательно, являются искусственными, т.е. артефактами, что означает структуры, искусственно сделанные человеком, или неприродные объекты. В случае с образованием и образовательной средой особую значимость приобретает сам характер подобной образовательной искусственности, которая должна соответствовать возрастным возможностям, особенностям, предрасположенностям и способностям субъектов образования. Полную и непротиворечивую систему принципов и законов подобной природосообразности образования должна содержать теория природосообразного образования и теория образовательной среды.

В педагогике используется много видов специальных сред: школьная среда, семейная среда, обучающая среда, развивающая среда, воспитывающая среда, педагогическая среда, социальная среда и т.д., обладающих самой разной общностью.

Под средой, средой обитания организма, жизненной средой, экологической средой, окружающей средой принято понимать совокупность всех экологических факторов, которые прямо или косвенно взаимодействуют с организмом.

Понятие образовательной среды как специального вида окружающей среды или даже артесреды соотносится с субъектом образования или группой таких субъектов.

В любом случае и организм, и субъект образования, и любая их система являются одновременно и элементом, объектом определенной окружающей среды как базовой системы, и субъектом отношений с этой средой, выполняющим роль ее подсистемы.

Образовательной средой будем называть совокупность всех образовательных факторов, которые прямо или косвенно воздействуют на определенную личность (группу субъектов образования) в режиме обучения, воспитания и развития.

Под образовательными факторами будем понимать объекты, явления, условия, причины, движущие силы обучения, воспитания и развития.

Прямое или косвенное воздействие образовательных факторов на личность проявляется в следующем:

- Если отдельный выраженный образовательный фактор (или совокупность таких факторов) хорошо коррелирован с определенными результатами обучения, воспитания или развития, можно говорить о прямом воздействии этого фактора (факторов) на личность.

Например, комплекс школьных факторов риска: стрессовые педагогические воздействия; неприродосообразная организация учебного процесса и внешкольных занятий; неадекватность методик и технологий обучения возрастным и функциональным возможностям школьников; нерациональная организация учебной деятельности, массовое использование компьютерной технологии (увеличивается нагрузка на зрительный анализатор и кору головного мозга) и т.д.

- Если отдельный образовательный фактор слабо коррелирован с результатами обучения, воспитания и развития, то можно говорить о косвенном воздействии образовательного фактора (факторов) на личность, имея при этом в виду, что возможно еще и коммулятивное воздействие фактора и комплексное воздействие факторов некоторой совокупности.

Например, непрерывная интенсификация учебного процесса подвергает многих детей школьному стрессу. Последствием систематического воздействия стресса является истощение нервной энергии, сопровождающееся увеличением у детей щитовидной железы. Общепринятым является мнение: причиной школьного зоба является недостаток йода в воде и пище. Только ли это? Еще в XVIII веке доктор Гильом из Нефштала описал причины «школьного зоба» как массового явления. В прошлом веке российские ученые доказали, что степень выраженности зоба у школьников прямо пропорциональна той напряженности ребенка, которую он испытывает при учебе. Зоб является компенсаторской реакцией организма в его борьбе против дидактогенного стресса.

Массовое увеличение щитовидной железы у школьников обусловлено чуждой природе ребенка методикой образования, дидактогенными стрессами и, как следствие, истощением энергобиологических ресурсов жизни. Школьный зоб – это ярко выраженная компенсаторская реакция детского организма. ЮНИСЕФ и ВОЗ рекомендуют всем странам ввести обязательное всеобщее йодирование соли. Такая рекомендация, конечно же, важна. Вместе с тем она будет больше направлена на следствие, нежели чем на причину.

1. Под здоровьесберегающим образованием понимается обучение, воспитание и целенаправленное развитие, которое имеет здоровьесберегательный потенциал, обеспечивающий достижение уровня образованности учащихся, не вызывающего специфических заболеваний субъектов образования.

Эколого-валеологическая готовность педагогов к созданию образовательной среды в общеобразовательных учреждениях – профессиональная мотивированность желаний, потребность формировать в общеобразовательной школе здоровьесберегающую образовательную среду и здоровьеразвивающий образовательный процесс, которые нацелены на обеспечение природосообразности образования как интегратора процесса обучения, воспитания и целенаправленного развития.

Теория образовательной среды должна быть ориентирована на иерархию методологий: методологию общеэкологической энвайронментологии (изучающей законы функционирования окружающей среды вообще), методологию антропогенной энвайронментологии (изучающей законы функционирования и принципы формирования антропогенных сред), методологию артеэнвайронментологии (изучающей законы организации и устойчивого функционирования, развития искусственных сред, к типу которых относится, безусловно, и образовательная среда), и наконец, методологию педагогической энвайронментологии, которая изучает законы функционирования и принципы формирования образовательных сред.

#### Основные принципы образовательной среды

Принцип образовательной комплементарности (дополнительности): никакая функционально значимая подсистема образовательной среды (как базовой системы) не может выполнить самостоятельно комплексные образовательные функции – вне взаимодействия с другими подсистемами, дополняющими ее в структурно-функциональном единстве образовательной среды и в функциональной специфичности, незаменимости и даже, может быть, противоположности.

Этот принцип является следствием целого комплекса общесистемных постулатов: общего системного принципа дополнительности, закона необходимого разнообразия, закона полноты составляющих и правила конструктивной эмерджентности, приложенных к образовательной среде.

#### Примеры:

1. Системы «ученик» и «учитель» просто не могут существовать вне глубокой взаимосвязи в процессе образования и вне основных организационно-дидактических систем.

2. Система субъект-субъектных отношений в процессе образования функционально отличается от системы «образовательная среда» и любых дидактических систем – общих, частных и специальных.

Принцип образовательной конгруэнтности (соответствия), дополняющий вышеназванный принцип образовательной комплементарности: функционально дополняя друг друга, подсистемы одной и той же образовательной среды подвержены образовательному взаимо-

действию между собой и с надсистемой заданной образовательной среды или с сопряженным образовательным пространством.

Тем самым принцип образовательной конгруэнтности утверждает принципиальную функциональную значимость для образования в целом каждой подсистемы образовательной среды, а также формального и неформального образования. При этом внутреннее (со стороны образовательной среды) образовательное воздействие на субъекта образования может согласовываться или, наоборот, не согласовываться с внешними (по отношению к заданной образовательной среде) образовательными воздействиями. В результате общий образовательный эффект обуславливается самим характером (соответствием или несоответствием) формальной и неформальной составляющей образования – опять же по отношению к конкретной образовательной среде.

Принцип (закон) формирования образовательной среды: устойчивость образовательной среды как системы возможна лишь в условиях сбалансированности, взаимоприспособленности, дополняемости ее подсистем.

Этот принцип в частных проявлениях давно знаком и используется теоретиками и практиками образования, например, в таком виде: никакое образовательное средство не является ни плохим, ни хорошим вне конкретной образовательной системы (образовательной среды). Любая совокупность таких средств, всего лишь арсенал, как бы «мешок», наполненный средствами.

Принцип устойчивости развития образовательной среды: эффективность образовательной среды, как комплексного образовательного средства, ее способность к саморегуляции (в определенных пределах), самоорганизации и саморазвитию зависит от положения этой среды в иерархии образовательных сред, степени взаимодействия ее элементов и подсистем, а также от частных образовательных адаптаций ее факторов и субъектов образования, находящихся в режиме коадаптации.

Под оздоровлением образовательной среды предполагается:

- рациональная организация самого процесса образования;
- регламентация учебных планов;
- соблюдение элементарных физиологических и гигиенических требований к организации учебного процесса;
- соответствие методик, технологий (в том числе и компьютерных) обучению возрастным и функциональным возможностям школьников;
- создание служб школьного врачебного контроля или Центров содействия укреплению здоровья школьников и учителей;
- организация и проведение тестирования учащихся (рациональное использование тестов);
- эколого-валеологическая культура учителя (его речь, поведение, одежда, манера ведения урока, мотивация на здоровую жизнедеятельность и т.д.);

- знание индивидуально-типологических особенностей учеников (дети-реторданты, акселераты и т.д.);
- организация оздоровительно-воспитательной работы (система физического воспитания, система по формированию ценностного отношения к жизни и т.д.);
- организация и проведение лектория для родителей по вопросам сохранения, укрепления здоровья детей и безопасного образа жизни и т.д.

На основе законов и принципов создается образовательная среда как подсистема здоровьесберегающего образовательного пространства, роль и значение которого определены не только в федеральных нормативных документах, но и в материалах международного уровня.

Эффективность и результативность оздоровления школьников определяется организацией целенаправленных системных воздействий на этот процесс, созданием специальных педагогических условий.

Условия будут разные в зависимости от того, для какого уровня мы создаем образовательную среду.

Для примера приведем «Эколого-валеологическую модель здоровьесберегающей образовательной среды в ДОУ» (рисунок 1).

Итак, чтобы мы наконец-то избавились от здоровьезатратности образования или хотя бы улучшили положение в образовании, надо не бороться со следствием, а выходить на причину, оздоравливая образовательную среду и образование в целом.

Образовательных факторов среды много, их необходимо систематизировать. А для этого надо глубоко понимать проблему и пути решения.

К сожалению, далеко не все современные учителя, работники школы в полной мере осведомлены о возможных негативных влияниях образовательной среды на здоровье школьников. К тому же существует принцип оплаты преподавательского труда, который заставляет учителя брать на себя непомерную учебную нагрузку, что негативно сказывается на личном здоровье самого педагога, а в ряде случаев и на его отношении к работе, к учащимся и, в конечном итоге, на качестве образования.

Надо всемерно укреплять принцип «Здоровый учитель – здоровый ребенок». А для этого необходимо стимулирование и мотивация потребностей педагога в своем профессиональном росте.

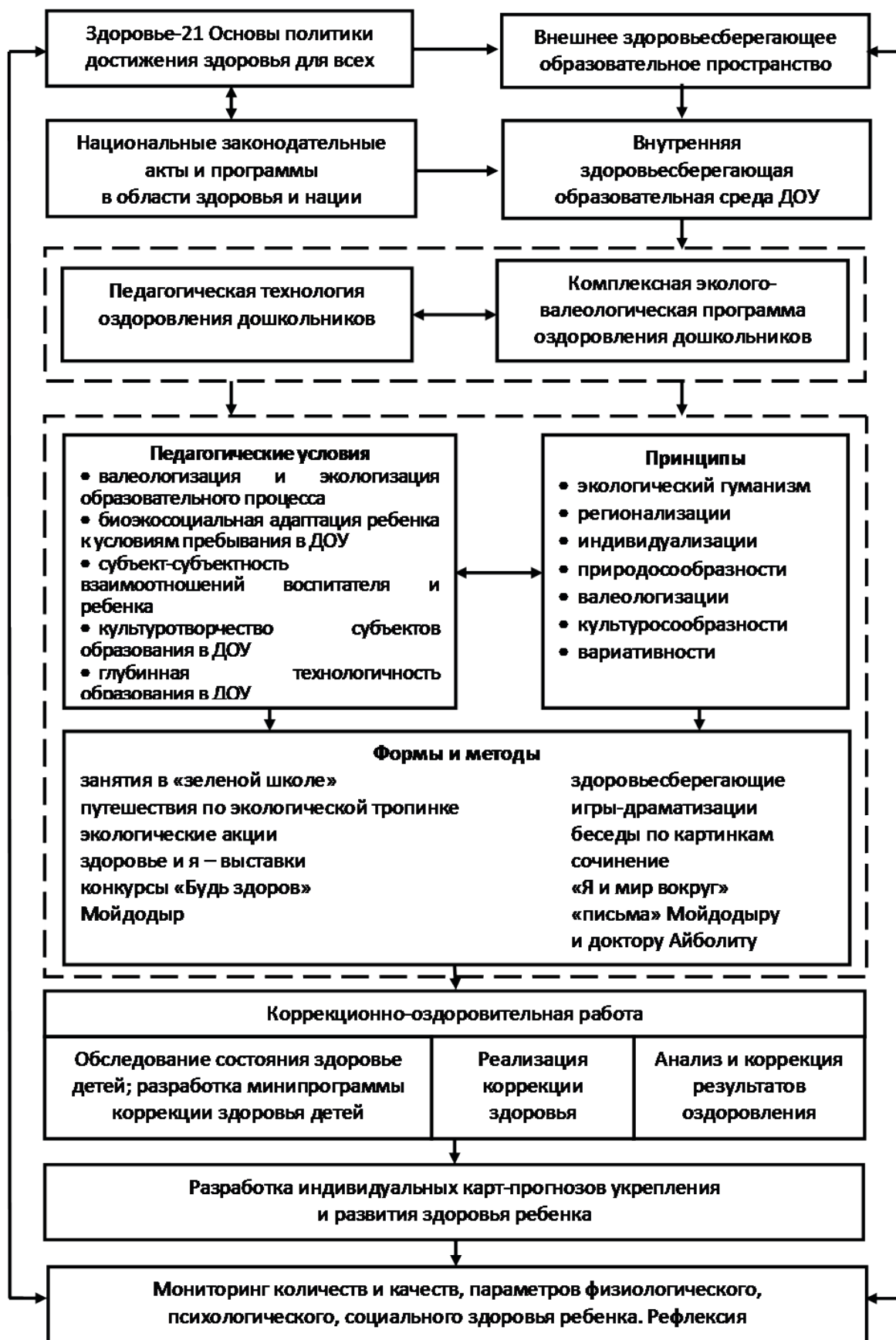


Рисунок 1 – Эколого-валеологическая модель здоровьесберегающей образовательной среды в ДООУ



## Список литературы

1. Орехова И.Л. Организационно-содержательно-технологическое обеспечение подготовки педагогов к оздоровительной работе в общеобразовательных учреждениях / И.Л. Орехова. – СПб.: Изд-во ЦНИТ «АСТЕРИОН», 2009. – 254 с.
2. Третьякова Н.В. Основы организации здоровьесберегающей деятельности в учебном заведении: Монография / Н.В. Третьякова. – Екатеринбург: Изд-во РГППУ, 2009. – 176 с.
3. Тюмасева З.И. Экология, образовательная среда и модернизация образования / З.И. Тюмасева. – Челябинск: ЧГПУ, 2006. – 322 с.

## АНАЛИЗ ДОСУГОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МОЛОДЕЖИ В КОНТЕКСТЕ ГАРМОНИЧНО РАЗВИТОЙ ЛИЧНОСТИ

*Хасигова А.С., Уртаева А.А.*

Южный Федеральный Университет, г. Ростов-на-Дону, Ростовская область

По последним статистическим данным на конец 2014 года, в Российской Федерации проживают 33,22 миллиона граждан в возрасте от 14 до 30 лет.

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 29 ноября 2014 г. № 2403-р утверждены основы государственной молодежной политики Российской Федерации на период до 2025 года.

Работа с молодежью – профессиональная деятельность, направленная на решение комплексных задач по реализации молодежной политики в сферах труда, права, политики, науки и образования, культуры и спорта, коммуникации, здравоохранения, взаимодействия с государственными организациями и общественными институтами, молодежными и детскими общественными объединениями, а также с работодателями.

Молодежь – социально-демографическая группа, выделяемая на основе возрастных особенностей, социального положения и характеризующаяся специфическими интересами и ценностями. Эта группа включает лиц в возрасте от 14 до 30 лет, а в некоторых случаях, определенных нормативными правовыми актами Российской Федерации и субъектов Российской Федерации, – до 35 и более лет, имеющих постоянное место жительства в Российской Федерации или проживающих за рубежом (граждане Российской Федерации и соотечественники).

Глобальные тенденции убедительно доказывают, что стратегические преимущества будут у тех государств, которые смогут эффективно и продуктивно использовать инновационный потенциал развития, основным носителем которого является молодежь.

Молодежь России, как наиболее восприимчивая и мобильная часть социума, поддерживала прогрессивные реформы и претворяла их в жизнь. Патриотические устремления молодежи развивали науку и промышленность, обеспечивая рост экономики и улучшение качества жизни.

Новые вызовы, связанные с изменениями в глобальном мире, новые цели социально-экономического развития страны требуют системного обновления, развития задач и механизмов государственной молодежной политики.

Приоритеты Российской Федерации ориентированы на укрепление воспитательной роли семьи, общества и государства. Российская молодежь все ярче демонстрирует активную позицию по развитию гражданского общества, формируются механизмы создания молодежью общественных благ.

В государстве в целом сложилась и действует система формирования и реализации молодежной политики на федеральном, региональном и муниципальном уровнях. Интересы и

потребности молодежи учитываются при реализации программ социально-экономического развития.

Необходимость особой политики в отношении молодежи определяется спецификой ее положения в обществе. Молодежь недостаточно понимать в традиционном смысле, только в качестве будущего общества. Ее необходимо оценивать как органическую часть современного общества, несущую особую, незаменимую другими социальными группами функцию ответственности за сохранение и развитие нашей страны, за преемственность ее истории и культуры, жизнь старших и воспроизводство последующих поколений и в конечном итоге – за выживание народов как культурно-исторических общностей. Молодежь имеет свои особые функции в обществе, никакой другой социально-демографической группой не замещаемые и не реализуемые.

Осмысливая роль и значение молодежи в новых условиях, следует отдавать себе отчет в том, что молодежь может явить собой не только потенциал позитивных перемен, но и возможный фактор социальной нестабильности.

Именно поэтому государственная молодежная политика – главный элемент молодежной политики, осуществляемой в стране, и поэтому за контроль над ее формированием и осуществлением идет конкурентная борьба партий, общественно-политических движений и других организованных общественных сил.

Одной из важных задач является развитие просветительской работы с молодежью, инновационных образовательных и воспитательных технологий, а также создание условий для самообразования молодежи. Реализация этой задачи предусматривает осуществление следующих мероприятий:

- развитие компетенций работников, занимающихся вопросами молодежи, в том числе имеющих квалификацию «специалист по организации работы с молодежью»;
- развитие молодежного самоуправления в образовательных организациях;
- развитие моделей молодежного самоуправления и самоорганизации в ученических, студенческих и трудовых коллективах, а также по месту жительства;
- активное использование ресурсов семейных сообществ и позитивного потенциала молодежных неформальных объединений для дополнительного образования молодежи;
- создание условий для привлечения к деятельности в сфере дополнительного образования молодых специалистов, индивидуальных предпринимателей, волонтеров, представителей студенчества, науки и образовательных организаций высшего образования;

Таким образом, очевидна актуальность темы исследования. Так как сфера досуга представляет собой область пересечения индивидуальных и групповых интересов, позволяя отдельной личности стать частью той или иной общности с целью удовлетворения физиологических, духовных, нравственных или каких-либо специфических потребностей. Образовательная и познавательная сторона досуговых мероприятий, безусловно, также является весомой составляющей свободного времени молодежи.

Как уже было обозначено, в документах о государственной молодежной политике сказано, что «молодежь рассматривается уполномоченными органами государственной власти как социально-возрастная группа населения от 14 до 30 лет, совокупность молодых людей, которым общество предоставляет возможность социального становления, обеспечивая их льготами, но ограничивая в дееспособности по различным сферам участия в жизни социума. Современные ученые считают, что возрастные границы периода молодости условны, их можно определить интервалом от 13-14 лет до 29-30 лет» [6]. Однако молодость не столько этап жизненного цикла, сколько определенный социальный статус человека, связанный с основными видами деятельности: учащийся, военнослужащий, работающий и т.д. [7].

В категорию «молодежь» входят следующие группы молодого населения:

- производственные рабочие;
- лица неквалифицированного и ручного труда;
- техники, технический обслуживающий персонал;
- менеджеры, риэлторы, организаторы производства и специалисты сфер хозяйства;
- научная и творческая интеллигенция;
- учащаяся молодежь: школьники, учащиеся колледжей, лицеев, ПТУ, учащиеся средних профессиональных и высших учебных заведений, обучающихся заочно [2].

Главное новообразование молодежного возраста – открытие своего «Я», осознание своей индивидуальности, переходный возраст, возраст взросления, развитие интереса к различным видам деятельности. В этом возрасте необходимо соблюдать принцип «свободы» для решения полноценной творческой задачи, где подросток должен побывать творцом. Чем больше у них возможностей для ориентации в своих интересах, тем больше поле для привлечения и оценки своих способностей. В этот период ярко обозначается проявление самоуважения, самовоспитание, самооценка, самоутверждение.

Однако сам по себе досуг не является показателем ценностей. Самое главное заключается в характере его использования, степени его социальной насыщенности. Досуг может стать могучим стимулом для развития личности. В этом заключены его прогрессивные возможности.

В этой связи особую актуальность приобретает вопрос о соотношении между направленным процессом социализации и количественно преобладающим стихийным воздействием на индивида. К сожалению, чаще всего социализирующее воздействие на юношество бывает случайным, мало организованным в целостную систему в различных сферах деятельности – в семье, в университете, в досуговых учреждениях. Случайными могут быть посещение театра, кино, выставки, выбор литературы для чтения и музыки для прослушивания. Случайным может оказаться окружение индивида. И хорошо, если случайный выбор удачен, в противном случае он влечет за собой приобщение молодежи к асоциальным явлениям. Разрешение этого противоречия заключается в целенаправленной деятельности социальных институтов, ориентированной на формирование соответствия между лично значимым и общественно значимым, на формирование общечеловеческих ценностей молодого поколения. Особая роль в решении этих задач отводится семье, учебным и досуговым учреждениям.

Семья, являясь источником первоначального развития природных свойств человека, где формируется основа для развития собственно человеческих потенций, а также специфические роли и отношения в макро и микрогруппах, могла бы оказать существенное воздействие на формирование и развитие молодого поколения. Из десяти видов культурно-досуговых учреждений основную часть составляют дворцы, дома и центры детского и юношеского творчества, реализующие дополнительные образовательные программы различной направленности, а также спортивные школы и клубы общей физической подготовки. За ними следуют учреждения дополнительного образования, реализующие дополнительные образовательные программы технической, эколого-биологической и туристско-краеведческой направленности, свыше 300 учреждений, реализующих дополнительные образовательные программы спортивно-технической и военно-патриотической направленности.

Важным является досуговое учреждение, которое по природе своей является учреждением полифункциональным и мобильным, способным объединять и активно использовать все социальные институты, оказывающие социализирующее воздействие на личность. В своих высших формах досуговая деятельность служит целям воспитания, просвещения и самовоспитания молодого поколения.

В досуговой деятельности у молодежи вырабатывается особый тип художественно-образного мышления, складывается собственная система эстетических ценностей, появляется желание стать духовно и нравственно возвышеннее и чище, стремление к наилучшему устройству общественной жизни. Смысл эстетического воспитания представляется в том, чтобы превратить отвлеченные понятия прекрасного в личностные убеждения, создать условия для развития творческого отношения к действительности, развить собственное творчество современной молодежи.

Воспитательная задача высших учебных заведений состоит в том, чтобы вовлечь молодежь в свою деятельность организацией творческих конкурсов, соревнований в мастерстве, дискуссий с участниками клубных объединений. Клубы, побуждая молодежь к искусству, вовлекают своих посетителей в круг социальной жизни.

Чтобы привить человеку стойкий иммунитет к бездуховности, влиянию «массовой культуры», важным условием является переоценка культурных ценностей – требуется не только переосмысления их содержания, но и всемерное поддержание ценностных переживаний, сохранение святого в душах молодежи, которое может осуществляться духовными и практическими формами народного творчества. В окружении себе подобных молодежь накапливает знания о жизни и к этим знаниям вписывает свое понимание, уточняет свои предпочтения, выявляет своих кумиров, постигает групповые нравы, сравнивает и сопоставляет их с нравами взрослых. При этом молодежь формирует свои гипотезы, часто иллюзорные, и в соответствии с собственным пониманием строит свой стиль жизни. Из этого сказываются особенности образа жизни и особенности досуга.

Нынешнее содержание культурно-досуговой деятельности не соответствует социальному заказу создаваемого общества. Сложившаяся за многие годы в учреждениях культуры, как и в других социальных институтах, система вульгаризации прогрессивных идей, отрыв их от жизнедеятельности личности обусловили скептическое и недоверчивое отношение к ним, падение их престижа.

Анализируя психолого-педагогические аспекты досуговой деятельности современной молодежи, можно обозначить некоторые тенденции современного молодежного досуга:

А) Наиболее полно молодежь сегодня реализует себя в сфере досуга. Досуг сегодня – самая доступная сфера для молодежи, необходимая социальная площадка для конкретных дел [3]. Именно в сфере досуга молодежь проигрывает на модельном уровне все возможные варианты своего будущего поведения, в том числе вносимые бурно меняющейся реальностью инновационные моменты, для которых еще не существует одобренных обществом форм поведения. Современный досуг выступает в качестве основной сферы самореализации молодежи посредством ее участия в многочисленных и разнообразных видах досуговых занятий.

Б) К особенностям молодежного досуга относится своеобразие среды его протекания. Родительская среда, как правило, не является приоритетным центром проведения досуга молодежи. Отсутствие контроля и опеки со стороны старшего поколения больше привлекает, и поэтому подавляющее большинство молодых людей предпочитают проводить свободное время вне дома (в школе, вузе, учреждениях культуры, на улице), в компании сверстников [3].

В) Дифференцированность молодежной аудитории, которая обусловлена, во-первых, сложной социальной структурой молодежи, во-вторых, постоянным появлением субкультурных течений в молодежной культуре [4].

Г) Исследователи отмечают, что особенности молодости (поисковая, творчески-экспериментальная активность, склонность к игровой деятельности, романтизм, повышенная эмоциональность) сложным образом преломляются в ее досуге, который по сравнению с досугом других возрастных групп отличается наибольшей мобильностью, активностью, разнообразием.

Д) Потенциал свободного времени молодежи в 2–3 раза больше, чем у более взрослых людей. С другой стороны, современная молодежь вынуждена получать одновременно два образования, учиться и работать, содержать семью, что, конечно, существенно сокращает объем свободного времени и обедняет досуговые возможности и, как следствие, потребности. Вот почему некоторые исследователи отмечают, и, на наш взгляд, совершенно справедливо, что свободное время – проблема в большей степени молодежная.

Ж) Основными элементами молодежного досуга являются отдых, активная физическая деятельность, развлечение, самообразование, творчество, созерцание, размышление, праздник. Причем ведущими из них стали общение, развлечение и самообразование. Наиболее полно сегодня реализуются коммуникативная, эстетическая, эмоциональная, познавательная, развлекательная функции культуры и досуга.

З) Извечный конфликт отцов и детей сегодня ведет к отрицанию традиционных форм досуга только потому, что они входят в ценностно-нормативную систему старшего поколения [4]. Таким образом, нарушаются трансляционные культурные процессы, происходит утеря бесценного наследия прошлого.

И) Молодежь является основным потребителем продуктов массовой культуры, что, с одной стороны, ведет к преобладанию потребления над творчеством, обеднению культурных потребностей, вульгаризации вкусов, духовной деградации, одномерности, показному блеску, отсутствию мысли (С.Н.Иконникова). С другой стороны, массовая культура как особый тип

культуры позволяет молодежи активно усваивать технические новшества, является способом социальной дифференциации и адаптации, обеспечивает социализацию (Г.И. Маркова).

к) Обеднение межличностного общения молодежи. Виной этому – современные средства связи – телефон и Интернет. Современное общение молодого человека наращивается, так сказать, количественно (много разговоров по телефону, много друзей в социальных сетях), но существенно страдает качественно. Коммуникация, опосредованная техникой, не дает необходимого эмоционального контакта и страдает содержательно, потому что ограничена по времени. Дежурные фразы, пустые разговоры, смайлики – и, как результат, – неумение дружить.

л) Индивидуализация молодежного досуга. Эта тенденция тесно связана с ранее обозначенными тенденциями: досуговое пространство молодого человека зачастую ограничивается закрытым помещением с компьютером, игровым автоматом, телевизором, телефоном; молодой человек проводит свой досуг один и на один с техникой и выбирает досуговое занятие, не требующее партнера или собеседника.

м) Стремление к массовым разовым культурно-досуговым акциям в ущерб коллективным и систематическим. Феномен психологии толпы делает возможным манипулирование сознанием молодежи и сужает возможности творчества, самовыражения, самореализации.

н) Экстремальность досуга. В разговорном языке словом «экстрим» в большинстве случаев обозначают какие-либо выдающиеся, экстраординарные действия, как правило, связанные с опасностью и риском (Свободная энциклопедия – Википедия). Памятуя о психологических особенностях молодежного возраста, можно понять корни данной тенденции. Тяготение молодежи к экстремальному поведению выражается в появлении экстремальных спортивных форм досуга.

о) Алкоголизация и наркотизация молодежного досуга. Сначала алкоголь и наркотики являются атрибутом досугового общения, а затем становятся единственным поводом для встреч, то есть сами становятся способом времяпровождения, часто заменяя все остальные досуговые занятия.

п) Отсутствие интереса к общественной и политической деятельности, упадок патриотизма в молодежной среде. Наблюдаются попытки активизировать патриотизм соотечественников в Интернете (патриотическая акция «Помню и горжусь» на сайте «Одноклассники» ко Дню Победы); раздача георгиевских ленточек на улицах автомобилистам и т. п. К сожалению, это скорее чисто номинальные патриотические жесты.

Содержание культурно-досуговой деятельности с молодежью весьма объемно, оно постоянно обогащается новыми формами, актуальными темами, инновационными идеями.

Таким образом, досуг – это совокупность различных видов занятий, осуществляемых в свободное время, в результате которых происходит развитие личностных качеств человека, удовлетворяются его духовные потребности, физические и другие социальные значимые потребности. Досуговая самореализация молодежи осуществляется, как правило, вне учреждений культуры и часто обусловлена воздействием телевидения – наиболее влиятельного источника эстетического и социализирующего воздействия – или друзей.

Часто молодежь не знает, чем это время занять. В чем причина? Их несколько, а главное – неумение и нежелание самостоятельно организовать свою жизнь так, чтобы досуг, как и учебное время, был в дальнейшем для нее источником жизненного опыта. Неумение его организовать приводит к тому, что это время «организует» среда, и тогда молодой человек подвержен ее влиянию, в том числе и негативному.

Обеспечить эффективную деятельность с молодежью в сфере досуга возможно, опираясь на основные принципы: принцип связи с жизнью, современностью; принцип дифференцированного подхода в работе с молодежной аудиторией; принцип индивидуального подхода; принцип опоры на самостоятельность молодежи; принцип системного подхода к решению культурно-досуговых задач.

Эти принципы должны лежать в основе различных методических приемов, с помощью которых можно сделать практически любое содержание и любую форму интересной и полезной для молодежи.

#### Список литературы

1. Бестужев-Лада И.В. Молодость и зрелость: Размышления о некоторых социальных проблемах молодежи / И.В. Бестужев-Лада. – М.: Политиздат, 2010.
2. Ворона М.А. Мотивы студенческой занятости // СОЦИС. – 2008. – № 8. – С. 106-115.
3. Григогьева Е.И. Современные технологии социально-культурной деятельности: Учеб. пособие. – Тамбов: ТГУим. Державина, 2002.
4. Маничев С.А. Практикум по общей экспериментальной и прикладной психологии. – СПб: Питер, 2002.
5. Парсонс Т. Очерк социальной системы // О социальных системах. – М., 2002.
6. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 29 ноября 2014 г. № 2403-р «Основы государственной молодежной политики Российской Федерации на период до 2025 года»
7. Хамчук О.В. Восприятие студентами имиджа высшего учебного заведения // Социологические чтения. – Гродно: ГрГУ, 2009. – С. 8-11.



## УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО КОМПОНЕНТА ФГОС ОО

*Шклярова О.А.*

Московский педагогический государственный университет, г. Москва

Здоровьесберегающий компонент ФГОС ОО не инновация, а норма деятельности образовательных организаций, различных по типу и виду образования. Н.К. Смирнов справедливо подчеркивает: «Здоровьесберегающее образование не является альтернативой большинству других педагогических систем и подходов. Его главная отличительная особенность – приоритет здоровья, т.е. грамотная забота о здоровье всех субъектов образовательного процесса как обязательное условие работы образовательного учреждения» [1, с. 59]. Здоровьесберегающий компонент многоаспектно и в полном объеме отображен практически во всех разделах стандарта ФГОС ОО [3; 4; 5]. Прежде всего в его целезадающей части и в результатах освоения основной образовательной программы. Так, в системе базовых национальных ценностей при конкретизации личностной культуры отмечено, что это «...осознание ценности других людей (ближних), ценности человеческой жизни, нетерпимость к действиям и влияниям, представляющим угрозу жизни, физическому и нравственному здоровью и духовной безопасности личности, умение им противодействовать» [5, с. 9.], а семейная культура – это «...понимание и поддержание таких нравственных устоев семьи, как любовь, взаимопомощь, почитание родителей, забота о младших и старших, ответственность за другого; бережное отношение к жизни человека, забота о продолжении рода» [5, с. 10].

Здоровье как компонент содержания представлено в личностных, метапредметных и предметных результатах. Значительное внимание уделено вопросам здоровья, здорового образа жизни, культуры здоровья в требованиях к структуре основной образовательной программы, а выполнению принципов здоровьесберегающей педагогики – в требованиях к условиям ее реализации.

Успешная реализация здоровьесберегающего компонента ФГОС ОО предполагает активизацию системы внутришкольного управления процессом здоровьесбережения. Еще до введения новых ФГОС ОО нами была разработана и апробирована на базе ряда московских школ (ГБОУ СОШ №5 (ЮЗАО), ГБОУ ЦО №1240 (ЦАО), ГБОУ СОШ №1945 (ЮЗАО), НОУ ЧГЭШ «Самсон» (ЮАО) и др.) модель комплексной реализации здоровьесберегающего подхода в общеобразовательных учреждениях. Был определен и описан инвариант модели реализации здоровьесберегающего подхода в образовательном учреждении, в содержании которой представлены основные направления здоровьесберегающей деятельности:

– создание экологически комфортной образовательной среды, влияние которой на состояние здоровья субъектов образовательного процесса не только не провоцирует, а сдерживает, предупреждает проявление патологических изменений;

– использование эффективных оздоровительных технологий, восстанавливающих умственную и физическую работоспособность в режиме образовательного процесса;

- формирование культуры здоровья и здорового образа жизни субъектов образовательного взаимодействия;
- мониторинг образовательного процесса, где здоровье – один из ведущих показателей и критериев оценки его эффективности и результата;
- организация здоровьесберегающего сопровождения и поддержки обучающихся в образовательном процессе, управленческий аспект.

Для системы общего образования были определены факторы вариативных изменений, наполнения данной модели с учетом ресурсных возможностей разных по статусу и уровню развития образовательных учреждений [6]. Т.И. Шамова отмечала: «Перед школой стоит задача – использовать здоровьесберегающий потенциал системы ресурсов образовательного процесса, каждый из которых в отдельности не может справиться с задачами педагогики здоровья, а в системе (некой модели управления образовательным процессом) они дают новый устойчивый результат – трансформируя здоровьесберегающую образовательную среду в среду здоровьесформирующую» [2, с. 10].

Деятельность образовательной организации в рамках первого направления – создание экологически комфортной, здоровьесберегающей образовательной среды – предполагает повышение санитарно-гигиенического, эстетического, психологического и т.п. качества среды как условия сохранения и укрепления здоровья, поддержания оптимальной работоспособности всех субъектов образовательного процесса. Качество среды должно оказывать положительное влияние на развитие социально значимых интересов и ориентаций, способствовать повышению активности, обеспечивать условия самореализации личностного потенциала и учащихся, и педагогов.

Целенаправленная последовательная деятельность по созданию здоровьесберегающей среды в образовательной организации позволяет сделать более эффективными и результативными (например, с точки зрения формирования и развития ключевых компетентностей обучающихся и педагогов) и внеурочную деятельность обучающихся, и систему воспитательной работы и дополнительного образования. Как содержательный блок деятельность по здоровьесбережению повышает социально и личностно смысловую значимость, образовательную ценность любого мероприятия или учебного (вне учебного) занятия.

Опыт нашей работы со школами г. Москвы показал, что со-организация деятельности всех участников образовательного процесса по созданию здоровьесберегающей среды, несомненно, должна строиться на принципах партисипативного и корпоративного управления, обладающих высоким потенциалом развития у школьников основ самоуправления. Такой подход способствует развитию инициативности, активности, личностной и гражданской позиции обучающихся. И что, на наш взгляд, не менее важно в процессе такой совместной деятельности, оптимизируются отношения между субъектами образовательного процесса – в среде учащихся, между педагогами и учениками, между детьми и родителями.

Самым важным процессом для любой образовательной организации является учебный. Учение в ряду других видов деятельности человека – труд, игра, общение – самых сложный и самый трудный процесс (и физически, и физиологически, и психически). Конечно, человеку

почти в любом возрасте свойственны все виды деятельности, но в разные периоды жизни они имеют разное значение и требуют приложения разных усилий и затрат.

Разнообразный, специфичный по языку и логике представления информационный поток (как отражение предметного содержания) на протяжении нескольких часов, требующий непрерывной интенсивной мыследеятельности, длительного статического напряжения, высокой концентрации внимания и невероятных усилий в достижении успеха, истощает силы ребенка. А состояние здоровья ребенка – ресурс его успеха в учении. Грамотный педагог визуально сканирует психосоматическое и физическое состояние обучающихся. Первые признаки усталости обучающихся умелый педагог отмечает, когда у детей начинается «проседать» осанка, когда ребенок часто отвечает не по существу, не может выделить главное; погружен в собственные внепредметные переживания, с трудом настраивается на занятия, а при неожиданном вопросе учителя часто теряется, но, если дать время на обдумывание, может ответить хорошо, требует к себе постоянного внимания со стороны учителя и др.

Признаки дезадапционного состояния – сигнал для педагога к проявлению действенной заботы о здоровье обучающихся. В такой ситуации замечаниями, призывами добиться повышения работоспособности практически нельзя. Например, в Китае, Японии детям позволяют в режиме учебного процесса поспать – 15-20 минут, расположившись на столах и сиденьях парт. Фотографии с таким педагогическим приемом выложены в Интернете. Наши коллеги из Китая утверждают, что такой непродолжительный сон (для многих просто отдых) повышает качество усвоения учебного материала. Во многих европейских государствах учащимся позволяет на уроке принимать удобные позы, т.е. сменить положение тела, например, вытянуть или поджать ноги, откинуться на спинку стула или сесть на полу «по-турецки» – главное, чтобы было удобно заниматься учебной работой. В России для снятия статической нагрузки, поддержки и восстановления работоспособности, сохранности здоровья уже много десятилетий рекомендуется использовать оздоровительные технологии, так называемые физкультминутки. По рекомендациям СанПиН таких пауз, например, на уроке должно быть не менее двух, а в начальных классах трех.

При этом следует отметить, что правильная организация оздоровительных пауз на уроке, грамотное развитие взаимодействия педагогов и учащихся в ходе проведения здоровьесберегающих мероприятий на каждой ступени образования обеспечивают формирование культуры здорового образа жизни, развитие компетентности в организации труда и т.п.

Так, если в начальной школе здоровьесберегающие действия осуществляются в основном на репродуктивном уровне (педагог обучает – ученики воспроизводят, педагог контролирует – ученики рефлексировать, педагог корректирует – ученики осваивают способы и приемы коррекции), то в средней школе, а далее и в старшей школе учитель сначала непосредственно, а потом уже опосредованно управляет этим процессом. При грамотно организованном процессе введения оздоровительных технологий уже с пятого-шестого класса педагог наблюдает, как ученики через ученическое самоуправление внедряют здоровьесберегающие мероприятия в структуру урока. Задача педагога – консультировать учащихся, корректировать правильность выполнения всех упражнений.

Поэтому педагог должен овладеть разными оздоровительными технологиями, гигиеническими правилами выполнения разных упражнений. Например, потягивание, растяжки,

скрутки; упражнения на коррекцию осанки на уроках и переменах; развитие, укрепление корсетных мышц; пальчиковая гимнастика, минимассаж ушных раковин и кистей рук и т.п.; упражнения для ног, упражнения для стоп; лицезвая гимнастика; динамические позы на уроке; гимнастика для мозга и др. Каждая из этих гимнастик приносит оздоровительный эффект только при условии грамотного выполнения действий.

При этом следует учитывать, что не менее значимы для учащихся атмосфера психологического комфорта, обеспечение успешности учащихся в учебной деятельности, поддержка работоспособности и т.п. Отказ от тактики педагогического давления, принуждения, авторитарного диктата – требование времени, заложенное в принципах гуманно-личностной педагогики.

Именно поэтому в современной школе должны активно использоваться образовательные технологии развивающего обучения и школы социализации. Великий педагог Ян Амос Коменский писал: «Как можно больше спрашивать, спрошенное усваивать, тому, что усвоил, обучать других – эти три правила дают возможность ученику побеждать учителя». Этим требованиям отвечают многие образовательные технологии: проектной деятельности (метод проектов), проблемно-модульного обучения, кейс-технология, коллективный способ обучения, технология решения исследовательских задач, Дальтон-технология, технология ИСУД, блочно-модульная технология, контекстного обучения, имитационные и неимитационные игровые технологии и др.

Высокий здоровьесберегающий потенциал этих технологий объясняется тем, что они предусматривают возможности индивидуализации режима и ритма учебно-познавательной деятельности, делают процесс учения максимально приближенным к возможностям и способностям ученика, а, следовательно, здоровьесберегающим.

В данной статье мы коснулись только некоторых вопросов реализации основных направлений здоровьесберегающей деятельности в образовании. Несомненно, успешная реализация каждого из этих направлений деятельности, программ ФГОС ОО по реализации здоровьесберегающего подхода, требуют от педагогов высокого уровня компетентности в вопросах здоровьесбережения, культуры здоровья, реализации здоровьесберегающего компонента образования. Для того чтобы педагогу определить, с чего начать (или продолжить) повышение своей педагогической квалификации, мы предлагаем использовать карту самооценки готовности к реализации здоровьесберегающего компонента ФГОС ОО. Карта включает пять блоков, каждый из которых содержит наиболее значимые вопросы и аспекты для успешной педагогической деятельности по здоровьесбережению:

1 блок «Знание основ валеологии» – теория адаптивного реагирования; основы физиологии детей и подростков; теория о факторах здоровья; факторы риска для здоровья обучающихся в ОО; основные принципы здоровьесберегающего поведения; методики здорового образа жизни детей и подростков; теория индивидуального подхода к проектированию здорового образа жизни.

2 блок «Знание основ здоровьесбережения в образовании» – нормативный и правовой ресурс здоровьесберегающей работы; здоровьесберегающие образовательные технологии; компоненты здоровьесберегающей среды; принципы здоровьесбережения; гигиенические требования к режиму образовательного процесса; характеристики экологически комфортной

среды в школе; санитарно-гигиенические требования к состоянию учебных помещений (температура, свежесть воздуха, рациональность освещения класса, доски, рабочих мест, озеленение и т.д.).

3 блок «Знание гигиенических требований к учебному занятию» – рациональное количество видов учебной деятельности на уроке; средняя продолжительность и частота чередования видов деятельности; качество видов учебной деятельности, способствующих активизации самостоятельности; выполнение требований СанПиН; работа учителя по оздоровлению учащихся (чередование позы посадки ученика, физкультминутки, гимнастика дыхательная, для глаз, контроль за учениками группы риска и др.); наличие в содержании урока вопросов, связанных со здоровьем и ЗОЖ; наличие целенаправленной работы по мотивации учащихся; психологический климат на уроке; темп и стиль урока; плотность урока и др.

4 блок «Знание методик предупреждения усталости и восстановления работоспособности» – гигиенические нормы двигательной активности для детей и подростков; основные признаки дезадапционного состояния учащихся; двигательные упражнения – физкультминутки; динамические позы во время учебного занятия; дыхательная гимнастика; упражнения для глаз; упражнения для стоп; упражнения для коррекции осанки; упражнения статической гимнастики и т.п.

5 блок «Знание здоровьесберегающего компонента ФГОС ОО» – целезадающий компонент здоровьесбережения ФГОС (смыслы, ценности, цели); основные направления деятельности по здоровьесбережению; содержание вопросов по здоровьесбережению в учебном предмете; проектная и исследовательская деятельность по здоровьесбережению; здоровьесберегающие требования к реализации ФГОС; здоровьесбережение в воспитательной компоненте образования; здоровьесберегающее направление в ученическом самоуправлении; здоровьесберегающий компонент в работе с родителями (законными представителями); технологии управления здоровьесберегающей деятельностью обучающихся и родителей; показатели и критерии оценки эффективности здоровьесберегающей работы.

В карте три варианта ответа: «владею и использую в работе»; «имею общее представление»; «не владею». Самооценка готовности позволит педагогу определить пробелы, проблемные зоны и спроектировать индивидуальный план повышения собственной квалификации. Высокий потенциал самообразования педагогов, целенаправленная внутришкольная методическая работа, система курсов повышения квалификации, несомненно, позволят достичь необходимой компетентности в вопросах здоровьесбережения, а следовательно, и эффективную реализацию здоровьесберегающего компонента ФГОС ОО в образовательных организациях.

#### Список литературы

1. Смирнов Н.К. Здоровьесберегающие образовательные технологии в работе учителя и школы. – М.: АРКТИ, 2003. – 272 с.
2. Управление развитием здоровьесберегающей среды в школе на ресурсной основе: Сборник материалов научной сессии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки работников образования МПГУ (25 января 2007 г.). – М.: УЦ «Перспектива», 2007. – 280 с.

3. Федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования / М-во образования и науки Рос. Федерации. – М.: Просвещение, 2011. – 33 с.
4. Федеральный государственный образовательный стандарт основного общего образования / М-во образования и науки Рос. Федерации. – М.: Просвещение, 2011. – 48 с.
5. Фундаментальное ядро содержания общего образования / Рос. акад. наук, Рос. акад. образования; под ред. В. В. Козлова, А. М. Кондакова. – М.: Просвещение, 2011. – 48 с.
6. Шклярова О.А., Шестакова Н.В., Павлович И.Г. Здоровьесберегающее направление в современной школе. – М.: УЦ Перспектива, 2012. – 280 с.

## СОЦИАЛИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ С ОВЗ В УСЛОВИЯХ ПАРТНЕРСТВА ВУЗА И КОРРЕКЦИОННОЙ ШКОЛЫ-ИНТЕРНАТА

*Шмелева Е.А., Мальцева Л.Д.*

Ивановский государственный университет, Шуйский филиал, г. Шуя, Ивановская область

*Лаврух Н.А.*

ОГКОУ «Шуйская школа-интернат VIII вида», г. Шуя, Ивановская область

Процесс социализации детей с ОВЗ выступает главным условием подготовки к жизни и наиболее успешной интеграции таких детей в общество. Продуктивная социализация ребенка с ОВЗ как процесс освоения им социального опыта проходит более оптимально, если ребенок рассматривается как активный субъект окружающего социума, создающего условия для максимально возможной его самореализации. Источником социализации ребенка служит передача культуры человека через семейный и другие социальные институты, прежде всего через систему воспитания и образования, а в дальнейшем – через взаимное влияние людей в процессе общения и совместной деятельности.

Во ФГОС высшего педагогического образования неотъемлемым компонентом образовательных программ в качестве одного из основных видов профессиональной деятельности выступает проектная деятельность. Включение студентов в проектную деятельность в период обучения в вузе мы рассматриваем одновременно как цель и средство формирования профессиональных компетенций выпускников.

Интегративным проектом, реализуемым в совместной деятельности преподавателей и студентов в лаборатории функциональных и адаптивных возможностей детей и учащейся молодежи, в центре мониторинга здоровья и образа жизни на базе социогуманитарного научно-образовательного центра Шуйского филиала ИвГУ выступает разработка «Мир движений – океан возможностей». Проект одобрен Фондом поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, и ориентирован на социальную поддержку детей с умственной отсталостью для обеспечения их максимально возможного развития, их социализации, подготовки к самостоятельной жизни и интеграции в общество.

Создание оптимальных условий для жизнедеятельности, восстановления утраченного контакта с окружающим миром, успешного лечения и последующих коррекций, психолого-педагогической реабилитации, социально-трудовой адаптации и интеграции детей с ограниченными возможностями здоровья в общество относится сегодня к числу первостепенных государственных задач. Умственно отсталые дети, помимо стойкого недоразвития познавательной деятельности и эмоционально-волевой сферы, вследствие органического поражения головного мозга имеют сопутствующие дефекты развития и соматические заболевания. Это обстоятельство оказывает отрицательное влияние на усвоение умственно отсталыми школьниками элементарных общеобразовательных и профессиональных знаний, умений и навыков. Процесс интеграции в общество предъявляет к умственно отсталым лицам требование – наличие определенного уровня социальной адаптированности, которая реализуется посредством

организации и их участия в занятиях адаптивной физкультурой и спортом. Уровень физической подготовленности умственно отсталых лиц играет важную роль в их социальной адаптации. Поэтому именно двигательная активность, стимулирующая развитие всех систем и функций организма, коррекцию, компенсацию и профилактику двигательных и психических нарушений, воспитание личности, является основным механизмом, на оптимальное обеспечение функционирования которого направлены все мероприятия проекта.

Для обеспечения максимально возможного развития детей с ОВЗ, их социализации, подготовки к самостоятельной жизни и интеграции в общество реализуется сетевое взаимодействие вуза и коррекционной школы-интерната VIII вида. В школе обучается 160 детей, имеющих диагноз «умственная отсталость». Дети характеризуются состоянием задержанного или неполного развития психики, которое выражается в нарушении способностей, проявляющихся в период созревания и обеспечивающих общий уровень интеллектуальности, т.е. когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей. Интеллектуальное развитие ограничено определенным уровнем функционирования центральной нервной системы. Дети имеют нарушения не только в интеллекте, но и в эмоциях, воле, поведении, физическом развитии. Нарушение интеллекта в преобладающем большинстве случаев сочетается с аномальным развитием двигательной сферы, становление которой неотделимо от познания мира, овладения речью, трудовыми навыками.

Психолого-педагогическое сопровождение социализации детей в проекте реализуется в несколько этапов.

Первый этап – диагностический – направлен на выявление основных проблем, особенностей и потребностей, обусловленных наличием нарушений в умственном развитии. Осуществляется комплексный мониторинг психофункционального состояния детей с ограниченными возможностями здоровья с использованием компьютерных комплексов тестирования «НС-Психотест», «ВНС-Спектр» и др. (исследование функциональных особенностей головного мозга, функциональных возможностей мышечной системы, диагностика физической подготовленности, оценка общего психофункционального состояния, оценка психомоторных реакций, социометрия и др.).

На втором этапе планирования осуществляется обобщение результатов диагностики с целью организации деятельности педагогов, психологов. На этапе решаются задачи выбора форм и методов работы с детьми и их родителями; необходимость взаимодействия с другими организациями. Вырабатываются активные формы сотрудничества с преподавателями, учеными и студентами-волонтерами для оказания помощи ребенку и семье в целом [3]. Проводится обучение волонтеров по программе «Личный тренер», включающей знакомство с технологией организации волонтерской деятельности, тренировку навыков физкультурно-оздоровительного тьюторства в индивидуальном сопровождении детей-инвалидов, развитие навыков социальной реабилитации воспитанников коррекционной (специальной) школы VIII вида; психофункциональной диагностики и мониторинга детей с ОВЗ, занимающихся физической культурой, технологией гигиенического воспитания и обучения семей, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья, а также безопасного поведения в социуме.

Волонтеры учатся развивать у детей двигательные способности при помощи различных технологий и методик адаптивной физической культуры и спорта; организовывать физкуль-



турно-спортивную деятельность, совместную и индивидуальную деятельность воспитанников в соответствии с возрастными нормами их развития; проводить соревнования, осуществлять мониторинг психофункционального состояния детей, обеспечивать их безопасность.

На третьем – деятельностном – этапе реализуется технология включения детей с ОВЗ в физкультурно-оздоровительную деятельность. Цель данного этапа – практическая реализация эффективных технологий адаптивной физкультуры и спорта, ориентированных на детей с ОВЗ, организация и проведение физкультурно-оздоровительных и спортивных мероприятий для детей и их родителей, индивидуальное физкультурно-оздоровительное сопровождение (тьюторство) специально подготовленными волонтерами из числа студентов, обучающихся по направлениям подготовки «Адаптивная физическая культура и спорт», «Социальная педагогика», «Социальная работа», «Олигофренопедагогика, педагогика и психология», «Подготовка и участие детей-инвалидов и детей с ОВЗ в Специальной Олимпиаде России».

На этом этапе проводятся с детьми и родителями занятия в «Школе здоровья» по развитию гигиенических навыков, здорового образа жизни, культуры здоровья и профилактики заболеваний средствами адаптивной физической культуры. У воспитанников формируются гигиенические навыки самообслуживания, личной гигиены, навыки правильной осанки, гигиенической гимнастики, здорового питания, профилактики заболеваний и стрессов. У родителей – основы культуры здоровья семьи.

Праздник игры, спорта и творчества включает мастер-классы, викторины, соревнования по метанию, бегу, прыжкам, лазанию, дартсу, волейболу, футболу, бочке, фрисби, лапте. У детей формируются двигательные навыки в беге на скорость со сменой направления движения, в прыжках, лазании, метаниях, ловле, бросках и ударах по мячу на дальность и на точность, удержании равновесия на ограниченной опоре.

Студентами-волонтерами проводятся групповые ежедневные получасовые занятия, направленные на развитие движений в ходьбе, беге, метаниях, бросках, ловле мяча, ударах по мячу, с предметами, нестандартным оборудованием и инвентарем; физических качеств, быстроты, координационных способностей, силы, гибкости, выносливости; умений и навыков коллективного взаимодействия в подвижных и спортивных играх. У воспитанников формируются двигательные умения и навыки сохранять правильную осанку, правильно бегать, ходить, бросать, ловить мячи разного размера, выполнять удары по мячу ногами, прыгать, лазать, ползать; развиваются координационные способности, быстрота, сила, выносливость, гибкость. Дети получают навыки взаимодействия в спортивной команде в процессе подвижных и спортивных игр. Занятия способствуют активизации умственной деятельности детей.

Групповые и индивидуальные занятия с детьми и их родителями «Безопасное колесо» направлены на пропаганду безопасного поведения на дорогах, профилактику детского дорожно-транспортного травматизма, формирование культуры здорового и безопасного образа жизни. У воспитанников формируются навыки ориентировки на дороге, безопасного поведения в различных дорожно-транспортных ситуациях (включая скорость реакции, ответственность, внимательность), навыки фигурного вождения велосипеда, навыки оказания первой медицинской помощи при ДТП. У родителей – основы культуры безопасного поведения на дороге с целью предотвращения правонарушений с участием детей.

Региональный физкультурно-оздоровительный семейный фестиваль народных видов спорта «Мир движений» позволяет формировать положительное отношение к здоровому образу жизни. У детей развиваются координационные, скоростно-силовые способности, гибкость, сила, выносливость. В ходе мероприятия дети знакомятся с русскими народными игровыми и спортивными традициями.

На данном этапе реализуется программа дополнительного образования для формирования профессиональных компетенций работников школ VIII вида, инструкторов по физической культуре и спорту, педагогов, работающих с детьми с ОВЗ по актуальным вопросам психолого-педагогического и медико-социального их сопровождения.

Наряду со спортивными мероприятиями широко используются тематические встречи, лекции, консультации со специалистами и другими участниками объединения, у родителей расширяется круг знаний и умений об особенностях развития детей с ОВЗ и воспитании детей в школе и дома, исторических аспектах дефектологии. На занятиях в системе дети-родители-специалисты оптимизируются процессы межличностного взаимодействия, взаимного просвещения, самопомощи.

На заключительном этапе осуществляется анализ показателей, которые отражают эффективность работы, результаты психологической диагностики. Проводится семинар для педагогов и инструкторов по физической культуре «Инновационные технологии адаптивной физической культуры в работе с детьми с ОВЗ» и конференция «Двигаюсь и развиваюсь!».

Представленная технология психолого-педагогического сопровождения социализации детей с умственной отсталостью средствами адаптивной физической культуры и спорта представляет собой непрерывный процесс, состоящий из ряда взаимосвязанных этапов, каждый из которых подчинен решению определенных задач в ходе последовательного использования как индивидуальных, так и групповых форм работы. Данная технология позволяет сделать детей с ОВЗ и их родителей активными участниками процесса подготовки их к жизни и повысить достижения детей в максимально возможной социализации и интеграции в общество.



Статья подготовлена в рамках проекта 17п-2014.8 от 18.07.2014 «Мир движений – океан возможностей» Фонда поддержки детей, находящихся в сложной жизненной ситуации

## УСТОЙЧИВОСТЬ К РЕКЛАМЕ КАК ОДИН ИЗ МЕХАНИЗМОВ ФОРМИРОВАНИЯ У ОБУЧАЮЩИХСЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

*Шумова А.Л., Литвинова Н.И., Аблицов А.И., Пришивин В.И.*

ОБГОУ СПО «Рязанский медико-социальный колледж», г. Рязань, Рязанская область

В компетенцию образовательного учреждения традиционно входит создание программ образования и воспитания по формированию здорового образа жизни, которые должны быть психологически выверенными и решать основные проблемы, связанные с сохранением и укреплением здоровья обучающихся.

Многолетний опыт показывает, что достижение поставленных целей по укреплению здоровья населения находится в неразрывной связи с их информированностью по вопросам профилактики заболеваний, наличием установки (положительной или отрицательной) на изменение образа жизни, особенностями мотивации (приоритетные направления) и готовностью к изменениям. Эти механизмы (информирование, формирование отношения, мотивации и готовности к действию) достаточно активно используются в рекламе и применяются для продвижения различных товаров, в том числе оказывающих неблагоприятное воздействие на здоровье. Устойчивость к рекламным воздействиям позволяет более адекватно оценить предлагаемую информацию, не поддаваться рекламным влияниям, а также самостоятельно применять их в профессиональной практике.

Медицинские и педагогические работники ориентированы преимущественно на информационный компонент, полагая, что будет работать принцип «предупрежден – значит вооружен». Однако данный подход оказывает влияние на поведение только при наличии у человека заболевания или опыта ухода за больным. Также данный компонент эффективен при наличии жестких требований к состоянию здоровья в соответствии с профессиональными требованиями или требованиями работодателя. В остальных случаях, особенно в молодежной среде, технологии «запугивания» дают очень низкую эффективность, а порой и противоположный эффект, что подтверждается высокими показателями распространения курения и злоупотребления алкоголем среди молодежи на фоне систематической профилактической работы, основанной на технологии запугивания. Пропаганда здорового образа жизни, как часть государственной системы здравоохранения и как раздел санитарного просвещения, начала формироваться в СССР в 1920-е гг. Однако используемые методы не дали ожидаемого эффекта. В настоящее время изменились подходы к решению данной проблемы со стороны государства, что нашло отражение в проводимых мерах, в том числе – в широкой пропагандистской кампании.

Изменились и источники информации у молодых людей по вопросам здоровья и образа жизни. Проведенные нами исследования показали, что информацию о здоровье, факторах, на него влияющих, а также факторах риска обучающиеся получают из Интернета (до 85%), СМИ (до 60%), от членов семьи (до 45%), друзей (40%), медицинских работников (от 10% до 30%).

Учитывая, что информационное воздействие Интернета и СМИ основывается на технологиях психологического влияния, формирование у обучающихся устойчивости к рекламе

является одним из основных механизмов формирования здорового образа жизни. Реклама апеллирует к желаниям человека и строится на вере людей в то, что они скорее что-то получат, чем на то, что они что-то потеряют, позволяет «реализовать свои мечты», придает уверенность в возможности «достичь желаемого» и т.п. В зависимости от психологических особенностей потребителей, их жизненного опыта, отношения к различным фактам и событиям различные механизмы будут более или менее эффективны. Изучение глубинных мотивов в целевых группах потребителей является основой для дальнейшего планирования действий по продвижению товара. Соответственно, изучение различных «концепций индивидуального здоровья» как моделей «глубинных мотивов здоровья» должно лежать в основе планирования форм и содержания мероприятий по формированию здорового образа жизни.

В проведенных ранее исследованиях было показано, что более 70% обучающихся (такие же показатели и среди работников практического здравоохранения) рассматривают здоровье как ресурс для достижения поставленных целей и в этом контексте готовы прилагать определенные усилия для его укрепления. Пропаганда медицинских знаний, построенная на информировании о рисках, будет эффективна лишь среди 2-6% молодых людей, которые имеют «медицинскую модель здоровья». Таким образом, задачи формирования мотивации к ведению здорового образа жизни должны быть построены на технологии «достижения успеха», а не на «избегании неудач».

Формирование устойчивости к рекламному воздействию основывается, так же как и само рекламное воздействие, на четырех основных механизмах: информирование, формирование отношения, мотивации и готовности к действию. На учебных занятиях по дисциплине «Профессиональная культура здоровья» и заседаниях студенческого кружка изучаются и анализируются данные механизмы. На их основе выполняются задания по разработке пропагандистских материалов по формированию здорового образа жизни среди различных групп населения в соответствии с запросами медицинских организаций.

Исследование данных механизмов может быть изложено следующим образом: механизм рекламного воздействия – его изучение и применение в подготовке пропагандистских материалов.

1. Информирование. В рекламе товаров ему уделяется минимальное внимание, так как предоставление полной и достоверной информации о продукте не всегда выгодно продавцам. Часто указывается только фирма и привлекательные преимущества предлагаемого товара. Однако в обязательном порядке учитываются психосоциальные особенности целевой группы потребителей.

Содержание информации по воздействию факторов риска и профилактике заболеваний должно соответствовать требованиям доказательной медицины и обязательно содержать ссылку на источник полученной информации, который заслуживает доверия со стороны медицинского сообщества.

2. Формирование отношения. В данной работе используются различные средства и формы влияния, позволяющие ответить на вопрос: нравится или нет? В рекламе используются вербальные и невербальные средства, порой не имеющие отношения к рекламируемому товару, но формирующие определенный психологический настрой.

При анализе рекламного материала важно, чтобы обучающийся определил, какие именно были использованы приемы психологического влияния, а также правильно и осознанно использовал данный механизм при подготовке авторского материала.

3. Формирование мотивации. При принятии решения человек определяет степень потребности и взвешивает плюсы и минусы предлагаемых услуг (товаров). Поэтому в рекламе в обязательном порядке присутствует данная информация. Необходимо уметь ее выделять, анализировать и оценивать.

При пропаганде здорового образа жизни также важно доступно и соответственно целевой группе описать возможности и преимущества изменения стиля жизни.

4. Готовность к действию. В качестве «провокаций» при проведении рекламных акций используются различные приемы, рассчитанные на различные психологические особенности определенной группы потребителей. Это могут быть подарки, скидки, бесплатные услуги и другие формы воздействия.

Главным «толчком» к действию в отношении здоровья является ухудшение состояния организма. Однако до 70% обучающихся и медицинских работников готовы к изменению стиля жизни для достижения лично значимых целей, в том числе и повышения профессионального мастерства. Поэтому в программы и акции по пропаганде здорового образа жизни необходимо включать различные «бонусные» механизмы, рассчитанные на определенную целевую аудиторию, обеспечивать те преимущества, которые может иметь участник программы (абонементы в фитнес-центры, грамоты и благодарности за активное участие в оздоровительных мероприятиях и др.).

Таким образом, понимание механизмов рекламного воздействия, а также их применение в профессиональной деятельности в части формирования здорового образа жизни у населения, поможет самому медицинскому работнику не стать «заложником рекламы», а также является условием эффективной (успешной) работы медицинского персонала.

**Всероссийская научно-практическая конференция  
«Актуальные вопросы развития физической культуры  
и массового спорта, повышения двигательной активности  
среди населения, внедрения Всероссийского физкультурно-  
спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО)»**

## О ХОДЕ ОРГАНИЗАЦИОННО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ЭТАПА ВНЕДРЕНИЯ ВСЕРОССИЙСКОГО ФИЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНОГО КОМПЛЕКСА «ГОТОВ К ТРУДУ И ОБОРОНЕ» (ГТО)

*Бабкин В.В., Коляскина Т.Ю.*

Министерство спорта Российской Федерации, Москва

Общее состояние массового спорта в нашей стране и те решения, которые приняты по его развитию, прежде всего введение комплекса ГТО, свидетельствует о высокой заинтересованности всех сторон.

В целом, мы ежегодно отмечаем высокие темпы развития физической культуры и массового спорта, устойчивый рост общественного интереса к этому направлению и показателей двигательной активности граждан, увеличение числа участников соревнований и спартакиад. Все более популярными становятся различные формы самостоятельных занятий, гимнастики и фитнес тренировок.

По данным официальной статистики, с 2006 года основными показателями развития физической культуры и массового спорта стали:

- рост числа граждан, занимающихся физической культурой, в общей численности населения более чем в 2 раза, с 13,0 % до 29 %; среди обучающихся, такой рост составил более чем в три раза, с 17,5% до 57,5 %;
- увеличение количества квалифицированных тренеров, работающих по специальности более чем на 40%, с 250 тыс. до 325 тыс.;
- введение за эти годы в эксплуатацию около 40 тыс. спортивных сооружений, их общее количество на 1 января превышает 265 тыс. спортивных объектов; соответственно увеличилась единовременная пропускная способность объектов и в настоящее время составляет более 7,0 млн. человек;
- по Федеральной целевой программе введены в эксплуатацию 564 объекта массового спорта и 220 футбольных полей с искусственным покрытием.

Вместе с тем мы постоянно говорим о том, что у нас есть резервы. Так, в России на 2014 год систематически физической культурой и спортом в возрасте от 30 до 59 лет занимается всего около 11% населения (в возрасте от 60 лет и старше – 3%). При этом именно эта группа вносит решающий вклад в производство и потребление материальных благ.

Для исправления ситуации приняты решения о формировании перечня обязательных для проведения физкультурных и спортивных мероприятий на муниципальном, региональном и федеральном уровнях, приоритизации строительства малобюджетных спортивных сооружений, внесении изменений в трудовое законодательство в части создания условий для развития производственной физической культуры.

Конечно, главным решением, безусловно, является, возрождение физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО), который в соответствии с Указом Президента Российской Федерации В.В. Путина введен в действие с 1 сентября 2014 года.

С изданием этого Указа (№172 от 24.03.2014 г.) перед Правительством Российской Федерации и руководителям регионов страны были поставлены задачи по:

созданию комплекса правовых и организационных условий, необходимых для успешного внедрения комплекса,

введению стимулирующих мер для повышения мотивации граждан к выполнению соответствующих нормативов,

проведению мониторинга уровня физической подготовленности населения.

Координация деятельности по внедрению комплекса ГТО осуществляется под руководством Министра спорта Российской Федерации В.Л Мутко.

В связи с введением комплекса подготовлены и изданы 26 нормативных правовых акта, в том числе утверждены положение о комплексе, и план его поэтапного внедрения.

Кратко о назначении комплекса.

Целевые ориентиры и показатели развития физической культуры и спорта до 2020 года, установленные в государственной программе, предусматривают, что через 5 лет доля граждан, систематически занимающихся спортом, возрастет до 40% их общей численности.

Аналогичные показатели предусмотрены в отношении учащихся, граждан, занятых в экономике, и инвалидов.

Таким образом, эффективность развития массового спорта выражена в количественных показателях.

При этом комплекс ГТО не только способствует росту этих показателей, но и предъявляет качественно новые требования к наполнению этой работы. Он формирует программную и нормативную основу системы физического воспитания. Это значит, что комплекс одновременно определяет как оптимальные параметры физического развития различных возрастных групп населения, так и методическую основу достижения того уровня физической подготовленности, который соответствует возрастной норме.

В сущности, комплекс ГТО предлагает модель физического самосовершенствования, в основу которой положено стремление к более здоровому, спортивному образу жизни.

Мы сформулировали цель и задачи комплекса ГТО, ориентированного на эффективное использование возможностей физической культуры и спорта для укрепления здоровья, гармоничного развития личности, а также на воспитание патриотизма и обеспечение преемственности в осуществлении физического воспитания.

Структура комплекса ГТО состоит из 11 ступеней, включающих возрастные группы граждан от 6 до 70 лет и старше.



Для каждой группы утверждены государственные требования к уровню физической подготовленности и перечень испытаний (58 видов) и нормативов, позволяющих объективно оценить уровень развития основных физических качеств (быстрота, выносливость, сила, гибкость, ловкость), прикладных навыков и знаний.

Также утверждены порядок организации и проведения тестирования населения в рамках комплекса ГТО, положение о центрах тестирования, в которых будет производиться выполнение нормативов. На сегодня количество центров тестирования составляет 24, в текущем году запланировано открыть 195 новых центров.

(Справочно: объем субсидий из федерального бюджета на цели оснащения центров тестирования ГТО необходимым оборудованием и инвентарем составил: в 2014 году – 10,8 млн. рублей, 2015 год – 127,4 млн. рублей; в 2016 году – 141,6 млн. рублей; в 2017 году – 143,3 млн. рублей).

Для выполнивших нормативы предусмотрены знаки отличия (золотой, серебряный, бронзовый), дизайн которых выполнен с использованием государственной символики. Первое награждение знаками состоится в мае-июне 2015 года.

Для систематизации процедуры награждения предлагается вручать знаки гражданам страны, выполнившим нормативы дважды в год по итогам зимне-весеннего и осенне-зимнего сезонов. При этом присвоение бронзового и серебряного знаков отличия предлагается отнести к полномочиям регионов, а присвоение золотого знака – к полномочиям Российской Федерации.

Внедрение комплекса ГТО предусмотрено осуществить в три этапа.

На первом этапе будут отработаны модели внедрения комплекса, создана система обучения кадров и введена электронная база данных с интернет-порталом.

На втором этапе в 2016 году комплекс ГТО будет внедрен среди обучающихся всех образовательных организаций, а также других категорий населения в отдельных субъектах Российской Федерации.

На третьем – будет проведено внедрение комплекса среди всех категорий населения Российской Федерации во всех регионах.

На сегодняшний день апробация комплекса проводится в 12 пилотных регионах, еще 49 субъектов готовятся присоединиться к этой работе. Всего в базе данных комплекса ГТО свыше 240 тыс. человек. В прошедшую осень проведено тестирование по нормативам I–VI ступеней среди 110 тыс. человек, результаты которых подтвердили, что установленные уровни трудности не завышены, и в целом процент сдающих на знаки отличия комплекса ГТО соответствует расчетным показателям.

Для создания оптимальных условий внедрения комплекса Правительством Российской Федерации внесен в Государственную Думу проект Федерального закона, предусматривающий определение понятия комплекса ГТО и закрепляющий полномочия по его внедрению на федеральном, региональном и муниципальном уровнях.

Законопроектом предлагается создать в форме некоммерческих организаций центры тестирования комплекса ГТО и устанавливается, что прием выполнения нормативов комплекса ГТО осуществляется бесплатно.

Также законопроектом предусматривается создание физкультурно-спортивных клубов как самостоятельных субъектов физической культуры и спорта, осуществляющих деятельность в форме общественной организации, основной задачей которых является оказание бесплатных услуг для подготовки населения к выполнению нормативов комплекса ГТО.

Одновременно предлагается урегулировать вопросы охраны правовой символики комплекса и медицинского обеспечения лиц, проходящих подготовку к выполнению установленных государственных нормативов комплекса, а также лиц, участвующих в их выполнении.

Думаю, что решения и меры по внедрению комплекса ГТО являются достаточными. С принятием законопроекта завершится процесс создания необходимых организационных и правовых условий.

Теперь необходимо уделить пристальное внимание популяризации комплекса ГТО, развитию форм мотивации и поощрения граждан на федеральном и региональном уровнях.

В помощь организаторам агитационной и пропагандистской работы создано 3 некоммерческих видеоролика с участием «Послов ГТО» Александра Карелина, Аделины Сотниковой и Алексея Морозова, направленных на пропаганду комплекса ГТО и признанных Федеральной антимонопольной службой социальной рекламой.

В целях формирования единого стиля и бренда проведен общероссийский конкурс на лучшую идею дизайн-макета фирменного стиля комплекса ГТО (получено 10 предложений от участников).

В апреле 2015 года будет завершено производство роликов, пропагандирующих тесты комплекса ГТО, а также привлечены специализированные организации для ведения пропагандистской кампании.

Для популяризации комплекса ГТО широко используется технология «равный-равному», реализуемая в рамках проекта Минспорта России и Минобрнауки России «Займись спортом! Навстречу комплексу ГТО», при участии детских и молодежных общественных объединений. Объединение детского и молодежного актива в целях популяризации комплекса ГТО среди сверстников является важной составляющей пропагандистской работы.

Действенной мерой по повышению интереса к комплексу ГТО видится развитие системы социальных стимулов.

Совместно с Минобрнауки России, Минздравом России и Минтрудом России утвержден комплекс мер по стимулированию различных возрастных групп населения к выполнению нормативов и требований комплекса ГТО на 2015 – 2017 годы. Они включают в себя: решение по учету результатов выполнения нормативов комплекса при поступлении в высшие учебные заведения страны; учреждение знака отличия Российской Федерации «За заслуги в развитии физической культуры» для поощрения граждан, выполнивших нормативы комплекса ГТО в разных возрастных группах; разработку мероприятий по поддержке деятельности работников

физической культуры и спорта, педагогических работников, студентов образовательных организаций и волонтеров, связанной с внедрением комплекса ГТО.

Конечно, мы не должны забывать о рисках для здоровья и жизни, которые влекут интенсивные физические нагрузки. Качество медицинского обеспечения комплекса ГТО имеет приоритетное значение для успешной реализации проекта.

Поэтому в текущем году совместно с Минздравом России нам предстоит разработать нормативные правовые акты, регулирующие медицинское обеспечение лиц, занимающихся физической культурой и спортом, включая простой и понятный, а главное, бесплатный для граждан порядок прохождения медицинского осмотра при подготовке к выполнению нормативов комплекса ГТО.

В заключении позвольте отметить, что результат работы по внедрению комплекса ГТО и его влиянии на уровень физической подготовленности и качество здоровья населения планируется ежегодно докладывать Президенту Российской Федерации до 1 мая.

## **ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПО ПОДГОТОВКЕ НАСЕЛЕНИЯ К ВЫПОЛНЕНИЮ НОРМАТИВОВ И ТРЕБОВАНИЙ КОМПЛЕКСА «ГОТОВ К ТРУДУ И ОБОРОНЕ» В РАЗЛИЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ**

*Гаркавенко В.А*

первый заместитель генерального директора ФГБУ «Федеральный научный центр физической культуры и спорта», к.м.н., г. Москва

*Перова Е.И.*

начальник отдела координации и внедрения Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса, к.п.н., ведущий научный сотрудник ФГБУ «Федеральный научный центр физической культуры и спорта», г. Москва

24 марта 2014 года Президент Российской Федерации В.В. Путин подписал Указ № 172<sup>1</sup>, в котором указано, что в целях дальнейшего совершенствования государственной политики в области физической культуры и спорта, создания эффективной системы физического воспитания, направленной на развитие человеческого потенциала и укрепление здоровья населения, ввести в действие с 1 сентября 2014 г. в Российской Федерации Всероссийский физкультурно-спортивный комплекс «Готов к труду и обороне» (ГТО) – программную и нормативную основу физического воспитания населения.

Этим документом даны поручения Правительству Российской Федерации утвердить до 15 июня 2014 г. положение о Всероссийском физкультурно-спортивном комплексе «Готов к труду и обороне» (ГТО) и, начиная с 2015 года представлять Президенту Российской Федерации ежегодно, до 1 мая, доклад о состоянии физической подготовленности населения. А также совместно с органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации разработать и утвердить до 30 июня 2014 года план мероприятий по поэтапному внедрению Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО), принять меры по стимулированию различных возрастных групп населения к выполнению нормативов и требований Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО).

Для того, чтобы работа по внедрению Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО) была более эффективной и поручения Президента Российской Федерации выполнялись в срок, в период с марта по декабрь 2014 года органами исполнительной власти Российской Федерации, прежде всего Министерством спорта Российской Федерации, Министерством образования и науки Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации проделана большая работа по формированию нормативной правовой базы о внедрении Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО) в практику физкультурно-спортивного движения.

В качестве базовых компонентов в системе внедрения комплекса ГТО можно выделить:

---

<sup>1</sup> Указ Президента Российской Федерации от 24 марта 2014 г. № 172 «О всероссийском физкультурно-спортивном комплексе «Готов к труду и обороне» (ГТО)

- управленческий,
- нормативно-правового обеспечения,
- ресурсный,
- программно-методический и организационный,
- информационно-пропагандистский.

Одним из самых ответственных этапов внедрения комплекса ГТО является практическая работа специалистов по физической культуре и спорту, руководителей органов управления в сфере физической культуры и спорта на уровне субъектов Российской Федерации, муниципальных образований, в физкультурно-спортивных организациях (ФСО), образовательных организациях всех уровней.

Особенно актуальным становится процесс внедрения комплекса в части нормативно-практического, материально-технического, кадрового, финансового, научно-методического и информационного обеспечения условий по подготовке граждан к выполнению нормативов и требований комплекса.

Успешное внедрение и функционирование комплекса ГТО во многом будет зависеть от эффективного взаимодействия органов государственной власти Российской Федерации, органов местного самоуправления и общественных организаций.

Под организационными формами взаимодействия по управлению процессом внедрения комплекса ГТО понимаются формы взаимодействия органов государственной власти, органов местного самоуправления и общественных организации, осуществляющие функции или имеющие полномочия по взаимодействию в рамках внедрения комплекса ГТО, а также различные мероприятия, направленные на такое взаимодействие, предусмотренные нормативно-правовыми актами.

Организационной формой взаимодействия по управлению процессом внедрением комплекса ГТО является созданная при Министерстве спорта России Координационная комиссия по введению и реализации Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО)» (далее – Координационная комиссия) (приказ Министерства спорта Российской Федерации от 09 июля 2014 г. № 576/1).

Координационная комиссия является совещательным органом при Министерстве спорта Российской Федерации, образованным в целях обеспечения взаимодействия федеральных органов государственной власти, общественных объединений, научных и других организаций при рассмотрении вопросов, связанных с введением в действие в Российской Федерации Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО).

Основными задачами Координационной комиссии являются:

- подготовка предложений по выработке и реализации мероприятий по поэтапному внедрению Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО);

- подготовка предложений по выработке основных направлений совершенствования законодательства Российской Федерации, связанных с введением в действие Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО);

- рассмотрение вопросов, связанных с участием общественных объединений в мероприятиях по поэтапному внедрению Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО);

- обсуждение иных вопросов, связанных с поэтапным внедрением Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО).

По итогам заседания Координационной комиссии, состоявшегося 23 июля 2014 г. были приняты решения, связанные с вопросами медицинского обеспечения проведения тестовых мероприятий комплекса ГТО в образовательных организациях, информационного освещения в государственных средствах массовой информации мероприятий по введению и реализации комплекса ГТО; рассмотрен и одобрен проект Перечня мероприятий общероссийского движения «Спорт для всех», включающий мероприятия комплекса ГТО на федеральном уровне; одобрены проекты методических рекомендаций по выполнению видов испытаний (тестов) и организации проведения испытаний (тестов), входящих в Комплекс ГТО; определен федеральный оператор по организации и проведению мероприятий комплекса ГТО; рассмотрена концепция интернет-портала и электронной базы данных комплекса ГТО.

В целях реализации Указа Президента Российской Федерации от 24.03.2014г. №172 «О Всероссийском физкультурно-спортивном комплексе «Готов к труду и обороне (ГТО)» органы государственной власти субъектов Российской Федерации формируют пакет нормативно-правовых документов направленных на обеспечение организационных мероприятий по внедрению комплекса ГТО в регионе.

Следующим шагом в организации работы по внедрению комплекса ГТО в субъектах Российской Федерации является создание межведомственного коллегиального органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации.

Дальнейшая организационная работа по обеспечению условий по подготовке граждан к выполнению нормативов и требований комплекса ГТО в субъекте Российской Федерации направлена на реализацию плана мероприятий по поэтапному внедрению Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО).

Анализ плана мероприятий показал, что на первом этапе внедрения комплекса ГТО в субъектах Российской Федерации необходимо решить вопросы:

- нормативно-правового, финансово-экономического и организационно-методического обоснования внедрения Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО);

- создать региональный организационный комитет по внедрению комплекса ГТО;

- разработать и внести в установленном порядке необходимые дополнения и изменения в действующие законы о бюджете субъектов Российской Федерации на 2014 год в части региональных расходов по внедрению комплекса с целью дальнейшего направления их на

финансовое обеспечение мероприятий, связанных с введением Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО);

- разработать и внести в установленном порядке необходимые дополнения и изменения в программу социально-экономического развития регионов.

Важнейшим пунктом в реализации Плана мероприятий по внедрению комплекса и всей организационной работы на уровне субъекта Российской Федерации является создание и организация работы Центров тестирования по выполнению видов испытаний (тестов), нормативов, требований к оценке уровня знаний и умений в области физической культуры и спорта для всех групп населения.

Поскольку, создание и работа Центров тестирования с населением осуществляется на территории муниципальных образований, задача государственных органов исполнительной власти в области физической культуры и спорта субъектов Российской Федерации должна быть направлена на оказание всемерной поддержки муниципальным образованиям в создании и организации работы таких центров.

Развитие физической культуры и спорта в системе органов местного самоуправления осуществляется на основании Федерального закона от 04.12.2007 N 329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации» (статья 9) и Федерального закона от 06.10.2003 N 131-ФЗ (ред. от 04.10.2014) «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» (статья 14).

Важным этапом в организации работы по внедрению комплекса ГТО в субъектах Российской Федерации является определение организации, исполняющей функции регионального оператора.

В настоящее время решением Координационной комиссии при Министерстве спорта Российской Федерации (Протокол от 23 июля 2014 г. № 1) определен федеральный оператор по внедрению комплекса ГТО, которым стала АНО «Исполнительная дирекция спортивных проектов» (г. Казань).

Организации, которые исполняют функции региональных операторов, осуществляют взаимодействие между региональным и федеральным оператором по сбору информации о проведении тестирования населения в регионе; осуществляют информационно-пропагандистскую работу в субъекте Российской Федерации, осуществляют введение единой электронной базы данных и сопровождение интернет-портала на региональном уровне; взаимодействуют с органами местного самоуправления по оснащению Центров тестирования необходимым инвентарем и оборудованием; помогают Центрам тестирования в комплектовании судебных бригад; обеспечивают равномерную загруженность спортивных сооружений в соответствии с графиком тестирования населения; организуют и проводят работу по награждению граждан знаками отличия комплекса ГТО; осуществляют другую информационно-правовую, нормативно-правовую, кадровую и организационную работу.

В целях обеспечения единой государственной политики по внедрению и реализации Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО) в субъектах Российской Федерации создаются организационные (координационные) советы, куда по

согласованию входят органы исполнительной власти в области образования, здравоохранения, физической культуры и спорта, высшие учебные заведения, профсоюзные организации, социально-ориентированные некоммерческие организации и т.д.

Проект внедрения комплекса ГТО в Российской Федерации является политически своевременным и практически значимым, главная цель которого привлечение населения страны к массовым занятиям физической культурой и спортом. Анализируя и обобщая практический опыт внедрения комплекса ГТО в субъектах Российской Федерации (девяти регионов), следует отметить, что каждый регион модифицирует и адаптирует мероприятия по реализации комплекса ГТО, согласно сложившимся условиям на муниципальном и региональном уровнях.

Анализ практического опыта во многих субъектах Российской Федерации убедительно показал, что успешная реализация и внедрение комплекса ГТО осуществляется при участии региональных органов исполнительной власти, муниципальных образований, юридических и физических лиц, общественных организаций и объединений граждан. Для осуществления общего руководства создаются координационные советы и рабочие группы по внедрению Комплекса.

Во многих регионах Российской Федерации, которые не вошли в список субъектов, осуществляющих организационно-экспериментальную апробацию внедрения Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне», так же ведется работа по поэтапному внедрению комплекса ГТО.

Эффективность создаваемых моделей организации комплекса ГТО в субъектах Российской Федерации будет заключаться в консолидации интересов органов государственной власти, местного самоуправления, некоммерческих организаций и населения в общем стремлении укрепить позиции массового спорта с одновременным формированием предложений, содержащих максимальное количество услуг для потребителя в спортивной сфере.

Система внедрения комплекса ГТО – это совокупность взаимосвязанных и взаимообусловленных действий по обеспечению внедрения комплекса ГТО в как субъекте Российской Федерации, так и в целом в стране.



## МАССОВЫЙ СПОРТ КАК ФАКТОР ПУБЛИЧНОЙ ДИПЛОМАТИИ

*Долматова Т.В.*

кандидат политических наук ФГБУ «Федеральный научный центр физической культуры и спорта», Москва

### Аннотация

В статье рассматривается спорт как социальное явление с ярко выраженным идеологическим компонентом. Показано, что в современных условиях именно спортивная составляющая способна выступать неким императивом, определяющим современное развитие государства и российского общества. В условиях доминирования в мире т.н. политики «мягкой силы» отмечается многократное повышение роли публичной дипломатии спорта и его влияния на международный имидж государства.

Говоря о таком устоявшемся во всем мире политическом явлении как «мягкая сила», которое, к слову, насчитывает уже почти четверть века, отметим, что оно предполагает способность достижения в политике желаемых результатов на основе принципов добровольного участия, симпатии и привлекательности [1]. В качестве проводников такой политики традиционно рассматриваются политические институты, пропагандирующие демократические свободы, права человека, а также ценности определенной культуры и т.д. Ассоциируя «мягкую силу» с музыкальной и киноиндустрией, модой, культурой питания и пр., многие, однако, неоправданно упускают из внимания такую важную сферу современной общественной жизни, как спорт.

Между тем, в последнее время масштабные спортивные события в мире – Олимпийские Игры, чемпионаты мира и универсиады – доказывают тот факт, что именно спортивная составляющая способна выступать неким императивом, определяющим современное развитие государства и его привлекательность на международной арене.

В отличие от других сфер «мягкой силы» мир спорта уникален своим содержанием – здоровым спортивным духом, проявлением достоинства и уважения к спортивной деятельности, чувством дружелюбия и сопереживания и, наконец, чувством единения и сплоченности в понимании цены успеха. Не случайно спорт и физическое воспитание во всем мире общепризнанно рассматриваются как ценностно-ориентирующие компоненты идеологии развития общества и государства.

Спорт и идеология в действительности тесно взаимосвязаны, и эти связи многогранны. Как отмечает российский академик и признанный политолог Б.Ф. Славин, «пожалуй, нет сферы общественной жизни, не испытывающей на себе влияния идеологии, – будь то экономика, образование, культура и даже спорт» [2].

Обращаясь к истокам становления спортивного движения, отметим, что оно изначально зарождалось как социальное явление с ярко выраженным идеологическим компонентом. Сегодня, в условиях, когда в мировой политике усиливается роль «публичной дипломатии», влияние спорта на государственную идеологию также значительно возрастает.

Мировой опыт показывает, что уровень развития массового спорта, развитая инфраструктура специализированных спортивных учреждений, наличие квалифицированных спортивных сборных команд и достижение ими высоких спортивных результатов является неизменным индикатором благосостояния и социально-экономического развития государства и региона. По убеждению известного российского социолога, профессора Ю.А. Фомина, сам спорт продуцирует у занимающихся идейные установки, касающиеся нравственности, ценностей и образа жизни [3]. Вместе с тем, отмечается и обратный процесс. Колоссальная распространенность и популярность спортивного движения во всем мире незаметно превращают его в средство политического инструментария для пропаганды господствующих ценностей, обоснование и оправдание политики государства, воспитание у подрастающего поколения важных нравственных качеств.

Несмотря на то, что олимпийское движение и олимпийский спорт декларирует идеологическую концепцию «спорт – вне политики», что позволяло в зависимости от обстановки либо дистанцироваться от политических амбиций тех или иных государств, либо, наоборот, осуществлять прямое влияние на политические события, спорт всегда был, есть и будет находиться в тесной взаимосвязи с политикой. Историческими примерами, когда удавалось использовать спортивные состязания для выражения глобальных политических целей, стало бойкотирование западными странами Олимпийских Игр в 1980 г. в Москве, а в 1992 г. в Барселоне по причине внутренних политических конфликтов к участию в Играх была не допущена сборная команда Югославии. Недавним примером, в очередной раз доказывавшим высокий авторитет и значимость Олимпийских Игр в контексте большой политики, стало официальное обращение Министерства иностранных дел России с призывом объявить «олимпийское перемирие» на время проведения XXII Зимних Игр в Сочи. В качестве организатора и устроителя зимней Олимпиады, Российская Федерация призвала участников всех вооруженных конфликтов в мире обратиться к истории самой идеи учреждения олимпиад в Древней Греции, когда на время их проведения прекращались любые войны и конфликты в мире [4].

Таким образом, вопреки традиционному историческому лозунгу «спорт – вне политики» сама Олимпиада на сегодняшний день превращается в политическую арену, где разворачивается «борьба за лидерство». Проводимые игры остаются в центре мировой политики, привлекая внимание подавляющего населения планеты, затмевая при этом другие международные события.

Крупномасштабные спортивные мероприятия, ставшие неотъемлемой частью современной общественной жизни, безусловно, важны тем, что оказывают беспрецедентное воздействие на политический имидж стран-участниц и, прежде всего, принимающих стран. Очевидный положительный эффект от проведения крупных соревнований – усиление позиции страны-хозяйки на мировом рынке и в международной политике. Сегодня в условиях глобальной конкуренции, причем жесткой конкуренции, государство стремится к продвижению привлекательности своей территории через учреждение собственного бренда, через проведение крупного спортивного мероприятия, прочно ассоциирующегося с их страной.

Идеологический компонент в спорте проявляется также и в том, что в нем реализуется патриотическая идея [5]. Наглядным выражением этого являются состязания на высоком международном уровне, где спортсмены, показывая свое мастерство, отстаивают престиж

родной страны и заставляют гордиться своими победами. Исполнение гимна и поднятие флага, без всяких сомнений, возводит патриотические чувства в абсолют. По своему социальному содержанию патриотизм призван способствовать сплочению, единению людей в рамках государства. Ощущение всеобщего единства вместе с тем обуславливает противопоставление себя, своей общности политико-культурным общностям других государств, что выступает духовным фундаментом сплоченности нации через усиление патриотических чувств. Характерно, что по своему индивидуально-психологическому механизму патриотизм олицетворяет чувство и осознание органической связи с судьбами родины [6]. Его фундамент составляют национальные интересы, национальное сознание, направленное на сохранение этнического своеобразия, особенностей традиционного уклада, характера и видов деятельности этноса, общей ответственности за судьбы страны. Во многом основу чувства патриотизма для подрастающего поколения закладывает спорт.

Как видится, в основе идеологии спорта заложена ценностная триада: здоровое физическое воспитание – чувство патриотизма – активная гражданская позиция. Ее сущность состоит в том, что спортивное воспитание обеспечивает физически крепкое и нравственно здоровое общество, а это в свою очередь определяет уровень благосостояния населения государства, укрепляет национальное самосознание и содействует социально-экономической и политической стабильности страны.

Спорт призван играть существенную роль в решении задач, стоящих перед современной Россией, что подтверждается рядом соответствующих документов и публичными высказываниями российских политиков. Примечательно в этом отношении утверждение олимпийской чемпионки, ныне депутата Государственной Думы И.К. Родниной о том, что «Спорт должен стать национальной идеей в России» [7]. Председатель Правительства Российской Федерации Д.А. Медведев подтверждает, что развитие массового спорта на сегодня является стратегической задачей государства [8]. Президент Владимир Путин традиционно уделяет развитию спорта значительное внимание, отмечая, что это на сегодняшний день один из основных приоритетов государственной политики. Президент убежден в том, что большие и яркие спортивные победы нужны для поддержания силы духа и патриотических чувств наших граждан, для продвижения ценностей активного, здорового образа жизни миллионов россиян.

Спортивные успехи, вполне очевидно, могут рассматриваться в качестве средства укрепления престижа страны и повышения ее международного авторитета [9]. Такой пример выглядит весьма убедительным исходя из опыта проведения зимних Олимпийских Игр в Сочи. Российская Олимпиада в Сочи вошла в историю не только как «лучшая зимняя олимпиада за всю историю Игр», как высоко оценил ее Президент МОК Томас Бах, но и как уникальный в политическом смысле имиджевый проект, который оказался столь успешно и технично реализован.

Стоит отметить, что колоссальная распространенность и популярность спорта во всем мире стремительно превращают его в эффективный инструмент публичной дипломатии. Показательно символическими стали слова Президента Международного олимпийского комитета о том, что «Мы все увидели лицо новой России – эффективной и дружелюбной, патриотичной и открытой миру. Здесь, в Сочи, мы прикоснулись к богатой истории России. ...Мы уезжаем как друзья российского народа» [10]. Очевидно, что выбранная тактика в пропаганде спорта в качестве «мягкой силы» уже принесла успехи в деле укрепления внешнеполитического

авторитета современной России – как минимум, число поклонников российского спорта и выдающихся российских спортсменов по окончании Олимпиады в Сочи определенно стало в несколько раз больше по всему миру.

Между тем, события, произошедшие после завершения Олимпиады в Сочи лишь в очередной раз подтверждают, что победы в спорте отнюдь не случайно тесно коррелированы с победами политическими. Возможно, именно потому, что спортивные успехи укрепляют дух нации и усиливают чувство патриотизма, вдохновляя и настраивая на победу, в т.ч. и на политической арене.

Таким образом, политическая идеология современной России, прежде всего, должна строиться с акцентом на подрастающее поколение, на воспитании в нем чувства патриотизма, крепкого физического здоровья и нравственной целостности. По современным экономическим представлениям, самые выгодные инвестиции – это вложения в здоровье нации, которое остается неотъемлемым достоянием человека при любых катаклизмах. Развитие массового спорта является не только основным фактором сохранения и укрепления здоровья подрастающего поколения, но и фактором экономического благополучия населения страны в целом. Очень важно и необходимо задействовать данный ресурс в деле формирования государственной политической идеологии по укреплению национального величия России.

Список использованной литературы:

1. Най Дж. С. Мягкая сила. Слагаемые успеха в мировой политике. Нью-Йорк: Паблик афферз, 2004. –192 с.
2. Славин Б. Россия в поисках идеологии // Свободная мысль. – 2008. – № 5. – С. 21-34.
3. Фомин Ю.А. Физическая культура и спорт в условиях современных социально-экономических преобразований в России: закономерное и случайное // Теория и практика физической культуры. – 1993. – № 8. – С. 18-19.
4. Россия призвала объявить «олимпийское перемирие» на время Игр // <http://www.ng.ru/news/456713.html>
5. Пономарев Н.И. Социальные функции физической культуры // Физическое воспитание. М.: Высшая школа, 1983. – С. 26-31.
6. Чебурахов В. Патриотизм – это потребность социальная. М., 2005. – № 48. – С. 6.
7. Роднина И.К. Спорт интеграционных достижений // [http://rus.ruvr.ru/radio\\_broadcast/65446337/70304552/](http://rus.ruvr.ru/radio_broadcast/65446337/70304552/)
8. Д.А. Медведев провел заседание президиума Госсовета по спорту // <http://www.rg.ru/2008/10/15/sport.html>
9. В.В. Путин. Встреча по вопросам развития в России системы физического воспитания детей и детско-юношеского спорта // <http://www.kremlin.ru/news/17667>
10. Томас Бах: Мир увидел лицо новой России благодаря Олимпиаде в Сочи // <http://www.sovsport.ru/sochi/texts/text-item/688322>

# ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ СРЕДСТВАМИ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И СПОРТА

*Еремин М.В.*

к.п.н., доцент Российский государственный социальный университет  
им. А.П. Починок

**Аннотация.** *Статья посвящена актуальной проблеме физического воспитания учащихся девиантного поведения средствами физической культуры и спорта. Социальным явлением, характеризующим поведение подростков и молодежи, является формирование их потребностей и жизненных интересов, двигательных предпочтений и личной досуговой деятельности. Таким явлением можно считать освоение ценностей, навыков и знаний, формирование основных мотивов и потребностей в физическом развитии, отражающих в себе здоровый жизненный стиль, сформированный собственной личной заинтересованностью. Социальная деятельность подрастающего поколения через средства физической культуры способна обеспечить их двигательную деятельность.*

**Ключевые слова:** *здоровый образ жизни, здоровьесозидательное поведение, ценностные ориентации, здоровье, физическая культура, спорт, жизнесозидательная деятельность, социализация личности, здравотворчество, двигательная активность, физическая подготовленность, физическое развитие, профилактика, наркомания, вредные привычки.*

## FEATURES OF CORRECTION DEVIATION OF BEHAVIOR OF CHILDREN AND TEENAGERS BY FACILITIES OF PHYSICAL CULTURE AND SPORT

*Eremin M.V. (Moscow)*

**Annotation.** *The article is sanctified to the issue of the day of physical education students девиантного behavior by facilities of physical culture and sport. By the social phenomenon, characterizing behavior of teenagers and young people, there is forming of their necessities and vital interests, motive preferences and personal досуговой activity. It is possible to consider mastering of values, skills and knowledge, forming of basic reasons and requirements in physical development, reflecting in itself the healthy vital style formed by the own personal personal interest, such phenomenon. Social activity of rising generation through facilities of physical culture is able to provide their motive activity.*

**Keywords:** *healthy way of life, здоровьесозидательное behavior, valued orientations, health, physical culture, sport, жизнесозидательная activity, socialization of personality, здравотворчество, motive activity, physical preparedness, physical development, prophylaxis, drug addiction, pernicious habits.*

Введение. Распространяющаяся в молодежной среде мода на наркотики и психотропные вещества, расширяющаяся экспансия в Россию различных видов наркотиков, а также снижение духовности в российской молодежной среде – все это способствует увеличению спроса на наркотические средства и дальнейшей наркотизации российского общества. В связи с этим в наиболее важным направлением деятельности является поиск эффективных технологий профилактики наркомании среди подростков и молодежи, способных сформировать такие поведенческие ситуации, которые бы исключали тягу к наркотикам. Наиболее доступной, эффективной, способной сформировать у молодых людей устойчивые и надежные ценностные позиции является физическая культура и спорт [1, 2].

В связи с этим появляется необходимость создания программы, нацеленной на профилактику возникновения у детей и подростков девиантного поведения, вредных привычек. Специалистами [5] выделяются следующие основные направления деятельности по преодолению и профилактике социально-негативных форм девиантного поведения детей и подростков: Влияние роли семьи в профилактике социально-отклоняющегося поведения у детей и подростков; создание благоприятной обстановки в семье во внутрисемейных взаимоотношениях; предупреждение ошибок в семейном воспитании; формирование у ребенка собственных нравственных ориентиров, нравственной позиции; воспитание с раннего детства чувства собственного достоинства и волевых качеств; недопущение насилия над ребенком, подавляющего волю, либо, наоборот, формирующего культ силы, стимулирующего воспитание агрессивности к немощным, слабым.

Проблемы семьи, вопросы семейного физического воспитания, влияния семьи на развитие личности ребенка становятся все более актуальными. В настоящее время совсем недостаточно исследований о роли семьи в развитии ребенка, его воспитании и социализации, эта проблема мало изучена, потому что не каждая семья готова рассказать, впустить в свой дом социальных работников, хотя этот вопрос актуален и практически значим как в семейной педагогике, так и семейной психологии.

Повышение роли семьи в профилактике социально-отклоняющегося поведения у детей и подростков, это одно из важных направлений. Реализация этого направления требует решения комплекса проблем, как вне семейного, так и внутрисемейного характера.

На экспериментальном уровне [3, 4] установлено, что физическая активность существенно влияет на показатели состояния здоровья человека. Физическая активность в значительной степени определяет культурное развитие личности и её результативность основана на ценностных ориентациях человека, и начало формирования ее происходит в семье. Интерес исследователей [2, 3, 6] направлен на изучение взаимосвязи между показателями, характеризующими физическую активность и проявлением вредных привычек (курения, употребление алкоголя; токсикомании и наркомании).

Наркомания является не только предметом психиатрии, но и определяется с позиции устойчивого массового явления как девиантное поведение. Социологические исследования [7] показали, что наиболее восприимчивым к различным видам отклонений является возраст подростков от 14 лет, когда получили паспорт, но еще не сложилось личностное мировоззрение и подростки в значительной степени подвержены влиянию окружающих сверстников. К сожалению, вредные привычки в подростковой среде рассматриваются как поведенческий

стандарт. Оградить от подобного негативного влияния подростка может взрослый человек со сложившимися морально-нравственными качествами и поведенческим стереотипом.

По данным в России существует сложившаяся тенденция к значительному и постоянно-му росту потребления алкогольных напитков и табакокурению, наркотических и токсических веществ с одновременным снижением возраста приобщения к ним молодежи. В связи с этим среди социально-педагогических факторов, влияющих на формирование личности подростка и особенности его поведения, ведущее место принадлежит семье и неформальным группам сверстников [1, 3, 5].

Особое место в коррекции девиантного поведения подростков и молодежи занимает правильная организация оздоровительной досуговой деятельности. Важнейшим компонентом, влияющим на корректировку девиантного поведения подростков, является активное занятие спортом [4, 5].

Большое значение в педагогической коррекции девиантного поведения средствами физической культуры и спорта имеет личность педагога, тренера. Спортивный педагог становится для подростков образцом, более близким человеком, чем родители особенно из неблагоприятных семей [5, 7, 8].

Таким образом, актуальными направлениями в совершенствовании коррекции девиантного поведения средствами физической культуры можно считать:

- 1) массовое вовлечение детей и подростков в активные занятия физической культурой и спортом;
- 2) создание сети общедоступных молодежных спортивных клубов;
- 3) разработку программ по подготовке педагогического состава, учитывающего особенности подростков с асоциальным поведением;
- 4) повышение значимости физической культуры в системе ценностей подростков и молодежи.

Акцент в организации досуга для подростков, находящихся на игровой стадии своей «наркотической карьеры», необходимо делать не на индивидуальные, а на коллективные формы досуга. Такой коллективной формой досуга должны быть спортивные секции, кружки, туристические подходы. Необходимо всячески поддерживать подростков и юношеские объединения, имеющие позитивную социальную направленность [3, 7]. Программы укрепления здоровья нацелены на развитие здоровой личности, предпочитающей вредным привычкам здоровый жизненный стиль, который влияет не только на собственное благополучие, но и способствует позитивным изменениям среды, социальной и культурной ситуации.

Важнейшей задачей для органов по делам молодежи остается работа с неорганизованной частью молодежи, а также развитие волонтерского движения. Одна из главных альтернатив наркомании – спортивно-оздоровительная деятельность. В процессе занятий спортом укрепляется здоровье, формируются привычки к спортивному образу жизни, образуются коллективы единомышленников, появляются новые жизненные цели и меняются приоритеты [3, 4, 5].

Как показывает практика, молодежь, вовлеченная в спортивно-оздоровительную жизнь, в меньшей степени подвержена воздействию мирового наркобизнеса. Поэтому за последние годы в различных регионах страны активизировалась работа по привлечению детей и подростков к занятиям спортом. В крупных городах создаются физкультурно-спортивные подростковые центры по месту жительства и учебы, в задачу которых входит в первую очередь профилактика наркомании среди подрастающего поколения; в ряде регионов проводятся масштабные спортивно-оздоровительные мероприятия, направленные на борьбу с наркоманией.

Заслуживает внимания опыт организации работы детских оздоровительно-спортивных площадок по месту жительства, спортивных семейных клубов, проведение городских и краевых спартакиад под девизом «Спорт против наркотиков»; молодежных фестивалей и спортивных праздников под девизом «Я выбираю жизнь без наркотиков»; туристических походов и слетов, которые проводят преподаватели и студенты факультета физической культуры [7].

Заключение. Разрешение этой проблемы позволяет разработать новые актуальные формы организации физкультурно-спортивной деятельности, осуществить взаимодействие с организациями, занимающихся детского и подросткового досуга.

По нашему мнению, в антинаркотической работе на всех её этапах следует основное внимание сосредоточить не на оповещении и информировании (нет наркотикам, наркомании, нет места в обществе), как это в основном проявляется в научной и практической деятельности, а на поиске необходимых и понятных подросткам видов двигательной активности, с учетом их интересов и потребностей [2].

#### Литература:

1. Алифиров, А.И. Формирование здорового образа жизни кадетов традиционными средствами физического воспитания казаков (на примере БККК им. М.И. Платова) // Человеческий капитал. – № 5 (41). – 2012. – С. 13-19.
2. Еремин, М.В. Профилактика наркомании средствами физической культуры и спорта детей и подростков: дис. ... канд. пед. наук / М.В. Еремин. – СПб, 2003. – 25 с.
3. Еремин, М.В. Роль отцовства в коррекции девиантного поведения детей и подростков средствами физической культуры / М.В. Еремин, В.Ю. Карпов, А.С. Махов // Ответственное отцовство: актуальные проблемы и пути их решения. Сборник научных статей. М.: Издательство Академии имиджелогии, 2015. – С.90 – 96.
4. Карпов, В.Ю. Современные виды двигательной активности в имиджелогии и формирование здорового образа жизни женщины/В.Ю. Карпов, М.В. Еремин, М.С. Антонова // Имидж женщины XXI века: здоровье, образование, успех – сб. науч. тр. М.: Академия имиджелогии, 2015. – С.51 – 57.
5. Карпов, В.Ю. Физическая культура, спорт и туризм в системе профилактики девиантного поведения детей и подростков /В.Ю. Карпов, М.В. Еремин, А.В. Добежин и др.//М,- 2009. – С. 90–97.



6. Карпов, В.Ю. Характеристика асоциального поведения детей, подростков и молодежи / В.Ю. Карпов, М.В. Еремин, С.В. Белобрыкина и др. // Современное образование, физическая культура, спорт и туризм: Материалы региональной межвузовской научно-практической конференции, г. Сочи: РИО СГУТиКД, 2010 – С.61– 66.
7. Карпов, В.Ю. Средства физической культуры и спорта как основа профилактики наркомании и вредных привычек в подростковой среде / В.Ю. Карпов., М.В., Еремин, Г.А. Абрамишвили и др.// Известия сочинского государственного университета. – 2013.- №1-1 (23). – С: 271-274.
8. Махов, А.С. Проблемы подготовки специалистов и бакалавров по адаптивной физической культуре в современных условиях / А. С. Махов, И. В. Тимофеева // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. – 2011. – № 1. – С. 29–31.

## **ИСТОРИЧЕСКИЙ ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ МЕХАНИЗМОВ ГОСУДАРСТВЕННОГО УПРАВЛЕНИЯ В СФЕРЕ РАЗВИТИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И МАССОВОГО СПОРТА**

*Лукичев К.Е.*

Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации. г. Москва

В целях дальнейшего совершенствования государственной политики в области физической культуры и спорта, создания эффективной системы физического воспитания, направленной на развитие человеческого потенциала и укрепления здоровья населения издан Указ Президента Российской Федерации от 24 марта 2014г. № 172 «О Всероссийском физкультурно-спортивном комплексе «Готов к труду и обороне» (ГТО)». С 1 сентября 2014г. введена программная и нормативная основа вышеуказанного направления.

Воспитание здорового, всесторонне развитого и физически совершенного человека является задачей государственной важности. В наше время с развитием науки, тотальной автоматизацией и информатизацией практически всех процессов, человеческая мысль несет все большую и большую нагрузку, а сам организм все больше и больше теряет свой тонус.

Возрождение советской системы ГТО на современном этапе во Всероссийском физкультурно-спортивном комплексе «Готов к труду и обороне» обусловлено временем. Появившись в первой половине XX века, и просуществовав практически 80 лет, комплекс ГТО был незаслуженно забыт. Поднимая в памяти этапы развития комплекса ГТО, обязательно надо вспомнить братьев Знаменских: самые первые шаги по беговой дорожке у них совпали со сдачей норм комплекса ГТО, когда в июне 1931 года Георгий и Серафим впервые попали на стадион. С этого момента начались их удивительные победы над опытными, признанными бегунами с мировым именем. Благодаря комплексу ГТО в спорт смогли прийти талантливые самородки, и это было главной особенностью того времени. Всенародный, массовый размах физкультурного движения позволил проявиться тысячам талантов и начинал приносить плоды рекордами, громкими победами, прославившими на весь мир имена многих наших спортсменов.

Тот огромный исторический опыт, накопленный Россией в становлении физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне», еще не утрачен, и этот огромный потенциал будет реализован в первую очередь в улучшении и сохранении здоровья наших сограждан.

Историю становления и развития системы ГТО, на наш взгляд, представляется целесообразным вести с Декрета о всеобщем военном обучении, который был принят ВЦИКом 22 апреля 1918 г. по докладу Л.Д. Троцкого. Созданные в реализацию этого акта организации Всеобуча явились прародителем спортивных школ и основой для подготовки спортивных кадров.

Руководителем Всеобуча был назначен Николай Ильич Подвойский, который определил перед своими работниками, в том числе, следующие задачи по допризывной подготовке населения:

- очистить ряды всеобщников-физкультурников от враждебных чуждых элементов;
- всерьез осуществить обязательность, всеобщность физического воспитания и военной подготовки, для чего охватить возможно более широкие массы рабочей и крестьянской молодежи физическим воспитанием и стрелковыми занятиями;
- объединить работы по физическому воспитанию и по военному обучению всеобщников с их политическим воспитанием;
- привлекать местные советы, комсомол и профсоюзы для непосредственного участия в деле военной подготовки трудящихся.

В первые годы советской власти начала решаться проблема подготовки научно-педагогических кадров, от которых во многом зависело создание научно-методических основ физического воспитания. В 1919 – 1920 гг. приступают к работе два высших учебных заведения – Институт физического образования им. П.Ф. Лесгафта в Петрограде и Центральный институт физической культуры в Москве. В этих вузах в начале 20-х гг. ведутся научные исследования в области физического воспитания и спорта. Заслуга в разработке медико-биологических, психологических и педагогических проблем физической культуры и спорта принадлежит ученику и последователю П.Ф. Лесгафта В.В. Гориневскому, а также Л.А. Орбели, А.Н. Крестовникову, П.А. Рудику, Н.А. Бернштейну, М.Ф. Иваницкому и др. Однако следует сказать, что специалисты с высшим физкультурным образованием для общеобразовательных школ, т.е. учителя физической культуры, вплоть до 1946 г. в СССР не готовились, а институтов физической культуры до Великой Отечественной войны было лишь шесть.

В плане развития научно-методических основ советской системы физического воспитания нельзя не сказать, что в 1923 г. было создано издательство «Физкультура и спорт». В этом же году им был выпущен первый сборник научных статей по физической культуре. Со страниц книги звучал голос первого председателя ВСФК Н.А. Семашко: «Этот первый сборник научных статей по физкультуре знаменует собою начало планомерного, систематического подведения научной базы под физическую культуру». С 1925 г. начинает выпускаться ежемесячный научно-теоретический журнал «Теория и практика физической культуры», вначале издаваемый Наркомздравом по согласованию с ВСФК, а затем ставший органом Комитета по физической культуре и спорту.

Таким образом, был основан центральный орган печати, который до сего времени публикует новейшие экспериментальные исследования ведущих отечественных и зарубежных ученых и практиков физической культуры и спорта.

Достаточно активным проводником идей по оздоровлению, физическому развитию, военной закалке и учебе молодежи выступил комсомол. На III съезде комсомола, прошедшем в 1920 году, были сформулированы основные принципы и пути дальнейшего развития физического воспитания и совершенствования физической культуры и спорта в нашей стране. В решениях съезда, в частности, говорилось: «Физическое воспитание подрастающего поколения является одним из необходимых элементов общей системы коммунистического воспитания молодежи, направленной на создание гармонично развитого человека, творца-гражданина общества. В настоящий момент физическое воспитание преследует непосредственно практические цели:

- подготовку молодежи к трудовой (производственной) деятельности,
- к вооруженной защите социалистического общества».

В стране началось строительство спортивных сооружений, была развернута большая пропагандистская работа, возникали первые кружки физкультуры на заводах и фабриках, организовывались соревнования.

Поступательные шаги в разворачивании физкультурного движения и росте спортивного мастерства отражены в ряде постановлений Центрального Комитета ВКП(б) того времени. В этих постановлениях закреплялись задачи физкультурного движения, идейное содержание советской системы физического воспитания, подчеркивалось значение физкультуры и спорта в подготовке граждан СССР к обороне молодого советского государства.

Во время гражданской войны в рамках общеобязательного военного обучения (упоминавшийся выше всеобуч) в программу военной подготовки были включены гимнастика, легкая атлетика, спортивные игры, плавание, стрельба, лыжный и конькобежный спорт.

18 апреля 1923 года создается Московское пролетарское спортивное общество «Динамо». Общество было учреждено по инициативе группы сотрудников и военнослужащих ОГПУ и создавалось как организация, предоставляющая возможность занятия спортом сотрудникам органов безопасности и правопорядка.

В отчетном докладе Центрального комитета XIII съезда партии в мае 1924 года говорилось: «Обращает на себя внимание тот факт, что за прошедший год народился новый тип организации – добровольные организации общественной инициативы – спортивные кружки и общества... Если взять организацию физкультуры по РСФСР, то число членов этой организации составляло в прошлом году 126 тысяч, в этом же году – 375 тысяч».

Как показывают статистические данные, физкультура и спорт в этот период развивались стремительными темпами. Физическое воспитание стало обязательной составной частью учебного процесса школ, техникумов, вузов, получило широкое развитие в самостоятельных физкультурных организациях, Советской Армии и Военно-Морском флоте.

Новой вехой в истории развития физкультурного движения в стране следует признать издание 13 июля 1925 года постановления Центрального Комитета ВКП(б) «О задачах партии в области физической культуры».

В постановлении была дана широкая программа дальнейшего развития советского физкультурного движения. В частности, там говорилось: «физическую культуру необходимо рассматривать не только с точки зрения физического воспитания и оздоровления и как одну из сторон культурно-хозяйственной и военной подготовки молодежи (стрелковый спорт и пр.), но и как один из методов воспитания масс (поскольку физическая культура развивает волю, вырабатывает коллективные навыки, настойчивость, хладнокровие и другие ценные качества) и, вместе с тем, как средство сплочения широких рабочих и крестьянских масс вокруг тех или иных партийных, советских и профессиональных организаций, через которые рабочее-крестьянские массы вовлекаются в общественно-политическую жизнь».

Далее в постановлении указывалось:

«Физическая культура должна составлять неотъемлемую часть общеполитического культурного воспитания и образования, оздоровления масс и должна быть включена в общий план деятельности соответствующих общественных и государственных организаций и учреждений...».

Особое внимание, – говорилось далее в Постановлении, – надлежит обратить на постановку физической культуры среди пионеров и коренного населения национальных республик.

Оргбюро ЦК РКП(б) обратило также внимание на необходимость расширения международных спортивных связей с зарубежными рабочими спортивными организациями. Связи должны были укрепить международный рабочий фронт. Постановление явилось ценным теоретическим документом, развёрнутой программой деятельности, цель которой – придать советскому физкультурному движению массовый характер. Выполнению решений партии была посвящена, в том числе, и 1 Всесоюзная научно-методическая конференция по физической культуре, которая прошла в Москве в ноябре 1925 года.

В целом, Центральный комитет поставил перед партийными организациями две основные задачи: обеспечить политическое руководство физкультурным движением, не допуская его отрыва от массовых, профессиональных и политических организаций; придать этому движению массовый характер с вовлечением в него не только рабочих, но и крестьян, и не только молодежи, но и взрослых рабочих и работниц.

В 1920 году, еще во время Гражданской войны в РСФСР была создана оборонная организация – Военно-научное общество. В 1926 году эта организация переименовывается в Общество содействия обороне СССР.

23 января 1927 г. - официальная дата создания ОСОАВИАХИМа – общества содействия обороне, авиационному и химическому строительству. Данная организация образована путём слияния обществ Авиахим и Общества содействия обороне СССР.

Новая организация получила наименование Авиахим-ОСО. Общество содействия обороне, авиационному и химическому строительству уже к началу 1928 года насчитывало более миллиона членов. Это была очень мощная и массовая структура. По всей стране под эгидой ОСОАВИАХИМа строились тиры, стрельбища, создавались азороклубы и военно-спортивные кружки, где проходила подготовка по таким специальностям как радист, телеграфист, парашютист, моторист, санитар, медсестра, пилот и другие.

В период с 12 по 24 августа 1928 года в Москве проходит Всесоюзная Спартакиада. Она явилась крупнейшим событием в истории советского и международного спортивного движения того времени. Будучи посвященной первому 5-летнему плану развития народного хозяйства СССР она стала своеобразным отчётом первых физкультурных организаций перед партией и народом о проделанной работе. В Спартакиаде приняло участие 7225 человек, в числе которых 612 зарубежных гостей из 14 стран. Торжественное открытие состоялось 12 августа на Красной площади. Некоторые соревнования проходили в более ранние или более поздние сроки. Соревнования по парусному спорту и гребле прошли в Ленинграде. В целом, участники пробовали свои силы в 21 виде спорта.

В дни Спартакиады вступили в строй стадион «Динамо» и дворец спорта «Крылья Советов». Программа включала в себя – легкую атлетику, гимнастику, плавание, прыжки в воду, борьбу, бокс, фехтование, футбол, баскетбол, стрельбу. По легкой атлетике было установлено около 30 всесоюзных рекордов. 100м. – Т Корниенко – 10,8. А. Решетников – копье – 61м. М. Шаманова – 12,6 сек. – 100 и на длине 5,51. Борьба привлекала 250 участников. Здесь были представители Германии, Австрии, Финляндии, Швейцарии. 1 место в комплексном зачёте заняла РСФСР, далее Украина и Белоруссия.

Союзные республики выступали отдельными командами, за исключением РСФСР, которая была представлена 12 командами:

Москва; Ленинград; автономные республики и области; Волжский район (в том числе Астрахань, Волгоград, Самара, Ульяновск); Дальневосточный край; Крым; Северный Кавказ (в том числе Краснодар, Ростов-на-Дону); Северный район (в том числе Архангельск, Вологда); район Сибири (в том числе Иркутск, Красноярск, Новосибирск, Чита); район Урала (в том числе Пермь, Свердловск, Челябинск); Центрально-земледельческий район (в том числе Воронеж, Орёл, Рязань, Тамбов); Центрально-промышленный район (в том числе Владимир, Иваново, Кострома, Нижний Новгород, Тула, Ярославль).

Следует сказать, что физкультура и спорт всё более сливались в единое массовое советское физкультурное движение. Спартакиада подвела первые итоги развития массового физкультурного движения за 10 лет Советской власти. Однако и вскрыла ряд недостатков – отставание в подготовке кадров, инструкторов, преподавателей и тренеров, слабое развитие материальной базы физкультурного движения.

В этой связи, Центральный комитет ВКП(б) 23 сентября 1929 года принимает постановление о «Физкультурном движении», в котором говорилось о неудовлетворительном состоянии физической работы, слабом охвате физической культурой широких масс рабочего класса. ЦК партии предложил усилить государственное централизованное руководство и контроль в области физкультуры и спорта за счёт улучшения организационной структуры советов физической культуры. Партия обязала все профсоюзные и комсомольские организации улучшить работу по физической культуре и спорту: «Считая состояние физкультурной работы неудовлетворительным (слабый охват широких масс рабочего класса, рекордсменский уклон, ведомственный разноряд, параллелизм и пр.), ЦК ВКП(б) признает необходимым устранить разноряд в физкультурной работе, внести в нее больше организованности и плановости, максимально расширить общий масштаб физкультурной работы, обеспечив вовлечение в физкультурное движение рабочих масс, усилить физкультурную работу в деревне»<sup>2</sup>.

Обращает на себя внимание, что в данном постановлении Центральный комитет прямо указывал на необходимость усиления государственного руководства физической культурой и спортом в стране, подчеркивая тем самым государственное значение, которое придается массовому развитию физической культуры и спорта в стране.

Принятое после этого постановление Президиума ЦИК СССР ярко характеризует отношение государства к делу массового развития физкультуры и спорта. В этом постановлении указывалось: «Среди мероприятий советской власти по воспитанию нового человека – актив-

---

2 «Физкультура», № 23-24, декабрь 1930, стр. 25-27

ного строителя и борца за социализм – важное значение приобретает работа в области физической культуры трудящихся, поставленной в Союзе ССР целиком и полностью на службу классовым интересам трудящихся масс...».

В 1930 году при ЦИК СССР создается Всесоюзный совет физической культуры – главный орган по осуществлению руководства и контроля над всей работой в области физической культуры. В 1936 году он был преобразован во Всесоюзный комитет по делам физической культуры и спорта при Совете Народных Комиссаров Союза ССР.

Развитие науки о физическом воспитании и накопленный опыт позволили приступить к созданию и внедрению в жизнь научно разработанной системы физического воспитания.

Первый этап – до 1930 года – период поисков, закладки основ для создания системы физического воспитания.

Второй этап – 1930-1939 годы – работа по перестройке учебной, методической и тренировочной работы во всех звеньях советской системы физического воспитания. Организованность и усиление планового начала в физкультурном движении способствовало дальнейшему развитию физического воспитания, особенно в союзных республиках. Возникший в 30-е годы лозунг «Каждый физкультурник – ударник, и каждый ударник – физкультурник!» только подчеркнул связь физкультурного движения с государственной политикой в области физкультуры и спорта. К этому же времени относится и учреждение званий: «Заслуженный мастер спорта СССР» (1934г.) и «Мастер спорта СССР» (1935г.)<sup>3</sup>.

Глобальной вехой в реализации задач по увеличению массовости и повышению качества физического воспитания населения Советского Союза явилось введение в 1931 году по инициативе комсомола Всесоюзного физкультурного комплекса «Готов к труду и обороне СССР».

В день своего пятилетнего юбилея – 24 мая 1930 года – молодежная газета «Комсомольская правда» опубликовала подборку материалов, объединенных общим заголовком «Крепкие мышцы, зоркий глаз нужны каждому трудящемуся!». Газета справедливо отмечала, что, к сожалению, «занятия физическими упражнениями в наших кружках, на площадках и стадионах до сих пор еще мало приспособлены к требованиям производства, к требованиям обороны», и, выражая мнение Центрального Комитета ВЛКСМ, предложила ввести нормативы, которые смогли бы проверить готовность трудящихся Страны Советов к труду и обороне. Каждый, кто сдаст эти нормативы, получал право носить почетную награду – значок с надписью «Готов к труду и обороне».

Призыв газеты и комсомола получил широкий отклик у граждан СССР. Писатель Максим Горький и ученый И.П. Павлов, многие другие известные всему миру и стране люди одобрили идею ГТО. Всесоюзный Центральный Совет Профессиональных Союзов принял специальное постановление, в котором отметил, что введение нормативов ГТО улучшит работу по военизации физической культуры, повысит внимание нашей общественности к всестороннему физическому воспитанию людей.

---

3 Ивонин В.А., «ГТО на марше», Сборник. М., «Физкультура и спорт», 1975, стр.5

В ноябре 1930 – президиум ВСФК СССР рассмотрел проект «Положения о комплексе ГТО», а в марте 1931 прошло утверждение комплекса «Готов к труду и обороне СССР» 1 степени.

Этот комплекс учитывал возраст и пол занимающихся. Нормативные показатели были составлены для трех возрастных групп:

А) для мужчин 18-25, 30-40 и старше 40 лет;

Б) для женщин: 17-25, 25-35 и старше 35 лет.

Комплекс включал в себя 19 нормативных показателей, в том числе три теоретические нормы, а также ударничество на производстве, предприятии, в учреждении или на общественной работе.

Практические нормативные показатели требовали выполнения нормативов по бегу на 100 и 1000 метров для мужчин и 100 и 500 метров у женщин; по прыжкам в длину и в высоту с разбега для мужчин, а для женщин по прыжкам с места и в высоту с разбега. Обязательны для сдачи были нормы по плаванию, лыжной подготовке, велосипедному спорту, гребле, и другие.

С учетом пристального внимания к вопросам развития физкультуры и спорта в стране ЦК ВЛКСМ 10 сентября 1931 года выносит постановление о значке «Готов к труду и обороне», в котором говорилось следующее: «Расценивая введение в практику физкультурной работы комплекса «Готов к труду и обороне» как важнейшее мероприятие, вовлекающее физкультурное движение в конкретную и понятную каждому трудящемуся задачу подготовки к труду и обороне, усиливающую роль физкультуры в соцстроительстве и обороне страны, ЦК считает, что основной формой работы комсомола в области развития физкультурного строительства должна стать подготовка к испытаниям на значок «Готов к труду и обороне» всех комсомольцев и рабочей молодежи»<sup>4</sup>.

Все сдавшие нормативы получали значок «Готов к труду и обороне» и грамоту ВСФК СССР.

В январе 1933 вводится 2 степень ГТО. Она включала нормативы по 22 прикладным видам и сдачу зачета по трем теоретическим требованиям. В мае 1934 года газета «Красный спорт» сообщила, что значки ГТО II ступени под номерами 1 – 10 вручены десяти командирам Рабоче-крестьянской Красной Армии слушателям Военной академии имени М.В. Фрунзе: В.Н. Савину, А.Г. Поручаеву, Т.В. Томмола, С. Е. Рождественскому, С. И. Егорову и другим. Каждый из них получил от наркома обороны именные золотые часы с надписью «Лучшему физкультурнику Советского Союза от Ворошилова К.Е.».

В 1933 г. открывается Центральный научно-исследовательский институт физической культуры (ЦНИИФК) – головное научное учреждение по разработке проблем физической культуры и спорта в нашей стране.

В 1934 году в комплексе ГТО появилась ступень для детей «Будь готов к труду и обороне СССР» (БГТО) с двумя возрастными группами: 13–14 и 15–16 лет. Комплекс состоял

---

4 Сборник постановлений о физкультуре. Сост. Знаменский, Ф и Т, 1933, стр. 39.



из 16 спортивных испытаний. Также, обладатель значка БГТО должен был уметь провести занятия по одному из видов спорта, знать правила и уметь судить спортивные игры.

Да, молодой республике нужны были здоровые люди, Красной Армии требовались сильные, выносливые и умелые бойцы, физическая культура и спорт должны были стать мощным средством нравственного воспитания молодежи.

С 1931 года по всей стране началась борьба за ГТО, авангарде которой стали ленинградцы, в первую очередь – студенты старейшего в мире физкультурного вуза. «Сдача норм на значок ГТО становится делом чести каждого трудящегося»,— писали газеты. В первом всесоюзном смотре-конкурсе, состоявшемся вскоре после введения комплекса ГТО, ленинградцы были «в числе немногих организаций, проводших первый смотр-конкурс по-боевому». К четырнадцатой годовщине Октября в Ленинграде было 7 тысяч человек, сдавших полностью нормативы комплекса ГТО (Всесоюзный совет по физкультурному комплексу ГТО – ВСФК планировал для этого города всего лишь 3 тысячи значкистов). Зима 1931/32 года стала суровой проверкой для ленинградцев, ведущих «бой за ГТО».

В эту зиму, с установлением постоянного снежного покрова началось беспрецедентное в истории отечественной физической культуры и спорта массовое мероприятие: 140 тысяч человек стали на лыжи и сдали нормативы ГТО! «Ленинград ошетинился лыжами. Ленинград теперь не только водный город, но и город лыж, – констатировала пресса. – Едва ли теперь в Ленинграде найдешь человека, который не знал бы трех букв – ГТО».

Свыше 50 руководящих работников и 350 студентов Института физкультуры имени П.Ф. Лесгафта и техникума физкультуры отправились на предприятия, чтобы организовать сдачу нормативов.

Заводоуправления во главе с директорами первыми сдали лыжные нормы, показывая пример своим подчиненным.

Ответственные работники партийных и комсомольских организаций, председатели и члены президиумов райисполкомов, передовики труда были во главе сдающих нормативы ГТО. «Учитывая важность сдачи норм ГТО, обязуюсь к 1 Мая сдать все нормы, начиная сдавать нормы с 21 февраля (с лыж), вызываю последовать моему примеру всех отсеков (ответственных секретарей) партячеек завода и треугольников в цехах», – можно было прочесть «вызов», сделанный ответственным секретарем цеховой партийной ячейки завода «Красная заря», опубликованный в № 2 специального бюллетеня журнала «Спартак».

Беседы и лекции, листовки и плакаты, стихотворные лозунги и радиопередачи, сводки и бюллетени, радиопереклички цехов, посвященные ГТО, трамваи, разукрашенные призывами к сдаче нормативов, наполнили всю страну. Организациям, успешно наладившим сдачу нормативов ГТО, вручались красные знамена, отстающие получали переходящий «орден черепахи». Фотографии сдавших нормативы ГТО вывешивались на доске Почета вместе с фотографиями передовиков производства. Сдаче норм большое внимание уделяли газеты, журналы, радиовещание городов. «Борьба за ГТО» стала борьбой за популяризацию идей советской физической культуры, нашедших свое полное оформление и завершение в комплексе.

«Сдача норм становится делом не только физкультурников: массовая учеба, подготовка к сдаче норм становится делом всех трудящихся. Отличие минувшей зимы от прошлых в том, что сдавать нормы вместе с физкультурниками пошли массы рабочих-нефизкультурников.

Обычным явлением стали сдачи норм пожилыми, 50—70 лет,— констатирует брошюра «Ленинград в боях за ГТО», вышедшая в 1934 году. – Вылазки учебные, вылазки на сдачу, тысячи людей на Неве, стадионах, заводских пунктах и базах, тысячи никогда не встававших на лыжи встали и пошли!».

«Физкультурным орденом» назвал значок ГТО маршал К.Е. Ворошилов. Значок этот был изготовлен в 1931 году, после того как журнал «Физкультура и спорт» объявил конкурс, победителем которого вышел пятнадцатилетний школьник Г. Тактаров. В окончательной доработке эскиза школьнику помог известный художник М. Ягужинский, и значок – серебряный кружок на маленькой цепочке с цифрой I – получил полное одобрение.

Борьба за «физкультурный орден» вывела в большой спорт таких прославленных спортсменов, как братья Знаменские, Мария Шаманова и многие другие. Нормативы ГТО одними из первых сдали известнейшие люди страны: шахтер Алексей Стаханов, балерина Галина Уланова, один из крупнейших математиков мира академик Андрей Николаевич Колмогоров, Герой Социалистического Труда Георгий Сперанский, Герой Советского Союза Марина Чечнева, трактористка Паша Ангелина.

В целях дальнейшего совершенствования системы физического воспитания путем сближения общей физической подготовки со спортом и повышения спортивного мастерства населения в 1935 году вводится Единая Всесоюзная спортивная классификация, объединившая основные виды спорта, гимнастики и спортивных игр с едиными нормативными показателями от юношеских разрядов до норм мастера спорта. В этом же году проводится и Всесоюзная Спартакиада студенчества.

Несомненный интерес вызывает порядок работы по комплексу БГТО и ГТО того времени, который в обязательном порядке разрабатывался и утверждался комитетами по делам физкультуры и спорта всех республик, краев и областей в соответствии с постановлением Всесоюзного комитета по делам физкультуры и спорта от 31 декабря 1937 года.

Так, для проведения испытаний по комплексу ГТО в физкультурных коллективах создавались постоянные приемочные комиссии БГТО-ГТО в составе председателя и не менее 2-х членов из числа физкультурников-активистов, значкистов ГТО, инструкторов физкультурного коллектива, врачей. Один из членов комиссии назначался ответственным за учет и отчетность по ГТО в данном ФК. В крупных коллективах с разрешения местного комитета по делам физической культуры разрешалось создание самостоятельных приемных комиссий по цехам.

Приемочные комиссии по БГТО и ГТО утверждались местными комитетами по делам физической культуры и спорта с информированием вышестоящего добровольного спортивного общества. В школах, вузах, техникумах, рабфаках комиссии возглавляли старшие преподаватели и инструктора физической культуры. При отсутствии инструкторов в учебных заведениях прием норм осуществлялся комиссией того же физкультурколлектива, к которому прикреплялось учебное заведение.

В парках культуры и отдыха, учебных пунктах ОСОАВИАХИМа, домах отдыха, санаториях комиссии создавались из инструкторов физической культуры с привлечением общественного актива. Все приемочные комиссии подчинялись совету физической культуры коллектива и работали по утвержденному им календарному плану.

Но реальное состояние дел по внедрению комплекса ГТО было далеко от совершенства.

23 апреля 1938 года Всесоюзный комитет по делам физкультуры и спорта при СНК СССР выпускает постановление «О контрольных цифрах и мероприятиях по улучшению качества учебной работы и сдачи норм по комплексу ГТО».

В постановлении утверждались контрольные цифры по подготовке значкистов: ГТО 1 степени – 1.115.000 человек, 2 степени – 55.500 человек и БГТО – 600.000. Группе учета и статистики Всесоюзного комитета по физкультуре и спорту предписывалось установить контрольные цифры в республиканском, краевом и областном разрезе. Вопрос же о контрольных цифрах по добровольному спортивному обществу «Спартак» решался особо.

В постановлении отмечалось, что проверка работы по комплексу ГТО в физкультурных организациях ряда областей выявила значительные недочеты в массовой учебной работе и сдаче норм ГТО. Так, за 1937 год по Куйбышевской области самообязательства по ГТО 1 степени было выполнено всего на 17,3% и по БГТО на 19,1%, по Новосибирской области соответственно – на 33,9% и 27,4%, по Курской области – на 37,99% и 43,79 % и т.д.

По комплексу ГТО 2 степени работа почти не организована, исключая РККА, Военно-морской флот и общество «Динамо», а также отдельные вузы. На значок ГТО 2, как правило, сдают нормы лишь отдельные физкультурники.

Председатели комитетов по делам физкультуры и спорта нередко не знают о ходе выполнения контрольных цифр и самообязательств на территории их области, города, района. Ответственная работа по утверждению и награждению сдавших нормы на значки БГТО и ГТО передоверяется техническим работникам вопреки прямым указаниям Всесоюзного комитета.

Также отмечалось, что особенно неблагоприятным участком является работа по школьному значку БГТО, которой фактически не руководят ни комитеты по делам физкультуры и спорта, ни отделы народного образования.

Совещания и семинары по вопросам ГТО проводятся редко и нерегулярно. Планирование работы по БГТО-ГТО обычно ограничивается проработкой контрольных цифр, причем эта проработка часто проходит формально, без участия физкультурного актива. Отсутствует календарное планирование подготовки и сдачи норм ГТО по сезонам, также отсутствует планирование финансовых затрат на подготовку значкистов ГТО.

Недостаточное внимание уделяется вопросам пропаганды комплекса (устная, печатная, по радио, плакаты, таблицы, выставки и т.п.).

Особо указывалось на то, что нередко нарушается одно из основных требований работы по ГТО – предварительный пропуск сдающих нормы через врачебный контроль. Комитеты по делам физкультуры и спорта и советы добровольных спортивных обществ не ведут борьбу с

такими явлениями, когда врач заверяет учетную карточку (книжку) значкиста уже после сдачи им всех испытаний.

Массовые спортивные соревнования не используются достаточно широко для сдачи соответствующих норм БГТО и ГТО. В планах деятельности гимнастических и спортивных секций комитетов по делам физкультуры и спорта за редким исключением отсутствуют методико-технические вопросы, связанные с подготовкой значкистов ГТО. Секции коллективов не проводят обучения и тренировки будущих значкистов, в связи с чем, почти вся подготовка идет мимо секций.

При утверждении учетных карточек и книжек значкистов комитеты по делам физкультуры и спорта не проявляют достаточной требовательности к их оформлению. В случаях обнаружения неправильного заполнения карточек, сигнализирующих о неблагополучии в подготовке значкистов, не всегда организуется проверка причин, вызвавших эти нарушения.

Особенно часты всякого рода нарушения и недопустимые упрощения в порядке сдачи норм и оформления значкистов БГТО и ГТО в колхозных коллективах.

Основной причиной снижения качества подготовки значкистов постановлением определялось недостаточное внедрение метода соцсоревнования между комитетами по делам физкультуры и спорта, обществами, школами, секциями и командами.

В целях коренного улучшения массовой учебной работы по комплексу БГТО-ГТО Всесоюзный комитет по делам физкультуры и спорта при СНК СССР постановлял:

1. Признать правильный почин физкультурных организаций Сталинского и Запорожского районов Днепропетровской области, взявших на себя конкретные обязательства по подготовке и сдаче норм на значок ГТО допризывной молодежи, идущей в 1937 году в ряды РККА.
2. Установить, что оценка деятельности физкультурных организаций должна производиться прежде всего с учетом качественных и количественных показателей их массовой работы по комплексу БГТО-ГТО.
3. Широко практиковать и поощрять соцобязательства организаций и отдельных работников по физкультуре в деле выполнения и перевыполнения контрольных заданий по ГТО при обязательном условии качественной проверки выполняемых обязательств.
4. Одобрить инициативу ВЦСПС по учреждению переходящих знамен и премий для добровольных спортивных обществ и коллективов, дающих высокие показатели работы по ГТО.
5. Учредить переходящие красные знамена Всесоюзного комитета по делам физкультуры и спорта при СНК СССР и премии за лучшие показатели в массовой работе по комплексам ГТО и БГТО.

Как мы видим, в процессе работы с системой ГТО, введенной в 1931 году, выявлялись некоторые недостатки в содержании и построении комплекса: стандартность и однообразие нормативов (без учета природных особенностей различных частей Советского Союза и спор-

тивной специальности сдающих нормы), слабое отражение в нем военно-прикладных видов и гимнастики, отсутствие элементов, стимулирующих качество проработки и сдачи норм, а также непрерывного физического совершенствования значкиста, отсутствие строгой последовательности и увязки в содержании отдельных ступеней комплекса. Помимо этого, за прошедшие восемь лет, истекших с момента введения первого комплекса, произошли глубокие социально-экономические преобразования в стране. Плюс к этому, внешнеполитическая обстановка с особой остротой поставила задачу широкого осуществления мероприятий по ускорению оборонной работы среди гражданского населения, в особенности молодежи.

Все это в комплексе послужило толчком к полной переработке подхода к системе ГТО и введению в 1939 году качественно нового комплекса.

**ВСЕРОССИЙСКИЙ ФИЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНЫЙ КОМПЛЕКС  
«ГОТОВ К ТРУДУ И ОБОРОНЕ» В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ  
РАЗВИТИЯ МАССОВОГО СПОРТА И ФИЗКУЛЬТУРНОГО ДВИЖЕНИЯ  
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

*Перова Е.И.*

ФГБУ ФНЦ Всероссийский научно-исследовательский институт  
физической культуры и спорта, Москва

Развитие физической культуры и спорта – важнейшая составляющая социальной политики государства, обеспечивающая воплощение в жизнь гуманистических идеалов, ценностей и норм, открывающих широкий простор для выявления способностей людей, удовлетворения их интересов и потребностей, укрепления человеческого потенциала и повышения качества жизни россиян.

Согласно «Стратегии развития физической культуры и спорта в Российской Федерации до 2020 года» и Государственной программой Российской Федерации «Развитие физической культуры и спорта» на период до 2020 года, доля населения, систематически занимающегося физической культурой и спортом, должна достигнуть в 2020 году 40%, а среди обучающихся – 80%. Для решения этой задачи требуется создание современной и эффективной государственной системы физического воспитания населения.

Результаты мониторинга состояния здоровья школьников, проведенного в 2002-2006 г.г., позволяют сделать вывод о том, что 53% обучающихся имеют ослабленное здоровье, две трети детей в возрасте 14 лет имеют хронические заболевания, лишь 10% выпускников общеобразовательных учреждений могут быть отнесены к категории здоровых. До 80% выпускников школ ограничены в выборе профессии по состоянию здоровья, а здоровье и уровень физического развития свыше 40% допризывников не соответствуют требованиям, предъявляемым армейской службой.

Подтверждением снижения уровня физических кондиций и физической деградации подрастающего поколения являются результаты комплексных обследований состояния физической подготовленности детей и учащихся, проведенные в последние годы (2010-2013 г.г.). На слабую физическую подготовленность современных школьников указывают многие авторы (Ю.П. Пузырь, 2006; В.А. Кабачков, Е.И. Перова, 2012; В.А. Кабачков, В.А. Куренцов, 2012 и др.).

Необходимость создания на общероссийском уровне единой системы наблюдений, контроля за физическим состоянием различных слоев населения, как главных составляющих структуры здоровья и прогнозирования на этой основе положительных и отрицательных тенденций в состоянии здоровья населения, контролирования и корректирования их подтверждает и ряд ведущих специалистов в области массовой физической культуры (В.Н.Тяпин, И.С.Решетников, 2001; В.Г.Никитушкин, П.В.Квашук, В.Г.Бауэр, 2005; В.В. Кабачков, 2012; В.А. Куренцов, 2012 и др.). Для решения этой задачи требуется создание современной и эффективной государственной системы физического воспитания населения.

В соответствии с поручением Президента Российской Федерации от 4 апреля 2013 года Пр-756, п. 1а «Разработать и представить на рассмотрение Совета при Президенте Российской Федерации по развитию физической культуры и спорта Всероссийский физкультурно-спортивный комплекс – программную и нормативную основу физического воспитания граждан, которой предусматриваются требования к их физической подготовленности и соответствующие нормативы с учетом групп здоровья». Комплекс направлен на реализацию государственной политики в области физической культуры и спорта и представляет собой программно-нормативную основу физического воспитания различных групп населения Российской Федерации. Программная основа Комплекса определяет содержание базового физкультурного образования, содержание средств оценки физической подготовленности человека и физического здоровья нации. Нормативная основа Комплекса определяет уровни развития физической подготовленности населения в различных возрастных диапазонах жизни, в период от 6 до 60 лет и старше, соответствующие требованиям государства.

13 марта 2013 г. в рамках, проводимого совещания, посвященному вопросам развития детско-юношеского спорта, глава государства В.В. Путин выступил с предложением, воссоздать на всей территории страны физкультурно-спортивный комплекс: «Думаю, что вполне уместно вспомнить позитивный опыт прошлых лет, когда в нашей стране действовал так называемый комплекс ГТО, его нормативы сдавали люди разных возрастов, это был реально работающий механизм... Эту систему нужно возродить». Кроме того, президент отметил, что ситуация с детским спортом в России пока не улучшилась. «Надо признать, что ситуация с массовым, особенно с детским спортом все еще кардинально не изменилась, в этой сфере мы серьезно отстаем от очень многих других стран, наших соседей», – подчеркнул президент, – «физическая культура по-прежнему остается на обочине образовательного и воспитательного процесса, проигрывает в конкуренции за досуг детей и подростков, уступая место телевизору, компьютеру и так называемому сидячему образу жизни».

Впервые спортивно-технический комплекс «Готов к труду и защите Отечества» введен постановлением Всесоюзного Совета физической культуры при ЦИК СССР 11 марта 1931 года. Первый этап становления ГТО относится к 1931-1934 г.г. За эти годы комплекс изменялся 3 раза. На втором этапе после становления основных структурных элементов комплекса ГТО в последующие годы определялась система контрольных упражнений пригодных для оценки физической подготовленности различных возрастных групп населения; изменился уровень нормативных требований; уточнялись возрастные границы внутри отдельных ступеней и т.д. Видимо, этим и объясняются частичные изменения в видах испытаний комплекса ГТО, их способы выполнения, длина беговых дистанций и т.п. В этот период не всегда осуществляется дифференцированный подход к различным половым группам, сдающим нормы ГТО. Было определено понятие «норма».

Собственно история комплекса ГТО тесно связана с историей ФГБУ ФНЦ ВНИИФК, т.к. остро стояла проблема квалифицированной разработки нормативов и обоснованного научно-методического подхода комплекса.

За время действия комплекса ГТО, применение различных систем программных требований, практики тестирования и действия спортивной классификации сложился определенный комплекс двигательных заданий, который затем подвергался постоянной проверке. Эмпириче-

ский поиск привел к созданию программы испытаний, разносторонне оценивающей не только развитие физических качеств, но и степень овладения трудовыми и военными навыками.

В 1959 году был введен новый комплекс ГТО. Основной причиной, потребовавшей введение нового комплекса в 1959 году, явилось то, что нормы и требования предыдущего комплекса, перестали соответствовать требованиям времени. Результаты научного исследования и практики свидетельствовали о необходимости расширения возрастных границ комплекса ГТО, для того, чтобы обеспечить гармоничное развитие человека.

В период с 1972 по 1984 год продолжается корректировка и восстановление комплекса ГТО. Был уточнен ряд нормативов, введен новый вид испытаний – спортивное ориентирование, но и наиболее значимым изменением следует считать введение ступени комплекса ГТО для школьников 1-2 классов «К стартам готов». Введение этой ступени стало возможным на основании положительного опыта работы по ступени «Смелые и ловкие».

Особенно масштабные и углубленные научные исследования по разработке комплекса были проведены в 70-е и 80-е годы прошлого века во ВНИИФКе и организациях-соисполнителях. При этом научная сторона данной проблемы сводилась к решению двух основных задач:

1. Выявить виды движений (тесты), наилучшим образом характеризующие различные стороны физической подготовленности человека с точки зрения эффективного решения задач системы физического воспитания, имеющих производственное, спортивное и оборонное значение.

2. Определить количественные показатели, пределы которых удовлетворительно характеризуют степень развития физической подготовленности людей разного возраста, в соответствии с общими социальными задачами, которые, естественно, конкретизируются применительно к каждой возрастно-половой группе людей.

Очевидно, что история комплекса ГТО показывает, что процесс физического совершенствования невозможен без постоянного комплекса корректировки системы критериев, позволяющих оценить как качество педагогического процесса, так и степень развития двигательных возможностей человека и его физического состояния в целом на каждом этапе возрастного развития с учетом постоянно изменяющихся требований трудовой и военной деятельности.

С 2008 года Всероссийским НИИ физической культуры и спорта проводятся исследования в различных регионах и были апробированы требования нормативной базы спортивно-техническом комплексе «Готов к труду и защите Отечества». Механизм реализации апробации нормативов комплекса ГТЗО состоял в следующем: в экспериментальных центрах осуществлялось тестирование физической подготовленности учащихся общеобразовательных учреждений в соответствии с требованиями комплекса ГТЗО (для каждой возрастной группы) и методическими указаниями, разработанными институтом. Результаты тестирования заносятся в специальные протоколы в соответствии с разработанными методическими рекомендациями. Оценка физической подготовленности проводилась по результатам выполнения нормативных требований комплекса ГТЗО.

В соответствии с поручением Президента Российской Федерации от 4 апреля 2013 года № Пр-756, специалистами и экспертами Министерства спорта Российской Федерации была



разработана Концепция Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса (ВФСК). Ее проект был рассмотрен 26 июня 2013 г. на совместном заседании «Межведомственной комиссии по развитию физической культуры, массового спорта и традиционных видов физической активности Совета при Президенте Российской Федерации по развитию физической культуры и спорта» и «Коллегии Министерства спорта Российской Федерации». Проект Концепции ВФСК был одобрен с учетом полученных замечаний.

В итоговом варианте Концепции ВФСК определены цели, задачи, принципы, структура, содержание, обеспечение и механизм реализации Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса.

Для достижения поставленных целей и задач, Комплекс имеет следующую структуру:

1. Нормативно-тестирующая часть, устанавливающая нормативы и требования к видам испытаний (тестов), условиям их организации для оценки уровня физической подготовленности населения. Данная часть должна отображать требования государства к состоянию физического здоровья граждан.
2. Спортивная часть, направленная на привлечение различных возрастных групп населения к регулярным занятиям физической культурой, отдельными видами спорта и спортивными дисциплинами.

Основными видами испытаний являются простые для организации и проведения, но показательные, упражнения, акцентирующие внимание на быстроту, силу, выносливость, гибкость и координацию.

Нормативно-тестирующая часть Комплекса предназначена для двух основных возрастных групп и состоит из пяти ступеней для обучающихся и четырех ступеней, которые подразделяются на возрастные группы, – для молодежи и взрослого населения.

Важным моментом является участие школьников по состоянию здоровья к той или иной группе здоровья (медицинской группе). Учащихся школьного возраста делят на три основные медицинские группы (основная, подготовительная, специальная) в зависимости от ряда факторов:

- общее состояние соматического и психического здоровья;
- уровень физического развития;
- уровни общей физической подготовленности и тренированности.

Основная медицинская группа включает в себя лиц без значительных отклонений в состоянии здоровья, с достаточным уровнем физической подготовленности. Для школьников, отнесенных к этой группе, могут применяться в полном объеме виды занятий по учебному плану (по предмету «физическая культура» с последующей сдачей контрольных тестов и переводных нормативов. Для данной группы следует использовать дополнительные виды физической активности в форме внеурочных занятий в секциях по избранному виду спорта.

К подготовительной медицинской группе относятся школьники, имеющие недостаточный уровень физического развития и физической подготовленности, а также незначительные отклонения в состоянии здоровья. Для этой группы следует применять виды обязательных занятий, при условии их поэтапного освоения (с ограничением нагрузок), с учетом повышенных требований к состоянию организма ребенка. Учебные занятия и сдача контрольных нормативов по предмету «физическая культура» проводятся совместно с основной медицинской группой. Для подготовки данной группы рекомендовано использование дополнительных тренировочных занятий в рамках посещения секций общей физической подготовки как в урочное, так и во внеурочное время.

В специальную медицинскую группу входят обучающиеся, имеющие прямые противопоказания к физическим нагрузкам высокой интенсивности. Для занятия в этой группе необходимо разрабатывать специализированные программы в рамках занятий лечебной физической культурой (ЛФК).

К участию в мероприятиях по подготовке и сдаче нормативов ВФСК допускаются школьники различных групп здоровья, не имеющие противопоказаний к систематическим занятиям физической культурой и спортом. Школьники подготовительной и специальной медицинских групп, имеющие ограничения к двигательному режиму, допускаются к подготовке и выполнению отдельных нормативов ВФСК только при условии постоянного медицинского наблюдения по рекомендации врача в зависимости от вида и стадии заболевания.

В связи с внедрением Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса в программу школ, которое было намечено на 2014 год, специалистами ФГБУ ФНЦ ВНИИФК для проведения экспертной оценки проекта ВФСК был проведен анкетный опрос специалистов по физической культуре и спорту – руководителей и специалистов органов регионального управления в области физической культуры и спорта; учителей физической культуры общеобразовательных школ; преподавателей физического воспитания вузов; тренеров спортивных школ. Все респонденты согласны с утверждением, что разработанный проект ВФСК соответствует основным положениям Концепции ВФСК, одобренной на заседании Коллегии Министерства РФ и действующему законодательству Российской Федерации.

Большинство экспертов поддерживают проект ВФСК и более 86% рекомендуют его к утверждению и скорейшему внедрению. В то же время достаточных большое количество экспертов утверждают, что внедрение требует дополнительного материально-технического обеспечения. Организация таких видов испытаний как турпоход, стрельба из пневматической винтовки или электронного оружия, бег на лыжах, рывок гири не обеспечены в должной мере спортивным инвентарем. Проведение испытаний по плаванию и стрельбе затруднено ввиду отсутствия достаточного количества и пропускной способности бассейнов и спортивных тиров соответственно.

При оценке кадрового обеспечения мероприятий ВФСК большинство субъектов РФ испытывает потребности в кадрах для судейского обеспечения видов испытаний, определяющих уровень развития основных физических качеств. Однако, проведение мероприятий по прикладным навыкам затруднено отсутствием необходимого числа квалифицированных по данным видам специалистов.

В ходе исследования нам удалось выявить мнение респондентов о том, какие тесты хотели бы добавить во Всероссийский физкультурно-спортивный комплекс. Чем старше возраст респондентов, тем больше предлагается нововведений в тестовую часть комплекса. При этом респонденты не учитывают возможности материально-технической базы школ, техникумов и ВУЗов.

В связи с введением на территории Российской Федерации нового Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса ГТО определенный интерес представляет изучение физического состояния современной молодежи и их готовность к выполнению предложенных нормативов физической подготовленности.

Исследование проводилось в 2012-2013г.г. на базе высших учебных заведений г. Москвы. В исследовании приняли участие 229 юношей первого, второго и третьего курсов, обучающихся в Московском горном университете, Университете нефти и газа им. Губкина и Государственном университете печати им. Ивана Федорова. Средний возраст испытуемых 18-24 года. В качестве видов испытаний использовались тесты, представленные в комплексе ГТО (принятым в 2013 году) и в программе физического воспитания студентов ВУЗов (бег 100 м., 3000 м., подтягивание на высокой перекладине, прыжок в длину с места). Тестирование испытуемых проводилось в конце первого, второго и третьего курса. Динамика показателей и оценка уровня физической подготовленности представлены в таблице 1, 2.

Таблица 1 – Показателей физической подготовленности студенческой молодежи по результатам выполнения нормативов комплекса ГТО – 2014

Показатели	Результаты тестирования			P
	X ± m			
	Этапы			
	1 курс n=60	2 курс n=60	3 курс n=109	
Бег 100 м., с	14,3±0,20	13,6±0,17	14,6±0,09	P1,2<0,01 P1,3<0,05 P2,3<0,01
Прыжок в длину с места, см	225,5±2,19	231,3±1,70	223,8±1,50	P1,2<0,05 P1,3>0,05 P2,3<0,01
Подтягивание на высокой перекладине, кол-во раз	9,1±0,61	10,8±1,09	8,3±0,37	P1,2>0,05 P1,3<0,01 P2,3<0,01
Бег 3000 м., мин.с	14,17±1,56	13,40±1,23	14,56±3,40	P1,2<0,05 P1,3>0,05 P2,3<0,05

Таблица 2 – Оценка уровня физической подготовленности студенческой молодежи в динамике 1 – 6 семестров

Уровни подготовленности	Этапы					
	1 курс n=60		2 курс n=60		3 курс n=109	
	абс	%	абс	%	абс	%
Высокий	12	20,0	17	28,5	13	11,9
Средний	19	31,7	20	33,3	36	33,0
Низкий	29	48,3	23	38,2	60	55,1

Анализ данных таблиц 1 и 2 позволяет говорить о низком уровне физической подготовленности студенческой молодежи. Результативность выполнения первокурсниками отдельных тестов физической подготовленности в конце первого курса свидетельствует о том, что в среднем 48,3% юношей не в состоянии выполнить зачетные нормативы программы физической культуры для студентов высших учебных заведений. Наиболее трудным видом испытаний является норматив в беге на 3000 м. Данный норматив в состоянии выполнить в среднем 46,8% первокурсников. В целом уровень физической готовности студентов первого курса оценивается как «ниже среднего».

Наиболее существенные положительные изменения в показателях физической подготовленности произошли к завершению второго курса. К окончанию четвертого семестра достоверно улучшились средние результаты в беге на 100 и 3000 м, в прыжках в длину с места с высоким уровнем значимости ( $P > 0.05; 0,01$ ). В видах испытаний, требующих проявления силы и скоростно-силовой подготовленности результаты, показанные молодежью так же улучшились, но незначительно ( $P > 0.05$ ). В целом физическая подготовленность к завершению второго курса оценивается как «средняя».

К окончанию шестого семестра отмечается достоверное ухудшение всех показателей, характеризующих физическое состояние студенческой молодежи. Средние результаты достоверно ухудшились, по сравнению с исходными данными и результатами тестирования, проведенные в конце второго курса (таблица 2). Наиболее существенное ухудшение произошло в показателях, характеризующих скоростно-силовую подготовленность, силовую подготовку и общую выносливость с высоким уровнем значимости ( $P < 0,01$ ). В этих видах испытаний не справляются с зачетными нормативами по физической подготовке соответственно 64,2%, 77% и 53,2% студентов третьего курса.

Определенный интерес представляет сравнительный анализ результатов, показанных участниками исследований, с готовностью молодежи 18-24 лет к выполнению нормативов комплекса ГТО. В таблице 3 представлены виды испытаний и нормы комплекса ГТО, а в таблице 4 результативность выполнения нормативных требований комплекса ГТО на золотой, серебряный и бронзовый значок. Сопоставление результатов тестирования и достигнутого уровня развития двигательных качеств (таблица 1) с данными таблиц 3 и 4 позволили выявить следующее.

Таблица – 3 Виды испытаний и нормы комплекса ГТО VI степени

Виды испытаний	Испытуемые		
	Студенты 1,2 и 3 курса Московских ВУЗов 18-24 лет		
	Золотой	Серебряный	Бронзовый
Бег 100 м., с	13,5	14,8	15,1
Бег 3000 м., мин.с	12,30	13,30	14,00
Прыжок в длину с места, см.	240	230	215
Подтягивание на перекладине, кол- во раз	13	10	9

Таблица 4 – Результаты выполнения нормативов Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса ГТО студенческой молодежью в динамике первого – шестого семестров

Уровень	Этапы	Кол- в о в испыт.	Студенты ВУЗов г. Москвы							
			Кол-во выполнивших нормы ГТО-2014						Кол-во не выполнивших	
			золото		серебро		бронза		абс	%
			абс	%	абс	%	абс	%		
VI ст.	1 к	60	9	15	12	20,0	25	41,7	14	23,4
	2 к	60	15	25,0	22	36,7	18	30,0	5	8,4
	3 к	109	13	12,0	24	22,0	45	41,3	27	24,7
Итого	-	229	37	16,2	58	25,3	88	38,4	46	20,1

Анализируя показатели выполнения нормативных требований комплекса ГТО VI степени студентами Московских ВУЗов (согласно нормативам, представленных в таблице 3) следует отметить положительную динамику выполнения тестовых заданий комплекса, как на золотой, так и серебряный значок. К окончанию второго курса существенно увеличилось количество студентов, выполнивших нормативы на золотой и серебряный значок, соответственно на 10 и 16,7%, с одновременным снижением на 11,7% количества юношей, выполнивших нормы бронзового значка. К окончанию третьего курса несущественно уменьшилось число испытуемых, выполнивших нормы золотого и серебряного, но существенно увеличилось число (до 41,3%) студентов, выполнивших нормы бронзового значка.

В целом из общего числа обследованных (229 юношей, в возрасте 18-24 года) в состоянии выполнить нормативы комплекса ГТО VI степени на золотой и серебряный значок 41,4% молодых людей. С нормативными требованиями бронзового значка справляются 38,4% студентов. По своим физическим данным с требованиями физкультурно-спортивного комплекса практически не справляется 20,1% студентов. В таблице 5 представлена результативность выполнения отдельных нормативов комплекса ГТО в конце третьего курса.

Таблица – 5 Результаты выполнения отдельных нормативов комплекса ГТО – 2014 года на «золотой», «серебряный» и «бронзовый» значки студенческой молодежи в конце шестого семестра

Показатели	Количество испытуемых	Количество студентов, выполнившие отдельные нормативы комплекса ГТО-2014 года							
		золотой		серебряный		бронзовый		не выполнили	
		абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Бег 100 м	Студенты 1,2 и 3 курсов п=220	57	24,9	83	36,2	76	33,2	13	3,5
Прыжки в длину с места		18	7,9	73	31,9	108	47,2	30	13,1
Подтягивание на перекладине		52	22,7	49	21,4	93	40,6	35	15,3
Бег 3000 м		26	11,4	49	21,4	93	40,6	61	26,6

Как видно из данных таблицы 5в целом уровень физической подготовленности студентов 1-3 курсов по результатам выполнения норм комплекса ГТО находится на низком уровне. Наиболее трудными видами испытаний для большинства студентов являются тесты, требующие проявления общей выносливости, силы и скоростно-силовых способностей. С нормативами на золотой и серебряный значок в прыжках в длину с места справляются 7,9 и 31,9% (39,8%) в беге на 3000 метров от 11,4 до 21,4% (32,8%)испытуемых, а в подтягивании на перекладине 22,7% на золотой и 21,4% на серебряный значок (44,1%).

С нормативными требованиями комплекса ГТО в этих же видах испытаний, но на бронзовый значок справляется в среднем 33,2% в беге на 100 метров и от 40,6 до 47,2% в остальных видах испытаний. При этом следует отметить, что уровень физической подготовленности испытуемых находится ниже 50% должного возрастно-полового уровня, а их физическое состояние оценивается как «низкое».

В связи с введением в комплекс ГТО в 2013 году нормативных требований к выполнению бронзового значка, определенный интерес представляет научное обоснование критерия оценки уровня физического состояния молодежи по результатам выполнения нормативов комплекса на «бронзовый» значок. Согласно имеющимся научным данным (Ю.П. Пузырь, В.А. Кабачков, А.Н.Тяпин, 2006; В.А. Кабачков, В.А. Куренцов, Е.И. Перова, 2012,2013), а также требованиям, предъявляемых к выполнению зачетных нормативов студентами ВУЗов, нами выявлено не соответствие между нормативами, представленными в комплексе ГТО и требованиями программы физического воспитания. В оценочных таблицах, разработанных во ВНИИФК (2012), базовый уровень физического состояния молодежи, выполнивших нормы бронзового значка, находятся на уровне ниже 50% должного гигиенического уровня, следовательно, их

физическая подготовленность оценивается как «ниже средней» и низкой»(Ю.П. Пузырь, В.А. Кабачков, А.Н Тяпин, 2006). Количество студентов, согласно результатам проведенных исследований, с оценкой «ниже среднего» составляет 38,4%. К этому еще следует добавить и с «низким» уровнем 20,1% испытуемых, которые по своему физическому развитию не выполнили нормы комплексы ГТО. В целом можно говорить о том, что в настоящее время 58,5% молодых людей, не в состоянии выполнить нормативы комплекса, а их физическое состояние оценивается как «ниже среднего» и «низкое».

Нами предлагается следующая система оценки физического состояния, позволяющая определить уровень физической подготовленности каждого студента, как в качественной оценке, так и в баллах и в процентах от его должного возрастного-полового уровня, принимаемого за 100% (таблица 6).

Таблица 6 – Структура оценочной шкалы

Учебная группа (курс)	Уровень физической подготовленности					Оценка уровня
	Базовый (оптимальный) уровень (тест выполнен)			Дефицит развития качеств (тест не выполнен)		
	Высокий	Выше /ср	Средний	Ниже /ср	Низкий	качественная
	100%	85–99%	70–84%	51–69%	50%	процентная
	5 баллов	4 балла	3 балла	2 балла	1 балл	балльная

Тест считается выполненным при уровне результата от 70% и выше от должного возрастного-полового показателя. Студенты с развитием физических качеств выше 100% рассматриваются как потенциальная группа спортивного отбора. У студентов с уровнем подготовленности ниже 70%-го рубежа выявлены наибольшие трудности в освоении учебного материала, а их физическая подготовка оценивается как «ниже среднего» и «низкая». Оценка уровня физической подготовленности в соответствии нормативными требованиями комплекса ГТО представлена в таблице 7.

Таблица 7 – Таблица оценки уровня физической подготовленности студенческой молодежи 18 -24 лет (разработана сотрудниками ВНИИФК в 2013 году).

Золотой	Серебряный	Бронзовый	Незачет	
Высокий	Выше/ср	Средний	Ниже/ср	Низкий
100%	85-90%	70-84%	51-69%	50% и ниже
5 баллов	4 балла	3 балла	2 балла	1 балл
Бег 100 м.,с				
13,5 и ниже	13,6 – 14,1	14,2 – 14,4	14,5 – 14, 8	14,9 и выше
Бег 3000 м, мин. с				

12,30 и ниже	12,35 – 13,30	13,35 – 14,00	14,05 – 14,40	14,41 и выше
Прыжок в длину с места, см				
231 – 240	214 – 230	210 – 218	209 – 202	201 и ниже
Подтягивание на перекладине, кол-раз				
12 и больше	11 – 10	9	8 – 7	6 и меньше

Представленная таблица оценки физической подготовленности полностью соответствует нормативным требованиям комплекса ГТО и зачетным нормативам программы физической культуры для студентов 1-3 курсов, прошла апробацию в ходе проведенных исследований и показала свою эффективность.

Результаты исследований по изучению физической подготовленности студенческой молодежи Московских ВУЗов и их готовности к выполнению нормативных требований Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса ГТО-2014 года позволяют сделать следующие выводы:

1 Физическая подготовленность студенческой молодежи за последние годы практически не изменилась и характеризуются низкими показателями. Достоверно ( $P < 0,05$ ) улучшается к окончанию второго курса и существенно ухудшается к окончанию третьего. Наиболее трудными видами испытаний являются тесты, характеризующие скоростно-силовую подготовку, общую выносливость и силу. С зачетными требованиями программы физического воспитания в этих видах испытаний не справляются в среднем 64,2, 77 и 52,2% студентов.

2 Оценка физического потенциала молодежи к выполнению нормативов комплекса ГТО, как и в предыдущие годы находится на низком уровне. Высокий уровень подготовленности (золотой значок) зарегистрирован только у 16% студентов, хороший – (серебряный значок) у 25% молодых людей. Физическая готовность 38% испытуемых, выполнивших нормативы на бронзовый значок, находится ниже базового 50% уровня физической подготовленности, что указывает на дефицит в развитии физических качеств у значительной части испытуемых, а их уровень может быть оценен как «ниже среднего». Более 20% студентов вообще не в состоянии выполнить предложенные нормативы, а их физическая готовность оценивается как «низкая». В настоящее время только 41,5% молодых людей в возрасте 18-24 года в состоянии выполнить нормативы Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне».

В течении 2014-2015 г.г. будет проведена предварительная апробация Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» в 16 регионах РФ, после которой будут внесены изменения и поправки в программно-нормативную базу с учетом, проведенной работы и полученных замечаний и рекомендаций от руководителей на местах, отвечающих за апробацию и внедрение Комплекса.

У специалистов в области физической культуры и массового спорта есть надежда, что благодаря внедрению Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» удастся решить поставленные задачи и увеличить число граждан, систематически занимающихся физической культурой и спортом; повысить уровень физической подготовленности граждан; модернизировать систему физического воспитания и развития массового



школьного и студенческого спорта, создать современную материально-техническую базу, увеличить количество объектов спорта.

Комплекс как социально-культурное явление должен стать важнейшей частью физической культуры личности и общества и выступить фактором, объединяющим и стимулирующим интересы всех категорий граждан.

Реализация Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса, а также Государственных программ Российской Федерации развития физической культуры и спорта, образования, здравоохранения, будет способствовать модернизации системы физкультурно-спортивного движения страны, созданию эффективной государственной системы физического воспитания и развития массового спорта. Это позволит существенно повысить возможности использования средств физической культуры и спорта в социально-экономическом развитии страны, активном вовлечении граждан Российской Федерации в систематические занятия физической культурой и спортом.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Стратегия развития физической культуры и спорта в Российской Федерации на период до 2020 года – [Электронный ресурс] – 2009 – ([http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_90500/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_90500/)).
2. Государственная программа Российской Федерации «Развитие физической культуры и спорта», утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 20 марта 2013 г. № 402-р. – [Электронный ресурс] – 2013 – (<http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70240874/>).
3. Уваров, В. А. Организация соревнований по комплексу ГТО в коллективе физкультуры. Методические рекомендации [Текст]: В. А. Уваров. – Спорткомитет СССР Москва, 1982. – 34 с.
4. Бондаревский, Е. Я. Некоторые аспекты научного обоснования комплекса ГТО как нормативной основы системы физического воспитания [Текст]: Е. Я. Бондаревский // Тезисы Всесоюзной научно-практической конференции по Всесоюзному физкультурному комплексу «Готов к труду и обороне СССР». М., 1974.
5. Осипов, И. Т. Комплекс ГТО – программная и нормативная основа советской системы физического воспитания [Текст]: И. Т. Осипов // Тезисы Всесоюзной научно-практической конференции по Всесоюзному физическому комплексу «Готов к труду и обороне СССР». М., 1974. с.9-11.
6. Кабачков В.А., Совершенствование комплекса ГТО в современных условиях учебного процесса в общеобразовательных учреждениях РФ [Текст] / В.А. Кабачков, Е.И. Перова, В.А. Куренцов // – «Физическое воспитание и детско-юношеский спорт». – М. – 2013. -№ 5. – С. 56-65.

7. Приказ Минспорта России от 6 мая 2013 года № 245 «О создании рабочей группы по подготовке Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса». [Электронный ресурс].
8. Приказ Минспорта России от 19 июля 2013 г. № 562 «О создании рабочей группы по подготовке Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса». [Электронный ресурс].
9. Концепция ВФСК [Электронный ресурс]: (<http://www.minsport.gov.ru/sport/physical-culture/fiz-ra-park/4384/>).
10. Сайт министерства спорта РФ <http://www.minsport.gov.ru/ministry/>

# ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СПЕЦИАЛЬНЫХ УПРАЖНЕНИЙ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ГИБКОСТИ У ДЕВОЧЕК В ГРУППАХ НАЧАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ ПО ХУДОЖЕСТВЕННОЙ ГИМНАСТИКЕ

*Тарасова Л.В.*

Канд.пед.наук, доцент, ФГБУ ФНЦ ВНИИФК, Москва

*Куценко Ю.Е.*

Аспирант ФГБУ ФНЦ ВНИИФК, Москва

Аннотация. Был проведен аналитический обзор программы спортивной подготовки по художественной гимнастике в группах начальной подготовки. Представлен обзор специальных упражнений, выполняемых в художественной гимнастике юными спортсменками в группах начальной подготовки. Приведен комплекс обязательных упражнений, рекомендуемый для выполнения юными спортсменками, специализирующимися в художественной гимнастике.

Ключевые слова: художественная гимнастика, группа начальной подготовки, юные спортсменки, тренировочный процесс, специальные упражнения, правила соревнований.

Abstract. An analytical review of the program of sports training in rhythmic gymnastics in the initial training. A review of special exercises that are performed in rhythmic gymnastics Junior athletes in initial training. Given the complex mandatory exercises that are recommended for implementation by the young athletes specializing in artistic gymnastics. Key words: gymnastics, group initial training of young athletes, the training process, special exercises, competition rules.

Key words: gymnastics, group initial training of young athletes, the training process, special exercises, competition rules.

Художественная гимнастика – это сложно-координационный вид спорта. Лучшее время для начала занятий по данному виду спорта в возрасте 5-7 лет, правда иногда родители своих детей приводят раньше в секцию. Официально в специализированные детско-юношеские школы олимпийского резерва детей в группы начальной подготовки принимают только с 6 лет [6]. По мнению И.А. Винер – Усмановой, главного тренера по художественной гимнастике [3], ведущим физическим качеством является гибкость, развитие которой необходимо начинать с самого прихода ребенка в секцию и продолжать на протяжении спортивной карьеры [2].

В художественной гимнастике важную роль играет физический фундамент, который формируется у девочек групп начальной подготовки.

Учитывая, что возраст девочек, которых привели в секцию, находится в диапазоне сенситивного периода физического качества гибкость, то его развитием необходимо начать заниматься непосредственно с первых занятий.

Также стоит отметить, что в данном периоде окостенение у юных гимнасток не произошло до конца и не следует использовать упражнения с дополнительным давлением тренером [4]. Также для лучшего развития следует использовать следующие упражнения:

- «корзиночка»;
- «колечко»;
- «мостик»;
- «мостик» на коленях;
- удержание спины, лежа на животе;
- перекаты на грудь.

«Корзиночка» выполняется лежа груди. Хват руками на голень и вытягивание рук и ног вверх. Ноги желательно не разводить. Возможны покачивания вперед и назад. Выполняется 16-20 раз.

«Колечко» также выполняется лежа на груди. Руки ставятся близко к бедрам и девочка прогибается к согнутым ногам. Необходимо прижать затылок к попе. Также желательно ноги не разводить. Выполняется 6-8 раз по 10 секунд.

«Мостик» и «мостик» на коленях выполняется лежа и стоя соответственно. Здесь необходимо сразу ребенку объяснить технику выполнения данного упражнения. Руки необходимо держать вверх по отношению к телу, не отпускать их раньше времени. Не соблюдение данного правила может привести трудному выполнению в будущем более сложных элементов [5].

Удержание спины, лежа на животе и перекаты на грудь схожи между собой по технике, но при этом имеют различия. Удержание спины следует делать без дополнительных телодвижений. Для усложнения можно добавить хореографические позиции, такие как, 3 [1]. Перекаты же на грудь следует выполнять с максимальной амплитудой, руки держать впереди.

Любое из этих упражнений следует выполнять в основной части урока.

Проведенный педагогический эксперимент показал, что любое из этих упражнений не только развивает гибкость у гимнасток, но и силу мышечного корсета, что позволяет уменьшить риск возникновения сколиоза.

#### Литература:

1. Венгерова Н.Н., Федорова О.С. Средства классического экзерсиса на уроках хореографической подготовки в сложно-координационных видах спорта: Учеб. метод, пособ., 1-я часть / СПбГАФК им. П.Ф.Лесгафта, СПб. – 2000.- 46 с.
2. Винер, И. А. Интегральная подготовка в художественной гимнастике/ И. А. Винер // Теория и практика физической культуры. – 2006. № 10. -С. 28-29.
3. Всероссийская федерация художественной гимнастики – [www.vfrg.ru](http://www.vfrg.ru)
4. Джозеф С. Хавилер. Тело танцора. Медицинский взгляд на танцы и тренировки. 2007.

5. Методы обучения двигательным действиям и развитие физических качеств: Метод, ук./ ГДОИФК им. П.Ф. Лесгафта. Л., 1991.
6. Стандартная программа по художественной гимнастике, Киев, 1991

# РОЛЬ КОМПЛЕКСА ГТО В ФОРМИРОВАНИИ ГРАЖДАНСКОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА УРОВЕНЬ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

*Терентьев А.Е.*

ФГБОУ ВПО «Уральский государственный педагогический университет», Екатеринбург

Внедрение Комплекса «Готов к труду и обороне» стало общегосударственной задачей после подписания Президентом Российской Федерации в марте 2014 года Указа о возрождении этого движения.

Основная цель внедрения Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» – создание программной и нормативной основы системы физического воспитания различных групп населения Российской Федерации, направленной на формирование гражданской ответственности за уровень своего физического развития и состояния здоровья, под которой понимается способность человека осуществлять повседневную деятельность по собственному физическому развитию и оздоровлению на основе гражданственности как интегративного качества личности.

Приоритетное значение в формировании и развитии этого важнейшего социального качества имеет совершенствование системы образования при формировании физической культуры личности обучающегося через деятельность, связанную с внедрением Комплекса ГТО. Данную деятельность мы понимаем как систему мер, направленных на:

1) подготовку обучающихся и других групп населения к выполнению нормативов Комплекса ГТО и организацию недельного двигательного режима через физическое, духовно-нравственное, патриотическое воспитание и туристско-краеведческую деятельность в контексте почетного гражданского достижения,

2) приобретение ими знаний и умений в области физической культуры и спорта, соответствующих требованиям Комплекса ГТО,

3) организацию и проведение тестирования по его нормативам.

Именно такой подход к организации физического воспитания позволит максимально вовлекать и мотивировать обучающихся к систематическим занятиям физической культурой с учетом их индивидуальных психологических и физических особенностей, национальных, исторических и культурных традиций, чтобы предлагаемые формы занятий физической культурой не только позволили выполнить нормы Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне», но и способствовали личностному развитию, повышали уровень патриотического самосознания.

Эффективная организация данной деятельности, на наш взгляд, подразумевает

1. необходимость перехода на единую систему требований к организации процесса физического воспитания обучающихся образовательных учреждений и организаций всех типов,
2. создание единой коммуникационной среды – необходимо осуществление единой информационной политики на федеральном, региональном и муниципальном уровнях с учетом исторических, национальных и культурных особенностей населения каждой территории,
3. разработка единого подхода к поощрению различных групп населения государством и обществом на федеральном, региональном и муниципальных уровнях.

Для обеспечения единства в организации физического воспитания необходимо внести изменения в нормативные документы, регламентирующие данный процесс: в федеральные государственные образовательные стандарты дошкольного образования, основного общего образования, среднего профессионального образования, высшего профессионального образования, государственный образовательный стандарт общего образования, – направленные на подготовку к выполнению нормативов комплекса ГТО через духовно-нравственное, патриотическое воспитание и туристско-краеведческую деятельность в контексте почетного гражданского достижения и организацию недельного двигательного режима. В федеральных государственных образовательных стандартах (либо в процедуре аккредитации) программ магистерской подготовки и подготовки кадров высшей квалификации в вариативной части предусмотреть дисциплину «Физическая культура» с общей нагрузкой 180 часов лабораторных занятий для подготовки к выполнению нормативов комплекса ГТО и организации недельного двигательного режима.

Внесение изменений в образовательные программы по физической культуре, основы безопасности жизнедеятельности, истории, географии, обществознанию, внеклассной деятельности, внеучебных курсов, направленных на подготовку и самоподготовку обучающихся к выполнению нормативов комплекса ГТО и организацию недельного двигательного режима через физическое, духовно-нравственное, патриотическое воспитание и туристско-краеведческую деятельность в контексте почетного гражданского достижения с учетом исторических, культурных, национальных особенностей обучающихся.

Для организации методической помощи педагогам необходима разработка методических рекомендаций по включению в план внеучебной деятельности, программу воспитания и социализации образовательной организации мер, направленных на подготовку и самоподготовку обучающихся, в т.ч. через семейное физическое воспитание, к выполнению нормативов комплекса ГТО и организацию недельного двигательного режима. Так, в институте физической культуры Уральского государственного педагогического университета, являющемся оператором внедрения Комплекса ГТО в Свердловской области, разработаны методические рекомендации по организации самоподготовки для различных возрастных групп (в соответствии со ступенями, выделяемыми в Комплексе ГТО), по организации семейного физического воспитания, разработаны типовые программы по физической культуре для образовательных учреждений разного уровня.

Для подготовки кадров необходима организация курсов повышения квалификации по внедрению Комплекса ГТО, которые могут проводиться в очно-заочной и дистантной форме для руководителей образовательных организаций, педагогических работников, работников физической культуры и спорта, волонтеров. Данные курсы направлены на организацию внедрения Комплекса ГТО через физическое, духовно-нравственное, патриотическое воспитание и туристско-краеведческую деятельность, а также на одновременную подготовку судей Комплекса ГТО с последующим прикреплением их к центрам тестирования. Так, в частности, Институтом физической культуры Уральского государственного педагогического университета разработана модульная программа курсов повышения квалификации на 108/72/16 часов.

Для эффективной организации деятельности необходимо назначение ответственных должностных лиц за внедрение Комплекса ГТО в организациях, выполняющих функции по планированию, координации и контролю деятельности педагогических работников, а также за обработку данных для определения индивидуальной траектории физического развития каждого занимающегося, оформления отчета и осуществления мониторинга в рамках внедрения Комплекса ГТО. А также организация деятельности по развитию взаимодействия работников и медицинских работников, осуществляющих медицинское сопровождение организации занятий по физической культуре и спорту в организации в целях увеличения количества занимающихся, относящихся к основной медицинской группе.

Для создания условий реализации комплексного подхода по внедрению Комплекса ГТО необходима организация сетевого взаимодействия организаций с другими образовательными организациями, организациями физической культуры, спорта, здравоохранения и др., в целях подготовки и самоподготовки различных групп населения к выполнению нормативов комплекса ГТО и организацией недельного двигательного режима, а так же для интеграции усилий и обмена опытом в области внедрения Комплекса ГТО.

С целью обеспечения населения доступной спортивной инфраструктурой необходимо создание малобюджетных спортивных площадок по месту жительства, учебы, а также на базе исторических и культурных центров; оснащение организаций необходимой материально-технической базой, спортивным инвентарем и оборудованием, в т.ч. через участие в целевых государственных программах. Например, в Свердловской области действуют следующие программы предусматривающие меры по внедрению ВФСК ГТО: 1) государственная программа Свердловской области «Развитие физической культуры, спорта и молодежной политики в Свердловской области до 2020 года»; 2) комплексная программа Свердловской области «Подготовка молодежи к военной службе в Свердловской области до 2020 года»; 3) комплексная программа Свердловской области «Патриотическое воспитание граждан в Свердловской области на 2014-2020 годы».

В процедуру оценки эффективности работы руководителей образовательных организаций и учреждений предлагаем внести в число показателей деятельность по внедрению Комплекса ГТО через физическое, духовно-нравственное, патриотическое воспитание и туристско-краеведческую деятельность в контексте почетного гражданского достижения.

Реализация единой информационной политики включает в себя также переход на единый формат физкультурно-массовых мероприятий как средство пропаганды гражданской ответственности за уровень физического развития и состояния здоровья среди различных групп



населения. При этом физкультурно-массовые мероприятия носят комплексный характер и реализуются по следующим направлениям:

1. гражданско-патриотическое – в рамках физкультурно-массовых мероприятий проводятся мастер-классы, тестирование, круглые столы, диспуты, (в т.ч. с выдающимися спортсменами, политическими деятелями и т.д.), презентации, конкурсы, и т.п., направленные на оценку гражданственности и патриотизма;
2. культурно- просветительское – связано с включением в программу мероприятий интеллектуальных игр, конкурсов, презентаций проекты в т.ч. туристско-краеведческой направленности, круглых столов и т.п.;
3. физкультурно-спортивное – предполагает выполнение нормативов Комплекса ГТО, проведение конкурсов по организации недельного двигательного режима;
4. творческое – включает в себя презентации подходов к пропаганде, организации подготовки и приема нормативов Комплекса ГТО, через физическое, духовно-нравственное, патриотическое воспитание и туристско-краеведческую деятельность в контексте почетного гражданского достижения среди различных групп населения с учетом их исторических, культурных и национальных особенностей.

Помимо разработки единого формата физкультурно-массовых мероприятий необходимо создание доступной информационной среды для различных возрастных групп населения по подготовке к выполнению нормативов комплекса ГТО, соблюдению недельного двигательного режима через духовно-нравственное, патриотическое воспитание и туристско- краеведческую деятельность в контексте почетного гражданского достижения.

С целью разработки системы поощрения необходимо обновление локальных нормативных актов организации (должностных инструкций, штатного расписания, положения об оплате труда, положения о распределении стимулирующего фонда оплаты труда, трудового договора, эффективного контракта и др.) с учетом деятельности работников, направленных на подготовку к выполнению нормативов комплекса ГТО и организацией недельного двигательного режима через физическое, духовно-нравственное, патриотическое воспитание и туристско-краеведческую деятельность в контексте почетного гражданского достижения.

Таким образом, подобный подход к внедрению Комплекса ГТО позволит изменить статус занятий физической культурой и ведения здорового образа жизни – они должны стать неотъемлемой личной ценностью каждого гражданина Российской Федерации и высоко оцениваться в обществе и государстве.

# НАУЧНЫЕ ОСНОВЫ КОМПЛЕКСА ГТО, ПЕРСПЕКТИВЫ ЕГО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ И ПРОЦЕССА ВНЕДРЕНИЯ В СИСТЕМУ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ

*Уваров В.А.*

МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва

Научные основы Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса ГТО, утверждённого Указом Президента РФ Путина В.В. (№ 172 от 24.03.2014 г.) заложены в историческом наследии, точкой отсчёта которого является комплекс «Готов к труду и обороне СССР» (ГТО), введённый в практику физкультурного движения 11 марта 1931 г. В последующие годы он неоднократно совершенствовался в соответствии с требованиями жизни и основными задачами, которые ставило перед ним государство.

В таблице 1 представлены наиболее важные этапы совершенствования комплекса ГТО.

Одним из важнейших направлений при научном обосновании нового физкультурно-спортивного комплекса является разработка концепции его идеологии<sup>5\*</sup>. Она должна осуществляться с учётом новых социокультурных условий нашей страны. Исходя из долгосрочной стратегии государства, направленной на формирование в обществе ценностей здорового образа жизни, повышение роли физической культуры и спорта в решении социально-экономических проблем. Одновременно с этим она должна учитывать интересы конкретной личности, мотивацию к сохранению и укреплению здоровья, стремление к раскрытию духовного и физического потенциала личности.

При разработке основных положений идеологии комплекса одним из ключевых вопросов является выбор его названия, так как именно оно несёт в себе особую смысловую нагрузку и определяет цели и задачи, содержание видов испытаний, а также определяет состав государственных организаций, принимающих участие в его практической реализации.

При формировании содержания физкультурно-спортивного комплекса (ФСК) необходимо учитывать его полифункциональный характер. В нем помимо оценки физических кондиций человека необходимо предусмотреть раздел, оценивающий уровень общего базового физкультурного образования, и раздел формирования двигательных умений и навыков. Эти составляющие содержания ФСК особенно важны для детского возраста, в котором закладываются знания и умения, необходимые для самостоятельных занятий в течение всей последующей жизни.

---

5 \*Идеология (от «идея» и «логия») – система взглядов и идей, в которых осознаются и оцениваются отношения людей к действительности и друг к другу, социальные проблемы и конфликты, а также содержатся цели (программы) социальной деятельности, направленной на закрепление или изменение (развитие) данных общественных отношений. (*Большая советская энциклопедия*)

Основные этапы совершенствования Всесоюзного физкультурного комплекса «Готов к труду и обороне»

в Российской Федерации (1972-2013 гг.)

Дата издания постановления о введении комплекса	Основные особенности Комплекса		Возрастные диапазоны (лет)	Количество возрастных групп	Система оценки	Количество видов испытаний
11.03.1931	Одна ступень	Этап становления комплекса «ГТО»	18-35	3	сдано	21
07.12.1932	Введена вторая ступень		18-35	3	сдано	24
15.06.1934	1. Введена ступень БГТО 2. Расширение возрастных границ		13-45	5	сдано	13
26.11.1939	1. Комплекс ГТО введён постановление Совета Народных Комиссаров 2. Военно-прикладная направленность 3. 7 групп видов испытаний по выбору		13-45	4	I ступень: сдано; отлично II ступень: сдано	22-30
15.10.1946	1. Уменьшение числа групп по выбору до 5-ти 2. Снижение трудности норм		14-45	4	I ступень: сдано; отлично II ступень: сдано	22-30
01.01.1954	1. Группы по выбору отменяются 2. Количество видов испытаний уменьшается		13-46	6	I ступень: сдано; отлично II ступень: сдано	10-12
03.12.1958	Введена система оценки результатов с начислением очков		14-46	5	сдано, отлично	7-8

17.01.1972	<p>1. Комплекс ГТО введён Постановлением ЦК КПСС и Совмина СССР от 17.01.1972 г. № 61</p> <p>2. Введены новые возрастные границы 10-13 лет, 46 и старше</p> <p>3. Введены твёрдые нормы оценки результатов</p>	10-60	8	серебряный, золотой значки; в IV ступени – золотой с отличием	9-10
25.12.1984	<p>На основе научных исследований с 01.01.1985 г. введена ступень для детей 5-9 лет</p> <p>2. Изменилась система видов испытаний</p> <p>3. Разработаны новые нормы для всех ступеней комплекса ГТО</p>	6-60 и старше	13	сдано, золотой значок	5-9
24.03. 2013	<p>1. Введён новый комплекс ГТО Указом Президента от 24.03.2014 № 172 и Постановлением Правительства от 11.06.2014 г. № 540</p> <p>2. Проведены комплексные исследования современного состояния физической подготовленности населения</p> <p>3. Разработаны новые нормативные требования</p> <p>4. Введены новые виды испытаний</p> <p>5. Используются взаимозаменяемые тесты</p> <p>6. Подготовлены новые ступени комплекса для населения 70 лет и старше</p>	6-70 и старше	11	Бронзовый, серебряный и золотой знаки отличия	8-10

ФСК должен выполнять не только функции контроля за уровнем физического состояния населения, но и ориентировать его на разностороннее и гармоничное развитие. Именно поэтому в его содержание должны быть включены виды испытаний, оценивающие развитие основных физических качеств (быстрота, сила, выносливость, гибкость, ловкость).

Помимо развития и совершенствования двигательных качеств, физкультурно-спортивный комплекс направлен на повышение мотивации человека к систематическим занятиям, на овладение основными жизненно важными прикладными навыками, обеспечивающими безопасность его жизнедеятельности и т.п. Именно этим объясняется, что в ФСК должны иметь место виды испытаний в плавании, беге на лыжах, туристские умения и навыки и др.

Разработка содержания видов испытаний (тестов) комплекса взаимосвязана с проблемой обоснования способов (условий) их выполнения, определение оптимальной длины дистанции для оценки быстроты, ловкости, выносливости, так как один и тот же тест при различных способах выполнения может определять уровень развития различных физических качеств. Нельзя не учитывать возрастные и половые различия функциональных систем организма при установлении дистанций в беге на скорость и выносливость.

Решение проблемы содержания видов испытаний (тестов) комплекса позволяет перейти к разработке нормативов для каждой возрастной группы населения. При этом огромное значение имеет не только объем (база данных) статистической информации, но и то, насколько реально она отражает состояние физической подготовленности населения, поскольку эти данные прямо влияют на объективность разработки нормативов.

Современное развитие физической культуры и спорта в России требует разработки новой концепции, целей, задач, структуры и содержания комплекса, обеспечивающих его функционирование в современных условиях. Очевидно, что она должна быть построена в соответствии с поручением Президента Российской Федерации от 4 апреля 2013 года Пр-756, п. 1а «Разработать и представить на рассмотрение Совета при Президенте Российской Федерации по развитию физической культуры и спорта Всероссийский физкультурно-спортивный комплекс – программную и нормативную основу физического воспитания граждан (выделено нами), предусматривающую требования к их физической подготовленности и соответствующие нормативы с учетом групп здоровья».

Для того, чтобы комплекс ГТО стал программной и нормативной основой физического воспитания различных групп населения Российской Федерации он должен определять основные концептуальные подходы и требования к разработке содержания учебных программ (стандартов), методик различных физкультурно-спортивной и оздоровительной направленности, нацеленных на повышение уровня физической подготовленности обучающихся и взрослого населения, определять содержание и объем знаний, умений, навыков в организации здорового образа жизни.

Как нормативная основа комплекс определяет уровни (критерии) развития физической подготовленности населения в различные возрастные периоды и направлен на реализацию государственной политики в области физической культуры и спорта.

Информация, получаемая в системе мониторинга физической подготовленности, должна стать инструментом для принятия организационно-управленческих решений с целью совершенствования системы физического воспитания в стране и улучшения физической подготовленности и здоровья граждан.

В соответствии с планом мероприятий по поэтапному внедрению Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО), утверждённому Распоряжением Правительства РФ (от 30.06.2014 г. № 1165 р), 2014 и 2015 г.г. являются организационно экспериментальными для учащихся образовательных организаций. На основании изложенного в 2014 г. были проведены исследования по апробации структуры, содержания и нормативных требований комплекса ГТО.

Исследование предполагало:

1. нормативы I-VI ступеней комплекса ГТО, разработанные на основе базы данных о физической подготовленности, сформированных по результатам предыдущих исследований, нуждаются в корректировке на основе новой статистической информации;
2. для более активного вовлечения населения в процесс подготовки к выполнению норм комплекса ГТО, учёта индивидуальных интересов испытуемых целесообразно расширить содержание видов испытаний комплекса ГТО за счёт взаимозаменяемых видов испытаний для оценки уровня развития физических качеств;
3. введение в содержание комплекса ГТО сквозных (единых) видов испытаний для нескольких ступеней комплекса позволят в длительной возрастной динамике вести контроль за состоянием развития физических качеств и управлять процессом их развития.

В ходе исследования были разработаны:

1. экспериментальная программа тестирования населения по видам испытаний комплекса ГТО для I-VI ступеней комплекса ГТО с наличием взаимозаменяемых и сквозных видов испытаний,
2. методические рекомендации (правила тестирования) видов испытаний комплекса ГТО,
3. методические рекомендации по организации единой процедуры тестирования в субъектах Российской Федерации,
4. единые формы и содержание электронных бланков для сбора статистических данных в регионах с обеспечением удалённой консультационной поддержки по их заполнению,
5. алгоритмы статистической обработки данных для получения информации о текущем состоянии физической подготовленности населения,

6. нормативные требования на бронзовый, серебряный и золотой знаки комплекса ГТО I-VI ступеней, разработанные на массиве новой статистической информации и заданных критериев трудности их выполнения.

В основу содержания программы тестирования населения субъектов РФ легли следующие положения:

– необходимость накопления статистического материала для апробации ранее разработанных нормативов по видам испытаний I-VI ступеней ВФСК и получение статистической информации для разработки нормативов в новых видах испытаний, которые предлагаются для введения содержания в комплекс ГТО;

– изучение реакции субъектов РФ на предложения по введению новых видов испытаний и новых условий фиксации результатов.

В целом программы тестирования базировалась на видах испытаний, утверждённых Приказом Министерства спорта № 575 от 08.07.2014 «Государственные требования к уровню физической подготовленности населения при выполнении нормативов Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО).

В ходе предварительного обсуждения в 2013 г. проекта Комплекса ГТО от населения и специалистов в области физической культуры и спорта поступили предложения о целесообразности введения взаимозаменяемых видов испытаний для женского и мужского пола и для лиц разного возраста. На этом основании в программу тестирования в отдельные ступени включены в качестве экспериментальных новые виды испытаний, которые могут быть включены в программу ступеней комплекса ГТО при дальнейшем его совершенствовании. Разработка научно обоснованных нормативов будет выполнена на основе статистической информации о результатах тестирования в этих видах испытаний.

Одной из основных задач исследования является разработка программы тестирования населения по видам испытаний комплекса ГТО для I-VI ступеней комплекса ГТО с наличием взаимозаменяемых, сквозных и модифицированных видов испытаний.

В связи с этим, в содержание исследования было предложено ввести виды испытаний, которые могли бы применяться для оценки физической подготовленности как можно большего возрастного и полового диапазона населения.

В программу тестирования были внесены тесты, условия выполнения которых были модифицированы. Так, по сравнению с действующим комплексом ГТО-2014 при выполнении наклона из положения стоя на полу в комплексе ГТО предусмотрены 2 уровня трудности – касание пола пальцами и ладонями. На наш взгляд, такая оценка гибкости является грубой, так как разница в выполнении норматива во многом определяется длиной ладони испытуемого и может составлять до 17-20 см. При этом различия в нормативах во всех ступенях комплекса между бронзовым и серебряным значком отсутствует, что не согласуется с положением об усложнении трудности нормативов комплекса от бронзового к серебряному, от серебряного к золотому. Существующие различия в нормативах серебряного и золотого знака настолько

велики, что их трудно реализовать в процессе специальной подготовки к их выполнению. На основании изложенного была предложена модель более точного измерения гибкости и разработка нормативов для каждого знака, на основании регистрации результатов с применением сантиметровой линейки от уровня скамьи выше и ниже её уровня.

Опыт предыдущих исследований показал, что наличие в комплексе ГТО беговых дистанций для оценки выносливости без учёта времени её пробегания приводит к тому, что их не используют в практике.

Названные причины позволили, не изменяя длины беговых дистанций в ступенях комплекса, предложить фиксировать время их пробегания для последующей разработки нормативных требований на бронзовый, серебряный и золотой знаки отличия.

Общая программа тестирования состояла из 150 видов испытаний для лиц мужского и женского пола в I-VI ступенях комплекса. Разработка содержания программы тестирования позволила перейти к разработке условий проведения тестирования.

Условия (правила) определяют выполнение теста в соответствии с теми требованиями, которые в них описаны. Эти требования позволяют обеспечить единые (равные) условия при выполнении теста каждому участнику эксперимента, что даёт возможность фиксировать объективные данные о физической подготовленности населения, а, следовательно, обеспечивает разработку реальных нормативных требований.

Условия тестирования населения по видам испытаний Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО) одобрены Координационной комиссией по введению и реализации Комплекса ГТО и Экспертным советом по внедрению Комплекса ГТО Минспорта РФ.

Одной из важнейших составляющих, обеспечивающих успешный процесс разработки нормативных требований, является выбор объектов для тестирования населения.

Учитывая, что нормативы комплекса ГТО будут трансформироваться на всё население России, для получения информации о физической подготовленности населения необходимо отбирать те регионы, которые типичны для основной территории страны. Вместе с тем, целесообразно учитывать наличие у них опыта работы по организации тестирования больших массивов населения.

Исходя из этих предпосылок на первом этапе были отобраны около 20 регионов России, однако, из этого числа для участия в организационно-экспериментальной апробации были отобраны субъекты, которые в последние годы самостоятельно осуществляли работу по комплексу, используя в своей работе содержание комплекса ГТО-85 или разрабатывали свои варианты комплексов (Красноярский край, Свердловская, Ярославская, Белгородская области и др.). К ним можно отнести и Республику Мордовия, на территории которой в 2004 году по решению Комиссии по развитию массовой физической культуры и «спорта для всех» Совета при Президенте Российской Федерации были проведены исследования по научному обоснованию государственного физкультурно-спортивного комплекса «Физическое совершенство» [ ].



В таблице 3 представлены данные о субъектах и количестве населения, которое приняло участие в тестировании по видам испытаний I-VI ступеней комплекса ГТО. Всего было обследовано 113284 человека. В таблице 4 изложена информация о количестве испытуемых по ступеням, классам и полу.

Таблица 2		Таблица 3	
Количество участников тестирования по субъектам Российской Федерации		Информация о количестве испытуемых по ступеням комплекса и полу	
Субъекты РФ	Количество испытуемых	Ступени комплекса ГТО	К о л и ч е с т в о испытуемых
Белгородская область	1520	I (2 класс) Д	10846
Владимирская область	6701	I (2 класс) М	10501
Красноярский край	34473	II (4 класс) Д	11085
Московская область	13153	II (4 класс) М	10885
Республика Карелия	7533	III (6 класс) Д	10612
Республика Марий Эл	15464	III (6 класс) М	10900
Республика Татарстан	5622	IV (9 класс) Д	9605
Свердловская область	7838	IV (9 класс) М	10190
Смоленская область	11882	V (11 класс) Д	8336
Удмуртская Республика	9098	V (11 класс) Ю	7870
Итого	113284	VI (18-24 лет) Ж	4592
		VI (18-24 лет) М	4270
		VI (25-29 лет) Ж	1712
		VI (25-29 лет) М	1880
		Итого	113284

Тестирование физической подготовленности населения в больших объёмах (выборках) – это сложный организационный процесс, при котором могут иметь место непредвзятые ошибки, которые влияют на результаты математической обработки и в конечном счёте на объективность разработанных нормативов.

Особо важно не допустить ошибок в заполнении протоколов для компьютерной обработки. Чтобы избежать таких случаев, для каждой ступени и каждого пола были разработаны отдельные протоколы. Такой подход продиктован и тем, что виды испытаний у лиц мужского и женского пола различаются как по тестам, так и по дистанциям и способам их выполнения. Для облегчения процесса заполнения протокола для оператора разработаны инструкции. При ошибке ввода информации программа автоматически её регистрирует и даёт знать оператору о необходимости её исправления.

Последовательность операций для автоматизированной обработки данных тестовых испытаний заключались:

В разработке форм и содержания бланков в соответствии с экспериментальным перечнем тестовых испытаний осени 2014.

Запрограммированная консультационная поддержка по заполнению бланков.

Определение возможных ошибок заполнения бланков позволяет принять меры по обеспечению унификации формы сбора данных, что необходимо для обеспечения формальной достоверности данных и условий для разработки и использования автоматизации для уменьшения времени и повышения качества результатов. Требованиями к реализации стали:

а) выбор легко переносимой и понятной формы реализации, а именно формат электронных таблиц, как наиболее удобных и одновременно пригодных для ручного заполнения пользователями ЭВМ различной степени квалификации и автоматизированного контроля и обработки;

б) статичность формы бланка, позволяющей стандартизировать отчетность;

в) первичная проверка вводимых данных на допустимость для обеспечения формальной достоверности.

1. Разработка адаптивного алгоритма машинной проверки бланков с целостной структурой.
2. Визуальный контроль и ручное исправление испорченных бланков, в том числе с нарушенной структурой и правилами заполнения результатов испытаний.
3. Повторный контроль данных на входе позволяет исключить ошибочно введенные данные и гарантировать достоверность получаемой выборки.
4. Разработка алгоритма преобразования первичных данных из бланков для загрузки в СУБД MySQL.
5. Разработка структуры банка данных (БД) для хранения и использования данных о результатах тестирования.

Данный этап необходим для ускорения сортировки и получения выборок массивов исходных данных за короткое время без потерь исходной информации в структурированной форме.

Разработанная структура БД включает в себя 5 основных структурных объекта, необходимых для преобразования информации, содержащихся в бланках.

Первый объект – «Место». Содержит в себе детальную информацию о регионе, районе проведения, городе, учреждении, а также метку принадлежности учреждения к сельской или городской местности.

Второй объект – «Время». Содержит описание времени и условий проведения массового тестирования.

Третий объект – «Степень» Описывает весь перечень существующих ступеней комплекса ГТО.

Четвёртый объект – «Человек». Включает информацию о фамилии, имени и отчестве тестируемого, принадлежности к ступени, его возрасте.

Пятый объект – «Результаты». Объект дает описание каждому пройденному испытанию для каждого человека, включая его время и место.

Данное описание структуры является концептуальным и минимально необходимым (на основе утверждённой формы бланка) для учёта проведения тестирований и хранения их результатов.

1. Проведение сортировки и поэтапная выгрузка данных из БД.
2. Разработка алгоритма анализа и наглядного представления данных. Подготовка алгоритма расчёта различных уровней нормативов.

Этапы компьютерной обработки позволяют представить материалы в понятном для эксперта виде, что позволяет провести анализ нормативов. Выгрузка производится в форме графиков, описывающих распределение результатов по каждому виду испытаний для мужского и женского пола в каждой ступени комплекса ГТО, а также необходимой статистической информации.

Данная последовательность этапов обработки позволила провести обработку и анализ первичной информации, представленной более чем на 6 500 бланках, содержащих информацию на около 114 тысяч испытуемых.

Для включения в содержание комплекса ГТО в качестве сквозных видов испытаний были предложены виды испытаний, представленные в таблице 7.

Таблица 4

Виды испытаний, предложенные для включения в комплекс ГТО в качестве взаимозаменяемых и сквозных тестов

№	Виды испытаний	Ступени ГТО	
		м	ж
1.	Челночный бег 3x10 м с учётом времени	I-VI	I-VI
2.	Бег на дистанцию 30 м с учётом времени (I-VI ступени)	I-VI	I-VI
3.	Подтягивание из виса лёжа на низкой перекладине для лиц мужского и женского пола	I-VI	I-VI
4.	Сгибание и разгибание рук в упоре лёжа для лиц мужского и женского пола	I-VI	I-VI
5.	Бег на дистанцию 60 м для лиц мужского и женского пола	II-VI	II-VI
6.	Наклон вперёд из положения стоя с прямыми ногами на гимнастической скамье (измерения в см) для лиц мужского и женского пола	II-VI	II-VI
7.	Прыжок в длину с места толчком 2-мя ногами для лиц мужского и женского пола	II-VI	II-VI
8.	Поднимание туловища из положения лёжа на полу для лиц мужского и женского пола	II-IV	II-VI

Предложенные тесты как физические упражнения применяются в практике физического воспитания на уроках физической культуры в учебных заведениях и при занятиях различными видами спорта как средство улучшения уровня общей физической подготовки и развития отдельных физических качеств. Они посильны лицам обоего пола и различного возраста. Они просты в техническом исполнении, не требуют дополнительного спортивного инвентаря и интересны для лиц различных возрастных и половых групп.

В процессе исследования физической подготовленности населения от организаторов тестирований не поступало отрицательных высказываний по поводу нецелесообразности введения предложенных тестов в содержание комплекса ГТО. О поддержке предложенных тестов свидетельствует и объём накопленного статистического материала по всем возрастно-половым группам в каждой ступени комплекса ГТО, который обеспечивает репрезентативность выборки и позволяет рассчитать достоверные нормативные требования по этим видам испытаний.

Таблица 5

Объём статистического материала по видам испытаний предложенных для включения в содержание комплекса ГТО в качестве сквозных тестов

№	Виды испытаний	мужской пол	женский пол
1.	Челночный бег 3x10м (с учётом времени)	46411	48024
2.	Бег на 30 м (с учётом времени)	44863	45816
3.	Бег на 60 м (с учётом времени)	37834	38157
4.	Подтягивание из виса лёжа на низкой перекладине (количество раз)	34450	49376
5.	Сгибание и разгибание рук в упоре лёжа на полу (количество раз)	42664	43279
6.	Наклон вперед из положения стоя с прямыми ногами на гимнастической скамье (измерения в см)	40206	41556
7.	Прыжок в длину с места толчком двумя ногами (см)	47591	47944
8.	Поднимание туловища из положения лёжа на полу (количество раз)	37484	37552

Рассматривая вопрос о методах разработки уровней норм мы нашли, что в различных областях науки, техники и производства нормативные показатели, как правило, устанавливаются в пределах симметричных границ в обе стороны от средней арифметической. Такой подход чаще всего не удовлетворяет требованиям разработки нормативов в сфере физического воспитания, поскольку распределение результатов в видах испытаний комплекса ГТО не отвечает нормальному распределению. Кроме того, при разработке дифференцированных

уровней норм следует исходить из требований управления процессом физического воспитания и необходимости планирования и прогнозирования уровней физической подготовленности.

Основанием для определения уровня трудностей выполнения нормативов комплекса ГТО является мнение специалистов (экспертов), основанное на результатах анализа:

- современного состояния развития физической культуры и спорта в стране;
- материально-технических условий для занятий различными видами физкультурно-спортивной деятельности;
- современного состояния и уровня физической подготовленности населения, здоровья и других факторов.

Трудность нормативов может изменяться в зависимости от задач, которые ставятся перед комплексом ГТО на определённый промежуток времени.

При необходимости более активного привлечения населения к занятиям физической культурой и спортом нормативные требования могут быть лёгкими для выполнения. Этим они стимулируют повышение физической подготовленности населения на начальном этапе внедрения комплекса ГТО. При достижении нового (более высокого) уровня физической подготовленности нормативные требования усложняются.

При разработке нормативов важно учесть трудность выполнения нормативов от бронзового к серебряному и золотому знаку. Если диапазоны между нормативами будут трудно достижимыми, то это будет отрицательно сказываться на привлечении населения к подготовке и их выполнению.

При разработке нормативов комплекса ГТО-72 и ГТО-85 применялся принцип установления их определённой «трудности» и «равнотрудности».[ ] Соответствие нормативов комплекса этим понятиям требует рассчитывать нормативы таким образом, чтобы трудность их выполнения для участников различных возрастных и половых групп в каждом тесте была одинаковой. Выполнение этого условия обеспечивает гармоничное развитие физических качеств человека на различных возрастных этапах его жизни. Кроме того, соответствие нормативов этим понятиям позволяет обеспечить лицам различных возрастных и половых групп одинаковые (равнозначные) условия для достижения конечного результата – получения знака отличия физкультурно-спортивного комплекса ГТО.

Для того чтобы, обеспечить интерес населения к выполнению знаков комплекса ГТО принято условие, что нормативы на бронзовый и серебряный знаки должны быть посильными более чем 50 % населения, то есть они должны быть ниже среднестатистических показателей уровня физической подготовленности. Поэтому нормативы комплекса ГТО рассчитывались таким образом, чтобы в каждом виде испытаний для соответствующих ступеней комплекса нормативы могли быть посильными на бронзовый знак – 70 %, на серебряный знак – 60 %, а на золотой – 20 % испытуемых. Постепенное увеличение трудности нормативов позволяет заинтересовать население к планомерному совершенствованию своей физической подготовленности и получению знаков более высокого достоинства.

В результате расчета нормативов по массиву данных осени 2014 года оказалось, что отдельные нормативы действующего комплекса легче или труднее для выполнения, другие не требуют изменений, т.к. их выполняют запланированное количество испытуемых.

Следует отметить, что при большой выборке испытуемых и различном уровне их физической подготовленности, трудно ожидать, что процент выполняющих нормативы комплекса, будет точно соответствовать заданным параметрам. Кроме того, решение вопроса о необходимости корректировки норматива должно основываться на заранее установленных критериях.

Основываясь на изложенном, мы пришли к выводу о том что основанием для внесения корректив в нормативы действующего комплекса ГТО, могут быть отклонения от заданных критериев в пределах: плюс-минус 10% для бронзового знака и 5% для серебряного и золотого знака, которые обеспечивают высокую достоверность разрабатываемых нормативов. Кроме того, уровень предлагаемых критериев основывается на том, что лица, выполняющие нормативы комплекса на бронзовый знак не имеют достаточного уровня физической подготовленности, и, следовательно, разброс результатов тестирования в этой группе испытуемых гораздо больше, чем у тех, кто выполняет нормативы ГТО на уровне серебряного и тем более золотого знака.

Основываясь на изложенном, было определено количество нормативов ( в %), выполнение которых не входит в рамки заданных параметров.

Таблица 6

**Количество нормативов действующего комплекса ГТО (I-VI ступени), нуждающихся в коррекции (%)**

ступень	мужчины						женщины					
	бронзовый знак		серебряный знак		золотой знак		бронзовый знак		серебряный знак		золотой знак	
	отклонения от заданных параметров											
	+- 10%		+- 5%		+- 5%		+- 10%		+- 5%		+- 5%	
	усложнить	облегчить	усложнить	облегчить	усложнить	облегчить	усложнить	облегчить	усложнить	облегчить	усложнить	облегчить
I	3	0	1	1	4	0	3	0	4	1	3	0
II	4	1	3	1	3	1	2	1	2	2	5	0
III	1	1	1	3	6	0	2	0	2	2	6	0
IV	6	0	5	0	6	0	2	0	2	0	6	0
V	3	1	1	2	3	0	1	1	3	3	3	0
VI	2	1	1	5	3	1	0	2	0	2	0	2
<b>Итого:</b>	<b>19</b>	<b>4</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>25</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>23</b>	<b>2</b>
% нормативов, требующих корректировки	7,4	1,6	4,7	4,7	9,8	0,8	1,9	1,6	5,1	3,9	9,0	0,8

11

Таким образом, тестирование физической подготовленности населения, проведенное осенью 2014 года, показало, что нормативы утвержденного комплекса ГТО, нуждаются в совершенствовании. Основанием для изменения нормативов по результатам проведенных исследований осенью 2014 года, служат:

1. Более репрезентативная выборка статистической информации населения, полученная по результатам исследования в 10 субъектах Российской Федерации, являющихся

экспериментальным полигоном для апробации комплекса ГТО. Если для разработки нормативов действующего комплекса использовались результаты 34639 испытуемых, то в настоящем исследовании их число увеличилось до 113284.

2. Несоответствие действующих нормативов комплекса ГТО концепции трудности их выполнения для различных видов испытаний и для различных возрастно-половых групп населения на бронзовый, серебряный и золотой знаки.

Изложенное выше дало основание представить Министерству спорта РФ на рассмотрение проект нормативных требований I-VI ступеней государственного физкультурно-спортивного комплекса (ГТО), разработанных на массиве данных о современном состоянии физической подготовленности населения в объеме более 113 тысяч человек, полученных в десяти экспериментальных субъектах Российской Федерации (Белгородская область, Владимирская область, Московская область, Красноярский край, Республика Карелия, Республика Марий-Эл, Республика Татарстан, Республика Удмуртия, Свердловская область, Смоленская область).

В проект включены предложения по введению в комплекс ГТО ряда видов испытаний, которые дополняют число взаимозаменяемых видов испытаний, и включены в содержание I-VI ступеней, что позволяет оценивать динамику развития отдельных физических качеств населения в возрастном плане (с 6 до 24 лет). Для этих видов испытаний разработаны нормативные требования.

## **РАЗРАБОТКА И РЕАЛИЗАЦИЯ УЧЕБНЫХ ПРОГРАММ ПО ФИЗИЧЕСКОМУ ВОСПИТАНИЮ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ В СВЕТЕ ТРЕБОВАНИЙ НОВЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ СТАНДАРТОВ**

*Фильченков Д.А., Тиунова О.В.*

Пензенский государственный технологический университет, г.Пенза, Федеральный научный центр физической культуры и спорта, г.Москва

В связи с переходом системы высшего профессионального образования на учебные государственные стандарты третьего поколения перед вузовскими кафедрами физического воспитания и спорта (ФВиС) поставлены новые задачи.

Стандарты подготовки бакалавров содержат требования к результатам освоения основных образовательных программ в том числе и по физическому воспитанию (так называемые «общекультурные» и «профессиональные» компетенции). Прежняя Всероссийская типовая учебная программы автоматически утратила свое значение, поскольку была разработана для обеспечения общего уровня физической подготовленности, независимо от вида будущей профессиональной деятельности студентов. Нормативные требования по двигательной подготовке, представленные в ней, конечно, учитывали гендерные особенности и фактор взросления юношей и девушек, однако имели усредненный характер и были общими для всех профилей высшего образования.

Образовательные стандарты третьего поколения предъявляют более высокие требования к учебным программам по физическому воспитанию, которые теперь должны быть строго ориентированы на профориентационную подготовку в зависимости от выбранной студентом специальности. Все это требует пересмотра, доработки и совершенствования методического обеспечения учебно-тренировочного процесса на кафедрах ФВиС в строгом соответствии с компетенциями ФГОС по дисциплине «Физическая культура».

Очевидно, что учебно-методический материал, подготавливаемый и реализуемый кафедрами ФВиС теперь должен предусматривать формирование (в соответствии со стандартами) максимального числа общекультурных и профессиональных компетенций бакалавров.

Анализ новых образовательных стандартов показал, что разработка программ физического воспитания студенческой молодежи и, прежде всего, модернизация их теоретического раздела требует не только системного подхода, но и более широкого использования материалов из смежных отраслей знаний. Прежде всего, это касается области практической психологии, акмеологии, валеологии, общей педагогики, социологии, обществознания и даже истории спорта.

Ниже, в качестве примера, перечислены все профили специальностей одного из крупнейших региональных учебных заведений высшего профессионального образования (Пензенского Государственного Технологического Университета): Биотехнология, Теоретическая и прикладная лингвистика, Информатика и вычислительная техника, Экономика и управление, Экономика предприятий и организаций, Производственный менеджмент, Информационный



сервис, Машины и аппараты пищевых производств, Технология машиностроения, Биомедицинская инженерия, Автоматизация технологических процессов и производств (энергетика), Управление качеством в производственно-технологических системах, Вычислительные машины, комплексы, системы и сети, Информационные системы и технологии, Прикладная информатика в экономике, Технология и организация централизованного производства кулинарной продукции и кондитерских изделий, Инженерная защита окружающей среды. Данный перечень иллюстрирует безусловный «технический» характер обучения будущих специалистов.

На таком фоне достаточно необычно выглядит перечень соответствующих общекультурных и профессиональных компетенций выпускников, формирование которых новыми образовательными стандартами «поручено» именно кафедрам ФВиС.

Нами проведен смысловой анализ этих компетенций по 17 перечисленным выше профилям специальностей, после чего все они были сгруппированы в шесть тематических блоков:

1) Формирование общей культуры:

«обладание культурой мышления, целостной системой научных знаний об окружающем мире»,

2) Ценностная ориентация:

- «ориентация в ценностях бытия, жизни, культуры, системе общечеловеческих ценностей, ценностно-смысловых ориентациях различных социальных, национальных, религиозных, профессиональных общностей и групп в российском социуме»,

- «способность придерживаться этических ценностей и здорового образа жизни».

3) Социальная адаптация и профориентация:

- «способность с помощью коллег критически оценить свои достоинства и недостатки с необходимыми выводами»,

- «понимание социальной значимости своей будущей профессии, обладание высокой мотивацией к выполнению профессиональной деятельности»

4) Формирование навыков самоорганизации:

- «способность к организации своей жизни в соответствии с социально-значимыми представлениями о здоровом образе жизни»,

- «выстраивание и реализация перспективных линий интеллектуального, культурного, нравственного, физического и профессионального саморазвития и самосовершенствования»,

- «сохранения здоровья (знание и соблюдение норм здорового образа жизни; физическая культура)».

5) Получение специальных знаний:

- «способность самостоятельно применять методы и средства познания, обучения и самоконтроля для приобретения новых знаний и умений, развития социальных и профессиональных компетенций, сохранения своего здоровья, нравственного и физического самосовершенствования»,

– «способность использовать методы и средства для укрепления здоровья и обеспечения полноценной социальной и профессиональной деятельности»,

- «самостоятельное, методически правильное использование методов физического воспитания и укрепления здоровья».

б) Физическая и профессионально-прикладная подготовка: «достижение должного уровня физической подготовленности для обеспечения полноценной социальной и профессиональной деятельности».

Планирование учебно-методической работы кафедр ФВиС в рамках такой «логики» позволяет по-новому структурировать учебный материал, в том числе – теоретическую подготовку будущих бакалавров, планировать издание новых тематических учебных изданий, пособий и методических рекомендаций для самоподготовки, а также расширить арсенал используемых на занятиях по физическому воспитанию средств. Так, например, представляется целесообразным усиление акцента на профессионально-прикладную подготовку, использование ряда психологических тестов, элементов психологических тренингов и «деловых игр».

Особое значение в новых условиях приобретает и дополнительная подготовка, повышение квалификации преподавательского, тренерского состава кафедр ФВиС.

В связи с тем, что в технических вузах кафедры ФВиС являются подчас основной «гуманитарной» кафедрой, актуальным становится и обновление ее информационно-методической базы, в том числе создание компьютеризированного «Консультативного информационно-диагностического центра». Такой подход соответствует букве и духу происходящих в системе высшего профессионального образования преобразований и сможет обеспечить полноценное формирование общекультурных и профессиональных компетенций будущих бакалавров.

Следует отметить, что формирование мотивации к здоровому образу жизни, систематическим занятиям физической культурой и спортом в молодежной среде всегда являлось одним из приоритетов государственной социальной политики в нашей стране. Информационно-пропагандистская работа в этом направлении станет более эффективной, если при её планировании во внимание будут приниматься жизненные ценности и приоритеты современной молодежи и прежде всего – мотивация к достижению жизненного успеха, построения профессиональной карьеры и последующей эффективной самореализации. Группировка компетенций, которые в современном образовательном процессе предстоит формировать у студенческой молодежи в рамках учебной дисциплины «Физическое воспитание и спорт», в тематические блоки («Формирование общей культуры», «Ценностная ориентация», «Социальная адаптация и профориентация», «Формирование навыков самоорганизации», «Получение специальных знаний» и «Физическая и профессионально-прикладная подготовка») даёт возможность более рационально планировать и проводить учебную и воспитательную работу, а также процесс физической и профессионально-прикладной подготовки будущих специалистов.

**Круглый стол**  
**«Психологическое сопровождение и реабилитации больных**  
**с сердечно-сосудистыми заболеваниями»**

## **ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СТУДЕНТОВ И АСПИРАНТОВ ФАКУЛЬТЕТА ПСИХОЛОГИИ МГУ ИМЕНИ М.В. ЛОМОНОСОВА, НАПРАВЛЕННАЯ НА ОКАЗАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ, СТРАДАЮЩИМ РАЗЛИЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

*Долгих А.Г.*

аспирант факультета психологии МГУ имени М.В. Ломоносова

За время обучения на факультете психологии Московского университета наши студенты приобретают навыки и особый взгляд на решение возникающих психологических проблем, что обусловлено традиционно высоким уровнем теоретической подготовки и активной вовлеченностью студентов в практическую сферу профессии психолога в сочетании с высокой нравственной мотивацией.

Это позволяет нашим студентам уже во время обучения работать в качестве практикантов и волонтеров в благотворительных фондах, детских медицинских учреждениях, детских домах и психологических центрах. Приведу несколько примеров волонтерской деятельности студентов нашего факультета.

Успешно работает волонтерский отряд при Центре экстренной психологической помощи МЧС РФ в рамках заключенного Договора на прохождение различных видов практики студентами факультета психологии. В 2014 году была успешно защищена дипломная работа студентки Гайцук Екатерины на тему «Особенности мотивации волонтеров, оказывающих помощь в экстремальных ситуациях».

Студенты факультета Першина Александра и Калязина Ирина, которые в этом году заканчивают факультет, работали волонтерами в ожоговом центре с пострадавшими детьми, проходящими длительное лечение. Работа проходила по линии Благотворительного фонда «Детская больница» при Детской городской клинической больнице имени Г.Н. Сперанского.

Студенты нашего факультета работают волонтерами в детских домах с детьми-аутистами, с детьми, больными ДЦП. Параллельно волонтерская работа ведется и с семьями таких детей. По линии благотворительной общественной организации «Мир для всех» студентка 5 курса Эрика Байрамова уже несколько лет участвует в организации специализированных детских выездных лагерей. За активную волонтерскую работу студентка была награждена грамотой ректора МГУ В.А. Садовниченко.

В этом учебном году наш факультет получил первый и уникальный опыт участия в таком значимом мероприятии, как Третий Московский Фестиваль творчества людей с особенностями психического развития «Нить Ариадны». Основной концепцией фестиваля является оказание помощи людям с психическими расстройствами, расширение их социальной интеграции, сближение и взаимный интерес друг к другу. На фестивале волонтерами от факультета психологии работали 56 человек – студенты первого и выпускного курсов, аспиранты и магистранты.

В рамках сотрудничества нашего факультета с благотворительным фондом «Грани Таланта» студенты пятого курса проходили практику в Центре Творческой Реабилитации при

НЦССХ им. А.Н.Бакулева в отделении для детей с врожденными пороками сердца. Работа велась в направлении изучения методов арт-терапии и ее применения в различных областях реабилитационной медицины, в психокоррекционной практике медицины, а также в медицинской и специальной психологии. Эта практика предоставила студентам уникальную возможность приобрести опыт общения с особенными детьми и одновременно с их родителями, опыт взаимодействия с волонтерами-художниками, а также опыт применения на практике методов арт-терапии в качестве средства реабилитации долгосрочной психолого-социальной поддержки представителей разных групп риска.

Хочу привести несколько примеров отзывов руководителей организаций о работе наших студентов.

Вот отзыв директора Центра экстренной психологической помощи МЧС РФ Юлии Сергеевны Шойгу: « Студенты факультета обладают личностными качествами, необходимыми специалисту-психологу: эмпатичность, сензитивность, толерантность в общении».

«Студенты факультета психологии зарекомендовали себя как ответственные, компетентные сотрудники, умеющие работать в команде, умеющие обучаться новому, профессионально развиваться. В процессе практики студенты продемонстрировали хорошие коммуникативные навыки, психологические знания, открытость новому опыту» (Психологический центр «Промисвет»);

«За время практики студенты факультета психологии МГУ проявили себя как внимательные, чуткие по отношению к детям и их семьям люди. Научились анализировать проблемы детей и проводить коррекционную работу. Учитывая проявленный энтузиазм и способности к работе с детьми с нарушениями развития, Центр заинтересован в дальнейшем сотрудничестве с факультетом» (Центр Лечебной Педагогике).

В заключении хочется сказать, что научное и практическое изучение проблемы психологического сопровождения и реабилитации пациентов, имеющих различные заболевания, должно приобретать интегративный характер. Здоровье нашего общества напрямую зависит от включенности специалистов разного профиля в создание и поддержание условий для психологического благополучия больных различными заболеваниями.

**НАРУШЕНИЯ РЕГУЛЯЦИИ ЭМОЦИЙ У БОЛЬНЫХ  
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ  
(НА МАТЕРИАЛЕ СРАВНИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗА ПАЦИЕНТОВ С РАЗНЫМИ  
ФОРМАМИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ)**

*Первичко Е.И.*

Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, г. Москва

Проблему регуляции эмоций (РЭ) в норме и патологии специалисты относят к числу наиболее актуальных на современном этапе развития психологической науки и практики. Это обусловлено возрастанием стрессогенности современного общества, неуклонным ростом частоты встречаемости депрессивных, тревожных, диссоциативных и психосоматических расстройств; высокой распространенностью аддиктивного и антисоциального поведения (Падун, 2010; Тхостов, 2012; Werner, Gross, 2010; Gross, Jazaieri, 2014; Pervichko, Zinchenko, Ostroumova, 2012, 2014, и др.). Известно, что все перечисленные расстройства характеризуются наличием выраженных отклонений в сфере эмоций и её регуляторных составляющих. Так, согласно данным исследований последних лет, выраженные нарушения регуляции эмоций выступают на первый план у 40-75% перечисленных выше пациентов (Berenbaum et al., 2003; Kring, 2010; Werner, Gross, 2010; Jazaieri, Urry, Gross, 2013; Gross, Jazaieri, 2014). Обозначенные причины обуславливают высокую значимость расширения представлений о содержательных составляющих эмоциональности человека, и в особенности – о психологических механизмах, обеспечивающих возможность эффективной регуляции эмоций.

Одной из клинических моделей, традиционно рассматриваемых в качестве релевантных для изучения эмоций и их регуляторных составляющих, являются пациенты с эссенциальной артериальной гипертензией (ЭАГ) (Jonas, Franks, Ingram, 1997; Gross, Jazaieri, 2014). Однако содержательная специфика РЭ этих больных по-прежнему остается мало изученной.

В последние годы отмечается устойчивая тенденция к более раннему началу сердечно-сосудистых заболеваний, и ЭАГ в том числе. Это обычно связывают с широким распространением стресса в жизни современного общества и подверженностью ему наиболее активной трудоспособной части населения. В настоящее время выявляется все больше больных, у которых значения АД на работе оказываются выше значений, обнаруженных в нерабочее время. Такая форма ЭАГ получила название «гипертонии на рабочем месте» (Stork et al., 1992). Гипертония на рабочем месте сегодня признана одной из наиболее часто встречающихся форм стресс-индуцированной гипертонии (Karasek, 1998; Light, 2000).

Распространенность «гипертонии на рабочем месте» была изучена в нескольких исследованиях. Так, по данным J. Stork и соавт., АГ в рабочее время была выявлена у 19% человек с нормальными значениями АД при периодических амбулаторных изменениях (Stork et al., 1992). В исследованиях последних лет указывается на возрастание частоты представленности этой формы АГ в популяции (Molinari, Compare, Parati, 2006; Zubcevic, 2011). Среди психологических особенностей больных с гипертонией на рабочем месте отмечают подавляемую склонность к раздражению, связанному с большой профессиональной нагрузкой, на неуверен-

ность в сохранении рабочего места, неудовлетворительные карьерные возможности, высокие профессиональные требования при низком уровне свободы в принятии решений. В группу высокого риска входят работники, находящиеся в середине иерархической лестницы на службе, испытывающие давление со стороны начальства и со стороны подчиненных (Cottington et al., 1986; Karasek, 1979, 1998; O'Donnell et al., 2008). Этим больным свойственно интенсивное и длительное переживание негативных эмоций со склонностью не выражать их в открытом поведении из-за боязни быть отверженными окружающими, что соответствует, в целом, качествам эмоциональности представителей так называемого «типа личности D» (distressed personality) (Denollet et al., 1996; Denollet, 2005; Jellesma, 2008, и др.).

Исследования показали, что стресс-индуцированная АГ является далеко не безобидным феноменом. Так, уровень АД на работе более тесно коррелирует с поражением органов-мишеней (в частности, с гипертрофией миокарда левого желудочка), чем амбулаторно измеряемый уровень АД и даже уровень АД в ночное время (Cottington et al., 1986; Garvas, Garvas, 1999 и др.). В проспективном исследовании «Whitehall Study», выполненном под эгидой ВОЗ, на примере 10308 управленческих работников было показано, что ограниченная свобода в принятии решений в рамках профессиональной деятельности (служащие нижнего и среднего звена) сопровождается повышенным риском развития ишемической болезни сердца как у мужчин, так и у женщин (Chandola et al., 2008; Nabi, 2013). При этом у служащих с высокой эмоциональной нагрузкой было обнаружено отчетливо выраженное повышение АД, прогрессирующее с возрастом, в то время как в остальных профессиональных группах такой реакции не отмечалось. В ходе 12-летнего проспективного исследования M. Julius и соавт. доказали, что подавляемая склонность к раздражению у больных АГ достоверно связана с повышением уровня смертности. У обследованных здоровых мужчин с нормальным АД такой связи не было выявлено (Julius, 1986).

Необходимость ранней диагностики и лечения, а также решение вопросов профилактики стресс-индуцированной АГ и эффективной реабилитации этих больных определяют возрастание интереса к проблеме РЭ больными ЭАГ в целом, и пациентами с «гипертонией на рабочем месте» в их числе (Blumenfeld, Strain, 2006; Mann, 2012).

Цель исследования: выделить и типологизировать стратегии РЭ, используемые здоровыми лицами и пациентами с ЭАГ при разрешении эмоциогенных ситуаций; изучить особенности РЭ у пациентов с «гипертонией на рабочем месте» и с классической ЭАГ, в сравнении со здоровыми лицами.

Регуляция эмоций определяется нами как система психических процессов, психологических механизмов и регуляторных стратегий, которые использует человек для сохранения способности к продуктивной деятельности в ситуации эмоциональной нагрузки; для обеспечения оптимального контроля над побуждениями и эмоциями; для поддержания эмоционального возбуждения на оптимальном для него уровне.

#### Методы исследования

Для изучения особенностей РЭ был разработан диагностический комплекс, включающий экспериментальное моделирование эмоциональной нагрузки в условиях применения процедуры оценки уровня притязаний (УП) с регистрацией таких параметров УП, как

высота, устойчивость и адекватность; показателей мимической активности и жестикуляции; частоты смены поз и изменений тона голоса; уровня реактивной тревожности (РТ) по шкале Спилбергера-Ханина и показателей АД. Значения РТ и АД фиксировались до- и после эксперимента.

Особое место в методическом комплексе занимали приемы, направленные на проективное и психосемантическое исследование фрустрационных реакций по модифицированному нами варианту теста Розенцвейга (Первичко, 1996; Zinchenko, Pervichko, 2014). В качестве основных показателей регистрировались: 1) количество ситуаций, отнесенных участниками к разряду травматичных; 2) количество эмоциональных дескрипторов, отобранных испытуемыми для описания переживаний в этих ситуациях; 3) процентное соотношение дескрипторов эмоций семи базовых модальностей в категориальных структурах переживаний участников исследования в отобранных ими ситуациях. Особая проективная «нагруженность» исследования задавалась изменением инструкций, в соответствии с которыми участники должны были последовательно ответить на три вопроса: А – «что бы Вы ответили в данной ситуации?»; В – «что бы Вы при этом подумали?»; С – «что надо было бы ответить, чтобы уменьшить травматическое значение ситуации?». Ответы испытуемых были подвернуты контент-анализу, который выполнялся тремя независимыми экспертами.

Обследовано 85 пациентов с «гипертонией на рабочем месте» (средний возраст  $44.7 \pm 4.3$  лет), 85 больных ЭАГ (средний возраст  $47.4 \pm 4.5$  лет) и 82 здоровых человека (средний возраст  $44.9 \pm 3.1$  лет). Длительность АГ у больных в среднем составила  $7.2 \pm 2.6$  лет и была сопоставлена в обеих группах.

#### Основные результаты исследования

##### I. Результаты выделения стратегий регуляции эмоций

По результатам качественного и статистического анализа всего массива данных эмпирически были выделены 3 класса стратегий регуляции эмоций, встречающиеся как у здоровых лиц, так и у больных ЭАГ сравниваемых групп при разрешении эмоциогенных ситуаций: I) *аффективные стратегии*; II) *когнитивно-трансформирующие стратегии*; III) *экспрессивно-коммуникативные стратегии*.

К классу аффективных стратегий РЭ были отнесены три стратегии: расширение объема эмоционально значимых событий на этапе выбора ситуаций; сужение объема эмоционально значимых событий на этапе выбора ситуаций; а также стратегия неполной и/или противоречивой представленности аффективной составляющей при восприятии выбранной ситуации.

Расширение объема эмоционально значимых событий феноменологически проявляет себя отнесением к разряду травматичных относительно нейтральных ситуаций и общими показателями выбора событий, количественно превышающими среднегрупповые на первом этапе выполнения модифицированного варианта методики Розенцвейга.

Сужение объема эмоционально значимых событий феноменологически представлено «неотнесением» к разряду травматичных тех ситуаций, которые оцениваются как таковые большинством участников исследования.



Более подробного описания заслуживает третья стратегия из этой группы – неполная и/или противоречивая представленность аффективной составляющей при восприятии выбранной ситуации. Феноменологически данная регуляторная стратегия проявляется в наличии вербальных реакций, демонстрирующих недостаточную значимость ситуации для испытуемого при предъявлении инструкций всех трех типов и/или «формально-закрытых» ответов, в сочетании с превышающим средние по группе показатели количества эмоциональных дескрипторов, отобранных для описания переживаний в данной ситуации. В данном случае, как и при неотнесении к разряду травмирующих наиболее объективно сложных ситуаций, провоцирующих актуализацию чувства вины и стыда, эффект регуляции эмоций достигается без активного включения механизмов когнитивного опосредствования.

Аффективные стратегии РЭ нельзя считать высоко эффективными: эффект по редукции возникшего эмоционального возбуждения является не столь существенным, при сравнении со стратегиями второго типа, о чем свидетельствует богатство признаков наличия эмоциональной напряженности у участников исследования при использовании этих стратегий, согласно данным анализа невербального поведения и психосемантического исследования.

К классу когнитивно-трансформирующих стратегий были отнесены пять стратегий: руминации и катастрофизация; сравнение и обесценивание; позитивный пересмотр; последовательная актуализация новых смыслов; трансформация переживаний с помощью юмора и метафоры. Их использование предполагает изменение когнитивной структуры переживания путем актуализации новых личностных смыслов и введения дополнительных стимулов-средств, благодаря использованию которых достигается эффект регуляции эмоций.

Руминации и катастрофизация: фокусировка на негативной стороне события, обращение к мыслям, преувеличивающим негативные аспекты произошедшего, с неспособностью «отключиться» от них и с невозможностью актуализации новых смыслов в ситуации.

Сравнение и обесценивание: обесценивание значимости события и/или нивелирование его травмирующего значения, «идущее вниз сравнение»: подчеркивание относительности произошедшего в сравнении с другими событиями («могло быть хуже»), или с другими людьми («другим еще хуже»); «не так уж это и важно»; «все равно она (ваза) старая»; «не больно-то и надо было» и т.п.

Позитивный пересмотр: выделение и актуализация позитивного значения события на основе сверхобобщения, например, «посуда бьется к счастью».

Последовательная актуализация системы новых личностных смыслов – сложный в когнитивном отношении процесс, в котором последовательно актуализируется и разворачивается система когнитивных приемов, необходимых для реструктурирования переживаний с целью снижения травмирующего значения ситуации с учетом социального контекста. Наличие этой стратегии уже само по себе свидетельствует о хорошо развитой способности к рефлексии и о доступной субъекту способности к актуализации смысловых образований разного уровня и гибкости эмоционального реагирования. Например, принятие вины на себя при вербальном ответе с включением «смягчающих обстоятельств» для снятия «эмоциональной нагруженности» ситуации. Причем в ряде случаев – при фактическом отсутствии признания вины. Смысловое содержание, которое вкладывает испытуемый в ответ, не совпадает со значением, которое

привнесено ситуацией и/ или со смыслом, который возникает у испытуемого при восприятии ситуации. Последовательная актуализация смыслов, а также возможность «отслеживания» нескольких планов разворачивающейся ситуации – отличительная особенность этой регуляторной стратегии.

Трансформация переживаний с помощью юмора и метафоры – изменение когнитивной структуры переживания, которое приводит не только к снижению интенсивности переживаемых эмоций, но к смене их модальности. Предполагает создание и использование в процессе отреагирования специфических когнитивных приемов, создающих «эффект неконгруентности» при переживании ситуации. Таким образом создается новое смысловое наполнение ситуации, в процессе чего создаются условия для построения обобщений принципиально нового типа: испытуемые демонстрируют возможность комически или трагикомически обобщить и заострить отношения и, тем самым, кардинально трансформировать переживания, возникшие в конкретной ситуации. В процессе порождения шутки создаются условия для смысловой инверсии, на этой основе достигается создание комического эффекта и, далее, с его помощью, – разрешение ситуации.

Сравнительный анализ особенностей стратегий, отнесенных к данному классу, позволяет заключить, что, при общем сходстве – использовании когнитивных приемов и процессов смыслопорождения для регуляции эмоций – они являются не равнозначными с точки зрения возможности достижения регуляторного эффекта. Стратегия «трансформация переживаний с помощью юмора и метафоры» обладает максимально выраженным эффектом РЭ: будучи использована адекватно с учетом социальных и эмоциональных нюансов ситуации, снижает как общее социальное напряжение, задаваемое содержанием ситуации, способствуя конструктивному ее разрешению, так и эмоциональную напряженность у участников диалога. Осуществляется с использованием механизма личностной рефлексии при актуализации не только ситуативных, но и ретро- и проспективных смыслов, благодаря чему и достигается возможность смысловой инверсии.

К классу экспрессивно-коммуникативных были отнесены стратегии, обеспечивающие эффект регуляции эмоций за счет изменения их экспрессивных характеристик в ситуациях социального взаимодействия. В данный класс вошли четыре стратегии: открытое выражение эмоций; подавление экспрессии эмоций, стратегия коммуникативного отреагирования, а также стратегия субъект-субъектных интерактивных трансформаций.

Известно, что выражение любой эмоциональной реакции всегда имеет коммуникативный смысл. Следовательно, регуляция эмоций, особенно в ситуациях социального взаимодействия, может эффективно осуществляться только тогда, когда субъект имеет возможность найти социально контекстные и социально одобряемые способы выражения эмоций, а также когда при решении задачи оптимизации своего эмоционального состояния он прежде всего ориентирован на оптимизацию эмоционального состояния партнера по общению.

Об открытом выражении эмоций можно говорить в том случае, когда экспрессия непосредственно отражает эмоциональное состояние субъекта. Как правило, имеет место практически полное совпадение вербальных и невербальных планов экспрессии; вербализованных и невербализуемых реакций, что проявляется минимальным расхождением между ответами в сериях А, В и С эксперимента и совпадением содержания этих ответов с данными психосеман-

тического исследования. Средства, направленные на регуляцию социального взаимодействия, не используются.

Подавление экспрессии эмоций – «невывражение» субъектом переживаний в открытом поведении. Анализ данных позволяет утверждать, что о подавлении экспрессии эмоций можно говорить тогда, когда субъект излишне жестко и неоптимально, в соответствии с искаженными смысловыми установками, использует средства знаково-символического опосредствования при решении задач социального взаимодействия. При использовании стратегии данного типа признаков эмоциональной напряженности в невербальном поведении (мимических и пантомимических проявлениях) становится больше.

В случае использования коммуникативного отреагирования эффект регуляции эмоций достигается за счет осознанного использования субъектом в коммуникативном пространстве специально вводимых им стимулов-средств при актуализации не только ситуационных, но и внеситуационных смыслов. В процессе когнитивных трансформаций создаются неспецифические для экспрессии возникшей у субъекта эмоции невербальные проявления. И невербальные, и вербальные реакции строятся субъектом таким образом, чтобы в социально приемлемой форме вызвать у партнера по коммуникации определенные эмоции. Например, в социально приемлемой форме показать, что возникшая ситуация ему неприятна, путем вызова состояния дискомфорта у партнера по общению. Эта стратегия наиболее часто используется при выражении негативных стенических эмоций, таких как гнев и презрение, при фактическом отсутствии у субъекта ресурсов и/или желания разрешить ситуацию путем снятия возникшего социального напряжения. Возможность использования данной стратегии открывается при актуализации субъектом широкой системы внеситуационных смыслов, которые не конгруэнтны задаче, которая задается инструкцией. Использование данной стратегии может иметь выраженную манипулятивную направленность, когда мотивация, задаваемая в инструкции, остается фактически не принятой, и/или когда возникающий мотив порождает систему конфликтных смыслов, следствием чего может стать не снятие, а, напротив, возрастание эмоционального дискомфорта у партнера по общению.

Стратегия субъект-субъектных интерактивных трансформаций является собой качественно иной тип регуляции эмоций. Ее использование исходно имеет выраженную интерактивную направленность и нацелено на вызов у партнера по общению противоположной, по отношению к исходной ситуации, эмоциональной реакции. Субъект действует четко в соответствии с инструкцией, задаваемой экспериментатором, его действия направлены на снятие социального напряжения. Выражаемая им эмоциональная реакция в этом случае бывает довольно целостной и непротиворечивой, в отличие от стратегии коммуникативного отреагирования, о чем свидетельствует сопоставительный анализ данных вербального и невербального планов поведения. Можно предположить, что и ответная реакция, вызываемая при этом у партнера по общению в реальных ситуациях социального взаимодействия, также будет позитивной и выразится в трансформации знака эмоциональной реакции партнера по общению с «-» на «+», что будет способствовать продуктивному разрешению ситуации и, тем самым, снятию эмоциональной напряженности у обоих участников диалога.

Анализ полученных данных позволяет сделать вывод, что все выделенные стратегии регуляции эмоций из группы экспрессивно-коммуникативных стратегий различаются с точки

зрения достигаемого с их помощью эффекта: возможности снятия эмоциональной напряженности у участников диалога в процессе социального взаимодействия. При использовании стратегии субъект-субъектных интерактивных трансформаций достигается максимальный адаптивный эффект, как с точки зрения оптимизации собственного эмоционального состояния, так и с точки зрения снятия социального напряжения в ситуации.

Выделенные стратегии РЭ были использованы для оценки особенностей РЭ пациентов с ЭАГ и здоровых лиц в эмоциогенных ситуациях.

## II. Результаты сравнительного исследования стратегий регуляции эмоций у пациентов с ЭАГ сравниваемых групп и у здоровых участников исследования

Показано, что больные ЭАГ обеих групп демонстрируют специфический комплекс особенностей РЭ при моделировании эмоциональной нагрузки, который отличает их от здоровых лиц. У них регистрируется достоверно бóльший подъем систолического АД (САД) по сравнению со здоровыми лицами (в среднем на 10 и 2 мм рт. ст. соответственно). УП этих пациентов характеризуется значимо бóльшей неадекватностью и неустойчивостью, а невербальное поведение – существенно бóльшим количеством жестов и частым изменением тона голоса, по сравнению со здоровыми лицами. Больные АГ, в отличие от здоровых лиц, слишком часто относят к разряду травматичных относительно нейтральные ситуации и выбирают бóльшее количество дескрипторов для описания переживаний. Эти факты свидетельствуют о более высокой чувствительности больных АГ, в сравнении со здоровыми лицами, к эмоциогенным ситуациям. Больные АГ обеих групп достоверно отличаются от здоровых лиц более высокой представленностью в категориальных структурах переживаний эмоций модальности «страх», и более низкой – модальности «удивление». Всем пациентам с АГ свойственно более частое использование стратегии подавления экспрессии эмоций как на этапе спонтанного (инструкция А), так и произвольного отреагирования (инструкция С).

Группа пациентов с «гипертонией на рабочем месте», по сравнению с больными АГ из второй группы, характеризуется достоверно бóльшим подъемом САД (в среднем на 16 и 4 мм рт. ст. соответственно) в ответ на эмоциональную нагрузку. Для них, по данным субъективного оценивания, характерно отсутствие увеличения РТ в процессе эксперимента, бóльшая частота неадекватности (69,4%) и неустойчивости (56,5%) УП. Их поведение отличалось менее активной жестикуляцией, менее частой сменой поз, а также более активной мимикой и более частыми изменениями тона голоса, по сравнению с больными ЭАГ. ***Психосемантическое исследование показало, что*** им свойственно максимально интенсивное в данном исследовании переживание эмоций модальностей «печаль», «гнев», «презрение» и «страх» как в ситуациях обвинения, так и в ситуациях препятствия. ***Этих пациентов*** отличает достоверно более частое использование в условиях спонтанного отреагирования (инструкция А) стратегии подавление экспрессии эмоций и достоверно более редкое – стратегии открытого выражения эмоций, в сравнении с больными ЭАГ. Кроме того, им свойственно наличие такого феномена, как увеличение частоты встречаемости стратегии открытого выражения эмоций при переходе к решению задач произвольного контроля и защиты (условие С).

Пациенты с ЭАГ достоверно отличаются от испытуемых двух других групп более частым использованием стратегий «открытое выражение эмоций» и «сравнение и обесценивание значимости события», то есть наименее когнитивно опосредованных стратегий регуляции

переживаний, в условиях спонтанного отреагирования (инструкция А). При произвольном отреагировании (инструкция С) в подгруппе больных ЭАГ на лидирующие позиции в структуре используемых стратегий выходят стратегии «субъект-субъектные интерактивные трансформации» и «последовательная актуализация новых смыслов» – оптимальные с точки зрения решения адаптационных задач. Однако частоты их использования по-прежнему оказываются более низкими, чем у представителей двух других групп. На основании полученных результатов можно заключить, что больные ЭАГ отличаются от пациентов с «гипертонией на рабочем месте» меньшим использованием когнитивно сложных стратегий. При моделировании эмоциональной нагрузки у них наиболее часто выявляется открыто тревожный тип реагирования с открытым выражением эмоций, характеризующийся увеличением РТ в ходе эксперимента, богатством поведенческих проявлений, в сочетании с приростом САД в диапазоне 4-8 мм рт. ст.

4) В структуре стратегий РЭ здоровых лиц в условиях спонтанного отреагирования (инструкция А) с наибольшими частотами представлены стратегии «последовательная актуализация новых смыслов» и «коммуникативное отреагирование»; в условиях инструкции С – стратегии «субъект-субъектные интерактивные трансформации» и «последовательная актуализация новых смыслов». Здоровые лица отличаются от больных АГ более частым использованием стратегии «трансформация переживаний с помощью юмора и метафоры» (в условиях инструкций А и С).

#### Заключение

В исследовании показано, что здоровые лица, в сравнении с больными ЭАГ обеих групп, достоверно более часто используют стратегии регуляции эмоций, более конструктивные с точки зрения решения адаптационных задач и более сложные по когнитивному содержанию. Пациенты с ЭАГ обеих групп отличаются более высокой чувствительностью к эмоциогенным ситуациям, в сравнении со здоровыми лицами.

Пациенты с «гипертонией на рабочем месте» наиболее часто прибегают к репрессии эмоций. В категориальных структурах их переживаний с большей частотой представлены дескрипторы модальностей «печаль», «гнев», «презрение» и «страх».

Больные ЭАГ с наибольшей частотой используют стратегию непосредственного отреагирования и открытого выражения эмоций.

Полученные результаты расширяют представления об этиологии и патогенезе ЭАГ; приобретают особую значимость в контексте решения профилактических, диагностических и психотерапевтических задач; позволяют обозначить новые цели для дальнейших исследований.

#### Литература

1. Падун М.А. Регуляция эмоций: процесс, формы, механизмы // Психологический журнал. – 2010. – Том 31, № 6. – С. 57-69.
2. Первичко Е.И. Состояния психической напряженности у больных с синдромом дисплазии соединительной ткани сердца. Дис. ...канд. психол. наук. М., 1996. – 261 с.

3. Тхостов А.Ш. Возможности и перспективы развития культурно-исторического подхода в клинической психологии // Наследие А.Р. Лурии в современном научном и культурно-историческом контексте: К 110-летию со дня рождения А.Р. Лурии. М.: Факультет психологии МГУ имени М.В. Ломоносова, 2012. – С. 10-36.
4. Berenbaum, H., Raghavan, C., Le, H.N., Vernon, L.L., & Gomez, J.J. A taxonomy of emotional disturbances // *Clinical Psychology: Science and Practice*. – 2003. – No. 10. – P. 206–226.
5. Blumenfeld M., Strain J.J. (eds). *Psychosomatic Medicine*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006.
6. Chandola, T., Britton, A., Brunner, E., Hemingway, H., Malik, M., Kumari, M., Badrick, E., Kivimaki, M., & Marmot M. “Work stress and coronary heart disease: what are the mechanisms?”. *European Heart Journal*, 2008. – Vol. 29, No 5. – P. 640–648.
7. Cottington E.M., Matthews K.A., Talbott E., & Kuller L. H. Occupational stress, suppressed anger and hypertension. *Psychosom. Med.*, 1986. – Vol. 48, No 3/4. – P. 249–260.
8. Denollet J. DS14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. *Psychosom. Med.*, 2005. – Vol. 67, No 1. – P. 89–97.
9. Jazaieri H., Urry H.L., & Gross J.J. Affective disturbance and psychopathology: An emotion regulation perspective // *Journal of Experimental Psychopathology*. – 2013. – Vol. 4, No. 5. – P. 584–599.
10. Jellesma F.C. Health in young people: social inhibition and negative affect and their relationship with self-reported somatic complaints. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 2008. – Vol. 29, No 2, 94–100.
11. Jonas B., Franks P., & Ingram D. Are symptoms of anxiety and depression risk factors for hypertension // *Archives of Family Medicine*. – 1997. – No. 6. – P. 43–49.
12. Julius M., Harburg E., Cottington E.M., & Johnson E.H. Anger– coping types, blood pressure, and all– cause mortality: a follow–up in Tecumseh, Michigan (1971 – 1983). // *Am. J. Epidemiologie*, 1986. – Vol. 124. – P. 220–233.
13. Garvas I., & Garvas H. Effects of eprosortan versus enelepril in hipertensive patients on the renin–angiotensine–aldosteron system and safety parameters: result from a 26–week, double–blind, multicentre study. *Cur. Med. Res. Opin.*, 1999. – Vol. 15, No 1. – P. 13–24.
14. Gross J.J., & Jazaieri H. Emotion, Emotion Regulation, and Psychopathology: An Affective Science Perspective // *Clinical Psychological Science*. – 2014. – Vol. 2, No. 4. – P. 387–401.
15. Karasek R. A. Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. // *Administrative Science Quarterly*, 1979. – Vol. 24. – P. 285-307.
16. Karasek R. Demand/Control Model: A social, emotional, and physiological approach to stress risk and acrive behaviour development. In // *Encyclopaedia of occupational health and safety*. / Ed. by J. M. Stellman. Geneva: International Labour Office, 1998. – P. 34.6-34.14.

17. Kring A.M. The future of emotion research in the study of psychopathology // *Emotion Review*. – 2010. – Vol. 2, No. 3. – P. 225–228.
18. Light KC. (2000). Environmental and psychosocial stress in hypertension onset and progression. In *Hypertension*. S. Oparil, M. Weber (Eds.). – Philadelphia, Pa: W. B. Saunders, 2000. – P. 59–70.
19. Mann S.J. Psychosomatic Research in Hypertension: The Lack of Impact of Decades of Research and New Directions to Consider. *The Journal of Clinical Hypertension*, 2012. – Vol. 14, No 10. – P. 657–664.
20. Molinari, E., Compare, A., & Parati, G. *Clinical Psychology and Heart Disease*. New York: Springer-Verlag, 2006.
21. Nabi H., Mika Kivimäki M., Batty G. D., Shipley M.J., Britton F., Brunner E.J., Vahtera J., Lemogne C., Elbaz A., & Singh-Manoux A. Increased risk of coronary heart disease among individuals reporting adverse impact of stress on their health: the Whitehall II prospective cohort study. *European Heart Journal*, 2013. – Vol. 34. – P. 2697 – 2705.
22. O'Donnell K., Brydon L., Wright C., & Steptoe A. Self-esteem levels and cardiovascular and inflammatory responses to acute stress. *Brain, Behavior, and Immunity*, 2008. – Vol. 22, No 8, P. 1241–1247.
23. Pervichko E., Zinchenko Yu., & Ostroumova O. Emotion regulation in patients with essential hypertension: subjective-evaluative, physiological, and behavioral aspects // *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. – 2014. – Vol. 127. – P. 686–690.
24. Pervichko E., Zinchenko Yu., Ostroumova O. Violations of Emotional Regulation in Patients with Stress-Induced Hypertension // *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. – 2013. – Vol. 78. – P. 295–299.
25. Stork J., Schrader J., Mann H., & Noring R. Einfluß der beruflichen Tätigkeit auf den Blutdruckverlauf über 24 Stunden // *Nieren und Hochdruckkrankheiten*. 1992. No. 10. P. 466-468.
26. Werner K., & Gross J.J. Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework. In A. Kring & D. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. New York, NY: Guilford Press, 2010. – P. 13–37.
27. Zinchenko Y., & Pervichko E. Qualitative Characteristics of Emotion Regulation Process in Adolescents with Mitral Valve Prolapse // *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. – 2014. – Vol. 146. – P. 76-82.
28. Zubcevic J., Waki H., Raizada M. K., & Paton J. F. R. (2011). Autonomic-immune-vascular interaction: an emerging concept for neurogenic hypertension. *Hypertension*. – 2011. – Vol. 57, No 6. – P. 1026–1033.

## РЕГУЛЯРНЫЕ ТВОРЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ КАК ОСНОВА НЕМЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

*Чурбанова С.М.*

Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, г. Москва

Последнее десятилетие характеризуется широким и позитивным развитием различных форм немедицинской помощи детям, оперируемых по поводу особо тяжелых соматических заболеваний. На базе общественных благотворительных фондов при стационарах открываются центры творческой реабилитации, разрабатываются модели организации внутрибольничного жизненного пространства для улучшения здоровья и повышения качества жизни молодых граждан России.

Принято считать, что феномен детства – короткая, неповторимая пора в жизни человека, чрезвычайно чувствительная к воздействиям окружающей обучающей и воспитывающей среды, а потому неудержимо требующая непрерывного, регулярного развивающего воздействия при любых обстоятельствах, в трудных жизненных ситуациях и даже в условиях госпитализации и лечения. Предложенный детскими психологами термин предметной развивающей среды детства, позволяет конкретизировать непрерывность и регулярность в оснащении воспитательно-образовательного процесса, зависимость его от содержания и уровня развития деятельности ребенка, а также возраста в учреждениях разных типов и, в том числе, в реабилитационных учреждениях для детей с особенностями в физическом, психическом и социальном развитии. Отмечается, что развивающий характер предметной среды зависит от создания специальных условий для творческой деятельности каждого ребенка (Новоселова, 2005). Развиваясь первоначально от субъективной формы через детскую игру, рисование, лепку, конструирование, словотворчество, творческая деятельность человека с возрастом может приобретать объективный характер, создавать общественно-значимый продукт, видоизменять окружающий мир. Творческая деятельность влияет на становление более высокого возрастного уровня когнитивного и личностного развития ребенка, что в свою очередь определяет представление о своей личности, своих возможностях, особенностях и значимости своего состояния здоровья для различных видов деятельности. Наличие соматического заболевания у ребенка создает своеобразную социальную ситуацию развития (Выготский, 1983), обуславливающую осознание заболевания не только в связи с его тяжестью, но и в зависимости от хода возрастного развития, специфики психологических особенностей детей и подростков. В ряде исследований было показано, что существуют определенные сензитивные периоды осознания заболевания, которые имеют возрастную отнесенность и могут сопровождаться различного рода трудностями в личностном развитии ребенка и в сфере межличностных отношений с родителями и сверстниками (Куртанова, 2004), нередко приводящие к вторичным психогенным нарушениям телесных функций (Султанова, 2000). Таким образом, характер психологической реабилитации в условиях разной тяжести соматических заболеваний в детском возрасте в современных условиях может определяться деятельностью медицинского психолога, ориентирующего на внутреннюю картину болезни детей. Однако не менее важно и оказание немедицинской помощи детям в лечебных учреждениях силами детского возрастного психолога, педагогов творческих деятельности, волонтеров на основе специальной организации внешней творческой деятельности.



Рассмотрим пример такого сотрудничества, который стал возможен в связи с инициативой благотворительного фонда «Грани таланта» по организации совместного проекта «Исцеление творчеством», который начал реализовываться с 2007 года на базе детского отделения врожденных пороков сердца (ВПС) НЦССХ имени А.Н. Бакулева. Первоначально с детьми занимались преподаватели художественной школы имени В.А. Серова, позже – воспитанники Школы рисунка и акварели художника Лии Павловой. Проект постепенно развивался, появлялись новые возможности и новые грани в его реализации. Так в 2009 году под руководством сотрудников кафедры психологии личности МГУ имени М.В. Ломоносова была создана специальная программа «Художественная работа с детьми во время лечения и реабилитации» (Айламазьян, *Вишнева, Шлягина*, 2009). Было показано, что организация регулярных творческих занятий с детьми, находящимися на лечении и реабилитации в больничной среде, имеют результативный характер, открывают возможности для преодоления тревожных состояний, улучшения настроения, укрепления веры в себя и в свои силы, дают ребенку внутренний ресурс, чтобы пережить ситуацию операции и послеоперационного восстановления, обнаруживают как терапевтический эффект творчества в изобразительной экспрессии своих соматических ощущений и психологических переживаний, так и его развивающую составляющую в отношении когнитивных и личностных возрастных новообразований. Были сформулированы некоторые рекомендации по созданию в детских больницах психологически комфортной и оздоравливающей атмосферы. Отмечалось, что решением этой задачи должны в содружестве заниматься специалисты в художественной, психологической и медицинской областях. В мировой практике показано, что применение метапредметного современного научного подхода к организации жизненного пространства детей в стационарах во многом содействует успешному лечению, реабилитации и быстрому выздоровлению ребенка. В нашей стране такая работа началась, и она связана с разработкой целостного подхода к организации пространства жизни ребенка в больнице, которое «...должно становиться пространством его развития и преодоления травмирующих ситуаций, чтобы оно не пугало и не холодило своей официальностью...»<sup>6</sup>.

С 2011 года постоянная группа волонтеров – 38 студентов Московского государственного университета дизайна и технологии – МГУДТ – регулярно занимаются изобразительной деятельностью с детьми и подростками в Центре творческой реабилитации детского отделения ВПС НЦССХ имени А.Н. Бакулева.

С 2014 года в рамках соглашения между факультетом психологии МГУ имени М.В. Ломоносова и БФ «Грани таланта» проводятся консультации специалистов факультета психологии, кафедры возрастной психологии в реализации инновационных социальных программ БФ «ГРАНИ ТАЛАНТА» на базе Центра творческой реабилитации детского отделения ВПС НЦССХ имени А.Н. Бакулева; обеспечивается организация добровольческой деятельности и производственной практики для студентов кафедры возрастной и социальной

---

6 По материалам доклада-презентации председателя правления НКО Благотворительный фонд реализации инновационных социальных программ «ГРАНИ ТАЛАНТА» Е.А. Шелег «Арт-терапия и создание оздоравливающей атмосферы – необходимые компоненты целостного подхода к лечению и реабилитации больных детей (приоритетное направление проектной деятельности фонда)» на научно-практической конференции «ИСКУССТВО – НАУКА – МЕДИЦИНА: ФЕНОМЕН АРТ-ТЕРАПИИ» 12-13 марта 2014 г., Москва.

психологии на основе занятий изобразительной деятельностью с детьми с ВПС (от 3 до 18 лет) в до- и послеоперационный периоды.

В настоящее время организована совместная деятельность студентов-психологов и волонтеров-художников с детьми с ВПС, в ходе которой обсуждаются следующие общие вопросы с целью повышения эффективности и результативности их действий:

- особенности установления контакта детей со взрослыми (с психологами, художниками) и отношение к творческой деятельности;

- организация и регуляция внешней изобразительной деятельности ребенка;

- психофизиологические и возрастно-психологические особенности детей и подростков (работоспособность, динамические характеристики – темп работы, эмоциональные реакции; развитие речи, изобразительной деятельности, оценка ребенком своих результатов);

- взаимодействие ребенка с родителем в процессе пребывания в Центре Творческой реабилитации;

- взаимодействие студентов-психологов с родителями

- взаимодействие студентов-психологов с волонтерами-художниками в совместной работе по подготовке рекомендаций по организации сопровождения искусством и творчеством детей с ВПС, находящихся на лечении и реабилитации.

В качестве основных итогов совместной деятельности студентов-психологов и волонтеров-художников можно назвать созданную ими возможность включения детей и подростков с ВПС в регулярные творческие занятия, которые на некоторое время позволяют ребенку забыть о болезни и больничной обстановке, что безусловно положительно сказывается на его настроении, снижается уровень тревоги, возникают эмоции радости. Такой вывод был сделан студентами-психологами на основе наблюдений за детьми в ходе 10 творческих сессий и сравнительного анализа детских рисунков и лепки в процессе их создания (всего было проанализировано около 120 рисунков). Были также сформулированы некоторые рекомендации для художников-волонтеров, направленные на учет психологического и возрастного своеобразия детей и подростков в ходе организации творческой изобразительной деятельности.

## Литература

1. Айламазьян А.М., Вишнева А.Е., Шлягина Е.И. Художественная работа с детьми во время лечения и реабилитации / Программа. Факультет психологии МГУ имени М.В. Ломоносова. Рукопись. М., 2009.
2. Выготский Л.С. Проблема возраста // Собрание сочинений: В 6-ти т. Т.4 Детская психология / Под ред. Д.Б. Эльконина. М., 1984. С. 244-268.

3. Куртанова Ю.Е. Личностные особенности детей с различными хроническими соматическими заболеваниями: Автореф... диссертации на соискание ученой степени канд. психол. наук. М., 2004.
4. Новоселова С.Л. Предметная среда детства развивающая. Психология развития. Словарь / Под ред. А.Л. Венгера // Психологический лексикон. Энциклопедический словарь в шести томах / Ред.-сост. Л.А. Карпенко. Под общ. ред. А.В. Петровского. М., 2005.
5. Султанова А.С. Внутренняя картина болезни подростков, перенесших операцию при врожденном пороке сердца: Автореф. дис. канд. психол. наук. М., 2000.

**Научно-практический конгресс  
«Обеспечение населения безопасными и качественными  
продуктами питания»**

## ПИТАНИЕ МАЛОИМУЩИХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

*Камбаров А.О.*

Заместитель директора ФГБНУ «Научно-исследовательский институт пищекоцентрализованной промышленности и специальной пищевой технологии»

Одним из направлений работы Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научно-исследовательский институт пищекоцентрализованной промышленности и специальной пищевой технологии» (далее – ФГБНУ НИИ ПП и СПТ) является разработка рационов питания (сухих пайков) для спецконтингентов (космонавтов, военнослужащих), а также других категорий населения Российской Федерации.

Цель доклада – обозначить проблему в области питания малоимущих семей и предоставить информацию для размышления.

Справочно.

- *общая численность населения России – 143,7 млн. человек;*
- *величина прожиточного минимума (в среднем на душу населения) взрослого населения – 7 306 руб. в месяц;*
- *численность безработных, зарегистрированных в государственных учреждениях службы занятости – 4 137 тыс. человек;*
- *численность пенсионеров, состоящих на учете в системе Пенсионного фонда Российской Федерации – 41 019 тыс. человек;*
- *средний размер назначенных пенсий – 9 918,0 руб. в месяц;*
- *величина прожиточного минимума пенсионера – 5 998,0 руб. в месяц.*

По данным статистики в настоящее время численность населения с денежными доходами ниже величины прожиточного минимума составляет **15 млн. человек (10,8 % от общей численности населения)** – это и есть малоимущее население.

В качестве одного из **индикаторов уровня жизни населения** в статистике применяется распределение денежных доходов населения, например, на квинтили, т.е. население разбивается в зависимости от величины зарплат и доходов на 20-процентные группы (квинтили).

Данные свидетельствуют о том, что только в последней квинтильной доходной группе бедные семьи имеют доходы почти равный прожиточному минимуму.

По данным НИИ питания РАМН питание бедных семей характеризуется следующими показателями.

1. Основными продуктами в бедных семьях являются хлеб, картофель и молоко. Явно видно выделение второй группы продуктов питания: овощей, фруктов и мяса, потребление которых значимо меньше, чем основной группы. При этом также видно, что в зависимости от уровня дохода значимо повышается только потребление мяса и овощей.

2. Другим значимым фактором в питании бедных семей в Российской Федерации является частота потребления пищи **в зависимости от душевого дохода**.

Чаще всего в бедных семьях потребляют хлеб и хлебопродукты (более 4 раз в день). Не менее одного раза в бедных семьях употребляют в пищу овощи, картофель, жиры, масла и молочные продукты.

3. Следующий показатель – энерготраты и потребление энергии членами бедных семей.

Рекомендованная энергетическая ценность минимального набора продуктов питания для основных социально-демографических групп населения по большинству зон Российской Федерации<sup>7</sup> установлена в размере

- мужчины – 2 730 ккал;

- женщины – 2 100 ккал.

Однако нужно учесть, что малоимущее население активно трудится и их производственная отдача не дифференцируется по квинтилям дохода. В зависимости от коэффициента физической активности и возраста нормы физиологических потребностей в пищевых веществах и энергии для различных групп населения (см. «Методические рекомендации МР 2.3.1.2432 -08 «Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации») варьируются от **2100 ккал** (для работников умственного труда) до **4200 ккал** (для работников особо тяжелого физического труда).

Что же касается потребления энергии бедными семьями, то оно значимо зависит, прежде всего, от уровня доходов, а также от возраста населения.

В результате анализа было установлено, что у женского малоимущего населения энергетическая ценность рациона существенно ниже рекомендуемой энергетической ценности минимального набора продуктов питания – 2100 ккал, **разница между крайними квинтильными группами** доходит до **423,3 ккал**. Группы мужского населения недополучают от **466 ккал** (в возраст 30-59 лет) до **1100 ккал** (в возрасте старше 60 лет), **разница между крайними квинтильными группами** доходит до **1069,7 ккал**.

**Обратите внимание на потребление энергии подростками 15-17 лет.**

---

7 Постановление Правительства Российской Федерации от 17 февраля 1999 г. N 192 «Об утверждении Методических рекомендаций по определению потребительской корзины для основных социально-демографических групп населения в целом по Российской Федерации и в субъектах Российской Федерации»

**Если сопоставлять потребление энергии у малоимущего населения с нормами физиологических потребностей в пищевых веществах для различных групп трудящегося населения, то величина недополучения энергии малоимущим населением достигает 2100 ккал.**

4. Сопоставление величин потребления основных пищевых веществ взрослым малоимущим населением с рекомендуемым количеством белков, жиров и углеводов показывает, что малоимущее население недополучает до 35 % углеводов, до 28 % белка и до 8% жиров от минимальной нормы, рекомендованной постановлением Правительства Российской Федерации 1999 г. № 192.

5. Бедные семьи создают запасы продуктов питания. Исследования НИИ питания РАМН позволили сделать вывод о том, что имеющиеся в домохозяйстве бедных семей запасы являются значимым потенциальным ресурсом удовлетворения потребностей в продуктах питания. Наличие запасов в бедных семьях обусловлено результатами труда в личном подсобном хозяйстве. Промышленные продукты закупаются оптом и по минимальным ценам.

В абсолютном выражении (в рублях) расходы на питание и на создание запасов в бедных семьях повышаются с ростом доходов.

Очевидна связь между уровнями доходов и основными параметрами здоровья. В семьях с наиболее низкими доходами сконцентрированы проявления недостаточности питания. Запасы продовольствия в этих семьях ограничены или отсутствуют, а денежные доходы не дают возможности обеспечить питание, которое могло бы поддерживать здоровье.

Все это свидетельствует о необходимости принятия мер по организации помощи бедным семьям.

В настоящее время Российская Федерация осуществляет переход к ВТО. Одним из мероприятий вхождения в ВТО является организация внутренней продовольственной помощи малоимущим слоям населения.

Международный опыт свидетельствует, что оказание внутренней продовольственной помощи малоимущим слоям населения имеет не только гуманитарное значение.

Реализация мер по организации внутренней продовольственной помощи путем стимулирования конечного потребления продуктов питания, произведенных отечественными производителями через национальные программы продовольственной помощи нуждающимся, является наиболее эффективной мерой поддержки, как АПК, так и малоимущих слоев населения, да и к тому же допустимой Соглашениями ВТО.

Президент Российской Федерации своим Указом от 30 января 2010 г. № 120 о Доктрине продовольственной безопасности определил приоритетные задачи и меры в области продовольственного обеспечения населения России. В соответствии с Доктриной в сфере повышения экономической доступности пищевых продуктов для всех групп населения предусмотрено особое внимание уделить осуществлению мер, направленных на снижение уровня бедности, обеспечение приоритетной поддержки наиболее нуждающихся слоев населения, не имеющих достаточных средств для организации здорового питания, а также на

организацию здорового питания беременных и кормящих женщин, детей раннего, дошкольного и школьного возраста, здорового питания в учреждениях социальной сферы.

В целях реализации принятых решений Минсельхозом России принята и спланирована система стратегических мер в области организации в Российской Федерации внутренней продовольственной помощи и социального питания в условиях вхождения в ВТО.

Приказом Министра сельского хозяйства Российской Федерации от 2012 г. № 666 создана рабочая группа по формированию системы социального питания и продовольственной помощи, в состав которой вошли специалисты Депагропрома Минсельхоза России, ученые и эксперты НИУ и вузов. Руководителем рабочей группы является Министр сельского хозяйства Российской Федерации.

В период работы рабочей группы проводились обсуждения международного опыта и опыта субъектов Российской Федерации в реализации механизмов адресной продовольственной поддержки населения, развития производства и товаропроводящей инфраструктуры системы социального питания, по использованию электронных карт потребителей продовольственной помощи, по разработке мер поддержки отечественных производителей и переработчиков сельскохозяйственной продукции и др.

В рамках обсуждений, проведенных на заседаниях рабочей группы, подготовлен проект «Концепции разработки мер поддержки отечественных производителей и переработчиков сельскохозяйственной продукции на основе механизмов внутренней продовольственной помощи в рамках «зеленой корзины» ВТО» (далее – Концепция).

Целью Концепции Минсельхоз России определил: «разработку мер поддержки отечественных производителей и переработчиков сельскохозяйственной продукции на основе механизмов внутренней продовольственной помощи в рамках «зеленой корзины» ВТО».

В основу Концепции Минсельхозом России заложена идея поэтапного расширения государственных гарантий (обязательств) в области внутренней продовольственной помощи нуждающимся в объемах, соответствующих рациональным нормам потребления пищевых продуктов, при этом Концепцией предусматривается апробация указанного подхода и оценка эффективности механизмов внутренней продовольственной помощи для поддержки отечественных производителей и переработчиков сельскохозяйственной продукции на основе реализации комплексных региональных «пилотных» проектов, финансируемых из федерального и региональных бюджетов, а также внебюджетных источников.

Цель «пилотных» проектов – оценка перспективности механизмов внутренней продовольственной помощи для поддержки отечественных производителей и переработчиков сельскохозяйственной продукции.

Для ее достижения Минсельхоз России предусмотрел решение следующих задач:

«- апробацию различных мер поддержки отечественных производителей и переработчиков сельскохозяйственной продукции на основе механизмов внутренней продовольственной помощи;



- апробацию механизмов, обеспечивающих прослеживаемости пищевой продукции, развитие производственной и товаропроводящей инфраструктуры, использование современных электронных платежных систем и ориентацию на отечественного товаропроизводителя;

- оценку эффективности мер поддержки отечественных производителей и переработчиков сельскохозяйственной продукции на основе механизмов внутренней продовольственной помощи».

Концепция была одобрена Министром сельского хозяйства Российской Федерации Н.В.Федоровым на выездном заседании рабочей группы 30 апреля 2013 г., которое состоялось в Республике Мордовия (с. Красное сельцо, Рузаевский муниципальный район).

В целях подготовки к реализации «пилотных» проектов Минсельхоз России выделил бюджетные средства на их финансирование, провел конкурсное рассмотрение предложений регионов России по мерам поддержки, определил наиболее перспективные и дал «старт» апробации.

В целом разработанный Минсельхозом России комплекс мер поддержки отечественных производителей и переработчиков сельскохозяйственной продукции на основе механизмов внутренней продовольственной помощи в рамках «зеленой корзины» ВТО представляется эффективным и рациональным.

Вместе с тем представляется целесообразным организовать научное сопровождение мер внутренней продовольственной помощи, проводимых Минсельхозом России.

## **ИТОГИ РЕАЛИЗАЦИИ КОНЦЕПЦИИ РАЗВИТИЯ ВНУТРЕННЕЙ ПРОДОВОЛЬСТВЕННОЙ ПОМОЩИ И РАЗРАБОТКА МЕРОПРИЯТИЙ ПО ОКАЗАНИЮ АДРЕСНОЙ ПРОДОВОЛЬСТВЕННОЙ ПОМОЩИ В САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Кудашова Н.Н.*

Министерство сельского хозяйства Саратовской области

Саратовская область с 2013 года реализует «пилотный» проект по реализации внутренней продовольственной помощи на территории области. Основными направлениями реализации проекта помощи рассматривалось обеспечение учреждений социальной сферы области сельскохозяйственной продукцией местных производителей и разработка и внедрение механизма адресной продовольственной помощи нуждающимся категориям населения.

По результатам анализа закупок продуктов питания для учреждений и организаций социальной сферы для государственных и муниципальных нужд установлено, что в основном закупаемые продукты питания произведены на территории области. Доля продукции, поставленной непосредственно производителями области, составляет 34,6% в общем объеме закупленных указанных видов продовольствия.

Основные объемы продуктов питания поставляют преимущественно посредники. В целях привлечения сельхозтоваропроизводителей к участию в закупках министерство организовало в прошедшем году семинар по вопросам организации закупок. Для повышения доступности производителей к участию в торгах внедряется «Агроплощадка» – электронная площадка для прямых продаж/закупок продовольствия для обеспечения государственных и муниципальных нужд.

В 2015 году также планируется проведение семинаров по вопросам участия производителей в торгах по обеспечению учреждений социальной сферы, в т.ч. на электронных площадках.

В целях реализации мер адресной продовольственной помощи министерством подготовлен к реализации «пилотный» проект оказания адресной продовольственной помощи семьям с детьми-инвалидами на территории Саратовской области. В настоящее время ведется работа по привлечению к участию в проекте банков.

В рамках работы межведомственной комиссии Правительства области предложено проведение акций по предоставлению незащищенным категориям граждан скидок на социально значимые продукты питания местного производства, которые в настоящее время проводятся региональными и федеральными торговыми сетями в своих магазинах. Саратовский Облпотребсоюз реализует проект «Продуктовый купон» по оказания адресной продовольственной помощи многодетным семьям и семьям с детьми-инвалидами на новом сельскохозяйственном рынке г. Саратова.

## РАЗВИТИЕ ОТРАСЛИ ДЕТСКОГО ПИТАНИЯ КАК ОСНОВА ДЛЯ СИСТЕМЫ МЕРОПРИЯТИЙ ПО СОХРАНЕНИЮ И УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО НАСЕЛЕНИЯ

*Симоненко С.В.*

Руководитель ФГБНУ «Научно-исследовательский институт детского питания»

Говоря о детском питании как о важнейшем факторе, влияющем на формирование здоровья индивидуума, следует заострить внимание на следующих трех моментах:

— отказ от грудного вскармливания, нерациональное питание беременных, кормящих матерей и детей в первые три года жизни обуславливают неблагоприятную динамику показателей состояния здоровья детей и населения в целом;

— с раннего детства у детей формируются нерациональные стереотипы пищевого поведения, которые в последующем приводят к развитию у населения хронических неинфекционных заболеваний – болезней сердца и сосудов, пищеварительной, костно-мышечной, эндокринной системы, анемий, состояний, связанных с дефицитом микронутриентов, и других;

— существующие на рынке продуктов детского питания проблемы с качеством и безопасностью продукции являются факторами неблагоприятно влияющими на здоровье подрастающего поколения.

НИИ детского питания, совместно с проектом «Росконтроль», проводит постоянный анализ ассортимента, показателей качества и безопасности продуктов детского питания, и результаты этого анализа позволяют сделать неутешительные выводы:

1. Ассортимент представленных на российском продовольственном рынке продуктов детского питания можно охарактеризовать как недостаточный, не в полной мере удовлетворяющий объективные и субъективные потребности детей, подростков, их родителей, а также системы обеспечения питанием детей в организованных коллективах.

2. Несмотря на то, что уровень качества и безопасности продуктов детского питания в целом выше, чем продуктов массового потребления, обращающихся на российском рынке, существуют отдельные проблемы, характерные именно для продуктов детского питания, связанные с недобросовестностью производителей или недостаточной квалификацией специалистов, работающих на предприятиях, вырабатывающих продукцию для детского питания.

3. Низкая культура питания в семьях, отсутствие внятной стратегии формирования рациональных пищевых привычек у детей в образовательных учреждениях, агрессивная реклама пищевых продуктов (многие из которых в принципе не совместимы с представлениями о здоровом питании), а также неудовлетворительная осведомленность педиатров в вопросах питания детей и подростков являются факторами, приводящими к неправильному формированию рациона питания значительной части населения на протяжении всей жизни индивидуума.

4. Производители пищевых продуктов не имеют достаточной мотивации для расширения производства пищевых продуктов детского питания, предприятия розничной торговли не уделяют должного внимания формированию спроса на эти продукты и обеспечению их наличия в продаже.

5. Большой удельный вес импортной продукции в данном сегменте рынка, в том числе при отсутствии отечественных аналогов, ставит под угрозу продовольственную безопасность системы детского питания и определяет условия, при которых отдельные виды продуктов детского питания становятся недоступными для многих потребителей в силу дороговизны.

6. Несмотря на то, что научные организации системы Федерального агентства научных организаций (ФАНО) сегодня проводят большую работу по разработке продуктов детского питания и технологий их производства, на все отечественные предприятия, выпускающие продукты детского питания, активно стремятся внедрять в практику последние научные разработки в данной сфере.

7. Действующие технические регламенты и стандарты сегодня не в полной мере отвечают потребностям технического регулирования в области качества и безопасности продуктов детского питания.

Остановимся подробнее на отдельных проблемах. На первый взгляд ассортимент присутствующих на рынке пищевых продуктов для детского питания кажется достаточно полным и разнообразным. Детальный анализ показывает, что очень многие необходимые продукты для детей сегодня не производятся и/или не реализуются торговыми сетями.

Начать следует с того, что во многих категориях преобладает импортная продукция – это касается, в первую очередь сухих адаптированных и частично адаптированных сухих молочных смесей для искусственного вскармливания и последующего питания детей. Даже смеси отечественного производства, как правило, выпускаются с использованием, в основном, импортных компонентов, которые лишь расфасовываются в Российской Федерации. При всем изобилии смесей, представленных в торговых сетях, лишь некоторые наименования по своему составу можно признать эквивалентными грудному молоку с учетом результатов последних исследований его химического состава.

Надо признать, что рецептуры продуктов детского питания отечественного производства вообще весьма консервативны, и это нельзя считать их достоинством. К примеру, если подавляющее большинство продуктов прикорма за рубежом сегодня производится без добавления сахара и соли, то у российских изготовителей соль или сахар в составе продуктов прикорма – не редкость. Это приводит к тому, что у детей формируются привычки неумеренного потребления этих вкусовых ингредиентов, и значительная часть населения – как в период детства, так и во взрослой жизни – потребляет значительно больше легкоусвояемых углеводов и натрия, чем это допустимо согласно принципам здорового питания и нормам физиологической потребности в пищевых веществах.

С учетом того, что вкусовые предпочтения формируются в раннем возрасте, именно формирование у детей с раннего детства привычки к умеренному потреблению вкусовых ингредиентов и насыщенных животных жиров позволит добиться существенного снижения

заболеваемости и смертности населения, причиной которых являются болезни органов кровообращения, болезни обмена веществ и другие алиментарно-зависимые заболевания. К сожалению, сегодня большинство отечественных продуктов прикорма, как уже было отмечено, содержат сахара и соли более, чем это рекомендуют нутрициологи. Отчасти это объясняется тем, что продукты прикорма выбирают для своих детей родители – при этом они пробуют их, выбирают то, что им кажется вкусным. То же самое касается и продуктов для детей более старшего возраста (например, предпочтение отдается более жирным творожным сыркам, которые кажутся массовому потребителю более вкусными). Так, например, результаты проведенных Росконтролем экспертиз детских йогуртов показали, что содержание сахара в некоторых из них (для детей старше трех лет) даже больше чем в аналогичных продуктах для взрослых потребителей.

В связи с этим, стратегия снижения содержания соли, сахара и насыщенных жиров в продуктах детского питания невозможна без масштабной разъяснительной и образовательной работы с родителями, рекламы продукции здорового питания, социальной рекламы.

Недостаточным представляется и ассортимент безмолочной продукции (каш и др. продуктов), необходимой для детей младше одного года, находящихся на грудном вскармливании, что является одной из причин отказов от грудного вскармливания и развития у детей аллергических реакций на коровье молоко.

Многие группы продуктов прикорма вообще не производятся в России. Например, невозможно найти на полках магазинов детское питание из рыбы (имеется только небольшой ассортимент рыборастворительных консервов, преимущественно импортного производства – практически все они с добавлением картофеля, что очень ограничивает использование этих продуктов в качестве прикорма для детей младше одного года). Нет и продукции специального назначения для детей дошкольного и школьного возраста (такая продукция разработана и производится, но практически все объемы вырабатываемой продукции реализуются в систему дошкольного и школьного питания, а в торговой сети продукция из рыбы для питания детей дошкольного и школьного возраста практически недоступна). Результат – дети и взрослые попросту не любят рыбу. Между тем известно, что регулярное потребление рыбы – один из важнейших факторов профилактики болезней сердца и сосудов.

Как недостаточно широкий можно охарактеризовать и ассортимент продукции для дошкольников и школьников – как правило, тот небольшой ассортимент специализированных продуктов для этой категории потребителей, который выпускается нашей промышленностью, расходуется по детским садам и школам, а в розничной торговле уже не появляется, поэтому продукты эти сегодня практически незнакомы широкому кругу потребителей, и необходима целенаправленная работа с торговыми сетями на предмет присутствия в торговле продуктов для питания детей дошкольного и школьного возраста.

Особой возрастной группой детей, продукты для которых сегодня присутствуют на рынке в весьма небольшом количестве, являются дети в возрасте от 1 года до 3-х лет, которому соответствует младшая группа детского сада. Законодательство предъявляет к ним требования безопасности, аналогичные требованиям к продуктам прикорма, между тем спрос на них со стороны потребителей практически не сформирован, в результате чего у производителей нет мотивации их производить, а у торговли – обеспечивать их реализацию.

Отдельная проблема – это присутствие на рынке продуктов с названиями «Кроха», «Малютка» и т. п., которые по своему составу, пищевой ценности и показателям не соответствуют требованиям к детскому питанию. Встречаются и товары (особенно часто – в категории мучных кондитерских и хлебобулочных изделий) с названиями «Детские», содержащие кондитерские жиры, маргарины, консерванты и прочие ингредиенты, которым на самом деле не место в продукции для детей. Не редкость и продукция с откровенно детским дизайном упаковки и явно недетским содержанием.

В плане расширения ассортимента продукции для детского питания необходима разработка стандартов на продукцию детского питания – большинство таких продуктов сегодня выпускается по техническим условиям изготовителей. Связано это с тем, что на многие виды продукции такие стандарты отсутствуют, а на многие – безнадежно устарели.

В частности, необходима разработка стандартов на следующие виды продуктов: молочную продукцию для детей всех возрастных групп; детское питание из рыбы; продукцию из нерыбных объектов промысла для детей; соусы (овощные, молочные, майонезные) для детей дошкольного и школьного возраста; напитки для питания детей старше трех лет; сухие завтраки, булочные изделия, кондитерские изделия, кулинарную продукцию для дошкольников и школьников (готовые блюда и полуфабрикаты).

Дальнейшая стратегия вывода на рынок продуктов для питания дошкольников и школьников должна, с одной стороны, основываться на особенностях вкусового восприятия, сложившихся у данной возрастной категории потребителей в настоящее время, а с другой стороны – должна преследовать цель корректировки нерационального пищевого поведения. Подобная двойственность подхода достигается планомерным постепенным снижением содержания сахара и соли в пищевых продуктах, использованием неострых специй и других натуральных вкусо-ароматических компонентов и некоторых технологических приемов, делающих вкус продуктов со сниженным содержанием сахара и соли более насыщенным, богатым. Повысить привлекательность продуктов таких может необычный внешний вид, текстура продукта, тщательно проработанный дизайн индивидуальной упаковки.

В качестве дополнительной задачи по организации здорового питания детей и подростков необходима разработка (составление) иллюстрированных сборников рецептов блюд, кулинарных изделий, булочных и научных кондитерских изделий для дошкольного и школьного питания – причем в двух вариантах: для использования в системе организованного дошкольного и школьного питания и для родителей.

Освоение промышленностью производства новых продуктов детского питания должно осуществляться с учетом богатых традиций отечественных пищевых технологий и особенностей национальной кулинарии народов России, учитывать необходимость замещения любимых многими детьми с раннего возраста продуктов с не самыми благоприятными пищевыми характеристиками (снежков, газированных напитков, сосисок и т. п.).

При выводе на рынок новых продуктов для детского питания приходится учитывать тенденции, сложившиеся сегодня в области общественного мнения (и по возможности стараться повлиять на них). В частности, существенно ограничивают возможности создания новых функ-

циональных продуктов с оптимизированной пищевой ценностью носящие характер предрас-судков представления массового потребителя, а именно, негативное отношение потребителей:

– к соевому маслу, соевому белку, которые отличаются высоким содержанием, соответ-ственно, незаменимых полиненасыщенных жирных кислот и незаменимых аминокислот;

– к пальмовому маслу (использование которого практически безальтернативно, если речь идет, к примеру, о мучных кондитерских изделиях);

– к обогащению продуктов микронутриентами, без использования которого сегодня не-возможно обеспечить требуемую пищевую ценность продуктов в части содержания витаминов и минеральных веществ;

– к любым полуфабрикатам (само слово «полуфабрикат» вызывает отторжение у многих потребителей, поэтому необходим синоним, который бы мог без ограничений использоваться в названии продуктов неполной готовности, предназначенных для использования в дошкольном и школьном питании);

– к любым консервам (которые ассоциируются в сознании потребителей как ненатураль-ная пища, но между тем представляют собой наиболее удобную и безопасную форму продукта не только для продуктов прикорма, но и для многих продуктов, предназначенных для детей более старшего возраста).

Говоря о качестве продуктов детского питания, необходимо сказать, что в целом про-блем с качеством и безопасностью у таких продуктов гораздо меньше, чем у продуктов мас-сового потребления (не детских). Об этом свидетельствуют и результаты проводимого НИИ детского питания совместно с Росконтролем анализа результатов проверок продуктов различ-ных категорий по показателям качества и безопасности. Так, лишь пятая часть проверенных продуктов детского питания была с нарушениями, которые можно квалифицировать как обман потребителей или предоставление недостоверной информации для потребителей (в среднем для всех групп продуктов удельный вес нарушений такого рода составляет более половины – 56 %). Проблем с безопасностью еще меньше – он есть у 15 % проверенных продуктов детского питания (в среднем для всех категорий продуктов нарушения требований безопасности встре-чаются в два раза чаще – в 29 % случаев).

На основании анализа ассортимента и качества продуктов детского питания можно сделать следующие основные выводы:

1. Ассортимент представленных на российском продовольственном рынке продуктов детского питания можно охарактеризовать как недостаточный, не в полной мере удовлетворяющий объективные и субъективные потребности потребителей.
2. Несмотря на то, что уровень качества продуктов детского питания в целом выше, чем уровень качества продуктов массового потребления, существуют отдельные связан-ные с качеством продукции проблемы, характерные именно для продуктов детского питания.

В плане развития сегмента рынка продуктов детского питания, повышения их качества и обеспечения гарантий безопасности перспективными представляются следующие мероприятия:

1. Выступить с инициативой по разработке и принятию технического регламента Таможенного союза на продукцию для детского питания. Просить Министерство сельского хозяйства Российской Федерации поддержать данную инициативу и организовать разработку регламента.
2. Активизировать усилия научных организаций и соответствующих технических комитетов по разработке и принятию национальных и межгосударственных стандартов на специализированную продукцию для питания детей и услуги по обеспечению питания детей и подростков в организованных коллективах.
3. Поддержать инициативу НИИ детского питания по созданию и пополнению национальной базы данных о пищевых продуктах для питания детей.
4. Научным организациям системы ФАНО, совместно с Министерством образования и науки Российской Федерации, разработать комплекс мероприятий по формированию привычек здорового питания у детей, включая внесение необходимых изменений в законодательство и разработку специальных программ для реализации в общеобразовательных организациях, проведение информационно-разъяснительной работы и социальной рекламы среди родителей.
5. Просить Министерство образования и науки совместно с НИИ детского питания и другими научными организациями разработать и утвердить рекомендации по размещению государственного заказа на закупки пищевых продуктов для организации питания обучающихся и воспитанников и услуги по организации питания в образовательных учреждениях, а также единые образовательные стандарты на программы и методики обучения детей и подростков дошкольного и школьного возраста принципам здорового питания.
6. Рекомендовать Министерству сельского хозяйства РФ разработать и принять государственную программу поддержки производства отечественными предприятиями специализированных пищевых продуктов для детского питания, в том числе для питания детей дошкольного и школьного возраста, в первую очередь в отношении ассортимента продуктов, для которых требуется импортозамещение; считать важным направлением данной программы проведение мероприятий по повышению квалификации специалистов предприятий, ответственных за качество и безопасность продукции.
7. Поддержать инициативу НП «Росконтроль» по проведению общественного контроля за качеством и безопасностью продуктов детского питания и привлечению гражданского общества к решению проблем, связанных с неудовлетворительным качеством продуктов детского питания, несоответствием их требованиям безопасности, и присутствием на рынке недобросовестных изготовителей продуктов детского питания.



8. Просить Ассоциацию компаний розничной торговли (АКОРТ) принять меры по выработке и реализации единой концепции формирования ассортимента реализуемых продуктов детского питания и спроса на эти продукты с тем, чтобы обеспечить присутствие в продаже достаточного ассортимента продуктов всех видов, включая продукцию из рыбы и специализированные продукты для питания детей дошкольного и школьного возраста.
9. Считать необходимым дальнейшее продолжение работ НИИ детского питания и других научных организаций системы ФАНО по разработке новых видов продуктов детского питания из различных видов сырья для разных возрастных категорий детей и подростков.
10. Рекомендовать средствам массовой информации уделять достаточное внимание просветительским программам по вопросам здорового питания, предназначенных для детей и их родителей.

## ЖИР КАК КОМПОНЕНТ РАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ

*Султанович Ю.А.*

д.х.н., профессор, председатель комиссии по техническому регулированию Масложирового союза России

Растительные масла являются одними из базовых продуктов питания, входящими в ежедневный рацион россиян и удовлетворяющими потребность организма человека в жирах.

В соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения содержание жира в питании не должно превышать 35% от калорийности суточного рациона при соблюдении уровней потребления жировых компонентов, таких как насыщенные жирные кислоты, моновенасыщенные жирные кислоты, полиненасыщенные жирные кислоты семейств омега-3 и омега-6 и транс-изомеры жирных кислот.

За последние 10-15 лет было проведено значительное количество исследований, посвященных взаимосвязи потребления транс -изомеров жирных кислот и развитием различных заболеваний.

Впервые введенное в Российской Федерации законодательное ограничение содержания транс-изомеров жирных кислот в масложировой продукции регулируется Техническим регламентом Таможенного союза «Технический регламент на масложировую продукцию» (ТР ТС 024/2011) и предусматривает его поэтапное снижение до 2,0% в жире содержащемся в продукте с 01 января 2018 года.

Снижение содержания транс-изомеров жирных кислот или практически полное их исключение достигается не только сочетанием различных технологических процессов модификации жиров, таких как полная гидрогенизация, переэтерификация, фракционирование и купажирование, но и за счет использования в рецептурах масложировых продуктов тропических масел в качестве замены частично гидрогенизированного жирового сырья. Однако данная замена способствует повышению содержания насыщенных жирных кислот в рационе, что также ведет к отсутствию его сбалансированности.

За последние 20 – 30 лет было осуществлено большое количество исследований, посвященных пользе для здоровья «средиземноморской диеты» – типа питания, характерного для жителей средиземноморского региона. Как известно, одним из основополагающих компонентов данного рациона является оливковое масло, богатое моновенасыщенной олеиновой кислотой.

Таким образом, масла, используемые для производства продуктов питания, должны обладать низким содержанием насыщенных жирных кислот, не содержать транс-изомеров жирных кислот, быть стойкими к протеканию окислительных процессов, обеспечивать получение конечного продукта с высокими органолептическими показателями, а также способствовать замещению импортного жирового сырья. В связи с вышеизложенным мощным потенциалом обладает высокоолеиновое, высокопальмитиновое и высокостеариновое подсолнечные масла

которые могут в определенной степени заменить тропические масла в рецептурах жиров и маргаринов.

### **Подсолнечник олеинового типа: история и перспективы**

В связи с необходимостью повышения устойчивости подсолнечного масла к окислению Солдатовым К.И. был выведен высокоолеиновый сорт из семян подсолнечника сорта Передовик. Масло, полученное из семян подсолнечника нового сорта Первенец, содержало не менее 75% олеиновой кислоты в сумме жирных кислот.

В холдинге «Солнечные продукты» в течение уже четырех сезонов собрано более 65 тысяч тонн высокоолеинового подсолнечника.

Масло, выделенного из семян высокоолеинового подсолнечника, отличается высокой окислительной стабильностью, которая в четыре раза превышает устойчивость к окислению подсолнечного масла линолевого типа.

Таблица 1 – Окислительная стабильность рафинированных дезодорированных подсолнечных масел, измеренная с помощью МАК и выраженная в часах [2]

Образец масла	C18:1, %	C18:2, %	МАК, ч
Традиционное	18	69	11
Традиционное	26	62	11
Традиционное	51	38	18
ВОМ	79	12	38
ВОМ	83	7	60
ВОМ	89	1	100

Представленные данные свидетельствуют о том, что с увеличением содержания олеиновой кислоты в масле, значительно возрастает его устойчивость к окислению.

Применение высокоолеинового подсолнечного масла при производстве пищевой продукции

В рецептуры вареных колбасных продуктов часто вводят жидкие растительные масла, богатые полиненасыщенными жирными кислотами, с целью обеспечения нормы потребления населением эссенциальных жировых компонентов. Однако высоконенасыщенные масла, к примеру, рыжиковое масло, обладают низкой окислительной стабильностью, что в значительной степени повышает риск ухудшения органолептических характеристик и сокращает срок хранения продукции. Добавление высокоолеинового подсолнечного масла холодного отжима в рецептуру сосисок в количестве 10% от массы всех ингредиентов не оказывает влияния на органолептические показатели продукта и способствует замедлению процесса порчи жировой фракции по сравнению с традиционным рафинированным дезодорированным подсолнечным маслом горячего отжима [1].

В составе сырного продукта жир отвечает как за формирование вкусоароматического букета, так и за его консистенцию, обуславливая маслянистость и эластичность теста.

Использование нетрадиционных видов сырья – растительных жиров и масел позволяет не только сгладить сезонный характер производства, снизить себестоимость продукции, но и создать новые виды сырных продуктов, в том числе диетического и лечебно-профилактического назначения, обладающие повышенной пищевой и биологической ценностью, сбалансированным жирнокислотным составом.

Органолептические, физические и структурно-механические свойства взбитого замороженного десерта с добавлением молока и молочных продуктов в значительной степени зависят от физико-химических характеристик используемого жира.

Канадскими учеными было изучено влияние содержания твердых триглицеридов на структуру замороженных десертов жирностью 10%, в рецептуру которых входили пальмоядровый стеарин и высокоолеиновое подсолнечное масло. Было обнаружено, что содержание жидкого масла, расположенное в интервале от 20 до 40%, способствует получению замороженного десерта, отличающегося высокой устойчивостью к таянию, наличием пузырьков воздуха высокой степени дисперсности [3].

В рамках аналогичного исследования было установлено, что жировая смесь, состоящая из 75% пальмоядрового стеарина и 25% высокоолеинового подсолнечного масла, обеспечивает оптимальную степень дестабилизации жира, хороший профиль таяния и высокие органолептические характеристики замороженного десерта.

При конструировании жировой основы спредов, обладающей сбалансированным жирнокислотным составом и не содержащей транс-изомеров непредельных жирных кислот, наряду с тропическими маслами, их фракциями, переэтерифицированными жирами используются жидкие растительные масла. В рецептуре спредов высокоолеиновое подсолнечное масло является источником мононенасыщенной олеиновой кислоты и заменяет оливковое масло благодаря сходному жирнокислотному составу. В свою очередь, высокая устойчивость к окислению обеспечивает продление срока хранения масложирового продукта.

Майонезы и майонезные соусы являются популярными продуктами питания и формируют рынок, являющийся одним из крупнейших в мире, в связи с чем в инновационном центре холдинга «Солнечные продукты» были проведены испытания, направленные на оценку пригодности высокоолеинового подсолнечного масла для введения в рецептуры майонезов и соусов.

Исходя из полученных данных, использование высокоолеинового подсолнечного масла позволяет значительно продлить срок хранения высококалорийного майонеза даже без добавления антиоксиданта.

Жировые продукты, предназначенные для использования в хлебопечении, должны хорошо транспортироваться, дозироваться, хорошо эмульгироваться.

Всем этим критериям отвечает высокоолеиновое подсолнечное масло, но ввиду того что отличается от обычного подсолнечного масла по своим физико-химическим свойствам (плотность, вязкость, теплопроводность, жирнокислотный состав) совместно с ФГБНУ НИИХП было проведено исследование, посвященное влиянию высокоолеинового подсолнечного масла (ВОМ) на качество хлебобулочных изделий и сушек, с установлением степени воздействия его на ход технологического процесса и обеспечения свежести продукции в процессе хранения.

Органолептические показатели булочных изделий без сахара, приготовленных безопасным способом, с увеличением дозировки ВОМ с 1 до 7 % от массы муки не изменялись, а при последующем увеличении наблюдалась более крупная пористость, эластичность мякиша снижалась, а корка и мякиш имели более темный оттенок.

Булочные изделия с сахаром готовили безопасным способом. В качестве контрольных образцов были выбраны изделия, приготовленные с маргарином МТ и маслом подсолнечным рафинированным.

По результатам проведенных исследований был сделан вывод, что при добавлении ВОМ в количестве до 7 % от массы муки технологические параметры приготовления теста и физико-химические показатели качества контрольных и опытных сдобных и булочных изделий при опарном и безопасном способах тестоприготовления не различались. Вкус и запах изделий были свойственны хлебу, посторонние привкусы и запахи отсутствовали.

Высокая окислительная стабильность масла подсолнечного высокоолеинового типа делает его незаменимым при производстве хлебобулочных изделий длительного срока хранения (бараночные, сухарные изделия, соломка и т.д.).

Результаты проведенных производственных испытаний показали, что при выработке бараночных изделий из пшеничной муки с содержанием жира до 5% возможно использование высокоолеинового подсолнечного масла, поскольку обеспечиваются соответствующие требованиям ГОСТ Р 53882-2010 органолептические и физико-химические показатели.

Исследование органолептических и физико-химических показателей соломки сладкой, вафельных хлебцев, в рецептуры которых было введено высокоолеиновое подсолнечное масло, и приготовленных в производственных условиях, также подтвердили сроки хранения 180 суток при соблюдении оптимальных условий хранения.

Мучные кондитерские изделия представляют собой пищевые продукты, для производства которых наряду с сахаром используется мука, а содержание жира колеблется в интервале от 5 до 40%.

С целью изучения возможности использования высокоолеинового подсолнечного масла при производстве сахарного печенья (содержание жира в печенье – более 20%) и установления срока хранения изделий были проведены производственные испытания с выработкой экспериментальных образцов. В качестве контроля выступало сахарное печенье, произведенное на основе пальмового масла. Опытные образцы были произведены с 50% и 100% заменой пальмового масла на высокоолеиновое подсолнечное масло.

Оценка органолептических характеристик и контроль физико-химических показателей осуществлялась в течение 6 месяцев.

Согласно результатам проведенного исследования рекомендуется до 50% рецептурного количества жирового продукта заменять на высокоолеиновое подсолнечное масло, что позволит также снизить энергетические затраты на расплавление жира.

Кроме того, подсолнечное масло высокоолеинового типа можно вводить в рецептуры других мучных кондитерских изделий, таких как бисквитные изделия, обладающие большой

популярностью среди потребителей. В инновационном центре холдинга «Солнечные продукты» разработаны ТУ 9136-007-70326177-2013 «Кексы и рулеты», в ассортимент которых включены маффины с высокоолеиновым подсолнечным маслом.

Таким образом, использование высокоолеинового подсолнечного масла при производстве различных хлебобулочных и мучных кондитерских изделий позволяет не только снизить себестоимость продукции, но и уменьшить содержание насыщенных жирных кислот и снизить или полностью исключить наличие транс-изомеров.

В кондитерских изделиях на основе какао и жировых начинках наряду с какао-маслом традиционно используются специализированные жиры. Использование данных жиров связано как с неурожаем и ростом цен на масло какао, так и с необходимостью придания конечному продукту определенных свойств.

Полученные нами результаты свидетельствуют о возможности использования высокоолеинового подсолнечного масла в рецептурах специализированных жиров для производства кондитерских изделий.

Технология жарки во фритюре – это вид кулинарной обработки, широко используемый на предприятиях общественного питания и других пищевых производствах и заключающийся в частичном или полном погружении обжариваемого полуфабриката в разогретый фритюрный жир и доведении его до готовности при определенном температурном режиме в течение заданного промежутка времени.

Высокоолеиновые масла сочетают в себе необходимые для фритюрного жира функциональные характеристики наряду с соответствием требованиям здорового питания.

В инновационном центре холдинга «Солнечные продукты» были проведены испытания пригодности высокоолеинового подсолнечного масла для жарки во фритюре в сравнении с традиционным маслом подсолнечным рафинированным дезодорированным вымороженным (РДВ).

Анализ полученных данных позволил сделать вывод, что при жарении в течение 13 часов в обычном подсолнечном масле РДВ накапливается в 2,3 раза больше вторичных продуктов окисления (по анизидиновому числу) по сравнению с ВОМ.

Масла, полученные из других гибридов и сортов подсолнечника с измененным жирнокислотным составом

Перспективными видами масличного сырья, помимо подсолнечника высокоолеинового типа, являются высокопальмитиновые, высокостеариновые сорта и гибриды, использование которых для нужд пищевой промышленности позволит решить актуальную задачу настоящего времени, заключающуюся в производстве низкоокисленных, устойчивых к окислению, не содержащих транс-изомеров жирных кислот масел, жиров и жировых продуктов.

Высокопальмитиновое подсолнечное масло

В то время как типичное содержание пальмитиновой кислоты (С16:0) в сортах и гибридах подсолнечника составляет около 7,0% от суммы жирных кислот, высокопальмитиновый

гибрид подсолнечника отличается повышенным содержанием олеиновой (**более 50%**) и пальмитиновой жирных кислот (более 25%) и пониженным содержанием диненасыщенной линолевой кислоты.

#### Высокостеариновое подсолнечное масло

Гибрид «Nutrisun» был выведен совместно компанией Advanta, Аргентина и CSIC (Государственный научно-исследовательский совет), Испания методами традиционной селекции (без использования ГМО-технологии).

Масло, выделенное из гибрида Nutrisun, содержит в своем составе 18% стеариновой и 70% олеиновой кислот. Наряду с наличием уникальных физико-химических и функциональных свойств оно является полезной для здоровья альтернативой частично гидрогенизированным жирам<sup>8</sup>.

Низкое содержание полиненасыщенных жирных кислот обуславливает высокую окислительную стабильность масла «Nutrisun». Устойчивость к окислению данного масла, измеренная с помощью прибора Rancimat и определенная как Индекс стабильности масла (OSI, ИСМ) при 110°C, в 1,4 раза превышает ИСМ высокоолеинового подсолнечного масла и в 6,0 раз – обычного подсолнечного масла линолевого типа.

При фракционировании масло «Nutrisun» может быть разделено на стеариновую (триглицериды составов SOS и SOO, где S – стеариновая кислота, O – олеиновая кислота) и олеиновую фракции (триглицериды составов OOO и SOO). Получение так называемых мягкого и твердого стеаринов осуществляется при варьировании технологических параметров процесса фракционирования.

Различные фракции масла «Nutrisun» рекомендованы для применения:

1. при производстве эквивалентов и улучшителей масла какао, так как является источником триглицеридов типа SOS, обладает полной совместимостью с какао-маслом, позволяет замедлить процесс жирового поседения шоколадных изделий [30];
2. при производстве кондитерских жиров для жировых начинок благодаря полной совместимости с маслом какао и возможности получения различных текстур;
3. в качестве фритюрного жира благодаря превосходной окислительной стабильности;
4. при производстве маргаринов, спредов и шортенингов в связи с отсутствием транс-изомеров жирных кислот и высокому содержанию твердых триглицеридов при температурах ниже 20°C;
5. при производстве хлебобулочных и мучных кондитерских изделий;
6. при производстве взбитых замороженных десертов<sup>1</sup>.

**Научно-практический конгресс  
«Актуальные вопросы обеспечения санитарно-  
эпидемиологического благополучия населения Российской  
Федерации»**



## ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БАКТЕРИОФАГОВ

*Акимкин В.Г., Дроздова О.М., Брусина Е.Б., Зуева Л.П., Федорова Л.С.*

ФБУН НИИ Дезинфектологии Роспотребнадзора, г. Москва

В России за последние 50 лет накоплен значительный опыт по разработке научных основ и практическому применению бактериофагов для лечения и профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП). Применение бактериофагов в эпидемиологических очагах внутрибольничных инфекций было высокоэффективно и документировано репрезентативными исследованиями многих российскими учеными – представителями различных эпидемиологических школ гг. Тбилиси, Кемерово, Санкт-Петербурга, Москвы, Нижнего Новгорода, Уфы и др. В современных условиях бактериофаги применяются для лечения и профилактики различных гнойно-воспалительных заболеваний и осложнений в хирургической практике, гинекологии и акушерстве, офтальмологии, стоматологии, комбустиологии и других областях медицины.

Одним из важных направлений применения бактериофагов является использование их для деkontаминации предметов и поверхностей в медицинских организациях. Дезинфекция биологическим методом с использованием бактериофагов наиболее целесообразна в эпидемиологически значимых специализированных отделениях медицинских организаций (отделения интенсивной терапии и реанимации, ожоговые и др.) применение химических дезинфицирующих средств в которых нередко ограничено невозможностью регулярного освобождения помещений от больных, насыщенностью этих отделений большим количеством сложных медицинских аппаратов и систем слежения за жизненно важными функциями организма пациентов. В случае распространения госпитального клона (штамма) возбудителя инфекционного заболевания, устойчивого к химическим дезинфицирующим средствам и другим антимикробным препаратам, биологический метод дезинфекции с использованием бактериофагов является дополнительным направлением, значительно повышающим эффективность профилактических и противоэпидемических мероприятий. Обязательным условием эффективности фагирования является чувствительность возбудителя к бактериофагу и степень его литической активности. Препарат, содержащий адаптированные к циркулирующим штаммам бактерий фаги, всегда более эффективен по отношению к препарату без адаптации фага.

В многочисленных контролируемых наблюдениях выявлена различная эффективность при использовании бактериофагов во внешней среде. Наибольший эффект был получен при использовании синегнойного бактериофага: полная элиминация возбудителя достигалась в течение суток после однократного применения с последующим отсутствием новых случаев заболеваний внутрибольничными синегнойными инфекциями. При сальмонеллезном бактериофаге эффект элиминации из внешней среды аналогичен, в короткие сроки достигалось 15-кратное снижение заболеваемости.

# ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОЛОГИИ ОЦЕНКИ РИСКА ЗДОРОВЬЮ НАСЕЛЕНИЯ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

*Верещагин А.И., Аксенова О.И., Калиновская М.В.*

Федеральное бюджетное учреждение здравоохранения «Федеральный центр гигиены и эпидемиологии» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (ФБУЗ ФЦГиЭ Роспотребнадзора)

г. Москва

В современных условиях решение вопросов по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения осуществляется с применением методологии оценки риска здоровью населения, которая в настоящее время является одним из наиболее востребованных инструментов для получения доказательных и надежных сравнительных данных о существующих проблемах в области гигиены окружающей среды.

Внедрение методологии оценки риска здоровью населения в Российской Федерации проводилось поэтапно, по мере адаптации методики к российским условиям, ее гармонизации с международными стандартами и унификации процессов оказания услуг в области оценки риска здоровью населения, необходимых для удовлетворения основных потребностей государства.

Применение методологии оценки риска здоровью населения утверждено Постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 10.11.1997 №25 «Об использовании методологии оценки риска для управления качеством окружающей среды и здоровья населения в Российской Федерации» и Главного государственного инспектора Российской Федерации по охране природы от 10.11.1997 № 03-19/24-3483 «Об использовании методологии оценки риска для управления качеством окружающей среды и здоровья населения в Российской Федерации».

С 1999 года методика оценки риска здоровью населения внедрена в практическую деятельность органов и организаций Роспотребнадзора. В соответствии с Постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 29.07.1999 №11 «О введении в действие Временного Положения об аккредитации органов по оценке риска в Российской Федерации» деятельность, связанная с проведением работ по оценке риска для здоровья населения, осуществлялась учреждениями и организациями, аккредитованными в Системе аккредитации органов по оценке риска.

В 2013 году Система аккредитации органов по оценке риска для здоровья населения преобразована в Систему добровольной сертификации органов по оценке риска здоровью населения и зарегистрирована в Федеральном агентстве по техническому регулированию и метрологии. Образованная Система направлена на обеспечение доверия к деятельности организаций и официального признания их независимости и компетентности, соблюдение требований санитарных норм и правил, гигиенических нормативов, методов исследований и

испытаний, методических указаний, международных требований и рекомендаций при проведении работ (оказании услуг) в заявленной области оценки риска воздействия факторов среды обитания на здоровье населения.

Система добровольной сертификации органов по оценке риска здоровью населения позволяет обеспечить выполнение требований международных стандартов в области качества и оценки риска, руководств и рекомендаций, в том числе в части применения и исполнения требований (критериев) к компетентности организаций и уровня их соответствия требованиям международных стандартов (гармонизация с международными требованиями).

На сегодняшний день разработаны все необходимые документы, регламентирующие деятельность Системы, создана правовая и оценочная база.

В целях обеспечения функционирования в Системе разработаны и утверждены методические рекомендации:

«Порядок проведения сертификации организаций в Системе добровольной сертификации органов по оценке риска здоровью населения» от 20.03.2013 № ЦОС 001-13;

«Изменение №1 к МР ЦОС 001 – 13 «Порядок проведения сертификации организаций в системе добровольной сертификации органов по оценке риска здоровью населения» от 25.10.2013 № 002-13;

«Положение о Центральном органе Системы добровольной сертификации органов по оценке риска здоровью населения» от 20.03.2013;

«Положение об органе по сертификации Системы добровольной сертификации органов по оценке риска здоровью населения» от 20.03.2013;

«Положение о комиссии по апелляциям Системы добровольной сертификации органов по оценке риска здоровью населения» от 20.03.2013.

Более чем за десятилетний период использования методологии оценки риска здоровью населения на территории Российской Федерации адаптированы международные подходы оценки риска для здоровья населения, которые отражены в ряде утверждённых нормативных методических документов:

- «Руководство по оценке риска для здоровья населения при воздействии химических веществ, загрязняющих окружающую среду» Р 2.1.10.1920-04;
- «Руководство по оценке профессионального риска для здоровья работников» Р2.2.1766 – 03;
- «Определение экспозиции и оценка риска воздействия химических контаминантов пищевых продуктов на население» МУ 2.3.7.2519-09;
- «Оценка риска воздействия пестицидов на работающих» МУ 1.2.3017-12;
- «Оценка радиационного риска у населения за счёт длительного равномерного техногенного облучения в малых дозах» МУ 2.1.10.3014-12.

Издан ряд методических документов по оценке риска от воздействия факторов среды обитания, которые носят ведомственный характер, не гармонизированы с международной методологией анализа риска, а только развивают российские подходы оценки риска в части управления и информирования о риске воздействия факторов окружающей среды на здоровье населения. Методические разработки не затрагивают вопросы мониторинга рисков, осуществляемого, порою, совершенно различными организациями и ведомствами – регулирующими органами.

В последние годы изданы монографии, пособия для семинаров и справочные пособия. Раздел по оценке риска впервые вошёл в учебник «Гигиена» для студентов медицинских ВУЗов.

Федеральным законом от 30 марта 1999 г. №52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» для обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения предусмотрено проведение социально-гигиенического мониторинга. Начиная с 2006 года Постановлением Правительства Российской Федерации от 02.06.2006 г. №60 «Об утверждении Положения о проведении социально-гигиенического мониторинга» регламентировано применение оценки риска для здоровья населения с целью выявления причинно-следственных связей между состоянием здоровья населения и воздействием факторов среды обитания. Следует отметить, что показатели, официально включённые в федеральный и региональные информационные фонды социально-гигиенического мониторинга, позволяют на сегодняшний день выполнять работы по оценке риска здоровью от воздействия факторов среды обитания.

Анализ показал, что с 2006 года выполнено свыше 1700 работ по оценке риска здоровью населения, в том числе от ингаляционного воздействия, загрязнения почвы, воды и водных объектов, пищевых продуктов, от воздействия производственного фактора (рис.1).

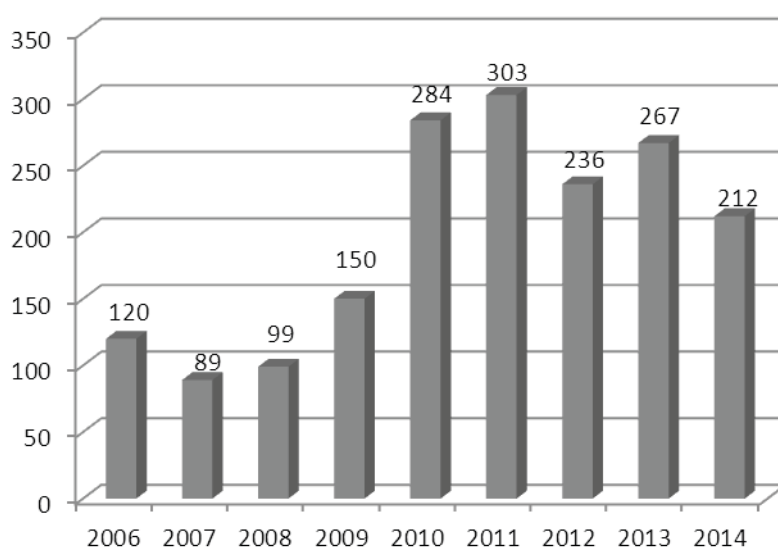


Рис. 1. Динамика проведённых работ по оценке риска здоровью населения в 2006-2014 гг.

Активизация работ по оценке риска здоровью населения отмечена с 2009 года. Наибольшее количество работ выполнено в 2010 году -284, в 2011 году – 303, в 2013 году – 267 (рис.1). Это связано, в первую очередь с принятием Постановления Главного Государственного санитарного врача Российской Федерации от 25 сентября 2007 года «О введении в действие новой редакции санитарно – эпидемиологических правил и нормативов СанПиН 2.2.1./2.1.1.1200-03 «Санитарно-защитные зоны и санитарная классификация предприятий, сооружений и иных объектов».

Наибольшее число работ по оценке риска здоровью населения проводится от воздействия атмосферного воздуха. Так, ежегодно, в среднем от 75 до 254 работ проводится от воздействия атмосферного воздуха, по оценке риска от загрязнения воды и водных объектов – по 8 работ, по оценке комплексного многофакторного риска – 7 работ; от загрязнения почвы и химического загрязнения пищевых продуктов – по 1 работе.

Из всех работ около 90% проводилось для обоснования проектных решений при расчётах границ санитарно-защитных зон.

Для обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления ежегодно принимается более полутора тысяч управленческих решений по устранению выявленных по результатам ведения СГМ и оценки риска здоровью населения вредных воздействий факторов среды обитания на человека.

В последние годы наибольшее число управленческих решений по результатам СГМ и оценки риска принято в Свердловской, Новосибирской, Калининградской, Воронежской, Оренбургской и Иркутской областях, Пермском, Приморском и Красноярском краях.

Из общего количества принятых управленческих решений около 50% составляют решения в рамках региональных целевых программ по профилактике массовых неинфекционных заболеваний в связи с воздействием факторов среды обитания, а менее 10% – в рамках результатов работ по оценке риска здоровью населения.

Наибольшее количество управленческих решений по результатам работ по оценке риска здоровью населения принято в Воронежской области (39%), Свердловской области (33%), Пермском крае (10%), Кемеровской области (5%). Практически все принятые управленческие решения, разработанные в рамках результатов работ по оценке риска, направлены на снижение риска от влияния выбросов промышленных предприятий.

Результаты социально-гигиенического мониторинга и оценки риска здоровью населения легли в основу ряда муниципальных программ, в том числе: «Развитие транспортной системы г. Воронеж» на 2014-2020 годы; «Охрана окружающей среды г. Липецка на 2014-2016 гг.»; «Охрана окружающей среды в городе Оренбурге» на 2014 – 2016 годы; «Развитие и содержание муниципальной инфраструктуры в Нижнесергинском муниципальном районе на 2014-2016 годы»; «Охрана окружающей среды города Магнитогорска» на 2011 – 2015 годы»; «Строительство и реконструкция автомобильных дорог общего пользования местного значения в городе Магнитогорске на 2012-2014 годы».

На основе анализа данных СГМ и оценки риска разработаны мероприятия, направленные на улучшение водоснабжения населённых мест в Иркутской, Липецкой, Московской и Свердловской областях, Республике Алтай, Приморском крае. Реализованы мероприятия в рамках муниципальных и государственных целевых программ «Чистая вода» в Красноярском, Камчатском и Приморском краях; Челябинской, Калужской, Кемеровской, Липецкой, Волгоградской, Курганской, Нижегородской и Свердловской областях; Республиках Бурятия, Мордовия и Кабардино-Балкарской Республике; г. Санкт-Петербурге.

Федеральным законом от 10 января 2002 года №7-ФЗ «Об охране окружающей среды» (изм. от 21.07.2014 №219-ФЗ) с 2019 года область применения методологии оценка риска здоровью населения значительно расширяется.

Тем не менее, несмотря на очевидную перспективность применения методологии оценки риска здоровью населения и наличия положительного опыта использования ее в России, остаётся ещё ряд нерешённых вопросов. Так, необходимо правовое и методическое обеспечение, пересмотр и гармонизация не только стандартов и нормативов, но и методов контроля качества среды обитания, связанных с появлением новых научных данных и разработок в части использования их в оценке факторов среды обитания на здоровье населения и интеграции данных процессов в практическую деятельность.

## **ОБЕСПЕЧЕНИЕ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КУЛЬТУРНЫХ И МАССОВЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В ПЕРИОД ПРАЗДНОВАНИЯ 700-ЛЕТИЯ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПРЕПОДОБНОГО СЕРГИЯ РАДОНЕЖСКОГО**

*Гавриленко О.Л., Пронина Т.К.*

Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Московской области, г. Мытищи

18 июля 2014 года исполнилось 700 лет со дня рождения почитаемого во всем православном мире святого Сергия Радонежского. Он известен нам, прежде всего, как молитвенник земли русской и собиратель русских земель, сыгравший большую роль, как в духовном обновлении России, так и в ее могущественном становлении. Сергий Радонежский является создателем и основателем Троице-Сергиевой Лавры, его имя носит наш старинный город Сергиев Посад – столица православия. Троице-Сергиева Лавра – это жемчужина нашего города, его украшение и духовный центр, является действующим мужским монастырем и одновременно крупным образовательным центром, здесь размещаются Московская духовная академия и семинария.

К дате 700-летия Преподобного Сергия Радонежского готовилась вся страна. Была разработана Федеральная программа по реставрации действующих церквей на территории Лавры, памятников архитектуры, благоустройству г. Сергиев Посад. Правительством Московской области был разработан план подготовки и празднования юбилейных торжеств. В осуществлении этого плана участвовали церковные деятели и светская власть всех уровней. К работе были привлечены специалисты Управления Роспотребнадзора по Московской области, в том числе и специалисты территориального отдела.

Начиная с мая месяца, вплоть до 16 июля в ежедневном режиме работал городской штаб по подготовке празднования, а в еженедельном – областной штаб. Наши представители работали как в областном штабе, так и в городском.

Чтобы представить себе объем проведенных работ, достаточно сказать, что за этот период надо было построить временный палаточный городок на 10тыс. паломников со всей инфраструктурой, для комфортного проживания с 15 по 20 июля; городу и Лавре принять более 100тыс. человек – гостей в течение 3-4 дней, организовать проведение Крестного Хода, протяженностью 16 км, организовать круглосуточный доступ к мощам Сергия Радонежского, организовать в городской среде комфортные и безопасные условия для гостей, при проживании в гостиницах и питании в наших ресторанах (стационарных и нестационарных). В город приехало много иностранных делегаций, как церковных, так и светских из стран Германии, Италии, Словении, Греции, Белоруссии, стран Прибалтики и др. Город посетил президент Российской Федерации В.В. Путин с федеральными министрами и многочисленные иерархии православной церкви России и русской зарубежной церкви, было организовано множество приемов, в том числе праздничный обед в Лавре, на котором присутствовало около 800 человек.

Такой грандиозный размах празднования накладывал и на нас большую ответственность по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия на всех этих мероприятиях.

Для решения этих задач была проведена большая организационная работа в подготовительный период:

- На основании МР 3.1.0079/2-13 «Организация санитарно-эпидемиологического обеспечения массовых мероприятий с международным участием» разработан план санитарно-противоэпидемических мероприятий в период подготовки и проведения празднования 700-летия Преподобного Сергия Радонежского на территории Сергиево-Посадского муниципального района.

- Специалистами-эпидемиологами проведен ретроспективный анализ инфекционной заболеваемости за последние 5 лет и организован ежедневный мониторинг за инфекционной заболеваемостью на территории Сергиево-Посадского района.

- Организован эпизоотологический мониторинг природно-очаговых инфекционных заболеваний. Филиал ФБУЗ «ЦГиМО» обследовал на наличие клещей следующие территории: Хотьковский покров монастырь и прилегающую к нему территорию, маршрут следования паломников, территорию поля привала, территорию палаточного городка с прилегающей территорией; клещей – не обнаружено (все территории площадью более 100га были окошены и на них проведены 2-х кратные акарицидные обработки). Было отловлено и передано на исследование 22 особи мелких млекопитающих (мыши) – положительных находок не обнаружено. Также проведена дератизационная обработка на поле для размещения паломников.

- В г. Сергиев Посад также проводился комплекс профилактических мероприятий: благоустройство, расчистка, окашивание территорий, двукратные обработки территории отдыха и мест проведения массовых мероприятий (парки, скверы, территория дворца культуры им. Гагарина). Проведена противомаларийная обработка водоемов, расположенных в центре города (Банного, Келарского, Белого и Скитских прудов).

- Проведена корректировка комплексного плана мероприятий по санитарной охране территории Сергиево-Посадского муниципального района.

- Уточнен план перепрофилирования стационаров на случай выявления больных особо опасными инфекциями (ООИ) и массовых инфекционных заболеваний и отравлений.

- Во всех лечебных учреждениях проведены тренировочные учения по готовности к приему и оказанию медицинской помощи больным с подозрением на ООИ.

- Организовано взаимодействие с ЛПУ, медициной катастроф и штабом по подготовке и проведению празднования. Филиалом ФБУЗ выделен специальный номер телефона по приему экстренных извещений в круглосуточном режиме работы.

- В связи с прибытием иностранных гостей проведена оценка эпид.рисков в период празднования.

- Подготовлено несколько памяток для участников Крестного Хода, для паломников палаточного городка по профилактике ОКИ, ПТИ, кори, бешенству, заболеваний, передающихся через укусы клещей. Памятки были направлены в Московскую патриархию.



- Большая работа проведена с волонтерами. Их было привлечено 1453 чел., в том числе 450 студентов местных ВУЗов и средних учебных заведений. Организовано и проведено гигиеническое обучение по программе обучения волонтеров Сочи-2014.

Учитывая, что основными факторами передачи массовых инфекционных заболеваний являются питьевая вода и пища, работа службы была направлена на контроль за этими факторами.

- Был организован систематический лабораторный контроль за качеством питьевой воды как централизованных, так и нецентрализованных источников питьевого водоснабжения на всех этапах проведения праздничных мероприятий.

- Проложен временный водопровод к стенам Покровского Монастыря, проложен временный водопровод протяженностью 1км 100м в лагерь паломников, рассчитана суточная потребность питьевой воды для лагеря паломников из расчета 40 литров в сутки для гигиенических целей, приготовления пищи на 1-го паломника и 3 литра для питьевых целей (бутилированная вода).

Кроме центрального водопровода водоснабжение лагеря осуществлялось 11-ю автоцистернами по 5,6м<sup>3</sup>. Цистерны заправлялись на в/у №8 и в пожарном депо Лавры. Стоки от умывальников, душевых и бань отводились по канавам через дренаж по естественному уклону.

- Пробы отбирались в колонках по пути следования Крестного хода, в лагере паломников, в Лавре, в Покровском монастыре, в/у №8, в/у №1, в точке заправки автомашин, в самих автоцистернах. Своевременно было введено профилактическое хлорирование на в/у №8 и в накопительных емкостях в лагере паломников. Осуществлялся контроль качества воды в автоцистернах. Всего отобрано и исследовано – 70 проб воды (в том числе на остаточный хлор), пробы воды также исследовались МУП «Водоканал». Кроме этого в городе и по пути следования паломников усилен контроль за родниками. Из 20 проб, отобранных с автоцистерн, 7 – не отвечали требованиям по микробиологическим показателям, машины подвергались повторным дез.обработкам, а вода использовалась на полив дорог.

- Было обращено внимание на ЛЭП в районе поля, приготовленного для отдыха паломников в районе д.Машино. В виду низкой мощности линии, выделения охранной зоны не потребовалось. В пути следования на привале был организован питьевой режим бутилированной водой.

- Были обследованы с лабораторным контролем все водоемы в центре города и в парке Скитские пруды.

Предложенная схема планировки лагеря паломников, была нами одобрена, четкое зонирование на хозяйственную зону, жилую зону, зону приготовления и раздачи пищи, гигиеническую зону (аналогичная схема лагеря применялась в нижегородской области). В лагере было установлено 334 палатки на 30 коек каждая, 1000 умывальников, 40 душевых кабин, 2 – военных бани с душевыми установками, около 100 переносных туалетов с умывальниками. Контроль за откачкой стоков из туалетов осуществлялся ежедневно. Вода для умывальников обеззараживалась таблетками аква tabs (применяются в полевых условиях). В лагере были вывешены памятки об употреблении только бутилированной воды. Лагерь был огражден по

периметру, вокруг проложена дорога, покрытая щебнем и установлены электрические столбы. Вход в лагерь организован по пропускам паломников, при заселении лагеря осуществлялась проверка сумок, в том числе и на продукты питания. Все палатки были пронумерованы и на каждую палатку были составлены пофамильные списки проживающих (на случай возможных инфекционных заболеваний). Обед готовился на 84-х полевых кухнях. Меню нами было согласовано: рыбные супы, каша, чай, хлеб, сахар. Приготовлением пищи занимались военнослужащие, были приглашены лучшие коки Балтийского Флота. Дополнительно в лагере была организована торговля пищевыми продуктами и сувенирами. Перечень продуктов питания нами также согласован и осуществлялся контроль в ежедневном режиме.

Полевая столовая была организована на одномоментное кормление 5000 человек, питание осуществлялось в две смены с 13.00 до 15.00ч.

Питание волонтеров осуществлялось по месту их работы, в Лавре, в городке паломников через выездную торговлю Сергиево-Посадских стационарных ресторанов, в столовой администрации города.

Большая работа проводилась по организации питания в городской среде, в местах отдыха и проведения массовых мероприятий. Согласован перечень временных нестационарных кафе (летние кафе в шатрах), а также предприятий торговли – лотки мороженого, лотки с питьевыми напитками, квасные бочки. Все предприятия распределялись по зонам отдыха, выделено 13 зон, было дополнительно размещено 40 нестационарных объектов (20 объектов общего питания и 20 объектов торговли) из Сергиева Посада, Дмитрова, Ярославля, Москвы. Для всех были разработаны памятки продавца (нестационарные объекты торговли и общественного питания). С участием специалистов Роспотребнадзора с юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями проведены совещания, где прорабатывались требования к нестационарным объектам торговли, санитарно-эпидемиологические требования к таким объектам, в том числе Закон о защите прав потребителей и правила торговли. Все объекты имели вывески установленного образца, продавцы – бейджики и установленную форму одежды. В связи с регулярными изменениями списков предприятий торговли и общественного питания возникали трудности с рассмотрением меню и перечнем реализуемой продукции. В основном меню нестационарных предприятий общественного питания включало: приготовление шашлыков, сосисок, овощей на гриле, хот-догов, выпечка блинов, горячие и холодные напитки. В городе было введено ограничение по продаже алкоголя.

Город был закрыт с 16 июля по 19 июля, подвоз продуктов осуществлялся в ночное время с 01.00 до 06.00 утра. Движение специальных машин было организовано по пропускам. На перехватывающих парковках на въезде в город работали волонтеры и нестационарные объекты торговли, ассортимент согласован.

В постоянном режиме Управлением Роспотребнадзора по Московской области отработано взаимодействие с правоохранительными органами, МЧС, прокуратурой. Проведены внеплановые проверки 10 организаций общественного питания и 8 объектов торговли (обнаружены объекты торговли питьевыми напитками неясного происхождения – реализация медовухи из Курска ООО «Скель» без документов, подтверждающих качество и др. Торговля медовухой прекращена с привлечением правоохранительных органов).

Медицинское обслуживание городка паломников осуществлялось Центром медицины катастроф (Министерство здравоохранения Московской области) и приданными силами ЛПО района. На 16 июля на период проведения Крестногохода (35 тыс. участников) привлекались 4 экипажа скорой медицинской помощи. Передвижной госпиталь (полевой) работал круглосуточно, на базе районной больницы Сергиева Посада было освобождено 55 коек для госпитализации паломников и гостей (20 – терапевтических, 10 – хирургических, 15 – травматологических, 10 – инфекционных). Отменена плановая госпитализация больных с 14.07.2014г. по 20.07.2014г. В выходные дни ЛПО района работали по графику рабочего дня. За период 16.07. – 20.07.2014г. зарегистрировано 1176 обращений за медицинской помощью, в том числе 85 человек – дети до 14 лет (сердечно-сосудистая патология (инсульты, инфаркты), тепловые удары, травмы, хирургическая патология: о. аппендицит, о. холецистит, грыжа, кровотечения желудочно-кишечные). Доставка больных в ЛПО осуществлялась машинами скорой помощи и вертолётом.

Наиболее сложным оказалось медицинское обслуживание Крестногохода, где участвовало 35 тыс. человек, много пожилых людей, приехавших со всей России. Погодные условия неблагоприятны, температура выше 32°C. Были созданы велосипедные мобильные группы медиков, сопровождаемые машинами скорой помощи и медицины катастроф, около 2 тыс. паломников сошли с маршрута и были доставлены в лагерь автобусами. Кроме этого молебны в лагере проводились практически круглосуточно и были трудности в плане их медицинского обслуживания. На Красногорской площади г. Сергиева Посада проводились мероприятия с участием президента Российской Федерации и высших должностных лиц государства, в мероприятиях участвовало 20 тыс. человек.

Надо отметить, что ни одного экстренного извещения на случай выявления инфекционного заболевания или ПТИ – не поступило. Сказался результат большой коллективной работы светской и церковной власти, контролирующих органов, медицины.

«Творя память Преподобного Сергия, мы проверяем самих себя, пересматриваем свой нравственный запас, завещанный нам великими строителями нашего нравственного порядка» [В.О. Ключевский].

## О РЕЗУЛЬТАТАХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ И ФАКТОРАХ ВНУТРИШКОЛЬНОЙ СРЕДЫ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

Зайкова З.А.<sup>1</sup>, Помазкина Е.В.<sup>2</sup>, Бобкова Е.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО Иркутский государственный медицинский университет,

<sup>2</sup>ОГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр Иркутской области»,  
г.Иркутск

Здоровье детей зависит от многих факторов: эколого-гигиенических, социально-экономических, внутришкольной среды, образа жизни и др. По результатам профилактических медицинских осмотров (форма №31 «Сведения о медицинской помощи детям и подросткам-школьникам»), состояние здоровья детей и подростков-школьников ухудшается к окончанию школы по сравнению с данными осмотров, проведёнными перед поступлением в неё. Так, по данным за 2014 г., в Иркутской области уровень нарушений зрения школьников (понижение остроты зрения) увеличивается в 4 раза с 42,2 до 164,1 на 1000 осмотренных детей; нарушения осанки – в 1,6 раза с 80,1 до 127,9; сколиоз – в 6,7 раза с 10,6 до 71,4 на 1000 осмотренных детей соответственно.

Частота снижения остроты зрения у детского населения Иркутской области в 2013 г. была выше, чем в среднем по РФ, в двух возрастных группах: при переходе к предметному обучению – на 6,0 % (Иркутская область – 117,1; РФ – 110,5 на 1000 осмотренных) и перед окончанием школы в 16-17 лет – на 3,2 % (Иркутская область – 161,0; РФ – 156,0) [1].

Иркутская область по-прежнему относится к территориям «риска» из-за превышения среднероссийского уровня в 1,1-1,5 раза по частоте распространенности сколиоза и нарушений осанки среди школьников всех возрастных групп по данным профилактических медицинских осмотров за 2013 г. (рис.1).

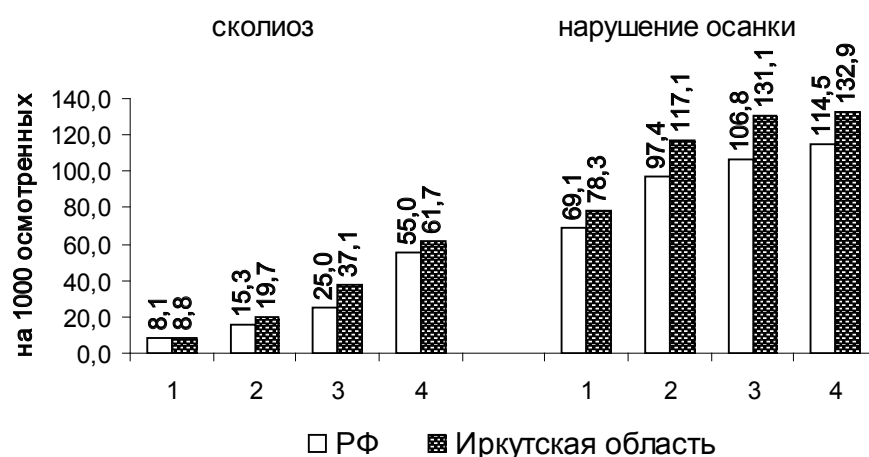


Рис.1. Показатели нарушений осанки и сколиоза среди детского населения Иркутской области и РФ в 2013 г., выявленные при профилактических медицинских осмотрах (на 1000

осмотренных; обозначения: 1 – перед поступлением в школу; 2 – после окончания 1 класса; 3 – при переходе к предметному обучению; 4 – перед окончанием школы).

Снижение остроты зрения у детей обусловлено высокой учебной нагрузкой на зрительный анализатор, повсеместной компьютеризацией и недостаточным уровнем освещённости. В 2014 г. среди обследованных детских и подростковых учреждений Иркутской области 18,6 % не отвечали гигиеническим требованиям по уровню освещённости. Данный показатель превышал общероссийский показатель в течение последних 5 лет в среднем на 3,9 %, и он не имеет чётко выраженной тенденции к снижению.

Неблагоприятное воздействие низкого уровня освещённости на здоровье подрастающего поколения усугубляется использованием мебели, не соответствующей росту-возрастным особенностям детей и не отвечающей требованиям санитарно-гигиенической безопасности. Доля детских и подростковых учреждений области, в которых мебель не соответствовала гигиеническим требованиям, резко увеличилась в среднем с 14,0 % в 2007-2011 гг. до 32,3 % в последние годы. Иркутская область входит в первую десятку неблагополучных субъектов РФ из-за проблем в оснащении общеобразовательных и дошкольных учреждений стандартной и комплектной мебелью, соответствующей росту детей [2].

По данным Иркутской области за 2007-2014 гг. определяются корреляционные связи средней силы между удельным весом детских и подростковых учреждений, в которых используется мебель, не соответствующая гигиеническим требованиям, с показателями нарушений, выявленных при профосмотрах детей: нарушениями осанки ( $r = -0,68$ ), сколиозом ( $r = -0,55$ ); между удельным весом замеров уровня освещённости в учреждениях, не соответствующих гигиеническим требованиям, и понижением остроты зрения у детей ( $r = -0,38$ ).

Несмотря на то, что вопросам охраны здоровья детей уделяется большое внимание, имеющееся неблагополучие факторов среды детских и подростковых учреждений Иркутской области не позволяет значительно улучшить состояние здоровья детей. Результаты профилактических медицинских осмотров свидетельствуют о росте нарушений здоровья школьников в процессе обучения в школе и неудовлетворительном состоянии здоровья детского населения Иркутской области.

#### Литература:

1. Основные показатели здоровья матери и ребёнка, деятельность службы охраны детства и вспоможения Российской Федерации. Статистический сборник МЗ РФ. – М., 2014. – 162с.

2. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия в Российской Федерации в 2013 году. – Государственный доклад. – М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2014. – 191с.

## **ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПОТЕРЬ, СВЯЗАННЫХ С ПОТЕНЦИАЛЬНЫМ РИСКОМ, И ПРЕДОТВРАЩЕННОГО ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ НАСЕЛЕНИЯ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ВОЗДЕЙСТВИЕМ ФАКТОРОВ СРЕДЫ ОБИТАНИЯ**

*Зайцева Н.В., Шур П.З., Голева О.И.*

ФБУН «Федеральный научный центр медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения, г. Пермь, Россия

Потребность планировать и прогнозировать, как возможные потери, связанные с потенциальным риском для здоровья, так и результаты деятельности, направленной на снижение рисков для здоровья населения, обуславливает необходимость проведения оценки фактических/ возможных/ предотвращенных потерь. В настоящее время, как правило, указанная оценка потерь предусматривает использование стоимостных характеристик в оценке потерь экономических субъектов, связанных с нетрудоспособностью человека (или сокращением этого периода). Сложность стоимостной оценки сокращения периода экономической активности обусловлена одновременным влиянием многих факторов на качественные показатели здоровья, с одной стороны, и сложность оценки эффективности деятельности для экономики в целом с другой. В случае, когда качественными показателями являются показатели здоровья, предлагается оценивать стоимостной эквивалент не самого здоровья, а предотвращенного риска для здоровья. С экономической точки зрения, необходимо оценить потенциальный недопроизведенный продукт в период нетрудоспособности и другие денежные потоки в экономике.

В ряде случаев использование математических методов и моделей позволяет выделить долю влияния отдельных управляющих действий на уровни риска здоровью.

Оценивать стоимость периода экономической активности человека (сокращение этого периода) для государства представляется возможным через влияние величины периода экономической активности на основные социально-экономические показатели (валовой внутренний продукт). Теория оценки предлагает три основных подхода: доходный, затратный и сравнительный. Так наиболее очевидным стал подход (в рамках доходного подхода в теории оценки), в основе которого оценка периода нетрудоспособности (сокращение периода нетрудоспособности) и оценивать предлагается именно его (через потери/ предотвращенные потери в производстве валового внутреннего продукта).

Алгоритм оценки опирается на принятую в РФ Методологию расчета экономических потерь от смертности, заболеваемости и инвалидизации населения (Приказ Министерства экономического развития Российской Федерации, Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Министерства финансов Российской Федерации, Федеральной службы государственной статистики от 10 апреля 2012 года № 192/323н/45н/113).

Рассмотрев указанную методологию можно сказать, что в настоящее время в оценке потерь от смертности и заболеваемости населения используется подход (в рамках доходного подхода в теории оценки), в котором население рассматривается как трудовые ресурсы государства, т.е. с точки зрения генерируемых ими будущих денежных потоков. Таким образом, в полной мере этот подход применим только для трудоспособного населения.

Для того чтобы оценить возможные потери от смертности и заболеваемости среди населения нетрудоспособного возраста, необходимо определить какую функцию в экономике выполняет данная категория граждан. Определение категории «население нетрудоспособного возраста» отличается в разных странах, но, в целом, обобщив его смысл, можно утверждать, что к нетрудоспособному (по возрасту) населению относятся люди моложе законодательно установленного трудоспособного возраста (как правило, до 16 лет) – дети, а также люди старше трудоспособного возраста (от 55-70 лет и старше) – пенсионеры. Дети – это будущее трудоспособное население, которое будет создавать ВВП в будущих периодах, будет нести определенные расходы, связанные с процессом жизнедеятельности, которые, опять же, будут генерировать платежеспособный спрос в экономике, а также формировать и разнообразить структуру ВВП. Но, кроме непосредственного участия в «производстве ВВП» «сегодняшние дети» – это «завтрашние родители», т.е. важно понимать, что человек не только выступает в качестве рабочей силы, но и воспроизводит эту рабочую силу. «Будущих детей» целесообразно учитывать для оценки потерь в случаях смерти населения женского пола моложе трудоспособного возраста. Пенсионеры – это неактивная часть населения, которая создавала ВВП в прошлых периодах. Но, в настоящем периоде пенсионеры получают различного рода пенсии, с помощью которых генерируют платежеспособный спрос в экономике. Пенсии, как разновидность межбюджетных трансфертов, выполняют не только социальную функцию (забота общества, заслуженная награда за труды), но и воспроизводятся в ВВП через ежедневные траты.

Таким образом, человек в экономике – это трудовой ресурс, ресурс для воспроизводства трудовых ресурсов и потребитель результатов экономической деятельности (обеспечивающий спрос). Следовательно, выбытие человека как субъекта экономической деятельности приведет к выбытию человека как трудового ресурса, участника воспроизводства и потребителя в экономике.

Представляется целесообразным, взяв за основу принятую в РФ методологию, скорректировать ее с учетом обозначенных дополнительных отложенных эффектов в экономике, а именно, учесть тот факт, что население – это не только трудовые ресурсы сегодня. В перспективе человек способен воспроизводить трудовые ресурсы. Иными словами не только будущий труд на благо государства, но и «будущие (потенциальные) дети» должны быть учтены при экономической оценке потерь от смертности детского населения. Кроме того, человек не только «производит», но и «потребляет». То есть, кроме того, что человек производит общественный продукт, тем самым, осуществляя вклад в его общий объем, он является потребителем в экономике (что особо актуально для понимания экономической роли неработающего населения). Рост потребления повышает спрос и ведет к росту объема ВВП. При этом расходы увеличивают объем производства на величину большую, чем объем расходов. Срабатывает мультипликационный эффект – способность расходов вызывать прирост доходов больший, чем вызвавшие этот прирост расходы.

Подходы, предложенные в «Методологии расчета экономических потерь от смертности, заболеваемости и инвалидизации населения» (преимущественно для трудоспособного населения), целесообразно дополнить оценкой отложенных эффектов для экономики. Предложенные подходы не противоречат принятым Методологическим рекомендациям, а дополняют круг объектов оценки (нетрудоспособное население) для целей государственного управления рисками для жизни и здоровья населения.

Степень детализации в расчетах может быть разной в зависимости от имеющейся информации (учитывая особенности статистического наблюдения в РФ по отдельным органам государственной власти и структурам) и сопоставимости данных (из разных источников). В тех случаях, когда нет данных по половозрастной структуре (по смертности или заболеваемости по классам заболеваний) является возможным осуществлять упрощенный расчет для всего населения, с делением на детское население, трудоспособное и население пенсионного возраста (доступная группировка по открытым данным).

Для оценки потерь от заболеваемости детского населения оцениваются потери по ВВП в части оценки периода нетрудоспособности их родителей (в доле оформленных листов нетрудоспособности).

Следующим шагом является корректировка указанных параметров с учетом демографического фактора и потребления в экономике:

- для оценки потерь ВВП (ВРП) от смертности детского населения женского пола корректировка производится на коэффициент рождаемости;

- для оценки потерь ВВП (ВРП) от смертности населения старше трудоспособного возраста корректировка производится на коэффициент потребления в экономике.

Кроме возможности оценить потери от смертности и заболеваемости населения нетрудоспособного населения в рублях ВВП, предложено дополнить оценку потерь от смертности и заболеваемости населения потерями по налоговым поступлениям (в т.ч. с выделением доли потерь федерального бюджета). Заключительный этап включает в себя оценку потерь по налоговым поступлениям в бюджеты бюджетной системы РФ (с выделением доли федерального бюджета РФ). Алгоритм оценки экономических потерь от смертности и заболеваемости нетрудоспособного населения на основе Методологии расчета экономических потерь от смертности, заболеваемости и инвалидизации населения на рис. 1. дает полную «картину» имеющихся (принятых в РФ) подходов в оценке и составляющих, предложенных для нетрудоспособного населения.

Таким образом, итогом экономической оценки потерь связанных с риском для жизни и здоровья нетрудоспособного населения (моложе и старше трудоспособного) станут следующие показатели:

- потери по ВВП (ВРП), в т.ч. с учетом отложенного эффекта;

- потери по налоговым поступлениям, в т.ч. с возможностью выделения потерь по налоговым поступлениям в федеральный бюджет.

Упрощенный вариант оценки экономических потерь по ВВП с учетом участия в воспроизводственном процессе предусматривает учет одного «нерожденного» поколения, тогда расчет будет выглядеть следующим образом:

$$P_{\text{Д}} = \text{ВВП}_{\text{расч}} \cdot q, \quad (1)$$



где:  $ВВП_{д}^*$  – потенциальные потери по ВВП по «нерожденным детям»;

$ВВП_{расч}$  – расчетный ВВП номинальный (вся жизнь «на дожитие») для данного пола;

$q$  – отношение числа рожденных детей на одного человека (на одну женщину) в соответствии с возрастной группой. Например, если в среднем женщина в РФ за свою жизнь рождает 1,5 ребенка, то коэффициент  $q$  для категории дети (женского пола) будет равен 1,5. Данная корректировка на демографический фактор производится только для детского населения женского пола.

Логика оценки потерь по ВВП с учетом участия человека в потребительском спросе строится на одном из методов расчета ВВП (согласно методологии Росстата). Метод использования доходов предполагает, что при расчете ВВП учитываются: конечное потребление, инвестиции, государственные расходы и чистый экспорт. Конечное потребление включает в себя расходы на удовлетворение конечных потребностей индивидов или общества, произведённые следующими институциональными секторами: сектор домашних хозяйств, сектор органов государственной власти (госсектор), сектор частных некоммерческих организаций, обслуживающих домашние хозяйства. Соответственно, нетрудоспособное население, даже не производя нового продукта, влияет на размер ВВП, обеспечивая потребление в экономике (в определенной части).

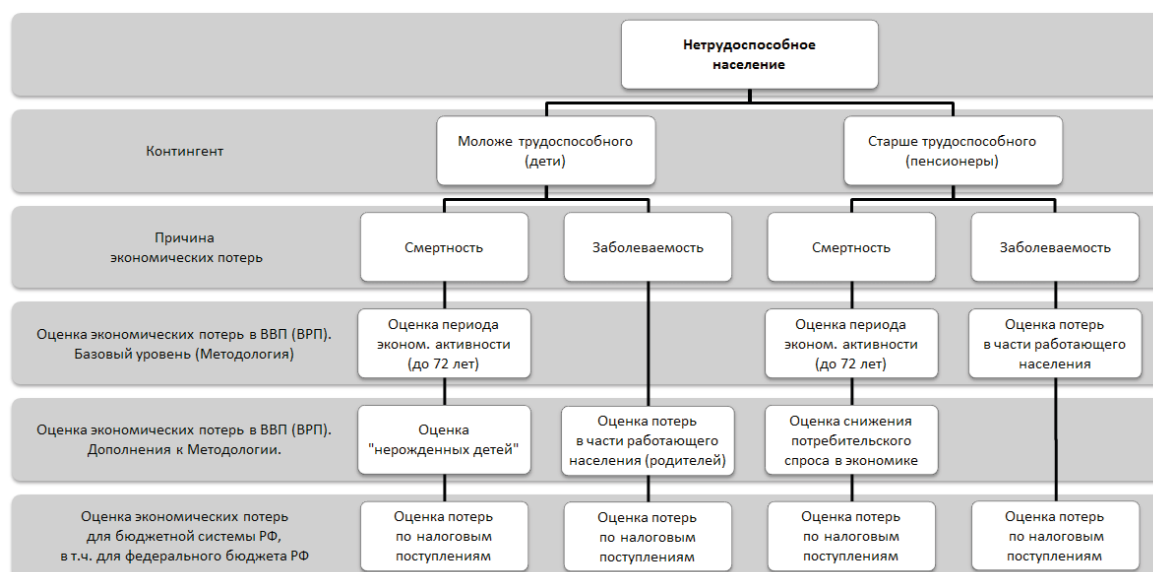


Рис. 1 Алгоритм оценки экономических потерь/ предотвращенных потерь от смертности и заболеваемости нетрудоспособного населения на основе Методологии расчета экономических потерь от смертности, заболеваемости и инвалидизации населения

Метод использования доходов предполагает, что при расчете ВВП учитываются: конечное потребление, инвестиции, государственные расходы и чистый экспорт. Конечное потребление включает в себя расходы на удовлетворение конечных потребностей индивидов или общества, произведённые следующими институциональными секторами: сектор домашних хозяйств, сектор органов государственной власти (госсектор), сектор частных некоммерческих

организаций, обслуживающих домашние хозяйства. Соответственно, нетрудоспособное население, даже не производя нового продукта, влияет на размер ВВП, обеспечивая потребление в экономике (в определенной части).

Упрощенный вариант с учетом особенностей статистического наблюдения в РФ может быть следующим:

$$ВВП_{\Pi}^* = ВВП_{расч} \cdot g, \quad (2)$$

где:  $ВВП_{\Pi}^*$  – потенциальные потери по ВВП по «с учетом потребления в экономике»

$$g = \frac{Расх\_на\_конеч\_потреб}{ВВП} \cdot \frac{Расх\_на\_конечн\_потребл\_д/x}{Расх\_на\_конеч\_потреб} \cdot \frac{Расх\_потр\_ПВгр}{Расх\_на\_конечн\_потребл\_д/x} \quad (3)$$

$ВВП_{расч}$  – расчетный ВВП номинальный<sup>9</sup>

$g$  рассчитывается по статистическим данным за последние 5 лет.

$$\frac{Расх\_потр\_ПВгр}{Расх\_на\_конечн\_потребл\_д/x}$$

– это отношение расходов на конечное потребление определенной половозрастной группы к расходам на конечное потребление домохозяйств.

Корректировка на участие в потребительском спросе применяется только для оценки потерь ВВП (ВРП) от смертности населения (в т.ч. нетрудоспособного населения), т.к. для случаев заболеваний данный подход не актуален – снижения потребления не происходит, происходит изменение структуры потребления (расходы на медикаменты и лечение).

Так, в целом, экономические потери по ВВП с учетом вероятности дожития, участия человека в воспроизводственном процессе и потребительском спросе в экономике могут быть уточнены:

$$УВС(\partial, n)_{x,s,d} = УВС_{x,s,d} + УВС(\partial)_{x,f,d} + УВС(n)_{x,s,d} \quad (4)$$

где:  $УВС(\partial, n)_{x,s,d}$  – упущенная выгода (предотвращенные потери) в производстве ВВП в результате смертности лиц в возрасте (x) пола (s) по причине смерти (d) в РФ в отчетном году с учетом вероятности дожития, рождаемости, уровня занятости и уровня потребления в экономике в результате смертности лиц;

$УВС_{x,s,d}$  – упущенная выгода (предотвращенные потери) в производстве ВВП в результате смертности лиц в возрасте (x) пола (s) по причине смерти (d) в РФ в отчетном году с учетом вероятности дожития и уровня занятости в результате смертности лиц (по Методологии приказа от 10.04.2012 г. № 192/323н.\45н.\113);

$УВС(\partial)_{x,f,d}$  – упущенная выгода (предотвращенные потери) в производстве ВВП в результате смертности лиц в возрасте (x) женского пола (f) по причине смерти (d) в РФ в отчетном году с учетом вероятности дожития, рождаемости и уровня занятости в результате смерт

$$УВС(\partial)_{x,f,d} = УВС_0 \cdot q_x \quad (5)$$

$УВС_0$  – упущенная выгода (предотвращенные потери) в производстве ВВП в результате смертности человека в РФ в отчетном году с учетом вероятности дожития (за всю продолжительность жизни) и уровня занятости в результате смертности лиц (по Методологии приказ от 10.04.2012 г. № 192/323н.\45н.\113);

$q_x$  – отношение среднего числа рожденных детей на одну женщину за период жизни начиная от возраста (x). Для  $x \leq 16$  коэффициент q равен коэффициенту рождаемости в РФ, для  $16 < x < 55$  коэффициент q равен коэффициенту рождаемости в РФ умноженному на 0,5. Где 0,5 – коэффициент, учитывающий распределение времени рождений детей в течение репродуктивного периода.

$УВС(n)_{x,s,d}$  – упущенная выгода (предотвращенные потери) в производстве ВВП в результате смертности лиц в возрасте (x) пола (s) по причине смерти (d) в РФ в отчетном году с учетом вероятности дожития и уровня занятости и уровня потребления в экономике в результате смертности лиц;

$$УВС(n)_{x,s,d} = УВС_0 \cdot g_x \quad (6)$$

$g_x$  – отношение расходов на конечное потребление лиц в возрасте (x) к ВВП в отчетном году. Для  $16 < x < 60$  у мужчин и  $16 < x < 55$  у женщин коэффициент g равен отношению среднегодовой суммы расходов на конечное потребление домохозяйств к ВВП в отчетном году. Для  $60 \leq x$  у мужчин и  $55 \leq x$  у женщин коэффициент g равен отношению среднегодовой суммы расходов на конечное потребление домохозяйств, главы которых имеют возраст 60 лет и более к ВВП в отчетном году.

Потери по налоговым поступлениям во все уровни бюджетной системы РФ от заболеваемости нетрудоспособного населения могут быть рассчитаны следующим образом:

$$УВЗН_{x,s,m} = УВЗ_{x,s,m} \cdot t_{НДС} + УВЗ_{x,s,m} \cdot R \cdot t_{НП} + (СМЗП \cdot 12 \cdot (1 - d_x) \cdot \frac{ДВН_{x,s,m} \cdot t_{НДФЛ}}{365}) / 1000$$

$УВЗН_{x,s,m}$  – предотвращенные потери по налоговым поступлениям во все уровни бюджетной системы вследствие заболеваемости лиц в возрасте (x) пола (s) по причине нетрудоспособности (m) в РФ, млн. руб.;

$УВЗ_{x,s,m}$  – предотвращенные потери в производстве ВВП вследствие заболеваемости лиц в возрасте (x) пола (s) по причине нетрудоспособности (m) в РФ, ( $УВЗД_{x,s,m}$  – для населения моложе трудоспособного возраста), млн. руб.;

$t_{\text{НДС}}$  – расчетная ставка по налогу на добавленную стоимость, доля. С учетом различных ставок по НДС в РФ, наличия специальных налоговых режимов и особенностей расчета налоговой базы  $t_{\text{НДС}} = 3,5\% (0,035)$ ;

$R$  – рентабельность деятельности организаций в РФ, доля;

$t_{\text{НП}}$  – базовая налоговая ставка по налогу на прибыль, доля;

СМЗП – среднемесячная заработная плата в отчетном году в Российской Федерации, тыс. руб.;

$d_x$  – коэффициент, соответствующий доле среднего заработка выплачиваемого как пособие по временной нетрудоспособности в соответствии со стажем работника;

$\text{ДВН}_{x,s,m}$  – число дней временной нетрудоспособности для лиц пола (s) по причине заболевания у детей (m) в Российской Федерации в отчетном году ( $\text{ДВН}(д)_{s,m}$  – при расчете для лиц моложе трудоспособного возраста);

$t_{\text{НДФЛ}}$  – базовая налоговая ставка по налогу на доходы физических лиц, доля;

12 – количество месяцев в году;

365 – число дней в году.

Предотвращенные потери по налоговым поступлениям в федеральный бюджет от заболеваемости населения рассчитываются по следующей формуле (11):

$$\text{УВЗН (ФБ)}_{x,s,m} = \text{УВЗ}_{x,s,m} \cdot t_{\text{НДС}} + \text{УВЗ}_{x,s,m} \cdot R \cdot t_{\text{НП(ФБ)}}$$

где:  $\text{УВЗН(ФБ)}_{x,s,m}$  – предотвращенные потери по налоговым поступлениям в федеральный бюджет вследствие заболеваемости лиц в возрасте (x) пола (s) по причине нетрудоспособности (m) в РФ, млн. руб.;

$t_{\text{НП(ФБ)}}$  – базовая налоговая ставка по налогу на прибыль, уплачиваемому в федеральный бюджет, доля.

Предотвращенные экономические потери по налоговым поступлениям от заболеваемости населения за отчетный год в бюджет субъекта РФ могут быть рассчитаны в соответствии с налоговыми ставками, утвержденными на территории данных субъектов РФ законами субъектов РФ.

Экономические потери по налоговым поступлениям во все уровни бюджетной системы от смертности нетрудоспособного населения рассчитывается по следующей формуле:

$$\text{УВСН}_{x,s,d} = \text{УВС}_{x,s,d} \cdot t_{\text{НДС}} + \text{УВС}_{x,s,d} \cdot R \cdot t_{\text{НП}} + \text{ЧУ}_{x,s,s} \cdot \frac{\text{ЧЗ}_{x,s}}{\text{ЧН}_{x,s}} (\text{СМЗП}_{x,s} \cdot 12 \cdot 0,5 \cdot m \cdot t_{\text{НДФЛ}} / 1000)$$

где:  $\text{УВСН}_{x,s,d}$  – потери по налоговым поступлениям во все уровни бюджетной системы в результате смертности лиц в отчетном году в возрасте (x) пола (s) по причине смерти (d) в Российской Федерации, млн. руб.;

$УВС_{x,s,d}$  – потери ВВП в результате смертности лиц в отчетном году в возрасте (x) пола (s) по причине смерти (d) в Российской Федерации ( $УВСД_{x,s,d}$  и  $УВС_{x,s,d}$  для лиц моложе и старше трудоспособного возраста соответственно), млн. руб.;

$t_{НДС}$  – расчетная ставка по налогу на добавленную стоимость, доля. С учетом различных ставок по НДС в РФ, наличия специальных налоговых режимов и особенностей расчета налоговой базы  $t_{НДС} = 3,5\% (0,035)$ ;

$R$  – рентабельность деятельности организаций в РФ, доля;

$t_{НП}$  – базовая налоговая ставка по налогу на прибыль, доля;

$СМЗП_{x,s}$  – среднемесячная заработная плата лиц в возрасте (x) пола (s) в отчетном году в Российской Федерации (для лиц моложе трудоспособного возраста – среднемесячная заработная плата), тыс. руб.;

$t_{НДФЛ}$  – базовая налоговая ставка по налогу на доходы физических лиц, доля;

$12$  – количество месяцев в году;

$0,5$  – коэффициент, учитывающий распределение смертей в течение года;

$m$  – количество лет периода дожития до 72 лет.

$1000$  – коэффициент перевода тыс. руб. в млн. руб.

Экономические потери по налоговым поступлениям в федеральный бюджет РФ от смертности нетрудоспособного населения рассчитывается по следующей формуле:

$$УВСН(ФБ)_{x,s,d} = УВС_{x,s,d} \cdot t_{НДС} + УВС_{x,s,d} \cdot R \cdot t_{НП(ФБ)} \quad (10)$$

где:  $УВСН(ФБ)_{x,s,d}$  – потери по налоговым поступлениям в федеральный бюджет в результате смертности лиц в отчетном году в возрасте (x) пола (s) по причине смерти (d) в Российской Федерации, млн. руб.;

$t_{НП(ФБ)}$  – базовая налоговая ставка по налогу на прибыль, уплачиваемому в федеральный бюджет, доля.

Таким образом, учитывая эффекты (последствия) от смертности и заболеваемости населения (в т.ч. нетрудоспособного возраста) оценка потерь/предотвращенных потерь ВВП может быть скорректирована с учетом демографического фактора и участия населения в потребительском спросе. Кроме того, предложенные подходы расширяют инструментарий оценки потерь показателями оценки потерь по налоговым поступлениям, связанным со смертностью и заболеваемостью населения или риском болезни и смерти.

## ОПЫТ РОССИИ ПО ОЦЕНКЕ И УПРАВЛЕНИЮ РИСКАМИ ЗДОРОВЬЮ НАСЕЛЕНИЯ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ ЗАГРЯЗНЯЮЩИХ ВЕЩЕСТВ С ПИЩЕВЫМИ ПРОДУКТАМИ

*Зайцева Н.В., Шур П.З., Атискова Н.Г.*

ФБУН «Федеральный научный центр медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения», Пермь

Законодательство Российской Федерации аналогично мировой практике предусматривает право потребителя на безопасность товаров, в том числе пищевых продуктов для жизни и здоровья и трактует безопасность как «состояние, при котором отсутствует недопустимый риск, связанный с причинением вреда жизни или здоровью граждан...».

На основании анализа объёма производства продукции в России, ее экспортных поставок, наличия нарушений санитарно-гигиенических требований к продукции, потребления продукции детьми и подростками выделены приоритетные для оценки безопасности группы продукции.

Первые позиции в этом перечне занимает пищевая продукция.

Основными инструментами обеспечения безопасности пищевой продукции для здоровья является система государственных технических регламентов и ассоциированных с ними государственных стандартов. К настоящему времени принято 10 регламентов на пищевую продукцию, в том числе общий технический регламент «О безопасности пищевой продукции», еще несколько в стадии обсуждения.

Особенностью обеспечения безопасности продукции для здоровья в Российской Федерации в период перехода к техническому регулированию является то, что безопасность продукции, для которой регламенты находятся в стадии разработки или планирования определяется Едиными санитарно-эпидемиологическими и гигиеническими требованиями к товарам, подлежащим санитарно-эпидемиологическому надзору (контролю).

В Российской Федерации создана государственная система оценки и управления риском продукции, обеспеченная структурно-функциональной схемой органов государственного управления.

Ведущей государственной структурой, ответственной за оценку и управление риском продукции, в том числе пищевой для здоровья является Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. В рамках этой службы в соответствии с международно признанными принципами, изложенными, например, в руководстве по процедуре Комиссии «Кодекс Алиментариус», существует функциональное разграничение оценки риска (и мер по предупреждению и минимизации риска. Функции разработки методического обеспечения и нормативно-методической базы оценки и управления рисками для здоровья возложены на научно-исследовательские учреждения Роспотребнадзора.

В рамках своих полномочий Роспотребнадзор и другие службы, ответственные за безопасность продукции могут применять такие меры управления риском продукции для здоровья как: меры административной и уголовной ответственности (при нарушении соответствующего законодательства); изъятие продукции из обращения, запрет импорта; ограничение области применения; соответствующая маркировка продукции; информирование потребителя о риске здоровью; отнесение к категории рискованных поставок.

В законодательных актах развитых стран зафиксирована обязательность применения методологии анализа риска для обеспечения безопасности пищевой продукции жизни и здоровью человека. При этом предполагается, что оценка риска основывается на имеющихся научных данных и осуществляется независимо, объективно и транспарентно.

В соответствии с «декларацией принципов, касающихся роли оценки риска в области безопасности пищевых продуктов» она должна:

- в максимально возможной степени использовать доступную количественную информацию;
- основываться на реалистичных сценариях экспозиции с учетом различных ситуаций, которые определяются политикой оценки риска;
- быть ориентирована на группы населения с высокой чувствительностью и наиболее подверженные риску;
- учитывать вероятность возникновения острых, хронических (в том числе, длительного характера), а также иных кумулятивных и/или комбинированных неблагоприятных последствий для здоровья;
- предусматривать четыре стадии оценки риска.

Этих принципов придерживаются и при оценке риска пищевых продуктов и в России.

Этапы оценки риска включают идентификацию опасности, характеристику опасности, оценку воздействия и характеристику риска. Идентификация опасности предусматривает установление конкретных факторов риска в соответствии с принципиальными сценариями воздействия, возможных нарушений здоровья населения и идентификацию контингентов риска. Оценка зависимости «доза-ответ» предполагает определение безопасных уровней воздействия для факторов, обладающих пороговостью действия, и параметризацию зависимости «экспозиция – эффект (ответ)» для факторов беспорогового действия. На этапе оценки экспозиции производится определение частоты, продолжительности и путей воздействия с использованием сценарного подхода, с учетом уровней потребления продукции (максимальный, рекомендуемый, фактический). Характеристика риска предполагает описание рисков как вероятностей отдельных эффектов с их количественной, полуколичественной или качественной характеристикой. На этом этапе осуществляется оценка допустимости уровня риска и его классификация.

Включение оценки риска в систему обеспечения безопасности товаров, помимо законодательного закрепления требует методической поддержки оценки риска.

На основании методических подходов, разработанных с учетом международно принятых принципов оценки риска, предложен порядок включения продукции в группу недопустимого риска и внесения в Информационную систему Евразийского экономического сообщества в области технического регулирования, санитарных и фитосанитарных мер и Интегрированную информационную систему внешней и взаимной торговли Таможенного союза (информационный ресурс «поставок продукции с недопустимым риском»). В категорию рискованных поставок целесообразно отнести недоброкачественную продукцию с серьезным риском здоровью, которая характеризуется уровнями риска «очень высокий» и «высокий». Уровень риска определяется с помощью оценочной матрицы (табл. 1).

Таблица 1.

Оценочная матрица уровня риска нарушения здоровья для отнесения продукции к категории рискованных поставок

Вероятность нарушения здоровья при использовании продукции		Характеристика степени тяжести нарушения здоровья		
		Средняя	Легкая	
Тяжелая				
Очень высокая	1/10	Очень высокий	Очень высокий	Высокий
Высокая	1/100	Очень высокий	Высокий	Умеренный
Средняя	1/1000	Высокий	Умеренный	Малый
Низкая	1/10 000	Умеренный	Малый	Малый

Разработанные под эгидой Федеральной службы методические подходы к оценке риска продукции для здоровья, открывают возможности использовать новые критерии для управления этим риском. Например, при использовании на этапе оценки зависимости «экспозиция – эффект» моделей, описывающих эволюцию риска, рассчитывается уровень содержания вредного агента, при котором не формируется риск выше допустимого, при различных сценариях потребления пищевых продуктов.

Одним из ведущих способов управления рисками здоровью населения на государственном уровне при поступлении с пищевыми продуктами химических веществ, в том числе остаточных количеств ветеринарных препаратов, являются гигиенические нормативы, разработанные по критериям риска здоровью. Позвольте предложить несколько примеров использования оценки риска здоровью для обоснования таких нормативов.

Предложенная Объединенным комитетом ФАО/ВОЗ по пищевым добавкам в 1998 году допустимая суточная доза антибиотиков тетрациклиновой группы при поступлении с пищевой продукцией на уровне составляет 30 мкг/кг массы тела, характеризуется высокой неопределенностью, без учета которой ее использование нецелесообразно. Установление этой величины требует дополнительных оценок риска здоровью.

При идентификации опасности установлено, что остаточное содержание этих веществ может, помимо формирования резистентности микроорганизмов, воздействовать на микрофлору кишечника, а именно на формирование ее дисбаланса. Для детей в возрасте от 1 до 11 лет с чувствительной к тетрациклину микрофлорой кишечника этот эффект рассматривается как критический.



В обосновании гигиенических нормативов безопасности по критериям риска здоровью использовались методы математического моделирования процессов пищеварения, включающие биологические механизмы формирования патологических состояний организма человека. В основе моделирования лежит представление желудочно-кишечного тракта в виде биомеханической системы, реализующей моторную, секреторную функции и функцию всасывания.

При этом для прогнозирования вероятных нарушений здоровья населения использовали моделирование нарушений функций органов и систем организма под влиянием химических и микробиологических факторов, обусловленных химическим загрязнением пищевых продуктов, в том числе содержанием остаточных количеств ветеринарных препаратов, в данном случае антибиотиков тетрациклинового ряда.

По результатам математического моделирования дан прогноз роста факультативной микрофлоры на фоне подавления облигатной микрофлоры, прежде всего бифидобактерий. Показано, что остаточные количества антибиотиков тетрациклинового ряда будут подавлять, в первую очередь, облигатную микрофлору кишечника.

Оценка экспозиции проводилась в соответствии с четырьмя сценариями экспозиции. В этих сценариях моделировалась экспозиция в условиях потребления детским населением Российской Федерации пищевых продуктов животного происхождения с тетрациклинами на уровне МДУ тетрациклина, принятом в РФ, в США, а также на максимальных остаточных уровнях, рекомендованных ВОЗ в 1990 и 1998 годах.

По результатам моделирования нарушения баланса микрофлоры в кишечнике, обусловленного остаточными концентрациями тетрациклина в пищевых продуктах при заданных сценариях, установлено, что у детей при остаточных концентрациях тетрациклина в пищевых продуктах более 10 мкг/кг (гигиенический норматив Российской Федерации), увеличивается и достигает неприемлемого уровня риск болезней органов пищеварения, дерматитов, пищевой аллергии и болезней крови. При этом увеличение риска заболеваемости детского населения Российской Федерации болезнями системы пищеварения может составить до 4% случаев, болезнями кожи – до 0,9% случаев, аллергических заболеваний – до 0,1% случаев

Одновременно разрабатываются научно-методические подходы к задачам управления риском и оценке связанного с ним экономического ущерба. Предложена шкала оценки уровня риска для задач управления, предусматривающая уровни пренебрежимо малого, умеренного, высокого, очень высокого риска. В рамках гармонизации классификации риска целесообразно предусмотреть сопоставление уровней и диапазонов риска здоровью с учетом тяжести эффектов. При принятии унифицированной классификации рисков управляющие действия при каждом уровне риска здоровью стандартизируются.

Решением Комиссии Кодекс Алиментариус допустимая суточная доза рактопамина, используемого в качестве кормовой добавки, стимулирующей наращивание мышечной массы, сокращение жировой массы и повышение эффективности использования кормов у свиней, крупного рогатого скота, индеек, установлена на уровне 0 – 1 миллиграмм на килограмм веса тела. Основанием послужил анализ научных данных Объединенного комитета ФАО/ВОЗ по пищевым добавкам. Однако, ряд государств, включая Российскую Федерацию, страны Европейского Союза, Китайскую народную республику и другие придерживаются позиции, что

допустимая суточная доза рактопамина недостаточно обоснована и не может быть использована для установления максимально допустимых уровней содержания рактопамина в мясе и субпродуктах. В настоящее время рактопамин запрещен для использования при откармливании сельскохозяйственных животных в 80 странах мира.

В качестве исходной информации для формирования модели зависимости «экспозиция – эффект» для расчета уровня канцерогенного риска использована информация о развитии лейомиомы матки в эксперименте на мышах. При построении эволюционной модели накопления риска развития неканцерогенных эффектов в качестве базовой модели использована модель накопления риска нарушений функций сердечно-сосудистой системы.

Расчет канцерогенного риска, связанного с поступлением рактопамина с пищевыми продуктами на уровне, рекомендуемом Комиссией Codex Alimentarius (1 мкг/кг массы тела в сутки) показал, что уровень канцерогенного риска составит  $1,32 \times 10^{-6}$ , что классифицируется как уровень, соответствующий предельно допустимому риску.

В отношении неканцерогенного воздействия моделирование зависимости «экспозиция – эффект» проводилось на основании информации, приведенной в докладах Объединенного комитета ФАО/ВОЗ по пищевым добавкам. Оценка экспозиции производилась для двух сценариев: содержание рактопамина в количествах, рекомендуемых в качестве Максимального допустимого уровня Комиссией Кодекс Алиментариус (сценарий 1) и на уровне предела количественного определения рактопамина в мясопродуктах (сценарий 2) (табл.2). В результате моделирования нарушения функций сердечно-сосудистой системы установлено, что при реализации как первого, так и второго сценария экспозиции приведенный индекс риска нарушения функций сердечно-сосудистой системы в возрасте 70 лет составит 0,47 и 0,14, соответственно, и классифицируется как неприемлемый (рис. 1). Этот риск может привести к сокращению прогнозируемой продолжительности жизни за счет дополнительных случаев болезней, характеризующихся повышенным артериальным давлением и ишемической болезнью сердца.

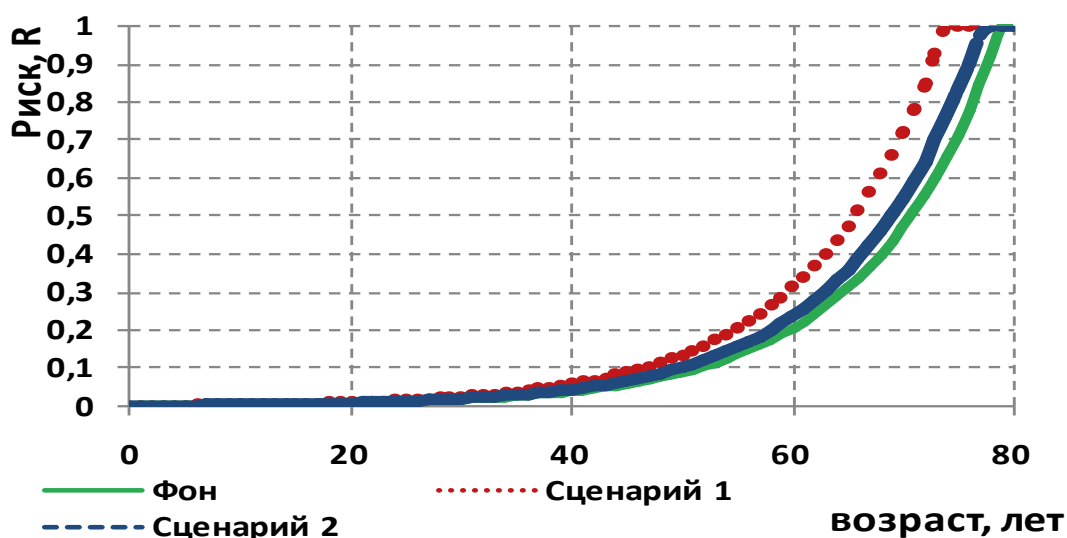


Рис. 1. Результаты моделирования эволюции риска здоровью при различных сценариях экспозиции

Следовательно, гигиенические стандарты, рекомендованные Комиссией Кодекс Алиментариус, не обеспечивают безопасность для здоровья потребителей пищевой продукции и решение о запрете содержания в ней рактопамина в России полностью оправдано.

По результатам идентификации опасности в качестве критических ответов на экспозицию нитратов были выбраны развитие метгемоглобинемии и вероятность возникновения канцерогенных эффектов, обусловленных образованием в организме нитрозаминов.

Для обоснования допустимых уровней содержания нитратов в растениеводческой продукции по критериям оценки риска проводилось с использованием экспоненциальных моделей зависимости возникновения критических ответов от уровня поступления нитратов с пищевыми продуктами растительного происхождения.

В ходе оценки экспозиции были сформированы 5 сценариев, учитывающих поступление нитратов с пищевыми продуктами растительного происхождения при рекомендуемом и среднем фактическом уровне потребления овощей и картофеля населением в четырех возрастных группах при допустимых уровнях содержания нитратов в овощах и картофеле, принятых в странах Таможенного союза.

Уровень канцерогенного риска для всех сценариев экспозиции находился на уровне предельно допустимого (до  $1 \times 10^{-4}$ ).

Оценка риска метгемоглобинообразования, обусловленного поступлением нитратов из растениеводческой продукции, показала, что при содержании в ней нитратов на уровне, соответствующем Максимально допустимому, содержание метгемоглобина в крови не будет выходить за пределы фонового и составит от 1 до 3%. Следовательно, результаты обоснования допустимых уровней содержания нитратов в растениеводческой продукции по критериям оценки риска, показали, что при экспозиции на уровне гигиенических нормативов, установленных в странах Таможенного союза, как при рекомендуемом, так и при фактических уровнях потребления продуктов растительного происхождения, риск для здоровья как канцерогенный, так и неканцерогенный, не превышает допустимых уровней.

Оценка риска здоровью на базе международно признанных принципов позволила обосновать гигиенические нормативы содержания остаточных количеств антибиотиков тетрациклиновой группы, рактопамина, нитратов и была использована при аргументации позиции стран-членов Таможенного союза по проблеме обеспечения безопасности пищевых продуктов. Предложенная методология оценки риска продукции в настоящее время рассматриваются комиссией Евразийского экономического сообщества в качестве официальных рекомендаций

Таким образом, Государственная система обеспечения безопасности пищевой продукции в Российской Федерации, обеспеченная структурно-функциональной схемой органов государственного управления, использует ряд новых инструментов и подходов к оценке рисков пищевой продукции для здоровья человека, которые позволяют повысить эффективность обоснования мер по управлению риском. Эти подходы могут быть предложены для рассмотрения в качестве объекта гармонизации на международном уровне, в том числе, в рамках двусторонних связей.

## **БАКТЕРИОФАГИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПИЩЕВЫМ ПУТЕМ**

*Киселева<sup>1</sup> И.А., Алешкин<sup>1</sup> А.В., Воложанцев<sup>2</sup> Н.В.*

Федеральное бюджетное учреждение науки «Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия, Москва

Федеральное бюджетное учреждение науки «Государственный научный центр прикладной микробиологии и биотехнологии» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия, Оболенск

Широкое распространение бактерий с множественной и полной устойчивостью к антибиотикам и биоцидам значительно осложняет борьбу с инфекционными заболеваниями и приводит к резкому ухудшению эпидемиологической ситуации во многих странах мира. Устойчивость к антибиотикам и биоцидам связана с бесконтрольным и неэффективным использованием антибиотиков при лечении и профилактике инфекций, в том числе нозокомиальных, а так же с массовым применением консервантов и бактерицидных препаратов в пищевой промышленности и сельском хозяйстве. Для улучшения качества медицинской помощи, а также перехода на потребление экологически чистых, не обработанных антибактериальными средствами продуктов питания, необходим поиск новых и возрождение известных ранее форм и методов профилактики и лечения инфекционных заболеваний, способов деконтаминации инструментария и помещений ЛПУ, а также консервации пищевой продукции.

В июне 2011 Ученым советом Роспотребнадзора по инициативе 2-х ведущих научно-исследовательских институтов ФБУН ГНЦ ПМБ (п. Оболенск) и ФБУН МНИИЭМ им. Г.Н. Габричевского было принято решение о разработке новых средств профилактики пищевых инфекций на основе бактериофагов, послужившее отправной точкой нашего исследования. Целью данной работы стала разработка рецептуры специализированного продукта диетического профилактического питания на основе бактериофагов, технологии производства и процедуры контроля, обеспечивающей его безопасность и эффективность в качестве средства профилактики инфекций, передающихся пищевым путем.

Отсутствие в Российской Федерации прецедента по конструированию, регистрации и применению фагосодержащего продукта питания поставило перед нами задачу по созданию собственного алгоритма разработки специализированного продукта профилактического питания на основе бактериофагов от выделения и селекции вирулентных штаммов бактериофагов, отработки технологии получения высокоактивных стерильных фаголизатов, подтверждения их безопасности на молекулярно-генетическом уровне и создания готовой формы фагового коктейля через подтверждение его безопасности и эффективности на животных и в рамках ограниченных клинических испытаний до государственной регистрации специализированного продукта профилактического питания. Перечисленные этапы послужили задачами настоящего исследования.

На основании статистического анализа эпидемиологических данных за последние десять лет, включавших как отечественные, так и зарубежные источники, нами отобраны наиболее значимые виды бактерий, вызывающие инфекции, передающиеся пищевым путем – это *Escherichia coli* энтеропатогенной, энтеротоксигенной и энтерогеморрагической групп, *Salmonella* Enteritidis, *Salmonella* Infantis, *Salmonella* Typhimurium, *Listeria monocytogenes*, *Staphylococcus aureus*.

В процессе формирования банка потенциальных бактериальных штаммов-мишеней проводилась их видовая идентификация. Бактериальные штаммы, обладающие характерными видовыми свойствами, использовались для изолирования и определения спектра литической активности фагов-кандидатов. Культуры, на которых удавалось достичь высоких значений титра бактериофагов, отбирали как индикаторные штаммы для получения одноименного бактериофага, лиофилизировали и закладывали на хранение. Для штаммов, используемых в качестве посевного материала при культивировании бактериофагов, дополнительно подтверждалось отсутствие в них лизогенных факторов с помощью модифицированного нами метода химической индукции митомицином С.

В ходе исследований нами отобраны и изучены 7 производственно-перспективных штаммов бактериофагов, активных в отношении бактерий – возбудителей инфекций, передаваемых пищевым путем, которые составили основу специализированного профилактического продукта. Вирулентные штаммы фагов отбирали на основании их фенотипической и молекулярно-генетической характеристики. Основными биологическими свойствами, которые служили критериями отбора, были спектр литической активности, высокая урожайность на штамме-хозяине и устойчивость к негативным физическим и химическим факторам внешней среды. Так, все штаммы воспроизводились в титре от  $10^{10}$  (Lm1) до  $10^{12}$  (ST11, SE40 и SI3) БОЕ/мл, имели широкий спектр литической активности, определявшийся процентом лизируемых штаммов внутри вида (серовара), от 64% (*S. Infantis*) до 100% (*E.coli* O157:H7 и *E.coli* O104:H4) и сохраняли стабильный титр вирусных частиц как при 30 минутной обработке хлороформом, так и при повышении температуры от 55 °С (CH1) до 80 °С (SE40) и значениях рН от 3,6 (ST11) до 9,6 (V18). Устойчивость бактериофагов к кислой среде позднее нашло свое отражение при фармакокинетических исследованиях – мы подтвердили незначительное падение титра для основной массы фагов, включенных в специализированный продукт, после прохождения желудка. Спектр литической активности у бактериофаговых штаммов-кандидатов был ограничен исключительно культурами патогенных бактерий. В эксперименте *in vitro* фаги не подавляли рост производственных пробиотических штаммов бифидобактерий, лактобацилл, *E.coli* M-17 и нормальной микрофлоры, выделенной из фекалий 100 пациентов КДЦ ФБУН МНИИЭМ им. Г.Н. Габричевского.

В ходе отбора производственно-перспективных штаммов бактериофагов изучена их молекулярно-генетическая характеристика, позволявшая судить об оригинальности и вирулентной природе вирусных частиц. Результаты, полученные при секвенированных ДНК бактериофагов, показали, что их размеры колеблются от 18 (CH1) до 167 (EcD7) т.п.н. По данным биоинформационного анализа ДНК бактериофагов, геномы всех 7 штаммов не содержали гены интеграз, репрессоров транскрипции и других генов, характерных для умеренных бактериофагов. Не были обнаружены также и известные локусы патогенности, кодирующие бактериальные токсины штаммов-хозяев, антибиотикорезистентности и прочие нежелатель-

ные гены. Процент идентичности ДНК бактериофагов, отобранных для специализированного продукта, с близкородственными штаммами, депонированными в GenBank составлял от 62 до 93%, что свидетельствовало об оригинальности бактериофагов. Полученные при сравнении нуклеотидных последовательностей данные позволили подтвердить таксономическое положение, определенное при электронном микроскопировании бактериофагов: сальмонеллезные (ST11, SI3), стафилококковый, колифаги и листериозный относятся к семейству *Myoviridae*, сальмонеллезный SE40 – *Siphoviridae*.

На следующем этапе создания специализированного продукта на основе бактериофагов разработан метод получения фаговой биомассы с высокой литической активностью и предельно низким содержанием эндо- и экзотоксинов. В процессе отработки пилотной технологии производства штаммы бактериофагов в титре от  $10^{10}$  до  $10^{12}$  БОЕ/мл получали выращиванием на плотных питательных средах в матрасах с последующей стерилизующей фильтрацией и освобождением от эндотоксина на хроматографической колонке. Ноу-хау предусматривало также использование непатогенных штаммов-хозяев для получения второй генерации фаговых частиц в случае обнаружения экзотоксинов (например, шига-токсина) в фаголизате первого поколения бактериофагов. В готовом коктейле бактериофагов с помощью бактериального посева контролировали микробиологическую чистоту, отсутствие экзотоксинов подтверждали методом ИФА, а содержание эндотоксина на уровне не выше 50 ЕЭ/мл контролировали ЛАЛ-тестом. После проверки литической активности методом Грациа фаголизат использовали в качестве основного действующего вещества для создания рецептуры специализированного продукта диетического профилактического питания. В состав разработанного специализированного продукта также были включены: стерильный сироп корня солодки, пектин яблочный и глицин, обладающие пребиотическими, противовоспалительными и антиоксидантными свойствами. В качестве вспомогательных компонентов использовали коммерческий уравнивающий буферный раствор (набор EndoTrap, Hyglos, Германия) и стерилизованная дистиллированная вода, обеспечивающие стабильность действующих веществ при хранении и необходимый объем готовой формы – 100 мл. Физико-химические показатели, пищевая и энергетическая ценность, содержание токсичных элементов разработанной рецептуры специализированного продукта полностью соответствовали нормативным данным, утвержденным комиссией ЕврАзЕс в рамках Технического Регламента Таможенного Союза ТР ТС 027/2012 «О безопасности отдельных видов специализированной пищевой продукции, в том числе диетического лечебного и диетического профилактического питания». Специфическую активность специализированного продукта оценивали по показателю «титр фаговых частиц в готовой форме» и определяли на уровне  $10^6$  БОЕ/мл, что с одной стороны соответствовало положению ТР ТС 021/2011 «О безопасности пищевой продукции», регламентирующему концентрацию действующих веществ в пищевой продукции на уровне не выше лекарственного препарата, а с другой подтверждено доклиническими и клиническими испытаниями по безопасности и эффективности специализированного продукта диетического профилактического питания «Фудфаг». Контрольные процедуры, обеспечивающие нормативное качество специализированного продукта, явились основой Технических условий 9197-163-78095326-2012. Санитарно-гигиеническая экспертиза экспериментально-производственных серий продукта проведена в независимых лабораториях на базе ФГБУ «НИИ питания» и филиале ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в г. Москве» в САО. Высокое качество готовой формы специализированного продукта диетического профи-

лактозного питания обеспечено четко структурированной пилотной технологией его получения, включавшей цепочку этапов от подготовки исходного сырья через наработку посевного материала (стартерных) культур, получения фаголизата, его очистки, фасовки во флаконы и укупорки в промаркированную потребительскую тару. Контрольные мероприятия, в том числе оценка микробиологической чистоты и специфической активности специализированного продукта, осуществляли на каждой из 6 основных технологических процедур.

На основании многократно воспроизведенного технологического процесса подготовлена и утверждена Технологическая инструкция, являющаяся наряду с ТУ, рецептурой и проектом этикеточной надписи неотъемлемой частью нормативно-технической документации. Последняя в полном объеме вместе с образцами специализированного продукта прошла экспертизу ФГБУ «НИИ Питания» РАМН и государственную регистрацию в Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. Репрезентативную выборку образцов из экспериментальных серий специализированного продукта закладывали на хранение на срок годности в полтора раза превышающий определенный в НТД. Регламентированный при регистрации титр вирусных частиц сохранялся в процессе всего срока гарантийного хранения специализированного продукта диетического профилактического питания «Фудфаг».

На следующем этапе исследования нами была проведена оценка безопасности специализированного продукта «Фудфаг» в опытах по изучению острой и хронической (подострой) токсичности на двух видах лабораторных животных. В результате проведенных экспериментов показано, что при всех возможных способах однократного введения максимальной дозы (1,0 мл – внутрибрюшинно мышам и 5 мл – морским свинкам, 1,0 мл – подкожно и 0,5 мл *per os* мышам) исследуемого продукта признаков интоксикации у мышей и морских свинок не наблюдали. Поведенческие реакции, внешний вид и привес мышей в экспериментальной и контрольной группах при длительном пероральном приеме специализированного продукта также не отличались. Для исключения вероятности возникновения побочных эффектов по влиянию бактериофагов на нормальную микрофлору кишечника *in vivo* (на модели беспородных белых мышей) дополнительно определяли изменение количества основных представителей микробиоценоза толстого кишечника на фоне 10-дневного внутрижелудочного введения фагового коктейля. Компоненты разработанной рецептуры не влияли на нормальную микрофлору кишечника мышей.

Далее на модели лабораторных животных были проведены фармакокинетические исследования фагосодержащего продукта. В процессе эксперимента определяли количество вирусных частиц в фекалиях животных в различные промежутки времени после однократного внутрижелудочного введения специализированного продукта «Фудфаг». Через 9 часов после введения продукта сальмонеллезные фаги обнаруживали в экскрементах мышей в наибольшей концентрации. В меньшем количестве в мышинных экскрементах определяли листериозный, эшерихиозный (ECD7) и стафилококковый фаги. В дальнейшем количество специфических вирусных частиц снижалось, и к 48 часам в мышинных фекалиях оставались только незначительные количества сальмонеллезных фагов.

Изучение специфической антибактериальной эффективности фагового продукта проводили на модели экспериментальной сальмонеллезной инфекций у беспородных белых мышей, которых заражали штаммом *S. Enteritidis* 92Rif. Оценивали как профилактическую, так

и лечебную схемы введения коктейля бактериофагов. Введение препарата через 48 часов после заражения животных в течение 5 дней в дозе 0,5 мл/сут продлеvalo их жизнь до 9,6 дня, против 8 в контрольной группе. При профилактическом режиме использования фагового коктейля (введение за 24 часа до заражения и далее в течение 5 дней в дозе 0,5 мл/сут) выжило 70 % мышей, средний срок жизни павших мышей составил 11,4 дня. Бактериологический анализ органов и фекалий выживших животных на 14 сутки после окончания терапии подтвердил 100 % санацию внутренних органов животных от *S. Enteritidis* 92Rif<sup>r</sup>. Полученные результаты подтвердили высокую профилактическую эффективность специализированного продукта «Фудфаг» в отношении сальмонеллезной инфекции, что имеет существенное клиническое значение, так как в состав испытуемого средства входят три сальмонеллезных бактериофага, лизирующих широкий спектр штаммов сероваров *Enteritidis*, *Typhimurium* и *Infantis*, выступающих этиологическим фактором более чем в 70 % подтвержденных случаев сальмонеллезной инфекции в Российской Федерации.

Оценку специфической антибактериальной эффективности специализированного продукта профилактического питания на основе бактериофагов проводили также в рамках программы медицинской реабилитации у лиц с хроническими заболеваниями органов пищеварения. Типовая программа реабилитации включала: дието-, фито-, бальнео-, кинезотерапию, тренировки, гастроскопии и т.д. При бактериологическом исследовании фекалий у пациентов выявлены *Staphylococcus aureus*, энтеропатогенная *Escherichia coli*, грибы рода *Candida* и другие представители условно-патогенной микрофлоры, типичные для дисбиотического состояния кишечника. 30 пациентам основной группы дополнительно к типовой программе реабилитации был назначен фаговый коктейль по 50 мл 3 раза в день во время еды, курсом 10 дней. У 16 пациентов группы сравнения реабилитацию осуществляли в рамках типовой программы. Включение в программу медицинской реабилитации фагового коктейля позволило на 33,3 % снизить количество пациентов с дисбактериозом кишечника второй и третьей степени, а у 36,7 % пациентов основной группы добиться полной нормализации показателей микробиоценоза за счет элиминации *Staphylococcus aureus* и энтеропатогенной *Escherichia coli*. Полученные результаты подтверждают высокую терапевтическую эффективность специализированного продукта «Фудфаг» в отношении возбудителя эшерихиоза и стафилококковой пищевой токсикоинфекции.

В рамках расширения доказательной базы в плане профилактической эффективности специализированного продукта «Фудфаг» нами были продолжены пострегистрационные исследования данного средства, включавшие испытания, как на лабораторных животных, так и на добровольцах. Используя принцип моделирования инфекционного процесса, предложенный Дроздовой О.М. (1988), мы апробировали на 40 лабораторных животных, а затем на 45 здоровых добровольцах следующий алгоритм применения специализированного продукта: контрольные группы в обоих исследованиях заражали непатогенным штаммом *Escherichia coli* K12 C600 в течение 3-х дней в дозе  $5 \times 10^7$  КОЕ/мл в сутки, опытные группы подвергали такому же заражению на фоне профилактического приема специализированного продукта «Фудфаг» до, во время и спустя сутки после периода инфицирования. В опыт отбирали животных и здоровых добровольцев, не имеющих в кале лактозонегативных штаммов *Escherichia coli*. Животные и люди в контрольных группах вместо специализированного продукта получали физиологический раствор по схеме приема специализированного продукта «Фудфага». В результате у представителей контрольных групп на 6-ые сутки эксперимента в экскрементах об-



наруживалась лактозонегативная *E. coli*. В то время как в фекалиях участников опытных групп идентифицировали исключительно *E. coli* с нормальными ферментативными свойствами. С целью повышения достоверности проведенного эксперимента данные микробиологического исследования подтверждали молекулярно-генетическим методом: до заражения испытуемых штамм *E. coli K12 C600* по данным ПЦР отсутствовал во всех образцах фекалий, в то время как на 6-ые сутки эксперимента *E. coli K12 C600* присутствовал у членов контрольной группы вплоть до 5-го разведения фекалий и не был обнаружен в образцах от людей и животных из опытных групп. В результате проведенных пострегистрационных испытаний на экспериментальной модели эшерихиоза у лабораторных животных и ограниченной группе добровольцев была подтверждена эффективность предложенного алгоритма использования специализированного продукта «Фудфаг» в качестве средства специфической фагопрофилактики кишечной инфекции, вызванной непатогенной кишечной палочкой. Полученные результаты имеют существенное значение для клинической практики, потому что два оригинальных колифага, входящие в состав специализированного продукта обладают широким спектром литической активности, включающим следующие сероварианты *E. coli*: O26, O55, O103, O104, O121, O125, O127, O128, O145, O146, O157, вызывающие тяжелые случаи инфекции, передающейся пищевым путем.

Таким образом, разработанный в рамках данного исследования специализированный продукт диетического профилактического питания «Фудфаг» (свидетельство о государственной регистрации № RU.77.99.19.004.Е.002820.02.15 от 10.02.2015 г.), содержащий коктейль бактериофагов, активных в отношении *Escherichia coli*, *Salmonella Enteritidis*, *Salmonella Infantis*, *Salmonella Typhimurium*, *Listeria monocytogenes*, *Staphylococcus aureus*, безопасен для человека и животных и может применяться в качестве средства фагопрофилактики декретированных контингентов работников предприятий различных отраслей с целью снижения риска развития спорадических случаев и вспышек инфекций, передающихся пищевым путем.

## ОЦЕНКА РИСКА ЗДОРОВЬЮ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ МАКРОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ

*Лебедева-Несевря Н.А., Барг А.О., Кирьянов Д.А., Цинкер М.Ю.*

ФБУН «Федеральный научный центр медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения», г. Пермь

Введение. Российские регионы и даже крупные города заметно отличаются уровнем общественного здоровья, что указывает на неоднородность условий жизни и качества среды обитания (как природной, так и социальной). Реализация процедуры оценки риска, связанного с воздействием макросоциальных факторов на здоровье населения позволяет установить ведущие факторы, формирующие медико-демографическую ситуацию, может служить отправной точкой для выбора приоритетов как государственной, так и региональной политики в области управления здоровьем населения. Разработка стратегий социально-экономического развития регионов и территорий, формирование целевых комплексных программ может отталкиваться от понимания того, какие факторы риска снижения качества человеческого капитала требуют незамедлительного реагирования, а в отношении каких меры противодействия могут носить несколько отсроченный характер.

Большинство отечественных исследований влияния социально-экономических факторов макроуровня на популяционное здоровье ограничиваются лишь описанием корреляции отдельных социально-экономических и медико-демографических показателей. Ни характер связи, ни риски для здоровья населения не обозначаются. Так, в ряде работ установлено, что смертность населения имеет корреляционную связь с безработицей [1; 2; 3; 4] и валовым региональным продуктом (ВРП) на душу населения [2; 5; 6], но далее зависимость не исследуется. При этом наблюдается сильный разброс в значениях коэффициентов корреляции – от слабой до сильной связи.

Типичным является использование отдельных частных показателей не только для характеристики медико-демографической ситуации и здоровья населения, но и для описания самих социально-экономических факторов. Тем самым совершается опасная редукция: уровень социально-экономического развития территории сводится к показателю ВРП на душу населения, уровень жизни населения – к среднедушевым денежным доходам, а качество здравоохранения – к числу врачей на душу населения.

Методология анализа риска, ассоциированного с воздействием макросоциальных факторов, и результаты ее применения могут составить действенную основу управления человеческим потенциалом и служить опорой при определении ключевых направлений социально-экономической политики.

Цель исследования – осуществить оценку рисков популяционного здоровья населения, связанных с воздействием макросоциальных факторов на примере регионов России, с использованием авторского алгоритма и методов оценки.

Материалы и методы. Оценка риска, ассоциированного с воздействием макросоциальных факторов на популяционное здоровье, реализовывалась в рамках социально-гигиенического мониторинга и базировалась на его материалах, а также данных государственной статистики по 71 субъекту РФ за 2011–2012 г.

Оценка риска, связанного с воздействием макросоциальных факторов на здоровье населения, предполагает реализацию четырех взаимосвязанных этапов: 1) идентификация опасности, 2) оценка зависимости «фактор – эффект», 3) оценка экспозиции, 4) характеристика риска. Алгоритм оценки риска представлен на рис.

На этапе идентификации опасности при отборе конкретных показателей макросоциальных факторов и показателей здоровья для включения в процедуру оценки риска в качестве источников для формирования перечня показателей использовались базы статистических данных (интерактивный банк медико-санитарных данных Глобальной обсерватории здоровья ВОЗ, Центральная база статистических данных (ЦБСД) Росстата, Единая межведомственная информационно-статистическая система (ЕМИСС), База данных показателей муниципальных образований Росстата), ведомственные документы Роспотребнадзора, определяющие перечень показателей, собираемых в рамках системы социально-гигиенического мониторинга, а также нормативные документы, определяющие перечень показателей для оценки эффективности деятельности органов управления различного уровня.

Статистические показатели, характеризующие макросоциальные факторы риска, как правило, многочисленны, но созависимы. С целью их классификации и сокращения числа переменных целесообразно применить процедуру факторного анализа.



Рисунок – Общий алгоритм и методы оценки риска воздействия макросоциальных факторов на здоровья населения

Классификация макросоциальных показателей выполнялась на основе «матрицы факторных нагрузок», которая характеризует связь (корреляции) исходных переменных с общими факторами. Фактор характеризуется группой показателей, с которыми имелись наибольшие абсолютные значения факторных нагрузок. Количество факторов определялось в соответствии с критерием Кайзера. Для дальнейшего анализа оставлялись факторы с собственными значениями больше единицы. В результате выполнения факторного анализа каждой ана-

лизируемой территории (региону) присваивались значения ортогональных (некоррелирующих) факторов. В последующую процедуру анализа включались не отдельные макросоциальные показатели, а комплексные факторы.

Для установления зависимостей «фактор – эффект» применялся корреляционно-регрессионный анализ. При использовании данного метода учитывалось, что отклик в состоянии здоровья на изменение макросоциальных факторов не наступает немедленно. Применялся временной лаг в 1 год, т.е. в качестве независимой переменной рассматривали социально-экономические факторы года N, тогда как зависимые переменные (нарушение здоровья в виде смертности, заболеваемости, инвалидности и т.п.) принимали за год N+1).

Для определения влияния каждого из факторов, включенных в анализ, в отдельности, а также их совокупного влияния на моделируемый показатель здоровья строились модели множественной регрессии. Для каждой модели рассчитывался показатель детерминации R<sup>2</sup>, фиксирующий долю объясненной вариации показателя здоровья за счет рассматриваемых в модели социально-экономических факторов. Для определения показателей здоровья, в наибольшей степени зависимых от данных факторов, все показатели здоровья ранжировались по критерию R<sup>2</sup>. Для моделей, включающих несколько макросоциальных факторов, рассчитывались частные коэффициенты детерминации для определения долевого вклада вариации отдельных факторов в вариацию показателя здоровья.

Оценка экспозиции макросоциальных факторов выполнялась на основе анализа данных государственной статистики. Положительной стороной ее использования является единство методологической базы сбора данных, масштабность данных, когда срабатывает закон больших чисел, нивелирующий частные ошибки отдельных исследователей, а также обязательная экспертная оценка данных перед открытым их опубликованием. Вместе с тем, установлено, что наиболее информативным является использование относительных показателей, которые позволяют сравнивать между собой совершенно разные регионы (территории, муниципальные образования).

Параметры экспозиции населения к макросоциальным факторам позволяют оценить среди прочего и количество населения, которое находится под воздействием фактора.

На этапе характеристики риска осуществлялся расчет и классификация риска, связанного с воздействием социально-экономических факторов на здоровье населения. Отправной точкой являлось определение пороговых значений влияния указанных факторов на показатели здоровья. Далее устанавливалась разница показателей заболеваемости/смертности, определенных согласно полученным моделям для текущего значения социально-экономических факторов, и пороговых значений, с поправкой на коэффициент детерминации модели.

При количественной оценке риска, связанного с воздействием макросоциальных факторов на популяционное здоровье, расчет риска осуществлялась по формуле:

$$R = [y(x_i) - y(\hat{x}_i)] \times R^2 \times g_i, (I), (I)$$

где  $y(x_i)$  – значение показателя нарушения здоровья (заболеваемости, смертности, инвалидизации и пр.) для текущих значений факторов,  $y(\hat{x}_i)$  – значение показателя для

пороговых значений факторов,  $R^2$  – коэффициент детерминации модели,  $g_i$  – тяжесть нарушения здоровья.

Под «пороговым» понимается такое значение фактора, которое является оптимальным в сложившихся общественных условиях. Это может быть наилучшее значение фактора среди всех включенных в анализ при построении математических моделей территорий или среднее значение фактора.

В ряде случаев для расчета целевого уровня могут использоваться величины показателей, определенные стратегическими документами органов государственной власти Российской Федерации.

Поскольку оценка риска, связанного с воздействием макросоциальных факторов на популяционное здоровье населения осуществлялась в количественной традиции, риск рассчитывался как произведение количества дополнительных случаев нарушений здоровья, рассчитанных на душу населения, на тяжесть данного нарушения:

$$R = \Delta^i \times g^i, \quad (2)$$

где  $g^i$  – тяжесть нарушения здоровья.

Квалификация риска осуществлялась на основе применения аналоговой стратегии (за основу брался подход к градации риска, рекомендованный Всемирной организацией здравоохранения для оценки риска, связанного с воздействием факторов среды обитания на здоровье).

Результаты и их обсуждение. По результатам факторного анализа макросоциальных показателей для регионов РФ было выделено 4 группы факторов макроуровня (таблица 1), характеризующих: F1 – общий уровень социально-экономического развития территории, F2 – условия быта населения; F3 – состояние системы здравоохранения и F4 – уровень развития социальной инфраструктуры на территории.

Таблица 1 – Макросоциальные факторы риска здоровью населения субъектов РФ, выделенные по результатам факторного анализа

		Показатели с нагрузкой свыше 0,7	Собственные значения	% объясненной дисперсии
F1	Уровень социально-экономического развития территории	Величина прожиточного минимума, установленного на территории (руб.)	8,53	34,1
		Среднедушевые денежные доходы населения (руб.)		
		Стоимость минимального набора продуктов питания (руб.)		
		Фактическое конечное потребление домашних хозяйств (тыс. руб. на душу населения)		
		Валовой региональный продукт (валовая добавленная стоимость) на душу населения (руб.)		
		Среднемесячная номинальная начисленная заработная плата работников организаций (руб.)		
		Стоимость основных фондов (руб.)		
		Инвестиции в основной капитал (руб.) на душу населения		
		Располагаемые ресурсы домохозяйств (руб.)		
F2	Условия быта населения	Удельный вес общей площади, оборудованной водопроводом (в процентах)	4,32	17,2
		Удельный вес общей площади, оборудованной водотведением (канализацией) (в процентах)		
		Удельный вес общей площади, оборудованной отоплением (в процентах)		
F3	Состояние системы здравоохранения	Число больничных коек (на 1000 человек)	2,1	8,7
		Мощность врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений, посещений в смену, тыс.		
		Количество врачей всех специальностей (на 1000 человек)		
		Количество среднего медперсонала (на 1000 человек)		
		Расходы на здравоохранение (руб./чел.)		
F4	Уровень развития социальной инфраструктуры	Общая площадь жилых помещений, приходящаяся в среднем на одного жителя (кв.м)	1,5	6,2
		Охват детей дошкольными образовательными учреждениями, в % от численности детей соответствующего возраста		

Далее с помощью корреляционно-регрессионного анализа устанавливалась зависимость фактор – эффект. Была исследована связь между макросоциальными факторами и показателями здоровья населения. Для определения влияния каждого из факторов, включенных в анализ,

в отдельности, а также их совокупного влияния на моделируемый показатель здоровья были построены модели множественной регрессии.

Моделировались как взаимосвязь между показателями состояния здоровья населения со значениями групповых факторов, так и взаимосвязи между показателями здоровья и отдельными социально-экономическими показателями – представителями групп.

На базе использования материалов государственной статистики с применением временного лага 1 год было получено несколько десятков достоверных парных и множественных моделей, описывающих связь показателей популяционного здоровья и социально-экономических факторов в регионах России. Ряд примеров математических линейных уравнений, характеризующих общероссийские зависимости, приведены ниже:

$$y_3 = 7,39 - 1,11F_4, \quad (3)$$

где  $y_3$  – младенческая смертность,  $F_4$  – уровень развития социальной инфраструктуры.

$$y_{10} = 7,4 - 0,5F_4, \quad (4)$$

где  $y_{10}$  – перинатальная смертность,  $F_4$  – уровень развития социальной инфраструктуры.

$$y_{12} = 50,09 - 10,47F_2, \quad (5)$$

где  $y_{12}$  – стандартизированный показатель смертности населения от болезней органов дыхания,  $F_2$  – условия быта населения.

$$y_{15} = 22,07 + 2,01F_1 - 3,5F_2 - 3,7F_4, \quad (6)$$

где  $y_{15}$  – стандартизированный показатель смертности населения от инфекционных и паразитарных болезней,  $F_1$  – уровень социально-экономического развития территории,  $F_2$  – условия быта населения,  $F_4$  – уровень развития социальной инфраструктуры.

$$y_{17} = 21,6 - 3,12F_2, \quad (7)$$

где  $y_{17}$  – стандартизированный показатель смертности населения от транспортных несчастных случаев,  $F_2$  – условия быта населения.

$$y_{19} = 354,07 - 55,16F_3 - 57,11F_4, \quad (8)$$

где  $y_{19}$  – заболеваемость болезнями желчного пузыря и желчевыводящих путей,  $F_3$  – состояние системы здравоохранения,  $F_4$  – уровень развития социальной инфраструктуры.

$$y_{24} = 1698,9 - 275,1F_3 - 229,07F_4, \quad (9)$$

где  $y_{24}$  – заболеваемость болезнями нервной системы,  $F_3$  – состояние системы здравоохранения,  $F_4$  – уровень развития социальной инфраструктуры.

$$y_{27} = 55,0 - 10,20F_4, \quad (10)$$

где  $y_{27}$  – заболеваемость болезнями печени,  $F_4$  – уровень развития социальной инфраструктуры.



$$y_{29} = 2880,89 - 366,22F_3, \quad (11)$$

где  $y_{29}$  – заболеваемость болезнями системы кровообращения,  $F_3$  – состояние системы здравоохранения.

$$y_{32} = 673,36 - 123,24F_3, \quad (12)$$

где  $y_{32}$  – заболеваемость болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением,  $F_3$  – состояние системы здравоохранения.

Для определения показателей здоровья, в наибольшей степени зависимых от данных факторов, все показатели здоровья ранжировались по критерию  $R^2$ . Для моделей, описанных выше в виде математических уравнений, ранжирование выглядело следующим образом: 1) стандартизированный показатель смертности населения от болезней органов дыхания ( $R^2=0,33$ ); 2) младенческая смертность ( $R^2=0,23$ ); 3) заболеваемость болезнями нервной системы ( $R^2=0,23$ ); 4) смертность населения от транспортных несчастных случаев ( $R^2=0,22$ ); 5) заболеваемость болезнями желчного пузыря и желчевыводящих путей ( $R^2=0,21$ ); 6) стандартизированный показатель смертности населения от инфекционных и паразитарных болезней ( $R^2=0,16$ ); 7) заболеваемость болезнями печени ( $R^2=0,11$ ); 8) заболеваемость болезнями системы кровообращения ( $R^2=0,09$ ); 9) перинатальная смертность ( $R^2=0,08$ ); 10) заболеваемость болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением ( $R^2=0,06$ ).

Для моделей, включающих несколько факторов, были рассчитаны частные коэффициенты детерминации для определения долевого вклада вариации отдельных макросоциальных факторов в вариацию показателя здоровья. На основе данных коэффициентов все факторы, вошедшие в модель, были ранжированы.

Установлено, что в детерминации стандартизированного показателя смертности населения от инфекционных и паразитарных болезней приоритетную роль играет уровень развития социальной инфраструктуры, затем – условия быта населения и уровень социально-экономического развития территории, воздействие на заболеваемость болезнями желчного пузыря и желчевыводящих путей уровня развития социальной инфраструктуры больше, чем состояния системы здравоохранения, тогда как заболеваемость болезнями нервной системы, напротив, сильнее зависит от состояния системы здравоохранения, нежели от уровня развития социальной инфраструктуры в регионе.

Отправной точкой для реализации процедуры характеристики риска являлось определение пороговых значений влияния макросоциальных факторов на показатели здоровья. В качестве порогового устанавливалось значение, соответствующее наиболее высокому значению каждого из комплексных факторов ( $F_1-F_4$ ): для фактора «уровень социально-экономического развития территории» ( $F_1$ ) пороговое значение составило 3,998, для фактора «условия быта населения» ( $F_2$ ) – 2,431, для фактора «состояние системы здравоохранения» ( $F_3$ ) – 3,100, для фактора «уровень развития социальной инфраструктуры» ( $F_4$ ) – 1,687.

Расчет риска осуществлялся как разница показателей заболеваемости/смертности, определенной согласно установленным моделям для текущего значения социально-экономических факторов и пороговым, с поправкой на коэффициент детерминации модели и тяжесть негативного эффекта.

Высокий уровень риска, связанного с воздействием макросоциальных факторов, установлен в отношении показателя «младенческая смертность» в 8 регионах (таблица 2).

Таблица 2 – Параметры расчета риска младенческой смертности, ассоциированного макросоциальными факторами, в регионах РФ

Регион	Значение	Пороговое значение	Дополнительные случаи	Вероятность	Тяжесть	R2	Риск
Республика Дагестан	15,3	5,51	9,78	0,0097	1	0,23	0,00225
Еврейская автономная область	14,1	5,51	8,58	0,0085	1	0,23	0,00197
Республика Тыва	13,5	5,51	7,98	0,0079	1	0,23	0,00183
Республика Ингушетия	13,1	5,51	7,58	0,0075	1	0,23	0,00174
Республика Алтай	11	5,51	5,48	0,0054	1	0,23	0,00126
Амурская область	10,7	5,51	5,18	0,0051	1	0,23	0,00119
Хабаровский край	10,5	5,51	4,98	0,0049	1	0,23	0,00114
Камчатский край	10	5,51	4,48	0,0044	1	0,23	0,00103

Как видно из табл. 2, в Республике Дагестан ( $R=0,00225$ ), Еврейской автономной области ( $R=0,00194$ ), Республике Тыва ( $R=0,0018$ ), Республике Ингушетия ( $R=0,00174$ ), Республике Алтай ( $R=0,00126$ ), Амурской области ( $R=0,001192$ ), Хабаровском крае ( $R=0,001146$ ), Камчатском крае ( $R=0,001031$ ) требуются незамедлительные действия по снижению социально детерминированного риска младенческой смертности, направленные, в первую очередь, на развитие социальной инфраструктуры на территориях.

Еще в 43 регионах уровень риска, связанного с воздействием социально-экономических факторов на формирование младенческой смертности, находится на среднем уровне, что, однако, также является недопустимым для населения в целом. Значения риска среди регионов данной группы варьируются от 0,00962 в Приморском крае до 0,00011 во Владимирской области.

Средний уровень риска (значение риска превышает  $1 \cdot 10^{-4}$ , что недопустимо для населения в целом), ассоциированного с воздействием социально-экономических факторов, установлен в отношении показателя «стандартизированный показатель смертности населения от болезней органов дыхания» в следующих регионах: Республика Дагестан ( $R=0,000263$ ), Республика Тыва ( $R=0,000251$ ), Республика Марий Эл ( $R=0,000231$ ), Республика Чувашия ( $R=0,000209$ ), Республика Алтай ( $R=0,000209$ ), Республика Бурятия ( $R=0,000192$ ), Иркутская

область (R=0,000167), Амурская область (R=0,000146), Ивановская область (R=0,000145), Красноярский край (R=0,000138), Кемеровская область (R=0,000136), Магаданская область (R=0,000135), Приморский край (R=0,000126), Сахалинская область (R=0,000124), Курская область (R=0,000123), Кировская область (R=0,000119), Алтайский край (R=0,000118), Псковская область (R=0,000108), Республика Башкортостан (R=0,000107), Челябинская область (R=0,000105), Курганская область (R=0,000104), Смоленская область (R=0,000104), Хабаровский край (R=0,000103).

В отношении показателя «перинатальная смертность» средний уровень риска, недопустимый для населения в целом, установлен в 24 регионах РФ: Республика Ингушетия (R=0,000595), Брянская область (R=0,000339), Республика Дагестан (R=0,000323), Амурская область (R=0,000315), Камчатский и Хабаровский края (в обоих R=0,000291), Вологодская область (R=0,000267), Астраханская область (R=0,000243), Псковская область (R=0,000235), Рязанская и Тверская области (в обеих R=0,000227), Приморский край (R=0,000219), Нижегородская область (R=0,000203), Волгоградская область и Ставропольский край (в обоих регионах R=0,000195), Республика Алтай (R=0,000187), Оренбургская и Курганская области (в обеих R=0,000179), Республика Северная Осетия – Алания (R=0,000163), Новгородская область и Еврейская автономная область (в обеих R=0,000147), Магаданская область (R=0,000139), Ульяновская область и Республика Саха (Якутия) (в обоих субъектах R=0,000123).

Социально детерминированный риск в отношении стандартизированного показателя смертности населения от инфекционных и паразитарных болезней превышает допустимый уровень только в 1 субъекте РФ – Республике Тыва (R=0,000110). А по показателю «заболеваемость болезнями системы кровообращения» – в 6 регионах: Республика Ингушетия (R=0,000223), Московская область (R=0,000199), Ленинградская область (R=0,000193), Алтайский край (R=0,000128), Камчатский край (R=0,000103) и Белгородская область (R=0,000102).

По показателям «заболеваемость болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением», «заболеваемость болезнями печени», «заболеваемость болезнями желчного пузыря и желчевыводящих путей», «смертность населения от транспортных несчастных случаев» и «заболеваемость болезнями нервной системы» ни в одном из субъектов РФ не обнаружено превышений допустимого уровня.

Выводы. Оценка риска здоровью, связанного с макросоциальными факторами, на основе предложенной методики, позволила установить высокий уровень риска в отношении показателя «младенческая смертность» в 8 регионах, «заболеваемость болезнями системы кровообращения» – в 6 регионах, а в отношении показателя «смертность населения от инфекционных и паразитарных заболеваний» – в 1 регионе РФ. В данных субъектах федерации требуются экстренные действия по снижению социально детерминированного риска. В ряде регионов риск находится на среднем уровне, что определяет необходимость оперативных мероприятий по его снижению.

Ситуация в регионах Дальневосточного федерального округа может быть охарактеризована как напряженная. Так, в Приморском, Хабаровском и Камчатском краях, а также Магаданской и Амурской областях допустимый уровень риска превышен по 3 показателям здоровья, в Республике Саха (Якутия), Еврейской автономной области – по 2, и только в Сахалинской

области – по 1. Таким образом, среди всех субъектов РФ, входящих в состав округа<sup>10</sup>, нет ни одного, где бы социально-экономические факторы не формировали повышенный уровень риска популяционного здоровья.

Для сравнения, среди 18 регионов, входящих в Центральный федеральный округ, превышения допустимого уровня риска по 3 показателям здоровья не встречается ни разу, а в г. Москве, Тамбовской, Тульской и Ярославской областях уровень социально детерминированного риска по всем показателям находится в границах допустимого.

В субъектах РФ как Республика Дагестан, Республика Тыва и Алтайский край наблюдается недопустимый уровень риска, связанного с действием социально-экономических факторов, по 3 показателям, 2 из которых – это «стандартизированный показатель смертности населения от болезней органов дыхания» и «младенческая смертность». В случае Тывы третьим показателем является стандартизированный показатель смертности от инфекционных и паразитарных болезней (кроме того, значения риска по показателю «смертность населения от транспортных несчастных случаев», составляющее для региона 0,000098, близко к неприемлемому), в случае Дагестана – перинатальная смертность, а в случае Алтайского края – заболеваемость болезнями системы кровообращения.

Полученные результаты позволяют рекомендовать органам исполнительной власти субъектов федерации при формировании региональных планов действий использовать в качестве информационной основы результаты оценки социально детерминированных рисков, полученные как в целом для Российской Федерации, так и для конкретного региона. Включить показатели рисков для здоровья в систему критериев оценки эффективности деятельности отдельных структурных подразделений и органов местного самоуправления и, соответственно, в систему социально-экономического мониторинга. Использовать методологию оценки рисков для здоровья и накопленные данные о взаимосвязях «фактор – эффект», включая математические модели разного вида, при ситуационном моделировании. Принять за практику ежегодное выполнение оценок экономических потерь от смертности, инвалидизации и заболеваемости населения, связанных с социально-экономическими факторами.

#### Список литературы

1. Гурвич В.Б. Использование регрессионных моделей в системе поддержки принятия решений по управлению риском для здоровья населения в результате воздействия социально-экономических факторов / В.Б. Гурвич, Б.И. Никонов, О.Л. Малых, Н.И. Кочнева, А.Н. Вараксин, Т.А. Маслакова, С.В. Кузьмин, Е.А. Кузьмина, С.В. Ярушин // Гигиена и эпидемиология. 2008. №8(48). С. 26-33.
2. Иванова Е.И. Смертность российских мужчин (причины и региональные различия) / Е.И. Иванова // Социологические исследования. 2010. № 5. С. 87–99.
3. Коновалов О.Е. Медико-социальные факторы риска и предупреждение смертности трудоспособного населения / Коновалов О.Е., Кича Д.И., Тяжлов Н.А., Меркулов О.А. // Вест. МСИ. 2008. №3. С. 45–48.

---

<sup>10</sup> В анализ не был включен Чукотский АО из-за отсутствия статистических данных по ряду показателей.

4. Захаренков В.В. Негативные связи показателей здоровья населения с уровнем безработицы в г. Новокузнецке / Захаренков В.В., Виблая И.В. // Бюлл. ВСНЦ СО РАМН. 2010. №4. С. 169–172.
5. Костылева Л.В. Неравенство населения и его влияние на социально-экономическое развитие региона / Костылева Л.В., Дубничев Р.В. // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. 2009. №4. С. 95–103.
6. Розенберг Г.С. Определение влияния социо-эколого-экономических факторов на смертность от новообразований / Розенберг Г.С., Лифиренко Н.Г., Костина Н.В., Лифиренко Д.В. // Известия Самарского научн. центра Рос. академ. наук. 2009. Т.11, №1. С. 1182–1185.

## ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ НАНОБЕЗОПАСНОСТИ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ПРОМЫШЛЕННЫХ АЭРОЗОЛЕЙ

*Луценко Л.А., Ильницкая А.В., Егорова А.М., Гвоздева Л.Л.*

Федеральное бюджетное учреждение науки «Федеральный научный центр гигиены им.Ф.Ф.Эрисмана» Федеральной службы по защите прав потребителей и благополучия человека г. Мытищи

Признанным фактором риска здоровью работников, занятых при технологиях, связанных с пылеобразованием, является воздействие промышленных аэрозолей разнообразного вещественного и дисперсного состава. При повышенных уровнях запыленности и длительном стаже работы в условиях воздействия аэрозолей, обладающих фиброгенным, токсическим, либо смешанным типом действия, возможно развитие профессиональных и профессионально обусловленных заболеваний. Одной из приоритетных задач гигиены труда является обоснование мер профилактики. В зависимости от особенностей технологических процессов в воздухе рабочей зоны могут формироваться аэрозоли дезинтеграции, представленные частицами микрометрового размера (1-100 мкм), либо аэрозоли конденсации, содержащие субмикронные частицы (до 1 мкм).

Концепция отечественных гигиенистов труда в отношении пылевого фактора отличается от принятой за рубежом и признает в качестве основных критериев вредности общую массу вдыхаемой пыли, её вещественный состав и время действия, что закреплено в ГОСТе Р 54578-2011 «Воздух рабочей зоны. Аэрозоли преимущественно фиброгенного действия. Общие принципы гигиенического контроля и оценки воздействия».

Вместе с тем, контроль только массы пыли (мг/м<sup>3</sup>) нельзя считать универсальным и достаточным показателем для гигиенической оценки и прогноза риска воздействия промышленной пыли. О необходимости знания дисперсного состава свидетельствуют многочисленные данные по отличию биологических эффектов аэрозолей дезинтеграции и конденсации (Величковский Б.Т., 1980), существование неодинаковых величин ПДК в воздухе рабочей зоны, а также некоторые исследования, проведенные сотрудниками нашего Центра. Так, установлено (Ильницкая А.В., 1986), что у операторов, обслуживающих различные типы плазменных установок, рано регистрируются хронические воспалительно-дистрофические заболевания верхних дыхательных путей, и их частота активно нарастает с увеличением стажа работы до 5 лет. Согласно электронной микроскопии, оплавленные сферические частицы, образуемые при плазменно-механической обработке сплавов металлов (резке, напылении, наплавке), преимущественно являлись субмикронными (до 1 мкм) с преобладанием доли частиц размером до 0,2 и 0,4 мкм (например, 56,4 и 17,4% соответственно – у бронзы, 61,3 и 18,3% – у тугоплавкого сплава ПГСРЗМ). По-видимому, именно присутствием наиболее мелких частиц можно объяснить неблагоприятные эффекты воздействия высокодисперсного плазменного аэрозоля, обладающего повышенной сорбционной способностью.

Важность изучения роли дисперсного состава промышленных аэрозолей особенно возросла в связи с активным развитием нанотехнологий – нового инновационного направления

экономики развитых стран мира, которые изучают явления и манипулируют материалом на атомном и молекулярном уровнях, где свойства вещества существенно отличаются от более крупных частиц или сыпучего материала аналогичного состава. Продукция нанотехнологий: специально сконструированные наночастицы и содержащие их наноматериалы (НЧ/НМ), благодаря своим уникальным свойствам, востребована во многих отраслях промышленности и видах деятельности.

В России нанотехнологии начинают все более активно внедряться в различные отрасли промышленности.

В нашей стране Роспотребнадзором были своевременно разработаны нормативно-методические документы, содержащие анализ достигнутых к тому времени научных данных об особенностях состава и свойств наночастиц и наноматериалов, принципов обоснования безопасности их воздействия на организм и окружающую среду на этапах производства, эксплуатации и утилизации продукции: Постановление от 23.07.2007 г. № 54 «О надзоре за продукцией, полученной с использованием нанотехнологий и содержащей наноматериалы»; Постановление от 31.10.2007 г. № 79 «Об утверждении Концепции токсикологических исследований, методологии оценки риска, методов идентификации и количественного определения наноматериалов»; Методические рекомендации «Оценка безопасности наноматериалов» (Приказ Роспотребнадзора № 280 от 12.10.2007г.).

Существенное значение для обеспечения санитарно – эпидемиологической безопасности при внедрении нанотехнологий имели комплексные исследования в рамках Федеральной Целевой Программы «Развитие инфраструктуры наноиндустрии в РФ на 2008-2011 годы», выполненные организациями различной ведомственной подчиненности (РАМН, РАН, Роспотребнадзор, Минобрнауки) (головные учреждения: ФГБУ «НИИ питания», ФГБУ «НИИ экологии человека и окружающей среды им. А.Н. Сысина» Минздрава России, ГОУ ВПО «Вятский Государственный университет» Минобрнауки России). ФБУН «ФНЦГ им. Ф.Ф.Эрисмана» Роспотребнадзора участвовал в подготовке 11 документов внедрений, в т.ч. был ответственным исполнителем: МР 1.2.0037-11 «Контроль наноматериалов в воздухе», МР 1.2.0024-11 «Контроль наноматериалов, применяемых в химической промышленности», МУ 1.2. 2875-11 «Порядок выявления и идентификации наноматериалов в водоемах», МУ 1.2.2743-10 «Порядок отбора проб для выявления и идентификации наноматериалов в водных объектах» и других.

На основании анализа в основном зарубежных научных данных по оценке токсичности НЧ/НМ нашим учреждением были предложены гигиенические нормативы содержания приоритетных наноматериалов: в воздухе рабочей зоны ОБУВ диоксида титана и однослойных углеродных нанотрубок; в воде водоемов ОДУ серебра, в питьевой воде ОДУ серебра (ГН 1.2.2633-10). Специалистами ФБУН ЕМНЦ ПОЗРПП Роспотребнадзора, г. Екатеринбург, обоснован ОБУВ наночастиц магнетита  $Fe_3O_4$  в воздухе рабочей зоны, равный 0,4 мг/м<sup>3</sup>. Утверждены ГН 2.1.6.2604-10 (дополнение 8 к ГН 2.1.6.1338-03) «Предельно допустимые концентрации (ПДК) загрязняющих веществ в атмосферном воздухе населенных мест». Они включают максимально разовые и среднесуточные величины ПДК (мг/м<sup>3</sup>) взвешенных частиц РМ10 и РМ 2,5, их предельно допустимые среднегодовые концентрации.

Продолжением наших исследований по проблеме безопасности нанотехнологий явилась подготовка документов внедрения: Методические рекомендации: «Фракционный состав

аэрозолей и оценка экспозиции по параметрам вдыхаемых твердых частиц» (2012 г.); Информационно-аналитический обзор: «Вредные эффекты действия на организм нерастворимых наночастиц и обеспечение безопасности инновационных нанотехнологий» (2013г.). Представлен анализ накопленного международного опыта по оценке современного состояния и перспектив развития нанотехнологий, роли физико-химических свойств, вещественного и дисперсного состава токсичности наночастиц абиогенного (техногенного) происхождения, методам контроля производственной среды и атмосферного воздуха при использовании наноматериалов и нанотехнологий, методологии оценки экспозиции наноаэрозоля для человека.

Накопленные данные о биологических реакциях НЧ/НМ позволяют отметить, что постоянно увеличивающийся объем производства новой нанопродукции и сфер ее применения остро ставит проблему получения конкретных сведений об уровне возникшей опасности экспозиции НЧ/НМ для организма человека и живой природы. Однако имеющихся сведений по токсичности нерастворимых наночастиц недостаточно и они пока не позволяют дать количественную оценку риска здоровью человека [Kuempel, 2006] или экстраполировать опасность любого вида наночастиц, за исключением, возможно, TiO<sub>2</sub> [NIOSH, 2005]. Тем не менее, предварительные результаты уже позволяют сделать четкий вывод о более выраженных неблагоприятных эффектах воздействия наночастиц в сравнении с микрометрическими частицами одного и того же состава. Наиболее значимым путем воздействия частиц нанометрового размера на организм работников организованных контингентов являются органы дыхания (Oberdorster G' Stone V, Donaldson K, 2007).

Из-за своих крайне малых размеров, нерастворимые твердые частицы нанометрового размера приобретают повышенную способность перемещаться во внелегочные органы. Такими маршрутами являются: через легочные слои эпителиальных клеток – в кровь и лимфатическую систему, либо (для отдельных наночастиц) – через окончания обонятельного нерва вдоль нейронных аксонов в центральную нервную систему. Nemmar et al., (2002) рассматривает три основных гипотезы, касающиеся перемещения ультратонких частиц в альвеолах. При ингаляционной экспозиции транспорт частиц осуществляется благодаря таким активным процессам, как фагоцитоз и эндоцитоз альвеолярных макрофагов и эндотелиальных клеток, что соответствует пассивному транспорту путем диффузии, либо пассивному или активному транспорту через поры в цитоплазму эндотелиальных клеток, а также – через междуузлия альвеолярных эпителиальных клеток.

Warheit et al., (2007) заключают, что в подавляющем большинстве ситуаций, потенциальное легочное воздействие в рабочей среде будет больше, чем воздействие на кожу. Существует возможность поступления наночастиц и через желудочно-кишечный тракт.

Первые исследования действия наночастиц ясно показали, что если токсичность микроскопических частиц, как правило, хорошо коррелирует с массой токсичного вещества, то токсичность веществ того же состава при равенстве массы может различаться. Согласно имеющемуся мнению, токсичность наночастиц коррелирует с площадью поверхности этих частиц, а не с их массой [Oberdörster 2005; Monteiller et al., 2007]. Вместе с тем, Мосс (2006) показывает, что при оценке токсичности наночастиц важно в совокупности учитывать как площадь поверхности, так и число НЧ, чтоб лучше прогнозировать потенциальные препятствия при реализации молекулярных механизмов защиты. Warheit и его команда (2005, 2006), обсуждая



полученные противоположные итоги двух экспериментов по оценке легочного воспаления у крыс при действии тонких (1600 нм) и нанометровых (50 нм) частиц кварца, заключили, что многие факторы могут влиять на токсичность изучаемых частиц. В том числе: число частиц, их размеры, площадь поверхности, величина концентрации, поверхность покрытия частиц, степень агломерации частиц, область легочного осаждения, «возраст» частиц, поверхностный заряд, форма частиц, потенциал электростатического притяжения и потенциал для агломерации, метод синтеза частиц и последующие модификации продукта.

Wittmaack (2007), анализируя опубликованные научные работы по оценке воспалительного ответа в легких крыс и мышей, приходит к выводу о наличии линейной зависимости «доза-реакция» и связи показателей токсичности с числом частиц, средним размером их распределения, реальными величинами удельной поверхности. При этом автор отмечает, что удельная поверхность, оцененная по размеру частиц, не обеспечивает получение информативной величины, показывающей очень хорошее соотношение.

В литературе [Sayes et al. (2007a, 2007b)] высказывается также замечание о слабой корреляции результатов, полученных для одного и того же вида НЧ в опытах *in vitro* и *in vivo*. Потому требуется дополнительное согласование выбираемых параметров, а также стандартизация клеточных систем, используемых в пробирке. Важно проходить предварительную апробацию тестов *in vitro* для оценки их связи с эффектами в естественных условиях. В этом случае они могут быть полезными в качестве инструментов оценки токсичности для обнаружения эффектов воздействия различных типов ингалированных наночастиц [Ostiguy C. et al., 2008], [SCENIHR (2007)].

Среди множества показателей, характеризующих состав и свойства наночастиц, единственный параметр, в отношении которого в настоящее время, достигнут консенсус, заключается в том, что не массовая доза наночастиц исключительно коррелирует с их вредными эффектами. В то же время, массовая доза должна быть также документально зафиксирована, потому что она часто является единственным параметром, который известен или о котором было сообщено в предыдущих исследованиях. Не следует забывать о многокомпонентности естественно существующих загрязнителей окружающей среды. Потому, на наш взгляд, в необходимых случаях должна предусматриваться идентификация изучаемого объекта с учетом не только его параметров, но и вещественного состава (по индикаторным показателям).

При рекомендациях дальнейших направлений работы следует учитывать следующее. В текущее время большое количество исследований посвящено изучению биологических эффектов действия ультратонких частиц на человека, источником которых являются естественные (природные) и антропогенные ненамеренные источники; и эти вредные эффекты на здоровье человека достаточно известны. Однако, еще недостаточно изучены биологические эффекты и, особенно, ожидаемый уровень загрязнения окружающей и производственной среды специально сконструированными частицами наноматериалов, которые имеют широкие перспективы для применения во многих отраслях промышленности и жизнедеятельности человека. Возникает озабоченность, что новые виды продукции НЧ/НМ будут негативно влиять на состояние здоровья живых организмов, и, потому, бесспорно, проблема обеспечения нанобезопасности в связи с ожидаемым широким применением уникальных процессов разработки, получения, применения, переработки и утилизации нанопродукции, является актуальной.

Исследования на людях и животных показывают, что некоторые наночастицы способны проникать в организм, прежде всего, при вдыхании, быстро мигрируют к органам через кровеносную и лимфатическую системы. Пациенты с уже существующими заболеваниями (такими, как бронхиальная астма, диабет и др.) могут проявить большую склонность к токсическому воздействию наночастиц. Важную роль могут играть генетические факторы в реакции организма на действие наночастиц.

Работники, занятые в области нанотехнологий, скорее всего, будут потенциально подвержены действию свободных частиц сверхмалых размеров (но, возможно, и их агрегатов). Поэтому осуществление соответствующего контроля параметров НЧ/НМ и углубленный анализ значимости физических и химических свойств наночастиц для вредных биологических эффектов будет, по-прежнему, важен для установления закономерностей взаимосвязи реакций организма на экспозицию НЧ. Необходимым направлением исследований является изучение процессов изменения поверхностных свойств, агрегатного состояния НЧ/НМ после взаимодействия их с другими вредными веществами окружающей среды, а также – с биомолекулами в организме. Испытуемые образцы нанопродукции должны иметь все необходимые характеристики (размер частиц, химический состав основного вещества и примесей, степень кристалличности структуры, морфология, свойства электромагнитного отклика, удельная поверхность, реакционная способность, степень агрегации др.), полученные с соблюдением требований нормативно-методических документов [Онищенко Г.Г. с соавтор., 2013; Потапов А.И. с соавтор., 2013].

В случае контроля полидисперсного аэрозоля требуется комплекс методов, включающий как индивидуальные, так и комплексные приборы для выделения частиц субмикронного и/или наноразмерного диапазонов [ISO/TR 27628:2007; ISO/TR 12885:2008(E); ISO 15900:2009(E)]. Примерами первых являются: дифференциальный анализатор мобильной подвижности; электростатический классификатор; конденсационный счётчик частиц. К комплексным приборам относят, например: сканирующий спектрометр аэрозольных наночастиц; анализатор частиц; лазерный анализатор наночастиц и др.

В нашей стране общие требования к методам измерений дисперсных характеристик аэрозолей и взвесей нанометрового диапазона предусматривает ГОСТ Р 8.712-2010 «Дисперсные характеристики аэрозолей и взвесей нанометрового диапазона. Методы измерений. Основные положения». Методы измерений реализуются с помощью средств измерений, предназначенных для проведения дисперсного анализа жидких и газовых сред. Важно подчеркнуть, что результаты измерений аэрозолей в воздухе являются характеристиками фракционного состава именно витающей, но не вдыхаемой пыли.

Разработан ряд приборов контроля массовой концентрации вдыхаемой пыли и ее фракций, например: пылемеры и счетчики аэрозольных частиц; аэрозольные спектрометры, которые являются переносными портативными приборами, и предназначены для одновременного измерения весовой концентрации вдыхаемой (Inhalable) пыли; торакальной (Thoracic) и альвеолярной (респиральной) (Alveolic, respirable) фракций [CEN EN-481, US-EPA]. Имеются единичные образцы приборов для определения площади поверхности частиц (в  $\text{мкм}^2/\text{см}^3$ ) нанодисперсного и субмикронного диапазонов (от 10 до 1000 нм), депонированных в дыхательном тракте человека (в единицах  $\text{мкм}^2/\text{см}^3$ ) соответственно в трахеобронхиальной

(ТВ) и альвеолярной (А) областях. Показания этих приборов отвечают нормативам (условным характеристикам), обоснованным моделью ICRP, 1994.

Разработаны приборы для измерения размеров взвешенных в воздухе частиц (например, диффузионный аэрозольный спектрометр; аэрозольный счётчик субмикронных частиц: диапазон измеряемых размеров частиц: 0,3-5,0 мкм; каналы (размерные диапазоны): 0,3; 0,5; 1,0; 2,0; 3,0; 5,0 мкм. Имеется ряд приборов, предназначенных для определения массовой концентрации дисперсных фракций взвешенной пыли, внесенные в Госреестр средств измерений РФ, которые включают, например: комбинированный полуавтоматический пылемер ОМПН-10.0; анализаторы пыли -Dust Trak 8530/8533; измерители содержания массы пыли – ТЕОМ 1400. Следует иметь в виду, что данные приборы, в силу несовершенства фильтров, имеют ограниченное применение для определения аэрозоля с размером частиц менее чем 100 нм.

Требуется системный научный подход к изучению токсичности наночастиц с учетом их физико-химических свойств; дальнейшие исследования кинетики и биохимических взаимодействий наночастиц в организме, которые должны включать, по крайней мере, исследование путей перемещения НЧ, уровня накопления, взаимодействия НЧ с клетками, их цитотоксичность, роль поверхности функционализации для осуществления эффективного фагоцитоза. Надо пополнять существующие знания о действии наночастиц на лимфатическую и иммунную системы, а также – на различные органы и системы организма.

Понимание потенциально вредных эффектов воздействия наночастиц на живой организм требует междисциплинарного подхода, диалога между всеми участниками исследований. Желательно не только широко обсуждать новые данные о биологической опасности НЧ/НМ, но и иметь доступные базы данных, постоянно пополнять знания о путях синтеза НЧ/НМ, источниках загрязнения производственной среды; уровне токсичности и опасности НЧ/НМ при различных путях попадания в организм.

Важно, чтоб действующие нормативно – методические документы, разработанные, в том числе, и в России, в области обеспечения безопасности нанопродукции для жизнедеятельности человека, не рассматривались, как догма, а постоянно совершенствовались по мере накопления новых научных данных. Нужно вести широкий и научно доступный диалог с производителями и широкой общественностью, информировать их в доступной форме о достижениях и перспективах обеспечения нанобезопасности при производстве, применении, утилизации новых видов продукции; разрабатывать рекомендации по защите от загрязнения производственной и окружающей среды. Необходимо создавать и постоянно совершенствовать регламенты качества воздуха и стандартные методы его контроля в связи с внедрением нанотехнологий. Первостепенной задачей является определение стратегии контроля присутствия наночастиц/наноматериалов в объектах производственной и окружающей среды; разработка и внедрение доступных и информативных приборов контроля НЧ/НМ, показатели которых должны соответствовать принятым критериям гигиенической вредности и опасности нового вида продукции нанотехнологий [А.И.Потапов с соавтр., 2012, 2013].

Достижения в области нанотехнологий приводят в быстрой коммерциализации продуктов, содержащих наноструктуры и наночастицы с замечательными свойствами. Это нашло свое отражение в огромном количестве публикаций по нанотехнологиям. В виду потенциальной

токсичности каждого нового вида продукции, должны быть строго регламентированы меры безопасности в области профессиональной гигиены для лиц, подверженных воздействию НЧ/НМ.

Высокие темпы глобального производства специально спроектированных НЧ/НМ пока существенно опережают реальное внедрение необходимого контроля содержания новых видов продукции в объектах производственной среды. Превалирует рекомендательный подход в изложении превентивных мер безопасности. Слабая оснащенность дорогостоящей и сложной лабораторно-измерительной аппаратурой затрудняет своевременное получение научных данных по оценке вредных эффектов действия всего многообразия созданных и планируемых к внедрению НЧ/НМ. Актуальной проблемой остается формулирование конкретного перечня специфических методов для контроля здоровья работников и населения при воздействии разнообразной продукции наноиндустрии, и это остается перспективной задачей будущих исследований.

#### Список литературы:

1. Величковский Б.Т. Фиброгенные пыли: Особенности строения и механизма биологического действия. – Горький: Волго-Вятское кн. изв-во, 1980. – 159 с.
2. ГОСТ Р 54578-2011. Воздух рабочей зоны. Аэрозоли преимущественно фиброгенного действия. Общие принципы гигиенического контроля и оценки воздействия. Москва. Стандартинформ. 2012. 14с.
3. ГОСТ Р ИСО 7708-2006: «Качество воздуха. Определение гранулометрического состава частиц при санитарно-гигиеническом контроле» (аутентичный перевод стандарта ISO 7708:1995) (дата последнего изменения 23.06.2009).
4. Кацнельсон Б.А., Привалова Л.И., Дегтярева Т.Д., Кузьмин С.В. и др. Анализ некоторых результатов экспериментального изучения токсикологии наночастиц с позиций гигиенического нормирования // Уральский медицинский журнал, №9, 2011-С. 35-39.
5. Лысцов В.Н., Мурзин В.Н. Проблемы безопасности нанотехнологий. 2007. 46 с.
6. Онищенко Г.Г., Тутельян В.А., Гмошинский И.В., Хотимченко С.А. Развитие системы оценки безопасности и контроля наноматериалов и нанотехнологий в Российской Федерации. // Гигиена и санитария 1/2013 с. 4-11.
7. Потапов А.И., Ракитский В.Н., Тулакин А.В., Луценко Л.А., Ильницкая А.В., Егорова А.М., Гвоздева Л.Л. Безопасность наночастиц и наноматериалов для окружающей и производственной среды.//Гигиена и санитария 3/2013. с. 8-13.
8. Chen Z, Meng H, Xing G, Chen C, Zhao Y, Jia G, Wang T, Yuan H, Ye C, Zhao F, Chai Z, Zhu C, Fang X, Ma B, Wan L, 2006. Acute toxicological effects of copper nanoparticules in vivo. Toxicology Letters 163 (2) : 109-120.

9. Donaldson K, Stone V 2003 Current hypotheses on the mechanisms of toxicity of ultrafine particles Ann. Ist. Super Sanita 39 405-410 and references therein
10. Oberdorster G, Stone V, Donaldson K, 2007. Toxicology of nanoparticles: a historical perspective. *Nanotoxicology* : 1 (1) : 2-25.
11. Sayes C M, Fortner J D, Guo W, Lyon D, Boyd A M, Ausman K D, Tao Y J, Sitharaman B, Wilson L J, Highes J B, West J L, Colvin V L 2004 The differential cytotoxicity of water-soluble fullerenes *NanoLett.* 4 1881-1887
12. Sayes CM, Wahi R, Kurian PA, Liu Y, West JL, Ausman KD, Warheit DB, Colvin VL, 2006. Correlating nanoscale titania structure with toxicity : a cytotoxicity and inflammatory response study with human dermal fibroblasts and human lung epithelial cells, *Toxicological Sciences*, 92(1) : 174-185.
13. Warheit DB, Laurence BR, Reed KL, Roach DH, Reynolds GAM, Webb TR, 2004. Comparative pulmonary toxicity assessment of single-wall carbon nanotubes in rats. *Tox Sci* 77 : 117-125.
14. Warheit DB, 2006. Effects of engineered nanoscale particulates on the lung. In *Toxicology of the lung*, 4th Edition, Edited by DE Gardner, p 537-557.
15. Zhang Q, Kusaka Y, Donaldson K, 2000. Comparative pulmonary responses caused by exposure to standard cobalt and ultrafine cobalt. *J Occup Health* 42 : 179-184.
16. <http://www.portalnano.ru>
17. <http://www.rusnano.com/Home.aspx>

**ОРГАНИЗАЦИЯ И ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОГО НАДЗОРА И КОНТРОЛЯ ЗА ИСПОЛНЕНИЕМ ТРЕБОВАНИЙ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В ОБЛАСТИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ В ЧАСТИ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА ЭЛЕКТРОМАГНИТНЫХ ПОЛЕЙ, СОЗДАВАЕМЫХ ПЕРЕДАЮЩИМИ РАДИОТЕХНИЧЕСКИМИ ОБЪЕКТАМИ НА ТЕРРИТОРИИ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Микаилова О.М., Чигряй Е.К.*

Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека Роспотребнадзора по Московской области, г. Мытищи

В настоящее время на территории Московской области располагается 9423 передающих радиотехнических объекта (далее ПРТО). Основными источниками электромагнитных полей, воздействующих на население, являются мобильные телефоны сотовой связи, а также различные передающие радиотехнические объекты связи, радио-, телевидения и радионавигации.

Число пользователей мобильных телефонов сотовой связи неуклонно растет. Увеличивается и интенсивность их использования. К ним добавляются беспроводные средства доступа в интернет. Таким образом, номенклатура продукции, являющейся источником облучения населения электромагнитными полями радиочастотных диапазонов, расширяется. Увеличивается число пользователей этой продукции, в том числе за счет детей и подростков.

Число ПРТО на территории Московской области продолжает расти, главным образом за счет базовых станций сотовой связи (БС), что обусловлено развитием систем мобильной связи, в том числе реконструкцией имеющихся объектов (увеличение числа радиопередатчиков). Это продолжение работ по внедрению систем коммуникаций 3-го поколения (3G) и систем 4-го поколения (4G). К примеру, в 2012г. Управлением согласовано 2566 объектов к размещению и 1824 ввода в эксплуатацию, в 2013г. – 3262 объектов к размещению (из них не отвечающих санитарно-эпидемиологическим требованиям – 3) и 2551 ввода в эксплуатацию, за 2014 год – 1649 объектов к размещению (из них не отвечающих санитарно-эпидемиологическим требованиям – 20) и 1038 ввода в эксплуатацию (рис. 1).

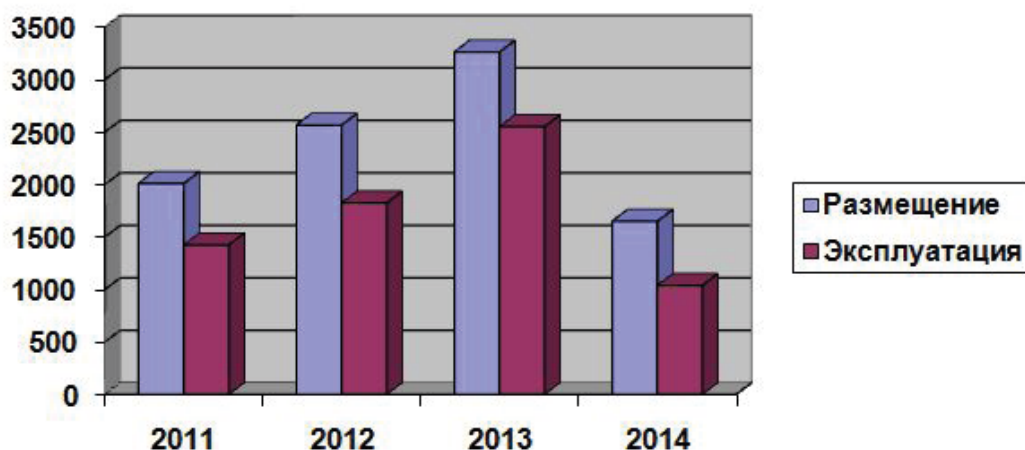


Рис. 1 – Количество рассмотренных материалов на размещение и эксплуатацию ПРТО по годам.

Наибольшую часть ПРТО составляют относительно маломощные объекты – БС, располагающиеся часто в черте жилой застройки и имеющие в связи с этим гигиеническую значимость. Объектов радио-, телевидения относительно немного, однако они имеют большую мощность передатчиков и также часто располагаются в черте жилой застройки. В связи с этим количество жалоб на ПРТО неуклонно растет. Рост этот обусловлен увеличением числа жалоб на базовые станции сотовой связи в виду того, что операторы сотовой связи размещают ПРТО на территории плотной жилой застройки с незначительной высотой подвеса, а также вблизи дачных и садовых земель, принадлежащих гражданам на праве собственности.

В представляемых ситуационных планах не учитывается перспективная застройка на прилегающей к ПРТО территории, что является нарушением п. 3.17 СанПиН 2.1.8/2.2.4.1383-03 «Гигиенические требования к размещению и эксплуатации передающих радиотехнических объектов». Неоднократно прослеживаются случаи строительства зданий на прилегающей к ПРТО территории в период между получением экспертного заключения и подачей материалов на согласование размещения объекта в Управление Роспотребнадзора по Московской области. В связи с чем Управление Роспотребнадзора считает необходимым обязать владельцев ПРТО представлять ситуационные планы отражающие перспективную застройку, заверенные в установленном порядке.

Владельцы объектов связи размещают передающее оборудование на крышах пристроек к жилым многоэтажным домам, что в свою очередь ведет к увеличению числа обращений граждан в надзорные организации, а зачастую и к ухудшению санитарной обстановки на прилегающей территории (рис. 2). Также оборудование размещается в окружении плотной жилой застройки на низких строениях, что ведет к снижению по высоте нижней границы зоны ограничения застройки, а следовательно к ограничению использования придомовых территорий.



Рис. 2 – Размещение ПРТО на пристройке к жилому дому (Московская область, г. Видное, проспект Ленинского Комсомола, д. 35)

Обеспечить выполнение требований п. 3.10 СанПиН 2.1.8/2.2.4.1383-03 «Гигиенические требования к размещению и эксплуатации передающих радиотехнических объектов» и п. 3.10 СанПиН 2.1.8/2.2.4.1190-03 «Гигиенические требования к размещению и эксплуатации средств сухопутной подвижной радиосвязи» в части организации проведения измерений уровней электромагнитного поля в жилых помещениях близлежащих домов и на прилегающей территории, часто затруднительно, в виду того, что граждане отказываются от проведения замеров в своих квартирах, загородных домах, на садовых участках. В связи с техническими особенностями оборудования ПРТО владелец объекта имеет возможность дистанционного управления его режимами работы, в следствие чего, специалисты испытательных лабораторных центров и Управления Роспотребнадзора не имеют возможности гарантировать максимальный режим работы оборудования на момент проведения измерений и постоянство режимов при последующей работе передатчиков. В соответствии с требованиями СанПиН 2.1.8/2.2.4.1383-03 и СанПиН 2.1.8/2.2.4.1190-03 организация измерений уровней ЭМП лежит на владельце ПРТО.

Требованиями санитарных правил установлена необходимость выдачи санитарно-эпидемиологических заключений на территориях и объектах железнодорожного транспорта, обороны и иного специального назначения при наличии положительного заключения центра Госсанэпиднадзора, осуществляющего надзор за данными объектами, но не установлено требование к владельцам ПРТО об указании ведомственной принадлежности территории, что затрудняет выполнение указанных требований. Также отмечаются случаи оформления санитарно-эпидемиологических заключений указанными центрами Госсанэпиднадзора, что противоречит санитарному законодательству.

Выдача на основании результатов санитарно-эпидемиологических экспертиз, исследований, обследований, исследований, испытаний и иных видов оценок, оформленных в уста-



новленном порядке, санитарно-эпидемиологических заключений является государственной услугой. Представление государственной услуги осуществляется согласно действующему санитарному законодательству. В соответствии с п. 3.6 МУ 4.3.2320-08 «Порядок подготовки и оформления санитарно-эпидемиологических заключений на передающие радиотехнические объекты» санитарно-эпидемиологическая экспертиза по ПРТО осуществляется центрами гигиены и эпидемиологии в субъектах Российской Федерации, организациями, аккредитованными в установленном порядке, экспертами.

За ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Московской области» закреплена функция по проведению лабораторных исследований и оформлению санитарно-эпидемиологических экспертиз в рамках плановых и внеплановых выездных мероприятий по поручению Управления Роспотребнадзора по Московской области, целью которых является соблюдения обязательных требований нормативных актов в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, проведение мероприятий по предотвращению причинения вреда жизни и здоровья граждан. Кроме того, благодаря хранению и накоплению материалов о ранее размещенных ПРТО на территории Московской области, ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Московской области» имеет достаточные условия для анализа достоверности представленных материалов на размещение, реконструкцию, дооборудование и ввод в эксплуатацию ПРТО, а также отслеживания наличия оборудования, принадлежащего другим операторам.

В целях предотвращения негативного воздействия электромагнитных полей на население Управлением Роспотребнадзора по Московской области еще на стадии рассмотрения возможности размещения, реконструкции и дооборудования ПРТО проводится работа с владельцами объектов и проектирующими организациями по минимизации негативного воздействия электромагнитного излучения на население и предотвращении возможности превышения предельно допустимых уровней плотности потока энергии (ПДУ ППЭ) при вводе в эксплуатацию объекта.

В связи с увеличением обращений граждан Управлением Роспотребнадзора по Московской области усилен контроль за объектами расположенными на территории жилой застройки. Владельцам зданий с уровнями выше 10 мкВт/см<sup>2</sup> (ПДУ ППЭ для населения) на крыше Управлением направляются информационные письма о правилах электромагнитной безопасности при работе вблизи объектов связи, а также о необходимости прохождения обучения по курсу электромагнитной безопасности. Операторам сотовой связи направляются письма с рекомендациями увеличения высоты подвеса антенн передающего оборудования относительно прилегающей застройки, а также необходимости инструментальных замеров уровней ЭМП в помещениях жилых зданий, образовательных и детских учреждениях.

В целях выполнения требований санитарного законодательства при размещении антенн базовых станций на территории, граничащей с частной жилой застройкой, должно учитываться перспективное развитие объектов индивидуального жилищного строительства, не требующих согласования проектной документации, в связи с чем Управление Роспотребнадзора по Московской области рекомендует размещать оборудование таким образом, чтобы нижняя граница зоны ограничения застройки с учетом угла наклона антенн не опускалась ниже 11 м от уровня земли и 2 м от поверхности крыш существующих и перспективных зданий.

В рамках определения возможности эксплуатации установленного оборудования, Управление Роспотребнадзора по Московской области строго отслеживает учет расширенной неопределенности измерений в результатах проведенных исследований, которая позволяет предупредить возможные неблагоприятные последствия электромагнитного излучения на население.

## ОЦЕНКА РИСКА ДЛЯ РАБОТАЮЩИХ КАК ОСНОВА БЕЗОПАСНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПЕСТИЦИДОВ В СЕЛЬСКОМ ХОЗЯЙСТВЕ

*Ракитский В.Н., Ильницкая А.В., Березняк И. В.*

ФБУН «Федеральный научный центр гигиены им. Ф.Ф. Эрисмана» Роспотребнадзора,  
Москва

Проблема состояния здоровья и демографических показателей населения России остается чрезвычайно актуальной на ближайшие годы, как на федеральном, так и на региональном уровнях.

Высокие показатели смертности трудоспособного населения страны ставят вопросы сохранения здоровья работающих в качестве приоритетного направления государственной политики, в области трудовых отношений, профилактики профессиональной и профессионально обусловленной заболеваемости.

В сельском хозяйстве остается достаточно низкий уровень организации медицинского обслуживания, неудовлетворительное качество проведения периодических медицинских осмотров, направленных на раннее выявление начальных стадий заболеваний, связанных, в частности с применением пестицидов.

Внедрение новых технологий применения пестицидов, нарастающий психоэмоциональный стресс при реорганизации агропромышленного комплекса, наращивание производственного потенциала и технического переоснащения в сельском хозяйстве формируют условия для комбинированного и потенцирующего воздействия различных профессиональных и социально – гигиенических неблагоприятных факторов, повышая риск негативного влияния на здоровье сельского населения.

Поэтому, перспективное развитие проблемы безопасного применения пестицидов акцентируется на внедрении системы профилактических мероприятий на основе методологии оценки риска, основанной на изучении этиопатогенетических закономерностей нарушения здоровья в связи с применением пестицидов.

Актуальной задачей современного периода является минимизация риска воздействия пестицидов на здоровье при широком внедрении новых препаративных форм пестицидов и способов их внесения в окружающую среду.

В соответствии с Федеральным законом «О безопасном обращении с пестицидами и агрохимикатами» ФЗ №109 возможность применения их в России обеспечивается государственной регистрацией, на основании которой разрешается производство, применение, реализация, транспортировка, хранение, уничтожение, реклама, ввоз и вывоз из России. Регистрационные испытания включают в себя так же «оценку опасности негативного воздействия пестицидов на здоровье людей и разработку гигиенических нормативов, санитарных норм и правил».

Представлены результаты почти 20-летних исследований, проводимых в Институте гигиены, токсикологии пестицидов и химической безопасности ФНЦГ им.Ф.Ф.Эрисмана.

Как и в большинстве развитых стран, оценка риска пестицидов входит в число обязательных регистрационных требований и осуществляется в несколько этапов, общепринятых в методологии оценки риска: идентификация опасности, характеристика опасности, оценка экспозиции, характеристика риска.

Оценка риска пестицидов для работающих является одной из важных составляющих комплексной гигиенической оценки риска конкретных пестицидных препаратов и имеет свою специфику.

Характеристика опасности, как совокупности свойств пестицида, определяющих его способность вызывать неблагоприятные для здоровья эффекты, предусматривает обязательную оценку степени потенциальной опасности каждого препарата путем изучения его токсичности в острых, подострых и хронических экспериментах и классифицируется в соответствии с Российской гигиенической классификацией пестицидов. На основании установления класса опасности с учетом возможного раздражающего, сенсибилизирующего действия, отдаленных эффектов решается вопрос о возможности дальнейших испытаний пестицидов.

Как правило, в России наиболее широко применяются пестициды умеренно и малотоксичные, то есть 3-4 класса опасности в соответствии с гигиенической классификацией пестицидов по степени опасности (СанПиН 1.2.2584-10 Гигиенические требования к безопасности процессов испытаний, хранения, перевозки, реализации, применения, обезвреживания и утилизации пестицидов и агрохимикатов»).

При изучении условий применения пестицидов в натурном эксперименте в реальном сельскохозяйственном производстве для каждого препарата оцениваются возможные и приоритетные пути поступления в организм работающего человека. Учитывая наибольшую опасность ингаляционного и дермального поступления веществ для работающих, в производственных условиях определяются экспозиции пестицидов в воздухе рабочей зоны и на коже оператора. Смывы осуществляются с наиболее загрязняемых открытых (лицо и шея) и закрытых одеждой участков кожи (предплечья, грудь, голени), а также кистей рук.

В результате исследований, выполненных в институте гигиены и токсикологии пестицидов в последние годы, выявлены наиболее неблагоприятные операции, обуславливающие максимальные экспозиции пестицидов, такие как приготовление рабочих растворов, заправка опрыскивателей, затаривание и транспортировка обработанных пестицидами семян, пуско-наладочные работы протравочной техники, при которых существует реальная опасность поступления пестицидов в воздух рабочей зоны и загрязнения кожных покровов. Выполнение таких операций, безусловно, определяет степень риска отрицательного воздействия пестицидов на здоровье работающих.

Механизм формирования экспозиционных уровней имеет в большинстве случаев хаотичный характер и зависит от множества факторов: физико-химических свойств пестицидных препаратов, направления и скорости ветра, герметичности тракторной кабины, технических особенностей опрыскивающих систем, температурно – влажностного режима, испарений с поверхности почвы и растений, вида обрабатываемой культуры, профессиональных навыков и гигиенической грамотности оператора. Например, нормы расхода препарата при тракторном опрыскивании полевых культур практически не влияют на содержание пестицидов в воздухе

рабочей зоны, но с высокой степенью достоверности коррелирует с величиной сносов за пределы обрабатываемых площадей.

Экспозиционные уровни пестицидов в воздухе и на коже оператора определяются в натуральных условиях по наиболее жесткому сценарию (при максимально возможной норме расхода препарата) при различных технологиях применения препаратов: предпосевное *протравливание семян, тракторное* штанговое опрыскивание овощных и зерновых культур и вентиляторное опрыскивание садовых культур, авиаобработка, ранцевое опрыскивание и т.д.

Оценка зависимости доза-ответ – это поиск количественных закономерностей, связывающих получаемую дозу вещества с вероятностью возникновения того или иного неблагоприятного (для здоровья) эффекта. Для работающих с пестицидами на основании зависимости «доза-ответ», полученной в эксперименте на животных, обосновываются ПДК или ОБУВ пестицидов в воздухе рабочей зоны, предельно допустимые или ориентировочные уровни загрязнения кожных покровов.

При переходе от пороговых доз, установленных экспериментально, к допустимым уровням загрязнения кожных покровов используется коэффициент проницаемости кожи для вещества, остаточный коэффициент, коэффициент запаса, величина которого устанавливается с учетом сведений о специфических и отдаленных эффектах, установленных в многочисленных обязательных стандартных подострых и хронических экспериментах.

Характеристика риска – это количественный показатель, определяемый величиной коэффициента безопасности (КБ), включает сопоставление дермального и ингаляционного экспозиционных уровней, определяемых в реальных условиях сельскохозяйственной практики России с допустимыми уровнями пестицида в воздухе рабочей дозы и на коже, установленными экспериментально или рассчитанными на основании полученных в эксперименте параметров. Метод оценки риска пестицидов – вариант агрегированного риска, который в соответствии с известным Руководством по оценке риска (Р 2.1.10.1920-04) заключается в определении вероятности вредного для здоровья эффекта в результате поступления одного химического вещества в организм человека всевозможными путями, то есть при комплексном поступлении.

Оценка риска при комплексном (ингаляционном и дермальном) поступлении веществ в организм человека легла в основу Российской модели оценки риска пестицидов, 3-я редакция которой (МУ 1.2.3017-12) разработана на основании установления экспозиционных уровней в воздухе и на коже, и впервые, с позиции гармонизации с международными подходами, дополнена методами установления и оценки воздействия пестицидов по поглощенной дозе.

Риск пестицидов для оператора по поглощенной дозе, характеризуется величиной коэффициента безопасности, определяемого соотношением суммы поглощенных доз пестицида при ингаляционном и дермальном поступлении с допустимым суточным уровнем экспозиции для оператора (ДСУЭО). Суммарная поглощенная доза при комплексном поступлении ингаляционным и дермальным путем рассчитывается с учетом: средней величины легочной вентиляции при работе средней тяжести ( $1.5 \text{ м}^3/\text{час}$ ), максимального времени работы с пестицидом (час), коэффициента кожной абсорбции (0.5), средней площади кожной поверхности взрослого человека ( $16120 \text{ см}^2$ ).

Сопоставление поглощенной дозы пестицида при комплексном (ингаляционном и дермальном) воздействии на оператора целесообразнее осуществлять с ДСУЭО, установленным исходя из величины недействующей дозы в хроническом эксперименте, а не в подостром эксперименте, как это принято в немецкой и английской моделях оценки риска пестицидов для операторов, и с учетом коэффициента запаса в зависимости от наличия специфических и/или отдаленных эффектов, аналогично практике установления ДСД для человека.

Оценка риска пестицидов для работающих с помощью экспозиционных уровней или поглощенной дозы позволяет выбирать лимитирующий критерий опасности (наибольший) с учетом значимости полученных данных.

Сравнительный анализ результатов оценки 2-мя способами показал, что при обработке низких полевых культур пестицидами (тракторное штанговое опрыскивание) примерно в 70% случаев лимитирующим способом определения риска является оценка экспозиционных уровней, сопоставляемых с гигиеническими нормативами; в 26% случаев определяющим является риск, установленный по поглощенной дозе, и только в 4% величины, характеризующие риск при разных способах оценки, были практически одинаковы.

При обработке высоких садовых культур, риск для оператора, установленный по поглощенной дозе превышал величину риска по экспозиции только в 27% случаев, примерно с такой же частотой риски, установленные 2-мя способами, совпадали.

При применении пестицидов в условиях личных подсобных и фермерских хозяйств значимость оценки риска для пользователей по поглощенной дозе существенно повышается, особенно при обосновании сроков безопасного выхода людей на обработанные пестицидами площади для проведения работ.

Важный этап анализа риска – управление риском, в Российской модели оценки риска пестицидов имеет определяющее значение. В результате превентивной, на стадии испытаний пестицидов, оценки риска устанавливаются дозовые нагрузки, регулируются временные характеристики работ, то есть по существу определяются регламенты применения каждого препарата, уточняется содержание специальных инструкций по защите работающих от вредного воздействия изучаемых биологически активных соединений, включая рекомендации по эффективному использованию СИЗ.

Как показали многочисленные исследования: при различных способах технологического применения пестицидов риск комплексного поступления их в организм формируется по-разному: приоритетное дермальное воздействие отмечается при тракторном штанговом опрыскивании пестицидами в виде концентрат эмульсии, когда уровень дермальной экспозиции превышает ингаляционный до 10 раз. Вместе с тем в зависимости от способа применения удельная значимость ингаляционного поступления, может существенно повышаться, например, при применении пестицидов для предпосевной обработки зерна, в теплицах, в личных подсобных хозяйствах.

Оценка риска для операторов, проводимая в рамках регистрационных испытаний, позволила запретить применение ряд препаратов или отдельных технологий применения, рекомендовать изменение регламентов применения пестицидов в условиях России, в том числе,

норм расхода препаратов, сроков безопасного выхода на обработанные пестицидами площади для проведения с/х работ, ограничение площади обработки или времени работы.

Таким образом, созданная единая научно-обоснованная модель оценки риска пестицидов, позволила создать систему гигиенической безопасности пестицидов для работников сельского хозяйства, пользователей личных подсобных хозяйств и других отраслей промышленности Российской Федерации. Внедрение системы обеспечивает минимальный риск воздействия пестицидов на работающих при условии соблюдения рекомендуемых регламентов применения и мер безопасности.

Следует отметить, что методический подход к оценке риска пестицидов может быть использован для оценки риска влияния химических веществ на работающих в условиях химических производств, при проведении исследований по аттестации рабочих мест при производстве пестицидов и других химических веществ.

Создание пестицидных препаратов нового поколения, в том числе в наноформах, внедрение современной сельскохозяйственной техники и новых технологических приемов применения пестицидов, требует постоянного совершенствования научно-методического обеспечения изучения различных аспектов гигиены применения, токсикологии, классификации опасности, оценки риска для работающих и населения, направленных на снижение негативного воздействия пестицидов.

В связи с вышесказанными основными задачами исследований на ближайшую перспективу является продолжение работы по дальнейшему изучению закономерностей формирования экспозиций пестицидов в воздухе рабочей зоны и на коже работающих и по совершенствованию модели оценки риска пестицидов для операторов с учетом возможного комбинированного действия нескольких пестицидов, то есть оценка кумулятивного риска.

Вступление России в ВТО потребовало от гигиенистов проведения большого объема исследований по гармонизации отечественных и международных требований в области обеспечения безопасного обращения пестицидов. В результате было гармонизировано более 1500 МДУ пестицидов с величинами MRL Комиссией Codex Alimentarius. При этом был сохранен отечественный принцип комплексного гигиенического нормирования пестицидов.

В этой связи, важной проблемой остается взаимосвязь методологий гигиенического нормирования и оценки риска здоровью пестицидов, как широкого класса химических соединений, так и их сочетаний с антропогенными факторами физической природы.

Следовательно, на сегодняшний день методологии оценки риска и гигиенического нормирования следует рассматривать в качестве двух сторон одной и той же медали.

Разработка нового метода определения приоритетных пестицидов по степени опасности для здоровья людей, основанного на расчете ассортиментного индекса территориальной нагрузки пестицидов, также направлена на минимизацию риска воздействия пестицидов. Расчет производится исходя из показателя среднегодовой территориальной нагрузки пестицидов (кг/га) и среднего оценочного балла, характеризующего свойства вещества по 9 показателям отечественной гигиенической классификации пестицидов и отражающих степень выраженности общетоксического действия, отдаленных эффектов и стойкости в почве. Установлена достовер-

ная корреляционная зависимость между величиной ассортиментного индекса территориальной нагрузки пестицидов и состоянием здоровья населения, проживающего в обследованных регионах России.

Таким образом, дальнейшее развитие и решение проблемы безопасного применения пестицидов в сельском хозяйстве для населения, в том числе для работающих, должно быть основано на внедрении методологии оценки риска, расчетов экономических ущербов, дифференцированной гигиенической регламентации вредных воздействий, комплексных гигиенических исследований (оценок) неблагополучных территорий и опасных объектов, включая их последующее ранжирование и мониторинг, а также дальнейшее развитие технологии проведения социально-гигиенического мониторинга с анализом причинно-следственных связей ухудшения санитарно-эпидемиологического благополучия различных категорий сельского населения в конкретных регионах, оптимизации работы и укреплении лабораторно-аналитического звена.



## НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ ПУТЕМ БОРЬБЫ С НАСЕКОМЫМИ- ПЕРЕНОСЧИКАМИ ИХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ

Рославцева С.А.

ФБУН НИИДезинфектологии Роспотребнадзора, г. Москва

Насекомые, как правило, являются механическими переносчиками возбудителей внутрибольничных инфекций. При неудовлетворительных санитарно-гигиенических условиях такими биообъектами могут быть синантропные тараканы, постельные клопы, рыжие домовые муравьи, иногда комары, и, как правило, комнатные мухи.

Синантропные тараканы являются хроническими переносчиками возбудителей внутрибольничных инфекций (Burges, 1984, Жужиков, 2005). Тараканы переносят многие виды бактерий: *Pseudomonas aeruginosa* (инфекции мочевого тракта), *Staphylococcus aureus* (кишечная инфекция, абсцесс), *Salmonella* spp. (гастроэнтерит), *Schigella* (дизентерия, диарея), *Klebsiella pneumoniae* (инфекция мочевого тракта, пневмония), *Serratia marcescens* (инфекция верхних дыхательных путей), *Proteus vulgaris* (гастроэнтериты). В госпиталях Ирана установлено, что на поверхности тела и в кишечном тракте тараканов, заселявших эти ЛПО, находятся разнообразные виды бактерий, резистентные к антибиотикам, особенно к тетрациклину.

Укусы постельными клопами вызывают более или менее выраженные аллергические реакции почти у 80% людей, а также (при высокой численности этих насекомых) железодефицитную анемию, особенно у детей. В организме клопов могут обитать возбудители различных инфекционных и инвазионных болезней, теоретически способные передаваться при кровососании или ингаляционным путём. Согласно последним данным, клопы природных популяций из разных регионов мира восприимчивы к 23 патогенным организмам (Delaunay et al, 2011). Имеются данные о том, что постельные клопы были вовлечены в передачу резистентных к антибиотикам штаммов золотистого стафилококка и бактерии *Enterococcus faecium* у некоторых пациентов, госпитализированных в Ванкувере (Lowe, Rommey, 2011).

Рыжие домовые муравьи могут переносить возбудителей туберкулеза, брюшного тифа, дизентерии, полиомиелита. Из-за малых размеров и способности прогрызать различные материалы, они легко проникают в стерильные и асептические материалы, под повязки, в том числе и гипсовые, стремясь достичь ран. Их привлекает запах крови гнойных выделений.

В летный период при открытых окнах в палатах комары при укусах могут заражать больных возбудителями малярии, лихорадки Западного Нила, дирофиляриозом и др.

Комнатные мухи переносят более 40 возбудителей заболеваний, и в первую очередь кишечных инфекций, особенно возбудителей холеры. Поскольку в южных регионах нашей страны ситуация по холере остается напряженной, необходима борьба с мухами и таким образом защита людей от инфекционных заболеваний при нахождении в ЛПО (СП 3.1.1.2521-09 «Профилактика холеры. Общие требования к эпиднадзору за холерой в Российской Федерации»).

Уничтожение этих насекомых в ЛПО является прямым путем неспецифической профилактики.

# ЭЛЕКТРОННЫЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АТЛАС – СОВРЕМЕННАЯ СИСТЕМА ПРЕДСТАВЛЕНИЯ, ОЦЕНКИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ

*Солнцев Л.А., Ефимов Е.И., Ершов В.И.*

ФБУН ННИИЭМ им. академика И.Н. Блохиной Роспотребнадзора, Нижний Новгород

Среди задач эпидемиологи можно выделить две, достаточно тесно связанные друг с другом. Это:

1. изучение закономерностей распространения болезни во времени (по годам, месяцам и т. п.), по территории и среди различных групп населения (возрастных, половых, профессиональных и т. д.);
2. разработка прогноза распространения изучаемой болезни.

Обе задачи подразумевают под собой использование специализированного математического аппарата в сочетании с имеющимся массивом ретроспективных данных. Последний выступает в роли выборки, с использованием которой происходит верификация получаемых моделей. При этом сами данные, как правило, достаточно гетерогенны по своей природе и в исходном виде мало пригодны для комплексного анализа. Одним из путей решения такой проблемы является сведение их в некоторую единую информационную модель, которая бы позволила применять методы автоматизированного представления и анализа. С учётом того, что основная масса данных имеет пространственную и временную локализацию, логичным представляется использование методов геоинформатики для формирования такой модели. При таком подходе основой выступает карта изучаемой (мониторируемой) территории, где отдельные пространственные элементы (населённые пункты, административные образования) играют роль объектов, в качестве атрибутивной информации, помимо прочего, принимающие данные по эпидемиологическому состоянию. Такими данными могут служить регистрации случаев заболевания той или иной инфекцией, случаи вспышек заболеваемости и т.д. Сами заболевания, играя роль атрибутов, так же могут выступать как объекты данных. При этом они, в свою очередь, будут обладать своей атрибутивной информацией (характеристика заболевания, особенности и т.д.). В результате мы получаем систему таблиц, взаимосвязанных друг с другом по тем или иным полям. Формирование атрибутивных запросов к одной (или нескольким взаимосвязанным таблицам) позволяет из общего массива данных выделить нужный нам объём.

И если для решения задач анализа и прогнозирования к подобного рода данным предъявляются достаточно жёсткие требования (например, длительность наблюдений при анализе временной динамики или детальность покрытия территории при выявлении пространственных закономерностей), то для целей систематизации (которая, являясь первым шагом любого анализа, по сути своей и «готовит» материал для дальнейшей с ним работы) требования к качеству и количеству исходных данных существенно ниже. Основной задачей систематизации будет формирование из гетерогенного набора исходной информации (табличной и пространственной) некоторой единой системы хранения и представления.

Одним из способов такой систематизации являются атласы. Согласно определению, это сборники графической справочной информации (карт, таблиц, диаграмм и т. п.). Традиционным методом является издание таких сборников на бумажных носителях в некоторой периодичностью (квартал, год и т.д.). При таком подходе мы сталкиваемся с набором фундаментальных ограничений, которые обусловлены самим методом представления материала:

1. Содержимое атласа устаревает ещё до момента выхода в печать. Так, издание 2015 года будет содержать в себе данные максимум по 2014 год (в связи с тем, что перед передачей атласа в типографию все изменения в нём прекращаются).
2. Фактологическое наполнение атласа (глубина и детальность представленных данных, варианты представления) лимитированы объёмом издания.

При этом важно отметить, что основой данных выступает табличный материал, а различные графики, диаграммы и карты лишь средство визуализации, упрощающее анализ, но не являющееся самостоятельным объектом анализа. К сожалению, эта особенность часто не принимается во внимание при формировании материала атласов.

Таким образом, логичным представляется рассмотрение вопроса о смене формата представления данных. Решением может стать переход от традиционных бумажных атласов к электронным. Последний представляет из себя систему взаимосвязанных таблиц, содержащих исходные данные (в соответствии с описанной выше моделью), которые хранятся в памяти компьютера и средств формирования графической визуализации этих данных. Процесс построения графиков и картосхем автоматизирован и основывается на формировании выборок из этих таблиц по запросам пользователя. Кроме того, при таком подходе снимается ограничение на актуальность представляемых данных. Наполнение таблиц может осуществляться с любой частотой (вплоть до режима реального времени). Таким образом, достаточно изменить данные в таблице, чтобы всё остальное содержимое обновилось. В таком динамическом формировании электронного атласа заложено его важное отличие от бумажного аналога.

Существуют две основные проблемы, связанных с электронными атласами. Во-первых, фрагментарность исходных данных. Для качественной работы необходимы полные наборы данных по заболеваниям от территориальных органов. Кроме того, существующие формы отчётности подразумевают генерализацию до уровня субъекта. При этом данные с разрешающей способностью до минимальной единицы (отдельный дом в случае города, отдельный населённый пункт в случае области и более) позволили бы проводить более детальный пространственно-временной анализ. Всю необходимую генерализацию можно проводить в процессе обработки. Примером может послужить ситуация, когда данные по заболеваемости в отдельных населённых пунктах усредняются и территория ранжируется по уровню заболеваемости, исходя из административной принадлежности населённых пунктов, а не их географического взаиморасположения.

Кроме того, существует необходимость соблюдать баланс между наглядностью результатов и функциональностью. Большинство систем, использующих геоинформационные подходы, представляют собой проекты на базе той или иной инструментальной ГИС (ArcGIS, MapInfo, QGIS и т. д.). При этом пользователи получают возможность максимально использовать все функции аппарата пространственного анализа и представления результата, реализованные в

данном пакете. К минусам такого подхода относится то, что от конечных пользователей требуются, как минимум, базовые знания той системы, в которой проект создавался. Кроме того, для работы с таким проектом требуется и установка самой системы (что требует определённых финансовых вложений). С другой стороны, скрывание от конечного пользователя самого процесса обработки и представления результатов (как в случае с атласами) позволяет расширить круг людей, использующих такой продукт, но при этом они могут использовать только те инструменты обработки и представления данных, которые заложены разработчиком.

Решением может послужить задание основного вектора развития подобных проектов в качестве web-сервисов. При этом снимаются ограничения на доступ к подобным системам (пользователю достаточно иметь любое устройство, оборудованное экраном и доступом в сеть Internet), так и ограничения по функционалу (ядром такого сервиса служит всё та же полнофункциональная инструментальная ГИС).

Примером реализации концепции электронного атласа стал проект «Эпидемиологический атлас Приволжского Федерального Округа (ПФО)», реализуемый ФБУН ННИИЭМ им. академика И.Н. Блохиной Роспотребнадзора. Он доступен по адресу [www.epid-atlas.nniiem.ru](http://www.epid-atlas.nniiem.ru). Целью проекта является создание эффективной системы мониторинга за развитием эпидемиологического процесса актуальных инфекционных заболеваний в ПФО на основе геоинформационных технологий. В рамках проекта решаются следующие задачи:

1. Создание актуальной базы данных по заболеваниям;
2. Обеспечение доступности данных;
3. Первичный анализ данных в рамках атласа.

Атлас является динамически развивающимся проектом, постоянно дополняемым новыми данными и функционалом. Он содержит следующие разделы:

1. Санитарно-эпидемиологические правила по профилактике заболеваний
2. Пространственная и временная динамика для заболеваний из списка наиболее актуальных для территорий следующих уровней административного деления:
  1. Федеральные округа Российской Федерации (с привязкой к территории и годам регистрации)
  2. Муниципальные районы отдельных областей (с привязкой к территории и годам регистрации)
  3. Административно-территориальное образования в составе городских округов (с привязкой к территории и годам регистрации)
3. Раздел, связанный с ВИЧ инфекцией:
  1. Общие данные по ПФО (с привязкой к территории и годам регистрации)
  2. Структура мутаций, определяющих резистентность ВИЧ-1, к различным группам АРВП (с привязкой к территории и годам регистрации)

3. Распространенность мутаций резистентности ВИЧ-1 к АРВП (с привязкой к территории и годам регистрации)
  4. Распространённость субтипов ВИЧ-1 в ПФО
  5. Смертность среди ВИЧ-инфицированных (с привязкой к территории и годам регистрации)
4. Аналитические данные:
1. Анализ инфекционной заболеваемости в Приволжском Федеральном округе (обновляется ежегодно)
  2. Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях в Приволжском федеральном округе (обновляется ежегодно)

На сегодняшний день разделы 2.а, 2.б и 2.в сформированы для ПФО, Нижегородской области и Нижнего Новгорода соответственно.

Основу атласа составляет база данных SQL, в которой хранится вся информация в виде связанных таблиц. С помощью языка РНР данные извлекаются и формируются сводные таблицы, графики временной динамики и картосхемы. Особенностью атласа является то, что пользователь всегда имеет возможность получить доступ к исходной табличной информации и, таким образом, не ограничен только теми видами анализа и представления данных, которые заложены в функционал атласа разработчиками. Атлас является законченной системой, т.е. помимо функционала хранения и представления данных, обладает интерфейсом ввода новых данных. Эти дополнения автоматически регистрируются в системе и сразу после ввода учитываются при формировании результирующих данных.

Основные функциональные особенности:

1. Многообразие способов представления:
  1. картосхемы, в т.ч. с дополнительными графиками и диаграммами;
  2. графики временной динамики;
  3. сводные таблицы;
  4. возможность получения данных для самостоятельной обработки
2. Доступность сервиса (не требуется специальных программ или современного компьютера)
3. Модульность и масштабируемость сервиса (новый функционал и/или территории могут быть добавлены по желанию специалистов, пользующихся системой).

Отдельно стоит остановиться на вопросах прогнозирования. Традиционно, исследования осуществляли, опираясь на ретроспективные данные. Принимая во внимание определённые недостатки методов прогнозирования, основанные на результатах ретроспективного анализа, сегодня они остаются основным инструментом составления прогнозов уровня заболеваемости

в практической эпидемиологии. Поэтому в рамках атласа планируется реализация средств, позволяющих выделить и проанализировать два основных компонента временных рядов уровня заболеваемости:

1. трендов, позволяющих оценить многолетнюю тенденцию к повышению, стабилизации или понижению уровня заболеваемости;
2. цикличности эпидемического процесса.

Кроме того, атлас выступает, как инструмент для хранения, систематизации и обеспечения доступа исследователя к разноплановой информации, которая, в свою очередь, служит основой для анализа и составления прогнозов.

## НАУЧНОЕ И МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОГРАММЫ ЭЛИМИНАЦИИ КОРИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

*Тихонова Н.Т.<sup>1</sup>, Цвиркун О.В.<sup>1</sup>, Герасимова А.Г.<sup>1</sup>, Тураева Н.В.<sup>1</sup>, Мамаева Т.А.<sup>1</sup>,  
Шульга С.В.<sup>1</sup>, Ежлова Е.Б.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>ФБУН «Московский НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н.Габричевского»  
Роспотребнадзора, Москва

<sup>2</sup>Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия  
человека, Москва

Основными научными теоретическими предпосылками элиминации кори являются положения о том, что корь – это строго антропонозное заболевание и резервуары вируса кори в окружающей среде отсутствуют; во всем мире имеется единый антигенный вариант вируса кори; отсутствует носительство вируса кори в открытой форме, а заболевание корью приводит к формированию стойкого, практически пожизненного, иммунитета. Важно также, что вирус кори монотипичен и в то же время достаточно пластичен, что позволяет получать и использовать высоко эффективные аттенуированные вакцины.

К практическим аспектам, обосновывающим возможность достижения элиминации кори, следует отнести повсеместное применение эффективных коревых вакцин, что привело к выраженному снижению заболеваемости корью и ликвидации смертности от этой инфекции во многих странах мира, в том числе в Российской Федерации.

С 1995 года в России в результате стабильно высоких уровней охвата прививками детского населения, регистрировались низкие показатели заболеваемости корью, что позволило разработать программу ликвидации кори в Российской Федерации к 2010 году (приказ Минздрава России от 19.08.02 № 270) и включиться в общеевропейскую политику борьбы с этой инфекцией.

В целях выполнения программы приказом Минздрава России (от 15.08.2001 № 327) на базе МНИИЭМ им Г.Н.Габричевского был организован Национальный научно-методический центр (ННМЦ) и 10 региональных центров по надзору за корью и краснухой (РЦ) (Санкт-Петербургский, Московский, Нижегородский, Башкортостанский, Пермский, Ростовский, Новосибирский, Красноярский, Приморский и Амурский), за которыми были закреплены субъекты Российской Федерации (приказ Минздрава России от 20.02.02 № 59).

Основными условиями выполнения Программы являлись: высокий охват населения двумя прививками ЖКВ (не менее 95-98%) при своевременном выявлении групп риска и их вакцинации; своевременное выявление, учет и обязательное лабораторное подтверждение всех случаев кори; молекулярно-генетический мониторинг диких штаммов вируса кори, циркулирующих на территории Российской Федерации с целью подтверждения завозного характера случаев кори и отсутствия на территории циркуляции эндемичных коревых штаммов.

На первых этапах выполнения Программы наиболее пристальное внимание было уделено достижению высокого охвата детского населения прививками против кори на каждом поликлиническом участке. Постоянный контроль за планированием и выполнением профилактических



прививок позволял ежегодно выявлять территории с недостаточным охватом детского населения прививками и проводить мероприятия по устранению недостатков в профилактической работе. Такой подход позволил повысить охват прививками в декретированных возрастах до 98,3% и 97,6%, соответственно, однако привел к росту заболеваемости корью среди подростков и взрослых.

С 2008 года вакцинация против кори подростков и взрослых до 35 лет, не болевших, не привитых или не имеющих сведений о профилактических прививках против кори, была введена в Национальный календарь профилактических прививок. Первоочередное внимание уделялось вакцинации студентов высших и средних учебных заведений, призывников, мигрантов, других труднодоступных групп населения (цыган, вынужденных переселенцев, религиозных общин и др.).

Благодаря дополнительным профилактическим мероприятиям, в стране был достигнут высокий уровень охвата населения прививками, что привело к снижению заболеваемости корью до спорадического уровня. В условиях устойчивой спорадической заболеваемости потребовалось совершенствование эпиднадзора за корью, в связи с чем в 2005 году был введен активный поиск больных корью среди лиц с другими экзантемными заболеваниями, протекающими с лихорадкой и пятнисто-папулезной сыпью, независимо от первичного диагноза (ЭЗ) из расчета 2 на 100 тыс. населения.

За период 2007-2010 гг. процент выявленных больных корью среди лиц с ЭЗ колебался от 1,8% в 2006 году до 0,3% в 2010 году и в среднем составил 0,4%. Хотя с помощью активного эпиднадзора выявляется небольшое число пациентов, больных корью, тем не менее значение активного поиска случаев кори в условиях элиминации велико. Прежде всего, потому что сохраняется внимание специалистов к этой инфекции и создается возможность проконтролировать уровень привитости среди контактных лиц. Во-вторых, активный поиск случаев кори среди пациентов с ЭЗ позволяет получить еще одно доказательство ликвидации местных случаев кори в стране.

Успехи, достигнутые в стране в борьбе с корью к концу 2010 года, позволили сделать вывод, что большинство субъектов Российской Федерации готовы к подтверждению статуса территорий, свободных от эндемичной кори, что явилось основанием начала в 2010 году процедуры сертификации в Российской Федерации. С этой целью была создана Национальная Сертификационная Комиссия, которая рассмотрев материалы, представленные регионами о реализации программы ликвидации кори в Российской Федерации, пришла к заключению, что на 01.01.2011 г территорию Российской Федерации в целом можно признать свободной от эндемичной кори, поскольку все критерии элиминации кори были выполнены. Из-за невыполнения некоторых критериев элиминации процесс сертификации был отложен на 5 территориях – Амурской области (на 5 лет), Красноярского края, Р. Бурятия, г. Москва, Чукотского АО.

Однако, после нескольких лет эпидблагополучия в конце 2010 года ситуация по кори ухудшилась, являясь отражением ухудшения ситуации по кори в мире, в частности, на территориях сопредельных государств. С 2011 года показатель заболеваемости увеличился с 0,45 до 3,2 на 100 тысяч населения в 2014 году, в основном за счет непривитого контингента, на долю которого приходилось 75-79%. Следует отметить, что, несмотря на рост заболеваемости корью, ежегодно преобладали очаги с 1 случаем заболевания (75,0-93,9%), что свидетельству-

ет о достаточно высоком уровне коллективного иммунитета к вирусу кори на большинстве территорий страны.

Более 50% очагов с распространением инфекции были сформированы мигрантами, маргинальными группами населения, лицами, не привитыми против кори по философско-религиозным убеждениям. В 2014 году среди заболевших корью (4711) было 802 человека из вышеуказанных социальных групп населения (17,0%), из них 516 человек – лица цыганской национальности.

Ежегодный анализ социального и профессионального статуса заболевших корью позволил выделить основные группы риска, которые, к сожалению, существенно по годам не меняются (медицинские работники, работники образовательных и торговых учреждений, студенты, мигранты). Увеличение числа заболевших корью среди медицинских работников приводит к увеличению числа внутрибольничных очагов: 7 очагов кори в 2011 г., 23 очага – в 2012 г., 44 очага – в 2014 году.

При осуществлении эпиднадзора за корью и краснухой, особенно в период элиминации этих инфекций, для наиболее объективной оценки уровня заболеваемости возрастает роль молекулярно-генетического мониторинга вирусов кори и краснухи. Определение генотипа вируса кори позволяет получить доказательство прекращения циркуляции эндемичных штаммов, что является определяющим аргументом элиминации местных случаев кори в регионе.

Изучение молекулярно – биологической характеристики диких штаммов вируса кори, циркулирующих в РФ и в регионе СНГ в целом в период реализации программы элиминации коревой инфекции с 2003 года, не только позволило определить пейзаж генотипов вируса кори в разные периоды наблюдения, но и выявить эндемичные штаммы (генотипы) для разных регионов; определить пути распространения инфекции и источники импортирования и, наконец, доказать с помощью молекулярно-генетических методов исследования вступление той или иной страны в период элиминации кори.

За период наблюдения с 2003 года трижды фиксировалась смена доминирующего генотипа вируса в Российской Федерации. Заболеваемость корью в РФ на протяжении 2013-2014гг. характеризовалась циркуляцией импортированных штаммов разных линий генотипа D8. Длительная циркуляция данного генотипа была обусловлена как наличием достаточно большого числа чувствительных к кори лиц в популяции в ряде регионов РФ (Москва, Московская область, регионы Северо – Кавказского и Южного федеральных округов) так и повторным импортированием вируса из других стран. Подъем заболеваемости корью в России в 2013 – 2014 гг. представляет собой не единую вспышку, а целую серию вспышек инфекции, обусловленных множественным повторным импортированием вируса разных генотипов (генетических линий) различного происхождения, ранее на территории Российской Федерации не циркулировавших.

В заключение следует сказать, что элиминация кори в Российской Федерации возможна, однако, по-видимому, в более поздние сроки. Основные условия решения этой проблемы остаются прежними. К сожалению, до настоящего время самым важным условием является достижение и поддержание высокого охвата населения прививками, особенно в группах риска и трудно доступных категориях населения.

Актуальность элиминации кори и краснухи в Европейском регионе в целом подтверждена в 2014 году Региональным планом действий в отношении вакцин на 2015-2020 годы, в котором эта задача является второй по значимости. К сожалению, сроки достижения этой цели постоянно пролонгируются. Еще совсем недавно, 2015 год должен был быть годом завершения программы элиминации кори и краснухи в Европейском регионе. В настоящее время завершение программы перенесено на 2020 год. В 2020 году планируется достичь элиминацию кори и краснухи еще в 4-х регионах ВОЗ. При этом основной задачей в глобальном масштабе остается повсеместное достижение высокого охвата населения прививками (не менее 80% на уровне районов) и стабильно низких показателей смертности от кори.

Видение ВОЗ в глобальном масштабе не изменилось: «Мир без кори, краснухи и синдрома врожденной краснухи».

## ДОРМАНТНОЕ СОСТОЯНИЕ МИКРООРГАНИЗМОВ И ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

*Тутельян А.В., Гапонов А.М.*

ФБУН Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва

Несмотря на колоссальный прогресс в области здравоохранения, бурное развитие фармацевтической промышленности и медицинской техники устойчивость патогенных и условно-патогенных микроорганизмов к антимикробным препаратам (АМП) в настоящее время является общепризнанной мировой проблемой современной медицины, поскольку резистентные микроорганизмы и гены не знают географических, видовых или экологических границ. Устойчивость, возникающая в рамках одного географического района или вида, легко может распространиться на другие районы или передаться другим видам, воздействуя при этом как на развитые, так и на развивающиеся страны.

Все настойчивее звучат призывы международных организаций к изучению этой проблемы, пониманию условий и факторов появления и распространения резистентных штаммов. Так, в материалах CDC за 2013 выделены основные микроорганизмы и виды их устойчивости, вызывающие тревогу в настоящее время. Это и ацинетобактерии и карбапенем-резистентные энтеробактерии и метициллин резистентный золотистый стафилококк и многие другие микроорганизмы, проявляющие устойчивость к АМП.

На сегодняшний день известны некоторые механизмы резистентности с которыми, как правило, и связывают неудачи антибактериальной терапии. Это возникновение и циркуляция штаммов микроорганизмов, несущих модифицированные гены белков, являющихся молекулярными мишенями для антибиотиков или отвечающих за трансмембранный транспорт (эффлюкс) или метаболизм (разрушение или ферментативная модификация) антибактериальных препаратов. Реализация подобной устойчивости обеспечивает активное сопротивление и возможность **роста** этого клона в присутствии антибиотиков.

Однако, в последнее время внимание исследователей привлёк факт обнаружения в ядрах пород поднятых с глубин 3-4 км микроорганизмов возраст которых исчисляется миллионами лет, проявляющих резистентность к современным антибиотикам глубокого резерва. Этот факт свидетельствует о том, что система адаптивной устойчивости к повреждающим воздействиям, в том числе АМП, сформировалась задолго до антропогенного давления. И что, любое неблагоприятное воздействие на микроорганизм физических или химических факторов способно запустить адаптационные механизмы, которые могут привести к устойчивости микроорганизма, как к конкретному индуцирующему воздействию, так и к перекрёстной устойчивости к самым разным препаратам, применяемым в здравоохранении. В этой связи становится понятным, что проблема устойчивости микроорганизмов к противомикробным препаратам не исчерпывается только механизмами генетически детерминированной резистентности к конкретной группе антибактериальных соединений, а должна рассматриваться в аспекте изучения естественного адаптивного поведения микроорганизмов.

В последнее время внимание исследователей привлекла особая форма устойчивости бактериальных клеток к антибактериальным препаратам – антибиотикотолерантность (АТ), которая определяется как постгеномное изменение фенотипа микроорганизма без изменений нуклеотидной последовательности путем модификации программы экспрессии генов, обуславливающей прекращение роста клетки и, вследствие этого, выключение мишеней для антибиотиков. За счет такого пассивного сопротивления клетка **выживает** в присутствии антибиотиков.

Подобное явление характерно для любых видов микроорганизмов, в популяции которых присутствует фракция клеток, способная пережить воздействие АМП в концентрациях, в сотни раз превышающих их минимальные ингибирующие концентрации (МИК). В литературе эту фракцию бактериальных клеток определяют как клетки – персистеры. Показано, что данная популяция клеток определяет хроническое течение ряда инфекционных заболеваний, например туберкулёза, инфекционного эндокардита. Кроме этого показано значение персистирующих форм бактерий при инфекциях, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП), в частности катетер-ассоциированной пневмонии. В литературе имеются указания, что, по-видимому, одним из условий определяющих переход клеток в состояние персистенции является стресс и связанный с ним SOS-ответ бактериальных клеток, в результате которого клетки переходят в состояние метаболического покоя, формируют биоплёнки и тем самым, возможно, реализуют персистерный фенотип, приобретая устойчивость к широкому спектру антибактериальных препаратов. В отличие от генетически детерминированной антибиотикорезистентности, эта устойчивость обратима. В новом цикле развития клетки персистеры воспроизводят такую же популяцию, существующую как многоклеточный самоорганизующийся организм, выживание которого при стрессе, в частности антибиотическом обусловлено изначально предсуществующей гетерогенностью популяции по фено- и генотипам. Учитывая этот факт становится ясно, что полностью уничтожить микробную популяцию фармакологическими средствами невозможно, т.к. в любом случае останутся клетки, предназначенные для сохранения вида. Поэтому бороться с антибиотикоустойчивостью бактерий целесообразно, регулируя образование персистирующих бактериальных форм.

Так как антимикробные факторы и медиаторы неспецифического иммунитета в значительной степени определяют риск возникновения и исходы инфекционного заболевания, то по нашему мнению представляло значительный интерес изучить влияние некоторых, из выше-названных веществ, на образование бактериальных клеток – персистеров. Эти исследования по нашему мнению могут расширить наши представления о механизмах антиинфекционной резистентности организма и взаимоотношениях в системе «иммунная система человека – инфекционный агент». Объектом исследования послужил непатогенный штамм золотистого стафилококка, исследуемым регуляторным фактором персистерообразования был выбран антимикробный пептид индолицидин, синтезируемый НИИ особо чистых биопрепаратов Санкт-Петербурга, как представитель одной из самых филогенетически древних систем защиты, обладающего достаточной высокой скоростью бактерицидного действия и цитотоксичностью. В качестве селективирующего агента, как и в предыдущих экспериментах, использовали ципрофлоксацин в дозе 100 МИК. Внесение индолицидина в концентрации 0,3 мкмоль через 4 часа от начала культивирования, с последующим внесением ципрофлоксацина в экспоненциальную фазу роста золотистого стафилококка, приводит к некоторому увеличению числа колониеобразующих единиц (КОЕ) через 48 часов от начала культивирования, по сравнению

с контролем. Однако совсем другую картину мы наблюдаем при внесении индолицидина в высокой (9мкмоль) концентрации. В этом случае количество выживших на 4е сутки культивирования клеток резко, на порядок, падает.

Таким образом, эффекты индолицидина на образование персистирующих форм экспоненциально растущей бактериальной культуры характеризуются регуляторным действием: в низких концентрациях повышая численность персистеров, а в высоких, – напротив, ингибируя рост культуры и снижая число персистеров. Результатом подобного совокупного действия антимикробного пептида и антибиотика может являться редукция образования (уменьшение численности) антибиотикотолерантных клеток-персистеров, что снижает риск рецидивирующего патогенеза и бактерионосительства.

Практическим выходом работы по изучению клеточных и молекулярных механизмов формирования клеток-персистеров и связанной с ними антибиотикотолерантности патогенных и условно-патогенных микроорганизмов, может явиться определение наиболее перспективных подходов к созданию приоритетных отечественных антимикробных технологий, на основе регуляции адаптационного потенциала микроорганизмов с целью профилактики развития инфекционных осложнений, в частности инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.

## **НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА КЛЕЩЕВЫХ ИНФЕКЦИЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ: ДОСТИЖЕНИЯ, ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ**

*Шашина Н.И., Германт О.М.*

ФБУН «Научно-исследовательский институт дезинфектологии» Роспотребнадзора,  
г. Москва

В настоящее время природноочаговые инфекции, возбудителей которых передают человеку иксодовые клещи, продолжают оставаться актуальной проблемой для российского здравоохранения. Это обусловлено расширением ареалов клещей, широким распространением их микст-инфицирования возбудителями и наличием территорий с высоким риском заражения людей в городах и пригородах. В связи с возникшими экологическими и эпидемиологическими проблемами и с учетом достижений науки, в начале XXI века изменены стратегия и тактика неспецифической профилактики клещевых инфекций.

Уничтожение переносчиков в природе продолжает быть необходимым и реально доступным для дезинфекционной службы. Но из-за экологических ограничений на применение персистентных акарицидов, это направление профилактики уступает свои позиции по сравнению с ситуацией до запрещения ДДТ и на современном этапе не может сыграть решающей роли в снижении заболеваемости клещевыми инфекциями.

Институтом дезинфектологии изучено, а производителями зарегистрировано для применения с целью уничтожения иксодовых клещей в природных биотопах 26 инсектоакарицидных средств в форме концентратов эмульсий и смачивающихся порошков, из которых только 4 средства – импортные. В качестве действующих веществ в этих средствах использованы соединения зарубежного производства: фосфорорганическое соединение фентион и синтетические пиретроиды, обладающие свойством относительно быстро разлагаться на безопасные соединения в окружающей среде. Вследствие этого срок их действия в лесной подстилке является коротким (не более 1 – 1,5 месяца). Все разрешенные средства в рекомендованных нормах расхода и режимах применения высокоэффективны и безопасны для дезинфекторов, населения и окружающей среды. Однако эти средства не могут обеспечить стойкое и длительное отсутствие клещей на обработанной территории, как это было при применении ДДТ. Они уничтожают только активную часть популяции переносчиков и обеспечивают отсутствие клещей на растительности в сезон применения. Неактивная (наиболее устойчивая) часть популяции, находящаяся в период действия акарицида постоянно в лесной подстилке, остаётся нетронутой и на ее основе в конце сезона или на следующий сезон численность популяции полностью восстановится. Это не позволяет рассчитывать на решающую роль акарицидных обработок биотопов в обеспечении благополучия населения, проживающего на эндемичных территориях.

Значительные научные достижения имеют место в разработке современных химических средств индивидуальной защиты людей от нападения клещей-переносчиков. Именно это направление может сыграть существенную роль в снижении заболеваемости клещевыми инфекциями. При отсутствии научных предпосылок уничтожения существенной части члени-

стоногих – переносчиков в природных биотопах, у людей при посещении опасной территории есть возможность защитить себя самим.

В настоящее время индивидуальную защиту людей можно обеспечить, соблюдая правила поведения, применяя специальные акарицидные и акарицидно-репеллентные средства для обработки одежды или используя специальную защитную одежду. Институт разработал и испытал, а отечественная промышленность производит достаточное количество эффективных, при правильном применении безопасных для здоровья и недорогих средств для защиты людей от нападения клещей. Роспотребнадзором зарегистрировано и разрешено для применения населением более 40 акарицидных и акарицидно-репеллентных средств индивидуальной защиты. Все эти средства необходимо применять для обработки верхней одежды. После контакта с обработанной тканью уже через 3 – 5 минут все прицепившиеся клещи отпадают с одежды и становятся неспособными к присасыванию. В перспективе есть научные предпосылки для дальнейшего ускорения действия пиретроидов на тканях, что приведет к увеличению защитных свойств одежды.

Существенным достижением в развитии индивидуальной защиты людей от нападения клещей являются новые отечественные разработки защитной одежды, в частности, костюмы для взрослых и детей коллекции «Биостоп», обеспечивающие надежную защиту от клещей и гнуса без дополнительных обработок. Важно, что разработаны и утверждены нормативные документы, устанавливающие методы испытаний и необходимый уровень защитных свойств (ГОСТ Р 12.4.296-2013, МР 3.5.0026-11). Сведения об одежде от вредных биологических факторов (насекомых и паукообразных), получившей положительную оценку эффективности и безопасности в ФБУН НИИДезинфектологии, размещены на сайте института [www.niid.ru](http://www.niid.ru).

Несомненно, что практические результаты работы санитарно-эпидемиологической службы будут достигнуты только при правильной организации санитарно-просветительной работы среди населения, которая должна обеспечить активное и грамотное участия населения в её осуществлении.



## НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДИАГНОСТИКИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

*Шемякин И.Г., Колесников А.В., Козырь А.В.*

Федеральное бюджетное учреждение науки «Государственный научный центр прикладной микробиологии и биотехнологии» Роспотребнадзора, Оболенск

Потребности российского здравоохранения и систем мониторинга и контроля за распространением инфекционных заболеваний в разработке новых совершенных высокочувствительных средств диагностики обусловлены сохранением в стране высокого уровня заболеваемости бактериальными инфекциями различной этиологии, включая особо опасные инфекции (ООИ). Мировые тенденции возникновения атипичных инфекций и распространения «старых» патогенов в связи с глобализацией логистических и миграционных потоков и нарушения экологического баланса, также несут в себе угрозу биобезопасности РФ. Использование современных высокотехнологичных методов диагностики, профилактики и лечения бактериальных инфекций позволяет значительно снизить их негативное воздействие на человека, известное по прошедшим эпохам. Тем не менее, смертность от инфекционных болезней остаётся высокой во всём мире, занимая первые места в развивающихся странах и уступая лишь онкологическим и сердечно-сосудистыми заболеваниями в государствах с развитой или переходной экономикой. Это вызвано как недостатками систем ранней диагностики и терапии бактериальных инфекций, так и ускорившейся модификацией патогенов под действием различных, часто антропогенных факторов, известной в западной литературе как "emerging and re-emerging infectious diseases".

Несмотря на существующий арсенал молекулярных, биохимических и микробиологических методов детекции и его постоянное развитие, в клинической диагностике имеется ряд проблем, решение которых крайне важно для повышения эффективности борьбы с бактериальными патогенами. Одна из них – проблема этиологической расшифровки инфекции, в частности, определение вид патогена и идентификация его основных факторов вирулентности – токсинов, генов устойчивости к антибиотикам и пр. Определение видовой принадлежности патогена проводится микробиологическими и биохимическими методами и требует значительного времени, связанного с необходимостью выделения и культивирования микроорганизма. В ряде случаев этиологическая расшифровка считается нецелесообразной, поскольку отдалает начало терапии.

Наиболее распространенное в России применение микробиологических методов детекции для диагностики инфекционных заболеваний имеет существенные ограничения. Низкая экспрессность микробиологического тестирования, потребности в разнообразных питательных средах, морфологическое подобие вирулентных и авирулентных штаммов, приводящее к ложноположительным результатам тестирования затрудняют этиологическую расшифровку заболеваний, вызванных патогенными микробами. Даже в квалифицированных лабораториях инфекционных больниц двукратное выделение монокультуры условно-патогенных бактерий из фекалий больных в первые три дня удается в среднем в 50 %, а однократное – в 30 % случаев. Вместе с тем, практическому врачу крайне необходима ранняя диагностика инфекционного

агента для проведения патогенетической терапии, которая зачастую приобретает неотложный характер. Совершенствование высокоэффективных диагностических технологий создает принципиальную возможность для разработки и внедрения эпидемиологического мониторинга распространения инфекций, охарактеризовать особенности эпидемиологического процесса инфекций, определить группы риска населения, предложить системы защитных мер, ограничивающих распространение инфекций. Совершенствование систем экспресс-диагностики, способных одновременно определять присутствие нескольких патогенов и факторов вирулентности, может не только помочь добиться эффективной детекции патогена и подбора наиболее эффективной комбинации антибиотиков для терапии, но и послужить основанием для выбора специфического терапевтического средства. В частности, в настоящее время в мире ведется активная разработка различных соединений – ингибиторов бактериальных токсинов. Точная диагностика позволит уверенно подбирать антитоксинную терапию.

Лаборатория молекулярной биологии ФБУН ГНЦ ПМБ в течение многих лет проводит разработку новых высокотехнологичных средств диагностики инфекционных заболеваний на основе методов иммунодетекции, ПЦР-амплификации и мультиплексного флуоресцентного иммуноанализа. В лаборатории был разработан и зарегистрирован набор тест-систем на основе моноклональных антител для эффективной иммуноферментной детекции особо опасных бактериальных патогенов, включая тест-системы для детекции вегетативных клеток и спор возбудителя сибиреязвенной инфекции, возбудителей туляремии, чумы, опасных кишечных инфекций, вызываемых *E.coli* штаммов O157:H7 и O104:H4.

Повышение чувствительности иммунодиагностики с одновременным расширением спектра детектируемых бактериальных мишеней возможно с использованием технологии мультиплексного флуоресцентного иммуноанализа. Системы мультиплексной детекции основаны на использовании парамагнитных микросфер, каждая из которых уникальным образом помечена флуоресцентным красителем. Прочное присоединение к этим парамагнитным микросферам специфических нуклеотидных последовательностей или антител позволяет при тестировании образцов улавливать присутствие целевых мишеней – ДНК, антигенов, вирусов, бактерий и т.д. Наличие позитивного сигнала визуализируется за счет флуоресцентно-меченых вторичных антител, фиксируется и анализируется компактным лазерным анализатором. Технология позволяет проводить эффективную мультиплексную детекцию в одном образце до 100 мишеней одновременно.

В лаборатории молекулярной биологии ФБУН ГНЦ ПМБ были разработаны и зарегистрированы три диагностические тест-системы на основе мультиплексного флуоресцентного иммуноанализа для определения компонентов сибиреязвенного токсина, комплекса бактериальных токсинов, включая токсины стафилококков, дифтерийный и холерный токсины. Разработанные тест-системы позволяют детектировать бактериальные токсины в концентрации до 1 пг/мл.

Одним из наиболее эффективных вариантов повышения эффективности классической иммунодетекции является технология иммуно-ПЦР. Иммуно-ПЦР – комплексный метод, объединяющий в себе технологию ПЦР (стандартную или в реальном времени) и технологию иммуно-энзиматического теста ELISA (Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay), диагностического теста, проводимого *in vitro* и основанного на методе иммуноферментного анализа

(ИФА). В основе данного метода лежит идея Кантора (Sano T. с соавт., Science, 1992) о том, что репортером в позитивном иммунном тесте может выступать не только специфический продукт ферментативной активности, как в тесте ELISA, но и специфический ПЦР-продукт, нарабатываемый в реакции амплификации.

Нами были разработаны и получили государственную регистрацию три диагностические тест-системы на основе иммуно-ПЦР для детекции летального фактора и протективного антигена *V.anthraxis* и нейротоксина ботулизма типа А. Проведена разработка также ряда других токсинов бактериальных патогенов, включая холерный токсин, дифтерийный токсин, токсины стафилококков. Чувствительность детекции бактериальных токсинов по разработанной нами технологии составляет до 0,1 пг/мл, что значительно превышает чувствительность большинства диагностикумов, используемых в рутинной клинической практике. Разработанная стратегия оптимизации ДНК-матриц для иммуно-ПЦР, имеющая целью селекцию последовательностей ДНК, не проявляющих аффинности к компонентам диагностических тест-систем, позволила на порядок повысить показатели чувствительности разработанных диагностикумов.

В лаборатории была проведена разработка тест-системы на основе иммуно-ПЦР для детекции бактерий *E.coli* штамма O157:H7. Сконструированная система детекции бактерий предусматривает их концентрирование из пищевых и биологических образцов с использованием парамагнитных частиц, несущих специфичные к бактериям моноклональные антитела, и связывание бактерий биотинилированными антителами к данному патогену. Детекция проводится с помощью высокомолекулярных комплексов ДНК-нейтравидин. Чувствительность определения бактерий в биологических и пищевых образцах составляет до 10 бактерий на 1 мл, что превышает чувствительность аналогичных систем детекции, ранее описанных за рубежом.

Инновационным направлением разработок в лаборатории является создание диагностических тест-систем на основе ДНК-аптамеров. Аптамеры представляют собой небольшие олигонуклеотиды или пептиды, способные специфически связываться с детектируемой мишенью. Разработка методов аптамерной диагностики бактерий, бактериальных токсинов и факторов вирулентности началась в последние 4-5 лет, число исследований в данной области ещё невелико, однако достигнутые результаты свидетельствуют о значительном потенциале аптамеров для разработки диагностических систем и подходов к детекции в области микробиологии и инфекционных заболеваний. Основные работы по получению аптамеров в этой области разбиваются на три группы – аптамеры, узнающие целые бактерии, аптамеры, связывающиеся с токсинами и методы детекции, разрабатываемые на основе уже полученных аптамеров. Основной объём работ, однако, приходится на 2-3 последних года, что свидетельствует о том, что данная область является точкой активного роста всего дерева методик, подходов и мишеней в аптамерной тематике.

В лаборатории были созданы системы скрининга олигонуклеотидных библиотек для получения аптамеров к бактериям *E.coli* штамма O157:H7 и шига-токсинам. Конструирование кандидатных аптамеров для детекции данных мишеней проводилось с использованием методов массивно-параллельного секвенирования. Тестирование кандидатных аптамеров по связыванию мишеней проводилось с использованием внове разработанной методики иммуно-аптамерной ПЦР. Таким образом, были сформированы панели кандидатных аптамеров, которые могут быть использованы для разработки современных средств диагностики и терапии.

В рамках проекта Российского научного фонда в лаборатории была разработана система тандемной аффинной очистки для высокоэффективной селекции аптамеров к растворимым белкам с помощью которой проводится отбор аптамерных кандидатов, аффинных к легкой и тяжелой цепям нейротоксина ботулизма типа А, летальному фактору и протективному антигену *V. anthracis*. Полученные аптамерные последовательности будут использованы для разработки средств экстренной терапии и диагностики ботулинической и сибиреязвенной интоксикации.

В настоящий момент одной из существенных задач здравоохранения является импортозамещение и расширение рынка отечественной диагностической продукции, в первую очередь, за счет новых высокотехнологичных разработок. Разработка новых диагностикомов инфекционных заболеваний способна снизить количество микробиологических лабораторий и затраты на них, снимет с этих лабораторий ряд задач по рутинному мониторингу населения, качества воды и продуктов питания. Таким образом, можно повысить эффективность микробиологических исследований, сконцентрировав их в нескольких крупных центрах, что сделает возможным проведение в таких центрах не только рутинных работ, но и научно-практических исследований, позволит существенно повысить квалификацию персонала таких центров, и, в свою очередь, приведет к повышению качества диагностики и терапии и фактически к рождению нового рынка диагностических услуг, в рамках которого можно будет быстро выявлять опасное распространение патогенов и предотвращать его. Суммарный экономический эффект от создания таких структур диагностики в целом по стране может составлять несколько млрд. руб. в год.

Исследования в области селекции аптамеров к токсинам выполнены за счет гранта Российского научного фонда (проект №14-15-00630).

## АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

*Шепелин А. П., Полосенко О.В., Дятлов И.А.*

ФБУН Государственный научный центр прикладной микробиологии и биотехнологии  
Роспотребнадзора, Московская область, п.Оболенск

Среди методов микробиологической диагностики культуральный метод занимает особое место, являясь «золотым стандартом» лабораторной диагностики, поскольку именно обнаружение возбудителя заболевания при культивировании на питательных средах является убедительным доказательством инфекционной природы болезни.

Перечень питательных сред, необходимых в работе микробиологической лаборатории, определяется, в первую очередь, её спецификой, оснащением и финансовыми возможностями.

ФБУН ГНЦ ПМБ Роспотребнадзора является одним из основных производителей питательных сред в России. Проведение научных исследований в области разработки питательных сред для широкого круга микроорганизмов, включая возбудителей особо опасных инфекций, туберкулёза, кишечных инфекций, гнойных бактериальных менингитов и др., началось в 80-е годы XX столетия. В настоящее время номенклатура выпускаемых препаратов в ФБУН ГНЦ ПМБ Роспотребнадзора составляет около 100 наименований. Большинство питательных сред прошли все этапы Государственной регистрации в Росздравнадзоре в качестве медицинских изделий и разрешены для применения в практическом здравоохранении.

В последние годы в ФБУН ГНЦ ПМБ разработаны новые питательные среды для энтеробактерий: XLD агар – питательная среда для выделения и дифференциации патогенных энтеробактерий, в частности сальмонелл и шигелл, питательный бульон для селективного накопления сальмонелл по Раппапорту-Вассилиадису (RVS-бульон), агар и бульон МакКонки-ГРМ, питательные среды для особо опасных инфекций, среда Эйкмана с лактозой и среда Эйкмана с глюкозой – питательные среды для обнаружения и выделения колиформных бактерий и кишечных патогенов в воде, пищевых продуктах, фекалиях, моче и их дифференциации по признаку ферментации лактозы или глюкозы.

В ФБУН ГНЦ ПМБ разработаны новые питательные среды для лабораторий клинической микробиологии. Питательная среда типа АГВ предназначена для определения чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам диско-диффузионным методом. Сульфитный агар предназначен для выявления сульфитредуцирующих клостридий в пищевых продуктах, воде, почве, при микробиологической диагностике дисбактериоза кишечника. Шоколадный агар предназначен для выделения возбудителей гнойных бактериальных менингитов. ГЕМОФИЛУС агар используется для культивирования и выделения бактерий рода *Haemophilus*.

В конце XX века в бактериологическую практику вошли дифференциальные среды нового поколения – хромогенные, принцип действия которых основан на выявлении высокоспецифичных ферментов у искомым микроорганизмов. Хромогенные среды предназначены для

быстрой (в течение 24 ч) индикации в исследуемом материале целого ряда микроорганизмов, имеющих важное значение для клинической и санитарной микробиологии: колиформных бактерий, сальмонелл, энтерогеморрагических эшерихий, энтерококков, стафилококков, кластридий, псевдомонад, грибов и других проблемных бактерий.

Эффективность микробиологической диагностики инфекционных заболеваний зависит не только от выбранного метода исследования и его характеристик, но и от качества проведения преаналитического этапа исследования, включающего взятие и транспортировку клинического материала в лабораторию для анализа. Одним из возможных путей предотвращения ошибок преаналитического этапа является использование надлежащих транспортных систем, содержащих транспортные питательные среды. Использование для транспортировки аналита (гноя, кишечное содержимое и т. п.) обычных питательных сред является, зачастую, серьёзной ошибкой, поскольку в них идёт быстрое размножение менее требовательных сапрофитных микроорганизмов. К числу основных транспортных сред относятся среда Кэри Блэйер, среда Эймса, среда Эймса с углём, среда Стюарта и специальные транспортные среды для отдельных видов микроорганизмов. Перечисленные среды не являются питательными, содержат фосфатный буферный раствор и тиогликолят натрия, предназначены для сбора и транспортировки только бактериологических проб. Транспортная среда, с одной стороны, обеспечивает сохранение жизнеспособности микроорганизмов, и, в то же время, обязана ограничивать их размножение.

Наряду со значительными успехами в области организации производства питательных сред следует отметить, что в России практически отсутствует промышленное производство готовых к применению стерильно упакованных питательных сред в чашках Петри, пробирках, флаконах и других фасовках с длительным гарантийным сроком хранения (до 1 года). В первую очередь это касается питательных сред для выявления особо опасных и социально-значимых инфекций, а также питательных сред для внутрибольничных инфекций.

В конце 2012 г. Минздравом РФ была разработана стратегия развития медицинской науки до 2025 года. В этой программе отмечается, что достижения молекулярной биологии, биотехнологии и биоинформатики, в том числе, возможности секвенирования и анализа функций генов, открывают новые перспективы получения эффективных препаратов для профилактики и лечения, обнаружения и диагностики инфекционных болезней. В рамках данной стратегии микробиология выделена в отдельную научную платформу.

Мероприятия научной платформы по микробиологии не затрагивают вопрос о разработке и внедрении новых диагностических питательных сред, без которых сложно представить выделение чистых культур микроорганизмов, установление их вида. Однако, хорошо известно, что только комплекс микробиологических исследований, включая культуральный (бактериологический) метод, позволяет конкретизировать клинический диагноз и установить причину тех заболеваний, которые имеют полиэтиологическую природу. Необходимость таких исследований обусловлена их важной ролью в дифференциальной диагностике инфекционных болезней и выборе целенаправленной этиотропной терапии.

На сегодняшний день в стране отсутствует стандарт по организационной структуре лабораторий микробиологического профиля. В связи с успешным развитием микробиологии назрела острая необходимость пересмотра основных положений приказа Минздравмедпрома №8 от 19.01.1995 г. «О развитии и совершенствовании деятельности лабораторий клинической

микробиологии (бактериологии) лечебно-профилактических учреждений». Имеются противоречивые данные о составе и структуре микробиологических лабораторий в лечебно-профилактических учреждениях. Экспертные оценки свидетельствуют, что в стране имеется около 2000 микробиологических лабораторий, которые выполняют более 250 млн. микробиологических исследований. Эти лаборатории чаще всего не имеют единой системы управления и в большинстве случаев являются самостоятельными подразделениями учреждения или входят в состав клинико-диагностической лаборатории.

Во многих учреждениях здравоохранения из-за отсутствия современного оборудования в клинико-диагностических лабораториях не проводится экспресс-диагностика инфекционных заболеваний. Врачами лечебной сети недооцениваются возможности микробиологического обследования больных в диагностике и лечении различных воспалительных заболеваний. В результате лечение антибактериальными препаратами проводится часто бессистемно, что способствует возникновению хронических форм заболеваний и формированию антибиотикорезистентных штаммов микроорганизмов. Кроме того, лечащие врачи и руководители ЛПУ неинфекционного профиля слабо представляют возможности бактериологической лаборатории и нередко затрудняются определить, выполнения каких задач и в какие сроки следует ожидать при микробиологических исследованиях. По этой причине, во многих бактериологических лабораториях исследования проводятся в основном, по санитарной микробиологии и диагностике инфекционных заболеваний, вызванных, безусловно, патогенными для человека микроорганизмами. И это происходит несмотря на то, что развитие медицинской науки и накопление знаний, как о самих микроорганизмах, так и о вызываемых ими патологических процессах в организме человека позволило пересмотреть взгляды на микроорганизмы, считавшиеся ранее условно-патогенными, и теперь они являются этиологическим фактором большинства соматических заболеваний.

Неудовлетворительное материально-техническое обеспечение лабораторий усугубляется недостатком квалифицированных врачей-бактериологов и среднего медицинского персонала, стандартизованных методов исследования, слабой нормативной базой. В настоящее время существует серьезная проблема кадрового обеспечения бактериологических лабораторий. Одной из основных причин ее возникновения является отсутствие системы профессиональной подготовки специалистов-бактериологов по программам дополнительного профессионального образования.

Таким образом, имеющиеся в настоящее время бактериологические диагностические лаборатории ЛПУ не удовлетворяют современным требованиям, предъявляемым к лабораториям клинической микробиологии. Финансирование бактериологии осуществляется по остаточному принципу. Не решены вопросы кадрового обеспечения, имеются определенные сложности в стандартизации бактериологических исследований. К сожалению, в настоящее время на территории Российской Федерации бактериологические лаборатории используют нормативную базу 30-летней давности.

В целях улучшения организации работы лабораторий клинической микробиологии (бактериологии), повышения уровня и эффективности микробиологической диагностики в общем комплексе клинико-лабораторных исследований, совершенствования профилактических и лечебно-диагностических мероприятий по снижению госпитальных инфекций и гнойно-воспа-

лительных осложнений у больных в лечебно-профилактических учреждениях здравоохранения необходимо создать четко функционирующую службу клинической микробиологии. Назрела острая необходимость в разработке государственной программы по разработке и внедрению в практику единых стандартов микробиологической диагностики инфекционных заболеваний.



## ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ В ПРОФПАТОЛОГИИ

*Яцына И.В., Сааркоппель Л.М., Серебряков П.В., Федина И.Н.*

ФБУН Федеральный научный центр гигиены им. Ф.Ф.Эрисмана Роспотребнадзора,  
Москва

Экономические реформы, изменение форм собственности негативно отразились на системе медицинского обеспечения на предприятиях и явились одним из факторов роста заболеваемости и смертности работающего населения. Ежегодные потери, связанные с неблагоприятными условиями труда составляют около 2% от валового внутреннего продукта. Показатели профессиональной заболеваемости в РФ в течение последних полутора десятков лет практически не претерпевали существенной динамики, в среднем составляя 1,83 случая на 10 тыс. работающих. До 2005 года анализ уровней профессиональной заболеваемости проводился по отдельным отраслям экономики. Безусловным лидером являлась угольная промышленность, где уровни профессиональной заболеваемости за период с 1998 по 2005 гг. колебались от 28,4 до 92 случаев на 10 тыс. работающих. Высокие показатели профессиональной заболеваемости отмечены также в черной и цветной металлургии, тяжелом и энергетическом машиностроении.

С 2006 г. в Государственных докладах о санитарно-эпидемиологической обстановке в РФ анализ профессиональной заболеваемости представлялся по основным видам экономической деятельности. Лидирующее место по показателям профессиональной заболеваемости по представленным данным за период с 2005 по 2012 гг. занимали предприятия по добыче полезных ископаемых, в которых за указанный период отмечена тенденция к росту профессиональной заболеваемости с 24,1 до 31,5-32 случаев на 10 тыс. работающих. Второе ранговое место по уровням профессиональной заболеваемости за этот период занимали обрабатывающие производства, в которых уровни профессиональной заболеваемости составляли от 2,4 до 4 случаев на 10 тыс. работающих. Третье и четвертое ранговые места по уровням профессиональной заболеваемости занимали предприятия сельскохозяйственной и транспортной отраслей, где также отмечена тенденция к росту с 0,98-1,1 до 3-4,2 случаев на 10 тыс. работающих.

В структуре профессиональной патологии в 2006-2013 гг. в РФ лидирующее место занимают заболевания от воздействия физических факторов. Их доля составляла 36,3-47,4% с тенденцией к росту. До 2009 г. второе ранговое место в структуре профессиональной патологии занимали заболевания от воздействия промышленных аэрозолей (20,4-27,3%). С 2010 г. заболевания от воздействия промышленных аэрозолей сместились в структуре профессиональной патологии на 3 место, уступив заболеваниям от перенапряжения органов и систем, доля которых в 2010-2012 гг. составила 20,8-22,9%. Вклад в структуру профессиональной патологии заболеваний от воздействия алергизирующих веществ возрос, составив от 1,3% в 2003 г. до 3,5 % в 2008 г.

Доля злокачественных новообразований в структуре профпатологии также не претерпела изменений, занимая последнее место и составляя за этот период не более 0,6%

Наиболее устойчивым ростом в структуре профессиональной патологии за 2002-2012 гг. характеризовались заболевания от воздействия физических факторов от 37,5% в 2002 до

47,4% в 2012 г. и заболевания от перенапряжения органов и систем, их прирост составил от 16% в 2003 до 23% в 2012 г. Устойчивой тенденцией к снижению удельного веса в структуре профессиональной патологии характеризовались заболевания от воздействия химических факторов (с 9,4 % в 2003 до 5,7% в 2012 г.) и заболевания от воздействия биологических факторов, уровень которых снизился с 6,8% в 2003 до 3,8 % в 2011 г.

Убедительную тенденцию к снижению удельного веса в структуре профессиональной патологии демонстрировали заболевания от воздействия промышленных аэрозолей. Если в 2004 г. их доля составляла 29,7%, то в 2012 г. – 17,3%.

Хочется сделать акцент на 2011 г., в котором доля заболеваний составляла 20,6%. Всего в 2011 г. в Российской Федерации было установлено 8923 случаев профессиональных заболеваний. В определенной степени, данные по 2011 году показательны еще и потому, что это был последний год, когда экспертные вопросы решались в соответствии со Списком профессиональных заболеваний Приказа №90 1996 г. Доля респираторных заболеваний не ограничивается только лишь категорией заболеваний от воздействия промышленных аэрозолей, в которой респираторные заболевания, безусловно, составляют 100%.

Однако в структуре заболеваний от воздействия химических факторов респираторные заболевания составили 47,2%, в структуре заболеваний от воздействия биологических факторов доля патологии составляла 46,7% (будучи представленной туберкулезом органов дыхания). В структуре аллергических профессиональных заболеваний и новообразований доля респираторных заболеваний занимала в 2011 г. 77-78%. Даже в числе заболеваний от перенапряжения органов и систем были представлены болезни верхнего отдела респираторного тракта, правда их число было ничтожно мало, составив всего 23 случая.

Таким образом, в структуре профессиональной патологии доля респираторных заболеваний продолжает занимать достаточно значимое место. В целом установлено 2418 случаев профессиональных поражений респираторного тракта, что составило 27,1% от всех случаев профессиональных заболеваний. При анализе пофакторного распределения респираторных профессиональных заболеваний, выявленных в 2011 году установлено, что промышленные аэрозоли в преимущественно были причиной пневмокониозов (в 52% случаях) и бронхитов (в 43,7% случаев). Химические факторы были причиной бронхитов в 70% случаев и 25% случаев бронхиальной астмы. Вещества аллергизирующего действия были опосредовали развитие бронхиальной в 78,4% случаев и аллергических заболевания ЛОР-органов (18,7% случаев).

В целом же в структуре профессиональной респираторной патологии в 2011 году преобладающие и сопоставимые место занимали случаи бронхитов (41% и пневмокониозов (41% вместе со случаями кониотуберкулеза). Третье ранговое место в структуре респираторной патологии занимала бронхиальная астма (7,8% случаев).

Структура профессиональной патологии, представляемая по данным Евростата, имеет несколько иной характер. Рост общего числа случаев установленных профессиональных заболеваний с 32 тысяч в 2001 году до 54,5 тыс. случаев в 2004 г. Обусловлен, в первую очередь увеличением числа государств-членов ЕС (в 2004 г. Было включено 10 государств).

За период с 2001-2004 г. радикальных изменений в структуре профессиональных заболеваний не произошло. Однако, подход к структуре профессиональной патологии строится преимущественно по топическому принципу, выделяются группы заболеваний костно-мышечной системы, органом чувств, кожи, органов дыхания и неврологические заболевания. Отдельной группой стоят лишь новообразования и инфекционные заболевания. Также следует отметить, что за период с 2001-2004 гг. доля респираторных заболеваний в общей структуре составляла от 11 до 14%. Схожая картина в структуре профзаболеваний наблюдалась и в последующие 2005-2007 гг.

В структуре респираторных заболеваний в странах Европы ведущее место принадлежит различным видам пневмокозиозам, составляя в среднем 46,8%. Второе и третье места занимают бронхиальная астма (22%) и хронический бронхит (9,2%). Доля незлокачественных плевральных поражений вследствие воздействия асбеста, как диффузных, так и изолированных составила в среднем 13,7% случаев.

В мировой топ-10 причин смертности входят 4 заболевания органов дыхания: инфекции нижних дыхательных путей (включая пневмонию), туберкулез, рак легких и хроническую обструктивную болезнь легких (ХОБЛ). Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) представлена прогнозная оценка смертности от респираторных заболеваний. К 2015 и к 2030 гг. ожидается снижение доля инфекций нижних дыхательных путей, как причин смертности, причем как в Европе, так и в мире. Доля туберкулеза как причины смертности в Европе будет снижаться, тогда как в целом в мире ожидаемо снижение роли туберкулеза к 2015 г. и рост его удельного веса к 2030 году.

В отношении роли ХОБЛ и рака легких в структуре смертности населения, как по Европе, так и в целом в мире прогноз представляется неблагоприятным. Однако если в Европе рак легких продолжит опережать ХОБЛ по причинам смертности, то в мире доля ХОБЛ как причины смертности будет более чем в два раза превалировать над долей рака легких.

По данным Международной организации труда (МОТ) профессиональные факторы вносят значимый вклад в развитие значительного количества заболеваний, в частности они опосредуют развитие 13% случаев ХОБЛ, 11% случаев астмы и 9% случаев рака легких.

По оценкам МОТ, во всем мире более 2 млн. человек умирают от производственных травм и профессиональных заболеваний

В 2003 году численность экономически активного населения в мире составляла 2 916 352 037 человек (2,9 млрд. человек). В том же году зафиксировано 2,3 млн. смертельных случаев, связанных с работой. Из них преобладающая доля была обусловлена заболеваниями. Если показатель смертельных травм составил в мире 12,3 случаев, то смертельные случаи от заболеваний, связанных с работой, составили 66,7 случаев на 100 тыс. экономически активного населения.

Наиболее низкие уровни смерти от заболеваний, связанных с работой, отмечаются в Китае 45,1 случай на 100 тыс. экономически активного населения, а наиболее высокие в странах Африки, расположенных южнее Сахары. Наиболее низкие уровни фатального производственного травматизма отмаяются в странах с рыночной экономикой, в которых этот показатель в

18 раз ниже показателя смертности от заболеваний связанных с работой, а в странах бывшего соцлагеря – в 12 раз. Тогда как в Китае и других странах Азии, странах Латинской Америки и Карибского бассейна показатель фатального производственного травматизма меньше показателя по смертности от заболеваний, связанных с работой, всего в 3 раза.

В 2003 г. в 6 странах Европы зарегистрировано 1362 смертельных случая, связанных с работой, в том числе, 1239 – от заболеваний, вызванных вдыханием различных веществ и агентов (более 90% от все смертельных случаев).

Почти половина случаев (48%) представлена ХОБЛ у шахтеров угольных шахт. Почти 36,8% случаев обусловлены злокачественными новообразованиями от воздействия асбестовой пыли (26,5% – мезотелиомы и 10,3% рак легких). В целом же на заболевания, обусловленные воздействием асбеста (рак легких, мезотелиомы, асбестоз) пришлось 45% случаев. Доля силикоза составила 4%.

Таким образом, 97% смертельных случаев от респираторных заболеваний, связанных с работой в шести странах Евросоюза в 2001 г. были обусловлены ХОБЛ у угольщиков (48%), заболеваниями, вызванными асбестом (45%) и силикозом (4%).

МОТ также представила данные за 2004-2009 годы о смертности от респираторных заболеваний, связанных с работой (коды МКБ J60-70). Как по странам входящим, так и не входящим в Евросоюз. Уровни смертности в различных странах трудно объяснить как уровнями экономического благополучия, так и уровнями развитости промышленности. В данном случае подобные различия (на 1-2 порядка) могут быть объясняться только различными подходами к диагностике и учету профессиональных заболеваний. Схожая картина наблюдается и по данным о смертности от респираторных заболеваний, связанных с работой, в странах Евросоюза. Наиболее низкие уровни смертности (0,07-0,41 на 100 тыс. населения) отмечаются в бывших соцстранах (Словакия, Венгрия, Румыния, Хорватия, страны Балтии), а наиболее высокие – от 4,0 до 6,53 случаев на 100 тыс. населения – в Люксембурге, Бельгии и Мальте. Столь значимые различия могут объясняться, на наш взгляд, индустриальными, экономическими и нормативными особенностями.

Таким образом, максимальный вклад в показатели смертности от профессиональных заболеваний вносит респираторная патология. К отраслям промышленности, «обеспечивающим» наибольшее число случаев профессиональных респираторных заболеваний, относятся добывающая и обрабатывающая. Региональные показатели профессиональной заболеваемости, а также показатели смертности от профессиональных заболеваний характеризуются значительной вариабельностью, которая характеризуется определяющими и опосредующими факторами.

К определяющим факторам следует относить: индустриальную (отраслевую) структуру региона: наличие предприятий добывающей, перерабатывающей, металлургической, машиностроительной отраслей промышленности; градообразующий характер промышленных предприятий, степень занятости населения на данных предприятиях; технологические особенности производственных процессов и подходы к контролю за соблюдением гигиенических регламентов вредных факторов рабочей среды и трудового процесса, степенью их негативного влияния на организм работников.

К опосредующим факторам, влияющим на показатели профессиональной заболеваемости, могут быть отнесены: нормативно-правовое обеспечение, состояние, качество работы, финансовая независимость от работодателя профпатологической службы.

Решение проблем, связанных с улучшением условий труда, находится в прямой зависимости от реализации механизма исполнения законодательства в области безопасности и гигиены труда. В настоящее время в медицине труда управление профессиональным риском осуществляется на основании организационно-технических, административно-правовых, экономических, лечебно-профилактических мероприятий, регламентированных правовыми и законодательными документами.

С начала 2014 г. на смену аттестации рабочих мест пришла специальная оценка условий труда. Соответствующие поправки внесены в Трудовой кодекс, где само понятие «аттестация рабочих мест» отсутствует. Определение специальной оценки условий труда и правила ее проведения приведены в Федеральном законе от 28.12.13 № 426-ФЗ. В нем говорится, что спецоценка – это единый комплекс последовательно осуществляемых мероприятий по идентификации вредных и (или) опасных производственных факторов и оценке уровня их воздействия на работника. По результатам спецоценки устанавливаются классы и подклассы условий труда на рабочих местах. Обязанность по проведению и финансированию спецоценки лежит на работодателях. Это следует из статьи 212 ТК РФ (в новой редакции) и из части 1 статьи 8 Закона № 426-ФЗ. Таким образом, специальную оценку должны проводить все без исключения работодатели.

Приказ Минтруда России от 24.01.2014 №33н «Об утверждении Методики проведения специальной оценки условий труда, Классификатора вредных и (или) опасных производственных факторов, формы отчета о проведении специальной оценки условий труда и инструкции по ее заполнению» регламентирует спецоценку условий труда.

В обязанности работников по соблюдению требований охраны труда входит (ст. 10 Основ законодательства РФ об охране труда): соблюдение норм, правил и инструкций по охране труда; правильное применение коллективных и индивидуальных средств защиты; немедленное сообщение своему непосредственному руководителю о любом несчастном случае, происшедшем на производстве, о признаках профессионального заболевания, а также о ситуации, которая угрожает жизни и здоровью людей.

Система мер первичной профилактики развития патологии у работающих, как одна из основополагающих составных частей, базируется на реализации комплекса инженерно-технологических, санитарно-технических и профилактических (гигиенических) мероприятий, являющегося составной частью гигиенической безопасности условий труда, направленного на поэтапное снижение уровня вредных факторов рабочей среды до гигиенически безопасных нормативных параметров и включающего меры коллективной и индивидуальной защиты, реализацию мер «защиты временем».

Даже при использовании современных гигиенических мер безопасности нельзя полностью исключить вредное воздействие факторов рабочей среды, так как это возможно лишь за счет разработки и внедрения новых высокоавтоматизированных технологий и оборудования, обеспечивающих снижение их уровней и концентраций до регламентированных норм. Учитыв-

вая недостаточную эффективность санитарно-технических, организационных мероприятий, не позволяющих полностью элиминировать влияние неблагоприятных факторов рабочей среды, особое значение приобретает оптимизация предварительных и периодических медицинских осмотров за счет расширения методических критериальных подходов, способствующих выявлению функциональных изменений организма на доклинических стадиях и тем самым предотвращению развития профессиональной патологии. Ввиду этого особое значение приобретают медико-профилактические мероприятия по повышению резистентности организма рабочих к воздействию неблагоприятных факторов рабочей среды.

Важную роль в профилактике формирования патологических изменений играют обязательные профилактические (предварительные при поступлении на работу и периодические) медицинские осмотры, регламенты которых определены Приказом МЗСР РФ №302н от 12.04.2011 г.

В настоящее время объём исследований, регламентированный Приказом МЗСР РФ №302н от 12.04.2011 г. не всегда позволяет выявить патологию, являющуюся противопоказанием для работы в контакте с неблагоприятными факторами рабочей среды, и оценить риск развития профессионально обусловленных заболеваний. Поэтому целесообразно включение в перечень обязательных методов обследования при предварительных и периодических медицинских осмотрах методик, позволяющих оценить состояние неспецифических систем адаптации, поскольку, как показывает наше исследование, изменения этих систем происходит задолго до развития заболевания и их обнаружение на доклиническом этапе способствует выявлению групп риска формирования патологии.

На основании осмотра рабочих с применением функциональных и клинико-лабораторных методов, формируются «группы риска» развития заболеваний, выделяются лица с подозрением на профессиональную патологию. Выбор лечебных и реабилитационных методик индивидуально определяется нозологией, степенью, тяжестью и фазой течения заболевания, степенью выраженности патофизиологических (или функциональных) нарушений, сопутствующей патологией.

Для организации и осуществления профилактических мероприятий по укреплению здоровья и предотвращению развития профессиональной патологии у промышленных рабочих необходим специализированный подход и целенаправленные методики повышения адаптационно-компенсаторных резервов организма.

Своевременное применение комплекса медико-профилактических мероприятий, обладая высокой эффективностью, может оптимизировать резистентность организма к неблагоприятным факторам рабочей среды, улучшать функциональное состояние и влиять на показатели здоровья работающих, способствуя снижению общей и профессиональной заболеваемости и, следовательно, уменьшению экономического ущерба от нарушений здоровья.

**Научно-практический конгресс  
«Совершенствование системы контроля качества в сфере  
здравоохранения»**

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ В СФЕРЕ  
ОБРАЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ.  
НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ И ПРОВЕДЕНИЕ  
КОНТРОЛЬНО-НАДЗОРНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ.**

*Астапенко Е.М., Воробьева Е.А., Жирнов А.Д.*

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения

С целью обеспечения обращения качественных, эффективных и безопасных медицинских изделий на территории Российской Федерации Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор) в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и постановлением Правительства Российской Федерации от 25.09.2012 № 970 «Об утверждении положения о государственном контроле в сфере обращения медицинских изделий» осуществляет государственный контроль на всех этапах обращения медицинских изделий, а именно: контроль за техническими испытаниями, токсикологическими исследованиями, клиническими испытаниями, эффективностью, безопасностью, производством, изготовлением, реализацией, хранением, транспортировкой, ввозом на территорию Российской Федерации, вывозом с территории Российской Федерации медицинских изделий, за их монтажом, наладкой, применением, эксплуатацией, включая техническое обслуживание, ремонт, применением, утилизацией или уничтожением.

Контроль за обращением медицинских изделий осуществляется путем сбора и анализа сведений о деятельности организаций, осуществляющих обращение медицинских изделий, проведения проверок соблюдения субъектами обращения медицинских изделий правил в сфере обращения медицинских изделий, а также выдачи разрешений на ввоз медицинских изделий на территорию Российской Федерации с целью государственной регистрации и проведения мониторинга безопасности медицинских изделий.

По результатам мониторинга безопасности медицинских изделий, рассмотрения сведений о фактах и обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации зарегистрированных медицинских изделий, Росздравнадзор при наличии оснований принимает решение о приостановлении применения или об изъятии из обращения медицинского изделия, при необходимости – организует и проводит экспертизы и расследования, направленные на установление причинно-следственной связи выявленных нарушений, соблюдения обязательных требований при наличии фактов причинения вреда здоровью при обращении медицинских изделий.

Информация о принятых решениях и результатах проведенных мероприятий размещается на официальном сайте Росздравнадзора [www.roszdravnadzor.ru](http://www.roszdravnadzor.ru). Так, в 2014 году на официальном сайте Росздравнадзора опубликованы информационные письма о 724 наименованиях медицинских изделий, из них: 644 – о незарегистрированных медицинских изделиях, что превышает аналогичный показатель 2013 года почти в 1,8 раза; 24 – о медицинских издели-



ях, не соответствующих установленным требованиям качества; 56 – об отзыве медицинских изделий производителями.

Также с целью усиления контроля в сфере обращения медицинских изделий с 1 января 2014 года были внесены изменения в нормативно-правовые акты, в части меры ответственности за нарушение правил в сфере обращения медицинских изделий: вступила в силу ст. 6.28 КоАП РФ, по которой в 2014 году Росздравнадзором были составлены 1121 протокол об административном правонарушении и взыскано штрафов на сумму порядка 12 млн. руб.

С 23 января 2015 года введена уголовная, а также административная ответственность за обращение фальсифицированных, контрафактных, недоброкачественных и незарегистрированных медицинских изделий:

- ст. 238.1 УК РФ, устанавливающая уголовную ответственность за производство, сбыт или ввоз на территорию Российской Федерации фальсифицированных медицинских изделий, либо сбыт или ввоз на территорию Российской Федерации недоброкачественных медицинских изделий, либо незаконное производство, сбыт или ввоз на территорию Российской Федерации в целях сбыта незарегистрированных медицинских изделий, совершенные в крупном размере;
- ст. 6.33 КоАП РФ, устанавливающая административную ответственность за производство, реализацию или ввоз на территорию Российской Федерации фальсифицированных медицинских изделий, либо реализацию или ввоз на территорию Российской Федерации контрафактных медицинских изделий.

Новеллы законодательства, регулирующие обращения медицинских изделий, позволяют расширить рычаги воздействия на недобросовестных участников рынка с целью защиты прав и законных интересов не только пациента, но и честных участников рынка.

С целью предупреждения, выявления и пресечения правонарушений в сфере обращения медицинских изделий, а также в целях предотвращения возникновения фактов и угрозы причинения вреда жизни и здоровью граждан при применении медицинских изделий, Росздравнадзор ведет работу по дальнейшему совершенствованию нормативно-правового регулирования, а также готовит разъяснения субъектам обращения медицинских изделий оперативной информации и разъяснений, в том числе в части нормативно-правового регулирования.

# ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ. ОПЫТ, ПРОБЛЕМЫ РЕАЛИЗАЦИИ, ВЛИЯНИЕ НА ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

*Боброва С.В.*

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения в соответствии с компетенцией, установленной пунктом 5.1.3.6. Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 30.06.2004 №323, проводит проверки организации и осуществления внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности органами, организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения (далее – внутренний контроль). При этом внутренний контроль осуществляется в порядке, установленном руководителями органов и медицинских организаций (статья 90 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ

«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

В 2014 году Росздравнадзором совместно с территориальными органами проведено 2888 проверок организации и осуществления внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, из них 1320 – внеплановые проверки. В 34,4% случаев основанием для проведения внеплановых проверок послужило поступление обращений граждан, а также информация от органов государственной власти, средств массовой информации о фактах возникновения угрозы причинения вреда жизни, либо причинения вреда жизни, здоровью граждан.

В результате проведенных проверок у организаций и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность, в 78% случаев были выявлены нарушения порядка проведения внутреннего контроля. Практически во всех проверенных медицинских организациях имели место нарушения в работе врачебных комиссий, несоответствие основным требованиям действующего законодательства.

Результаты контрольно-надзорных мероприятий свидетельствуют о том, что значительная часть нарушений связана с недопониманием руководителями медицинских организаций важности осуществления внутреннего контроля, его целей и задач, а также направленности на конкретного пациента что, как следствие, приводит к формализму в его организации и осуществлении, и не позволяет считать внутренний контроль действенным механизмом защиты прав граждан в сфере охраны здоровья, инструментом в повышении доступности и качества оказания медицинской помощи.

В целях совершенствования системы организации и осуществления внутреннего контроля, установления его общих организационных и методологических принципов, Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения инициирована и проводится в рамках межведомственного взаимодействия разработка единого порядка контроля за организацией и осуществлением внутреннего контроля качества медицинской помощи, предоставляемой на-

селению в медицинских учреждениях независимо от ведомственной подчинённости и формы собственности, ориентированного на пациента.

## **ЗАЩИТА ПРАВ ГРАЖДАН В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КОНТРОЛЯ. ОСНОВНЫЕ НАРУШЕНИЯ.**

*Веселова Н.А.*

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения уполномочена на исполнение государственной функции по осуществлению государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности посредством проведения плановых и внеплановых проверок соблюдения органами государственной власти и органами местного самоуправления, государственными внебюджетными фондами, а также осуществляющими медицинскую и фармацевтическую деятельность организациями и индивидуальными предпринимателями прав граждан в сфере охраны здоровья граждан.

Информация о результатах проверочных мероприятий заносится территориальными органами Росздравнадзора и центральным аппаратом в автоматизированную информационную систему Росздравнадзору ежемесячно в срок до 5 числа последующего месяца.

По мере необходимости (1-2 раза в год), в перечень отчётных показателей вносятся изменения в целях совершенствования контрольных мероприятий.

В 2014 году Росздравнадзором всего проведена 5561 проверка по контролю за соблюдением прав граждан в сфере охраны здоровья.

В ходе контрольных мероприятий проверена деятельность 5166 юридических лиц и индивидуальных предпринимателей.

В результате проверок в деятельности каждого второго проверенного учреждения выявлены нарушения прав граждан в сфере охраны здоровья.

В 2014 году по результатам проверок соблюдения прав граждан:

- выдано 2304 предписания об устранении выявленных нарушений – в 41,4 % случаев от общего числа проведённых проверок;
- составлены 471 протокола об административном правонарушении – в 8,5 % от общего числа проведённых проверок.

В рамках контроля за соблюдением органами государственной власти и органами местного самоуправления, государственными внебюджетными фондами, а также осуществляющими медицинскую и фармацевтическую деятельность организациями и индивидуальными предпринимателями прав граждан в сфере охраны здоровья в 2014 году в Росздравнадзор поступило 1688 обращений граждан с жалобами на нарушение, по мнению заявителей, их прав на получение медицинской помощи (на 4 % меньше, чем в 2013 году- 1755).

В результате 2411 проведённых проверок по обращениям граждан, нарушения выявлены в деятельности 852 юридических лиц.

Во исполнение поручений Правительства Российской Федерации, Администрации Президента Российской Федерации, Минздрава России Росздравнадзором в рамках исполнения государственной функций по контролю качества и безопасности медицинской деятельности проводились оперативные внеплановые выездные проверки организации оказания медицинской помощи отдельным категориям граждан, в частности: пассажирам в крупных аэропортах и железнодорожных вокзалах, расположенных в субъектах Российской Федерации, ветеранам всех категорий, больным, нуждающимся во фтизиатрической медицинской помощи.

Подобная практика контрольных мероприятий позволяет быстро выявить проблемные вопросы конкретной категории пациентов и принять оперативные решения по их разрешению.

Информация о результатах проведенных проверок была доведена до сведения руководства ОАО «РЖД» и Минтранса России.

В целях контроля за исполнением предписаний об устранении нарушений, выявленных в результате внеплановых выездных проверок, территориальными органами Росздравнадзора в настоящее время проводятся проверочные мероприятия.

Анализ поступающей от территориальных органов Росздравнадзора информации показывает, что администрацией ОАО «РЖД» и крупных аэропортов принимаются меры по устранению выявленных нарушений: здравпункты аэровокзалов и медицинские пункты железнодорожных вокзалов оснащаются необходимым оборудованием, медицинские работники направляются на прохождение соответствующих обучающих циклов.

Таким образом, можно констатировать, что принимаются меры, направленные на восстановление нарушенных прав граждан на оказание медицинской помощи в железнодорожных вокзалах и аэропортах.

## ШКОЛА ПО ОРГАНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ОБЩЕСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ ДЛЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ОБЩЕСТВЕННЫХ СОВЕТОВ

*Власов Я.В.*

Общественный Совет по защите прав пациентов при Федеральной службе по надзору  
в сфере здравоохранения

Сфера здравоохранения, активно реформируемая в последние годы, является важнейшей с точки зрения формирования и сохранения основного ресурса государства и общества, – здоровья населения. Российское государство уделяет здравоохранению пристальное внимание и стремится вовлечь в его работу значительные общественные ресурсы, способные повысить эффективность функционирования системы в целом, а также ее взаимодействие с различными заинтересованными социальными группами.

В качестве таких общественных ресурсов выступают институты гражданского общества, которые принимают участие в формировании системы общественного контроля в сфере здравоохранения, общественные советы или советы общественных организаций пациентов.

Являясь частью гражданского общества, люди формируют сердцевину системы здравоохранения. Они пользуются медицинскими услугами, действуют в качестве исполнителей медицинских услуг и играют важную роль в развитии политики и формировании системы здравоохранения. Во всех этих сферах начинает ощущаться ясно выраженный упор на необходимость большего учета и выражения потребностей гражданского общества. Именно то, каким образом государство реагирует на эти сдвиги, а также степень признания и вовлечения деятелей гражданского общества в определение политики охраны здоровья и формирование программ здравоохранения, являются важными факторами, оказывающими влияние на ход реформирования системы здравоохранения в настоящее время.

Гражданское участие наблюдается на различных этапах процесса формирования государственной политики в сфере здравоохранения. Оно может укреплять легитимность принимаемых решений, совершенствовать информационные потоки в сфере здравоохранения, помогать гражданам защищать и отстаивать свои права и т.д.

В соответствии с государственными документами (Постановление Правительства РФ от 20.08.2009 № 689, ФЗ «Об общественном контроле ...» и др.), одним из важнейших инструментов общественного контроля и публичного мониторинга качества социальной сферы являются общественные советы, которые в настоящее время созданы и продолжают создаваться при территориальных органах Росздравнадзора и региональных органах управления здравоохранением.

Ключевым и одновременной наиболее развитым в сфере здравоохранения сегодня является Общественный совет по защите прав пациентов при Росздравнадзоре. Это единственная на сегодняшний день в сфере здравоохранения общественно – государственная структура всероссийского масштаба. В отличие от советов при Министерствах здравоохранения РФ или регионов, действующих при материнских органах власти исключительно либо на федеральном,

либо на региональном уровне, Общественный совет (далее ОС) при Росздравнадзоре действует и на уровне федерации, и в каждом из субъектов РФ и формирует ярко выраженную вертикаль общественного участия в области контроля в сфере здравоохранения.

Это придает методологии и практике деятельности ОС при Росздравнадзоре особое уникальное значение. Общественный совет по защите прав пациентов при Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения объединяет наиболее заинтересованных в развитии системы здравоохранения и повышении качества и доступности услуг здравоохранения социальных партнеров: представителей пациентского, врачебного, предпринимательского, информационного и властного сообществ. Подразделения Совета – федеральный и региональные советы налаживают конструктивный диалог с властью и с другими социальными партнерами на своих уровнях, имея возможность выступать с достоверной информацией с мест, с других территорий, с подготовленными предложениями на федеральном уровне. Так же советы имеют уникальную возможность трансляции информации и предложений с мест на федеральный уровень – непосредственно руководству федеральной службы и далее, через него – в федеральное министерство, Правительство, органы законодательной власти.

Таким образом, являясь выразителем интересов гражданского общества и обладая возможностями представить эти интересы во властных структурах, общественные советы при Росздравнадзоре имеют довольно высокий потенциал для участия в формировании государственной политики в сфере здравоохранения. С другой стороны, аккумулируя запросы, требования, жалобы и предложения заинтересованных социальных групп, общественные советы являются субъектами, которые могут дать профессиональную оценку уровня влияния структур гражданского общества на реализуемую государством политику в сфере здравоохранения.

Для эффективной деятельности ОС необходимы подготовленные кадры. Поэтому одной из важнейших задач ОС при Росздравнадзоре является образование членов ОС, работающих при территориальных органах Росздравнадзора.

Образовательная работа ОС началась с 22 выездных мероприятий членов «федерального» ОС при Росздравнадзоре для участия в заседаниях Советов при территориальных органах Росздравнадзора. По данным отчетов, полученных из 50 регионов, в 2014 году состоялось 194 заседаний региональных ОС. Среднее количество участников заседаний ОС в 2014 году составило 9 человек. Необходимо отметить, что среднее число участников заседаний постепенно снижается. В 2012 году в заседаниях в среднем участвовали 14 человек, в 2013 году – 11 человек. В 2015 году запланированный проект продолжится.

Информацию о проекте получают члены более 70 НКО (всего более 150 000 человек), информацию о работе Школы общественных экспертов получают Участники VI Всероссийского конгресса пациентов (более 700 представителей 85 регионов РФ и 12 стран, заявившие о своем участии), а так же эксперты сети Всероссийского союза пациентов, представители органов власти, участники общественных советов при Росздравнадзоре и министерствах здравоохранения РФ и регионов в 75 регионах России. Информация о проекте будет размещена не менее чем в 10 новостях в СМИ и на интернет сайтах.

Участниками проекта станут не менее 100 представителей СО НКО из 6 регионов Уральского федерального округа. Будет подготовлено не менее 20 экспертных заключений на действующие законодательные акты и региональные политики (системы актов).

По результатам деятельности общественных экспертов в 2015 году издан и целевым образом распространен сборник об основах общественной экспертизы для широкой общественности и представителей органов власти.

Подготовлен так же сборник информационно-методических материалов, которые можно использовать в самостоятельной работе и экспертам, и их коллегам из региональных организаций гражданского общества. Материалы проекта размещены в открытом доступе на сайте [ms2002.ru](http://ms2002.ru).



## **ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ОТДЕЛЬНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЯ» В ГОРОДЕ МОСКВЕ И МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Журавлев А.И.*

Территориальный орган Росздравнадзора по городу Москве и Московской области

Территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по г. Москве и Московской области (далее – Территориальный орган), в пределах возложенных полномочий, осуществляет контроль за реализацией приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения (далее ПНП «Здоровье»). Результаты мониторинга, анализа исполнения приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения направляются в Росздравнадзор, в органы исполнительной власти города Москвы и Московской области, а также в прокуратуру для принятия мер реагирования.

Территориальным органом проведено 2 проверки органов исполнительной власти субъектов РФ в сфере здравоохранения и 74 проверки медицинских организаций по контролю и надзору за реализацией ПНП «Здоровье» в 2014 году (в 2013 году – 27), из них 34 – в г. Москве и 40 – в Московской области. Внеплановых проверок, в сравнении с 2013 годом, выполнено на 43 больше, основной причиной проведения явились обращения граждан, содержащие сведения о нарушении их прав по направлениям реализации ПНП «Здоровье». Предписания по результатам проведенных проверок выданы в 73% случаев, составлены 64 протокола об административных нарушениях, в трёх случаях медицинские организации привлечены к административной ответственности по ч.21 ст. 19.5 КоАП РФ, в связи с неисполнением предписаний.

Особое место в контрольной деятельности Территориального органа в 2014 году занимали вопросы проведения диспансеризации населения, в том числе детей – сирот. По результатам плановых и внеплановых проверок в Московской области, Территориальным органом были выявлены предпосылки к недостижению запланированных объемов диспансеризации взрослого населения. Ситуация была взята на особый контроль, проводились регулярные совещания с представителями Министерства здравоохранения Московской области. Из подлежащих диспансеризации в 2014 году 1 243 238, фактически осмотрено 1 003 639 человек взрослого населения.

В части контроля выполнения мероприятий по формированию здорового образа жизни выявлялись факты длительного простоя (более трех месяцев) медицинского оборудования, поставленного в Центры здоровья. Предписания об устранении выявленных нарушений исполнены медицинскими организациями в установленный срок. Отсутствие четких и достоверно измеряемых показателей результативности работы медицинских организаций, по направлениям задачи формирования здорового образа жизни, создает трудности в осуществлении контрольно-надзорной деятельности и нуждается в формировании достаточного организационно-методического сопровождения. Территориальным органом осуществляется контроль исполнения законодательства в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака. По заявлению граждан проведено 7 адми-

нистративных расследований в отношении медицинских организаций. По составам ч.1 и ч.3 ст. 6.25 КоАП РФ составлено 5 протоколов. По ч.1 ст. 6.24 КоАП к ответственности привлечены 18 физических лиц. В ходе проведения контрольно-надзорных мероприятий отмечаются как положительные примеры организации работы медицинской организации по данному направлению (ФГБУ ФНКЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева МЗРФ), так и примеры умышленного саботажа исполнения существующих требований руководством медицинских организаций, и как следствие коллективом и пациентами.

По направлению деятельности, связанной с профилактикой, выявлением и лечением лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека, выявлена правовая коллизия в вопросе организации медицинской помощи ВИЧ- инфицированным гражданам по месту фактического проживания, при постоянной регистрации в другом субъекте РФ. Территориальный орган проводит анализ и принимает участие в выработке предложений по внесению изменений в проект Государственной стратегии противодействия распространению заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции) в Российской Федерации на период до 2020 года.

В части контроля реализации мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями, Территориальным органом проводился мониторинг достижения целевых показателей смертности от новообразований, установленных Дорожными картами субъектов. Проводились рабочие совещания с Минздравом Московской области, в связи с превышением предельно допустимого показателя смертности от новообразований в Московской области, по результатам которых разрабатывались меры по исправлению ситуации.

Контроль достижения целевых индикаторов по снижению заболеваемости и смертности от туберкулеза в субъектах выявил, что 2 объекта капитального строительства противотуберкулезного профиля в городе Москве не могут быть сданы в эксплуатацию, в связи с затягиванием сроков окончания работ контрагентами.

Сведения о большом количестве смертей среди пострадавших в ДТП в Московской области, и недостижение целевого показателя по данному направлению за 3, 4 кварталы 2014 года, свидетельствовали о возможном наличии системных организационных проблем. В ходе проведения ряда контрольно-надзорных мероприятий выявлены проблемы организации помощи пострадавшим в ДТП на федеральных трассах М1 «Беларусь» и М9 «Балтия». Территориальным органом выданы предписания об устранении выявленных нарушений действующего законодательства, материалы направлены в Министерство здравоохранения Московской области для принятия безотлагательных мер.

Территориальным органом контролировалось достижение целевых значений показателя смертности от болезней системы кровообращения, установленных Дорожными картами субъектов, проводились проверки медицинских организаций оказывающих помощь больным данного профиля в городе Москве и Московской области. Проверка медицинских учреждений на территории «Новой Москвы» выявила, что организованное первичное сосудистое отделение для оказания экстренной медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом, инфарктом мозга не соблюдает порядки и стандарты медицинской помощи. Вопрос взаимодействия с Московской областью, обладающей в 29 км Региональным сосудистым центром в г. Подольск, поднят Территориальным органом, запланировано организационное совещание.

## ГОСУДАРСТВЕННЫЙ КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ

*Косенко В.В.*

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения

Одной из основных задач в области здравоохранения, определенной Стратегией национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года и Стратегией лекарственного обеспечения населения Российской Федерации до 2025 года, является обеспечение населения качественными, эффективными и безопасными лекарственными средствами.

В 2014 году Росздравнадзором дальнейшее совершенствование системы государственного контроля качества лекарственных средств было направлено на:

-последовательное увеличение количества лекарственных средств, проверяемых в рамках государственного контроля качества лекарственных средств;

-расширение использование потенциала передвижных лабораторий путем проведения предварительной идентификации образцов лекарственных средств по показателям нормативной документации;

-планомерное пополнение библиотеки спектров лекарственных средств для скрининга качества лекарственных средств неразрушающим методом ближней инфракрасной спектроскопии (БИК-спектроскопии);

-проведение работ по внедрению в государственный контроль качества лекарственных средств метода Рамановской спектроскопии;

-расширение взаимодействия с Федеральной таможенной службой по проведению мероприятий, направленных на пресечение ввоза в Российскую Федерацию недоброкачественных, фальсифицированных и контрафактных лекарственных средств.

Объем государственного контроля качества лекарственных средств в 2014 г. планомерно увеличен на 11,8% по сравнению с 2013 годом. Проверено качество 32629 образцов лекарственных средств, в том числе:

- 15620 образцов по показателям качества, установленным нормативной документацией,
- 17009 образцов с использованием неразрушающего метода на базе 8 экспресс лабораторий.

Доля проверенных лекарственных средств от общего количества серий лекарственных средств, поступающих в обращение, в 2014 г. составила 16,3%, что соответствует запланированному показателю.

В общем объеме государственного контроля в 2014 г. количество экспертиз в рамках скрининга качества лекарственных средств с использованием неразрушающих методов увеличилось на 12%.

Библиотека БИК-спектров лекарственных средств в 2014 году расширена до 810 наименований (в 2013 г. – 536 наименований, в 2012 г. – 392 наименований).

В целях увеличения номенклатуры лекарственных средств, проверенных с использованием неразрушающих экспресс – методов, в первую очередь, фармацевтических субстанций и жидких лекарственных форм лекарственных препаратов, в 2014 г. на базе Казанского филиала ФГБУ «Информационно- методический центр по экспертизе, учету и анализу обращения средств медицинского применения» Росздравнадзора продолжено практическое изучение метода Рамановской спектроскопии.

Всего в 2014 году по результатам контроля за качеством лекарственных средств Росздравнадзором изъято из обращения 1109 серий лекарственных средств, не отвечающих установленным требованиям по качеству, что составляет 0,5% (2013 г. – 0,6%, 2012 г.- 0,75%) от всех лекарственных средств, поступивших в обращение. В течение последних трех лет наметилась тенденция снижения в обороте лекарственных средств, создающих угрозу причинения вреда жизни и здоровью граждан, что свидетельствует о действенности мер, принимаемых Росздравнадзором в рамках государственного контроля качества лекарственных средств.

Структура показателей несоответствия качества лекарственных средств, изъятых из обращения за 2014 год (количество серий):

№ п/п	Показатель несоответствия	Доля, %
1	Количественное определение	16,6%
2	Маркировка	12,9%
3	Описание	12,4%
4	Упаковка	11,7%
5	Механические включения	7,0%
6	Посторонние примеси	6,2%
7	Микробиологическая чистота	6,1%
8	Растворение	5,2%
9	Распадаемость	4,4%
10	Другие показатели	17,5%

В 2014 г. выявлено и изъято из обращения 3 торговых наименования 5 серий фальсифицированных лекарственных препаратов.

В 2014 г. выявлены и изъяты из обращения 20 торговых наименований 40 серий лекарственных средств, находившихся в обороте с нарушением законодательства Российской Федерации.

В 2014 году Росздравнадзор и его территориальные органы приняли участие в международной операции «Pangea VII». Территориальными органами Росздравнадзора осуществлено 309 контрольных проверок (в 2013 г. – 236 проверок), из которых 185 (в 2013 г. – 49) были совместными с иными контролирующими органами, являющимися участниками операции. В ходе операции на базе передвижных лабораторий ФГБУ «Информационно-методический центр по экспертизе, учету и анализу обращения средств медицинского применения» Росздравнадзора проведен скрининг качества с использованием неразрушающего БИК-метода в отношении 481 образца лекарственных средств.

В 2014 году расширено межведомственное взаимодействие с Федеральной таможенной службой в целях пресечения ввоза на территорию Российской Федерации недоброкачественных, фальсифицированных и контрафактных лекарственных средств. Продолжена реализация проекта по мониторингу качества ввозимых в Россию лекарственных препаратов посредством установления профиля риска. В 2014 году установлен профиль риска в отношении 26 торговых наименований лекарственных препаратов (в 2013 году в отношении 23 торговых наименований лекарственных препаратов). По данной группе препаратов за 2014 год было проведено 143 экспертизы, что в 1,4 раза превышает показатель 2013 года (102 экспертизы).

В соответствии с утвержденным Алгоритмом взаимодействия между ФТС России и Росздравнадзором в 2014 году начат сбор и анализ сведений о сертификатах качества на фармацевтические субстанции зарубежных производителей, в целях контроля за соответствием качества ввозимых фармацевтических субстанций установленным обязательным требованиям к их качеству в Российской Федерации.

Создана библиотека спектров 97 наименований фармацевтических субстанций для реализации в 2015 году проекта по скринингу качества фармацевтических субстанций при их ввозе на территорию Российской Федерации.

Достигнутые результаты свидетельствует о необходимости расширения дальнейшего сотрудничества с таможенными органами на этапе поступления лекарственных средств на территорию Российской Федерации.

В рамках осуществления контроля качества лекарственных средств в 2014 году центральным аппаратом Росздравнадзора осуществлено в соответствии с планом, утвержденным Генеральной прокуратурой Российской Федерации на 2014 год, 36 плановых выездных проверок и 42 внеплановые проверки производителей и дистрибьюторов лекарственных средств.

В 2015 году будет продолжена работа по совершенствованию системы государственного контроля за качеством лекарственных средств в соответствии с изменениями в законодательстве Российской Федерации, внесенными Федеральным законом от 22 декабря 2014 г. № 429-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств» и Федеральным законом от 31 декабря 2014 г. № 529-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части противодействия обороту фальсифицированных, контрафактных, недоброкачественных и незарегистрированных лекарственных средств, медицинских изделий и фальсифицированных биологически активных добавок».

## ФАРМАКОНАДЗОР В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

*Косенко В.В., Глаголев С.В., Горелов К.В., Врубель М.Е., Никитин Р.А.*

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения

Вопросы повышения эффективности выявления и профилактики нежелательных реакций лекарственных средств с 2008 года являются одним из приоритетных направлений деятельности Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения.

С 2009 года в целях повышения показателей сообщаемости о нежелательных реакциях лекарственных средств и увеличения эффективности обработки и анализа поступающей информации Росздравнадзором введены в эксплуатацию специализированные информационные ресурсы Автоматизированной информационной системы Росздравнадзора (АИС Росздравнадзора) по фармаконадзору и мониторингу нежелательных реакций лекарственных средств в клинических исследованиях. Подготовлены методические рекомендации по ключевым аспектам мониторинга безопасности лекарственных препаратов в медицинских организациях и на фармацевтических предприятиях.

В период с 01.01.2014 по 31.12.2014 в Автоматизированную информационную систему Росздравнадзора поступило и рассмотрено 21642 сообщения о побочных действиях, серьезных нежелательных реакциях, непредвиденных нежелательных реакциях и эпизодах терапевтической неэффективности лекарственных препаратов. По сравнению с 2013 годом количество сообщений о проблемах безопасности лекарственных препаратов возросло на 25%.

Из общего числа сообщений 43% поступило от медицинских организаций и центров контроля качества лекарственных средств, 57% сообщений от фармацевтических компаний (разработчики, производители лекарственных средств, а также их уполномоченные представители).

Наибольшее число сообщений о нежелательных реакциях было представлено в Росздравнадзор фармацевтическими производителями и медицинскими организациями г. Москвы (5392 извещения) и Московской области (423 извещения), г. Санкт-Петербурга (451 извещение), Свердловской области (1069 извещений), Алтайского края (1041 извещение), Красноярского края (418 извещений), Псковской (464 извещения), Астраханской (451 извещение), Амурской (453 извещения) областей.

Среди фармацевтических производителей наибольшее количество сообщений о нежелательных реакциях по-прежнему направляется представительствами и дочерними предприятиями международных инновационных фармацевтических компаний – ЗАО Байер, Санофи-Авентис Групп, ГлаксоСмитКляйн, АстраЗенека, ООО МСД Фармасьютикалз, Арес Трейдинг С.А., Лаборатория Сервье, Ф. Хоффманн-Ля Рош Лтд, ЗАО Сандоз, ООО Эбботт Лэбораториз, ООО Джонсон & Джонсон, Берингер-Ингельхайм Фарма ГмбХ, Ново Нордиск, ООО Бристол-Майерс Сквибб, ООО Алкон Фармацевтика, ООО Берлин-ХемиМенарини Фарма ГмбХ.

Из российских производителей наибольшее число сообщений направлено ЗАО Биокад, ОАО Акрихин, ООО Ависта.

Анализ сообщений, поступивших в АИС Росздравнадзора в течение 2014 года, показал, что наиболее распространенными нежелательными реакциями при применении лекарственных препаратов по-прежнему остаются аллергические реакции, информация о которых содержалась в 24,3% сообщений. В основном, развитие аллергических реакций было обусловлено применением антибактериальных препаратов цефалоспоринового, пенициллинового и фторхинолонового ряда. Следует отметить, что в 2014 году несколько возросло количество сообщений о недостаточной терапевтической эффективности лекарственных препаратов и составило 14,7% от общего числа сообщений. В целом структура распределения нежелательных реакций по ведущей клинической симптоматике соответствует данным отечественной и зарубежной научной литературы.

Среди фармакотерапевтических групп по количеству сообщений лидируют антимикробные препараты (31,8%) и лекарственные препараты, влияющие на сердечно-сосудистую систему (18,5%). В значительной степени это обусловлено проведением активного мониторинга нежелательных реакций на антикоагулянтные препараты, проводимого компаниями-производителями. Кроме того, следует отметить увеличение числа компаний-производителей, проводящих наблюдательные исследования и активный мониторинг нежелательных реакций на выпускаемые лекарственные препараты, что обуславливает рост числа сообщений (контрацептивные препараты, антикоагулянты, противоопухолевые средства, препараты для терапии ожирения).

По итогам анализа сообщений о нежелательных реакциях и периодических отчетов по безопасности лекарственных препаратов Росздравнадзором направлено

36 писем в Министерство здравоохранения Российской Федерации с целью рассмотрения вопроса возможности принятия решений о внесении изменений в инструкции по применению лекарственных препаратов, изменения порядка проведения клинических исследований, приостановлении применения, изъятии из обращения или возобновлении применения лекарственных препаратов в связи с выявлением новой информации по безопасности. Направленные письма затрагивали вопросы обеспечения безопасности лекарственных препаратов вазобрал, доцетаксел, дротаверин, дорипенем, сибутрамин, ивабрадин, колистин и полимиксин, ренин-ангиотензивные препараты, агомелатин, вальпроевая кислота, цефепим, зипрасидон, а также вакцин, использованных для иммунизации населения в рамках Национального календаря профилактических прививок и Календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям, утвержденных приказом Минздрава России от 31.01.2011 №51н.

Эффективность выявления проблем безопасности лекарственных препаратов во многом зависит от внимания к фармаконадзору врачей, их готовности информировать Росздравнадзор о выявленных нежелательных реакциях.

Сегодня специалисты здравоохранения сообщают далеко не обо всех осложнениях применения лекарственных препаратов, с которыми они сталкиваются в своей работе. Во многом это обусловлено недостаточными знаниями о фармаконадзоре, опасениями административных санкций за развитие нежелательных реакций, недооценке значимости направляемой информации.

Важной остается проблема обеспечения полноты и качества сообщений о нежелательных реакциях, направляемых в Росздравнадзор. Большую часть нежелательных реакций можно предотвратить, зная особенности лекарственных препаратов и факторы риска развития побочных действий.

В целях повышения внимания практикующих специалистов к проблеме безопасности лекарственных препаратов, подготовлено и направлено в адрес специалистов здравоохранения, главных внештатных специалистов Минздрава России и редакторов ведущих научных медицинских журналов для публикации, информационное письмо Росздравнадзора от 12.11.2014 №01И-1789/14, содержащее разъяснения о порядке организации мониторинга безопасности в медицинских организациях.

Одновременно с этим, в прошедшем году Росздравнадзор принял активное участие в подготовке и внесению изменений в Федеральный закон от 12.04.2010

№61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств». Федеральный закон от 22.12.2014 N 429-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств» устанавливает законодательные требования к базовым элементам системы мониторинга безопасности лекарственных средств в компаниях- держателях регистрационных удостоверений и спонсорах клинических исследований (в части приема, обработки и анализа спонтанных сообщений и иной информации по безопасности ЛП, а также направления данных сведений в Росздравнадзор).

На держателей регистрационных удостоверений возлагается обязанность по проведению мероприятий, направленных на изучение выявленных проблем безопасности, а также на предупреждение вреда здоровью вследствие осложнений фармакотерапии лекарственных препаратов. Мероприятия по дополнительному изучению проблем безопасности и профилактике рисков могут включать в себя действия, направленные на максимально быстрое и безопасное прекращение использования препарата, информирование врачей о новых мерах предосторожности, проведение дополнительного обучения специалистов здравоохранения по вопросам рационального и безопасного использования лекарственных средств.

В целях защиты жизни и здоровья населения Российской Федерации, а также обеспечения соблюдения держателями регистрационных удостоверений и организациями, получившими разрешения на проведение клинических исследований, требований в области мониторинга безопасности лекарственных средств, Федеральным законом предусматривается возможность принятия решения о приостановлении применения препарата или проведении клинического исследования в случае несоблюдения законодательства в области фармаконадзора.



## РЕЗУЛЬТАТЫ КОНТРОЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РОСЗДРАВНАДЗОРА ЗА СОБЛЮДЕНИЕМ ПРАВ ГРАЖДАН ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

*Рогинко Н.И., Дорофеев А.А.*

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения

Диспансеризация определенных групп взрослого населения (далее – диспансеризация) проводится в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.12.2012 № 1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» путем углубленного обследования состояния здоровья граждан.

В соответствии с подпунктом «а» пункта 4 постановления Правительства Российской Федерации от 12.11.2012 № 1152 «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности» Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения (далее – Росздравнадзор) осуществляет контроль за соблюдением прав граждан в сфере охраны здоровья граждан.

Росздравнадзор осуществляет мониторинг исполнения регионами плана диспансеризации, а также проводит анализ нарушений, выявляемых территориальными органами Росздравнадзора по субъектам Российской Федерации (далее – территориальные органы Росздравнадзора) и центральным аппаратом Росздравнадзора при проведении диспансеризации. Помимо низких цифр охвата населения диспансеризацией в ходе контрольных мероприятий Росздравнадзором выявляется большое количество нарушений, касающихся качества проведения данного мероприятия.

Всего за 2013-2014 гг. территориальными органами Росздравнадзора выявлено 161 нарушение в ходе контроля за проведением диспансеризации.

В результате анализа выявлены следующие типичные нарушения:

- нарушение ведения медицинской документации (в 25 субъектах: Курская область, Республика Карелия, Республика Дагестан и др.);
- выполнение неполного объема исследований (в 23 субъектах: Тверская область, Мурманская область, Республика Калмыкия и др.);
- отсутствует информированное добровольное согласие (в 11 субъектах: Тульская область, Пензенская область, Забайкальский край и др.);
- распределение по группам здоровья отсутствует, либо осуществлено неверно (в 10 субъектах: Республика Хакасия, Белгородская область, Курская область и др.);
- отсутствует ведомственный/внутренний контроль (в 7 субъектах: Амурская область, Еврейская автономная область, Челябинская область и др.).

Также в Росздравнадзор поступают жалобы на проведение диспансеризации как от граждан, так и от сотрудников медицинских организаций.

В результате анализа жалоб, поступивших в центральный аппарат Росздравнадзора, установлены типичные жалобы граждан:

- формальный подход врачей к проведению диспансеризации;
- проведение неполного объема обследования.
- Сотрудники медицинских организаций чаще всего жалуются на:
- отсутствие денежных выплат за проведение диспансеризации;
- фальсификацию данных в ходе проведения диспансеризации.

Так, по жалобе врача – уролога, поступившей в Росздравнадзор в 2014 году, специалистами ТФОМС Нижегородской области проведена медико-экономическая экспертиза всех законченных случаев диспансеризации определённых групп взрослого населения, выполненной в 2013 году в ГБУЗ НО «Городская больница №4 Канавинского района г. Нижнего Новгорода». В ходе длительной проверки факты, изложенные в обращении, частично подтвердились (выявлено 52 случая с признаками фальсификации медицинской документации). По результатам проверки на медицинскую организацию наложены финансовые санкции, материалы проверки направлены в Прокуратуру Нижегородской области.

Перечисленные выше нарушения так или иначе свидетельствуют о неудовлетворительной организации внутреннего контроля на уровне медицинской организации, также ведомственного контроля на уровне субъекта.

С целью выявления причин нарушений диспансеризации, в 2014 году сотрудниками Росздравнадзора проведено анонимное анкетирование участковых врачей-терапевтов САО г. Москвы, участвующих в проведении диспансеризации, посвященное знанию нормативной документации.

По результатам анализа проведенного анкетирования установлено, что часть врачей не смогла верно ответить на принципиальные вопросы организации и осуществления диспансеризации. Так, 74% респондентов не смогли назвать документ, регламентирующий проведение диспансеризации, 41% респондентов не смог верно определить периодичность проведения диспансеризации, а 43% назвали неверное количество этапов диспансеризации.

Неудовлетворительное знание участковыми врачами-терапевтами нормативной правовой документации, регламентирующей проведение диспансеризации, говорит о недостаточном внимании к данному мероприятию со стороны руководителей медицинских организаций и органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения, одновременно делая невозможным качественное проведение диспансеризации и тем самым нарушая права граждан в сфере охраны здоровья.