Министерство образования и науки Российской Федерации

Филиал Российского государственного социального университета в г-к. Анапе

Национальный общественный комитет «Российская семья»

Министерство образования и науки Краснодарского края

«*ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ – ОСНОВА ПРОЦВЕТАНИЯ РОССИИ*»

Материалы IX Всероссийской научно-практической конференции с международным участием

(23–24 апреля 2015 года)

Анапа
2015

УДК 614
ББК 51.1(2)
З46

Рекомендовано к изданию решением редакционно-издательского совета филиала РГСУ в г. Анапе

Редакционная коллегия:

Е.А. Цыбулевская, д-р полит. наук, проф.; **Л.П. Ильченко,** д-р пед. наук, проф.; **Р.Р. Саакян**, д-р техн. наук, проф.; **С.Б. Селезнев,** д-р мед. наук, проф.; **Морозова Т.А**. доктор филол. наук, проф.; **Максимов Ю.Г.**, д-р мед. наук, проф.; **С.Г. Анкундинов**, канд. филос. наук, доц.; **И.Г. Селивёрстова,** канд. с.-х. наук, доц.; **Л.М. Захарчук,** канд. пед. наук, доц.; **Г.И. Золотова,** канд. пед. наук, доц.; **М.А. Радзивилова,** канд. пед. наук, доц.; **Е.А. Милета**, канд. экон. наук, доц.; **Э.Х. Исламова,** канд. психол. наук, доц.; **Л.В. Кудрявцева**, канд. юрид. наук, доц.; **М.А. Моргайлик,** канд. полит. наук, доц.; **Т.С. Фирсова**, канд. экон. наук, доц.; **М.В. Пинская** ст. преподаватель; **О.Ю. Трещева,** преподаватель; **А.Г. Асташев,** преподаватель

З46 **Здоровье населения – основа процветания России :** Материалы IX Всероссийской научно-практической конференции с международным участием (23–24 апреля 2015 года); филиал РГСУ в г. Анапе. – Краснодар : Издательский Дом – Юг, 2015. – 292 с.

ISBN 978-5-91718-388-6

В сборнике представлены материалы Всероссийской научно-практической конференции, проводившейся под эгидой Национального общественного комитета «Российская семья» и Министерства науки и образования Краснодарского края 23–24 апреля 2015 года на базе филиала РГСУ в г-к. Анапа. Материалы объединены в общую тему: «Здоровье населения – основа процветания России».

Сборник содержит материалы конференции, рассматривающие широкий спектр актуальных вопросов сохранения и укрепления здоровья населения, формирования здорового образа жизни, воспитания культуры здоровья.

Работы опубликованы в авторском варианте.

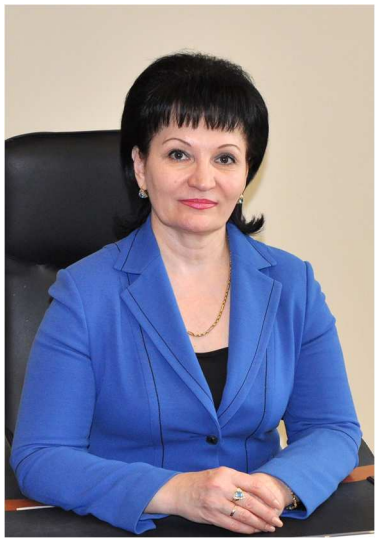
ББК 51.1(2)
УДК 614

ISBN 978-5-91718-388-6

© Коллектив авторов, 2015.
© Филиал РГСУ в г. Анапе, 2015
© Оформление ООО «Издательский Дом – Юг», 2015

ОБРАЩЕНИЕ К ЧИТАТЕЛЮ

Уважаемые читатели!



Я рада приветствовать вас на страницах нашего сборника, содержащего материалы IX Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Здоровье населения – основа процветания России». Конференция проходит в знаменательный для нашей страны год – 70-летие Великой победы над немецко-фашистскими захватчиками. Весь российский народ, наследники великого исторического события, готовятся встретить замечательный праздник новыми достижениями и успехами.

XXI век отличается небывалым ранее, высоким уровнем интеллектуально-информационного развития и политическим просвещением граждан. Зрелые в нравственном и политическом отношении структуры гражданского общества способны дать значимую корреляцию действиям политических лидеров в государственных конфликтах. Более того, итоговую общественную оценку действий государственных лидеров и структур.

Динамика и вектор развития политической власти в соответствие с потребностями социума заключается в эффективном использовании человеческого потенциала и социального капитала, гармонизации общественных отношений, обеспечении политической стабильности и гражданского согласия.

В нашем обществе необходимо формировать культурную среду, ценности, которые бы опирались на отечественную историю, отечественные традиции, объединяли бы время и поколения, способствовали консолидации нации и открывали возможности для создания нового, современного пространства культуры, в котором живет и развивается человек.

Россия – самая богатая ресурсами страна мира – занимает высокое место по уровню ВВП и невысокое место по уровню доходов на душу населения. В этих условиях необходимы коренные преобразования российской экономики. Изменения политико-экономической стратегии, социальной политики и права, определяемые по существу, как модернизация, нашли отражение в послании Президента РФ, В.В. Путина, научных докладах, представленных на всероссийских конгрессах, в выступлениях активистов Народного фронта.

Успех модернизации общественных процессов – экономических, социальных, технико-технологических, образовательных, культурных и прочих, – прямо зависит от качества государственного управления – это управленческий стержень государства и общества, а эффективное решение социальных проблем возможно только совместно: государственные структуры должны сотрудничать с гражданским обществом.

Результаты модернизированной экономической политики должны оцениваться в показателях развития человеческого капитала. Это показатели уровня и качества жизни Россиян: повышение продолжительности жизни, рост заработной платы, обеспечение гражданам качественного и доступного образования.

Здоровье населения – это главная ценность общества и показатель его благополучия. Согласно рекомендациям Организации Объединенных Наций, для того, чтобы граждане были обеспечены достойной медицинской помощью, государство должно ежегодно тратить на здравоохранение 5–7 % ВВП, соответственно должны быть затраты и на всеобщее образование.

В нашем сборнике представлены направления исследовательской работы авторов: Австралии, Германии, Таджикистана, Москвы, Грозного, Санкт-Петербурга, Томска, Астрахани, Волгограда, Чебоксар, Воронежа, Ставрополя, Краснодара, Геленджика, Новороссийска, Анапы и др., которые имеют характер зрелой общественной проблемы, актуальной для научного сообщества. Благодарим ученых за предоставленные материалы исследований и надеемся на дальнейшее плодотворное сотрудничество.

Всех участников девятой конференции поздравляю с наступающим праздником 70-летия Великой Победы и с началом работы конференции. Искренне желаю мирного неба над головой, крепкого здоровья, счастья, творческого поиска и новых побед!

Директор филиала РГСУ в г. Анапе,
доктор политических наук,
профессор ***Е.А. Цыбулевская***

УДК 159.9

НЕГАТИВНЫЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ПРЕДУБЕЖДЕНИЙ И МИФОВ

М.И. Агеев, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии ФПК и ППС ГБОУ ВПО Куб ГМУ Минздрава России, Краснодар,

Н.А. Косенко, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии ФПК и ППС ГБОУ ВПО Куб ГМУ Минздрава России, Краснодар,

Г.Т. Красильников, профессор, доктор медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии ФПК и ППС ГБОУ ВПО Куб ГМУ Минздрава России,

В.Г. Косенко, профессор, доктор медицинских наук, зав. кафедрой психиатрии ФПК и ППС ГБОУ ВПО Куб ГМУ Минздрава России, Краснодар

E-mail: ami_kras@mail.ru

Аннотация: *в статье излагаются ложные представления, мифы и стереотипы, сложившиеся в обществе в отношении психических больных, которые приводят к их дискриминации, затрудняют их социальную адаптацию и снижают качество жизни. Нередко подобная стигматизация превращается во вторую болезнь, которая может быть для больных тяжелее, чем само психическое расстройство. Описывается, как дискриминирующей стигматизации подвергаются кроме больных их родственники, врачи психиатры и психиатрическая служба. Описываются истоки происхождения подобной дискриминации и возможные пути дестигматизации.*

Ключевые слова: *психиатрические мифы и предубеждения, дискриминация, стигматизация больных, стигматизация психиатрии, дестигматизация.*

Благодаря современным методам лечения многие пациенты психиатрических служб имеют возможность для полноценной социальной жизни. В создавшихся условиях для них возрастает роль статуса психически больного в обществе. Однако психиатрия и душевное здоровье до сих пор остаются «белыми пятнами» в сознании большинства людей, не имеющих к этой области непосредственного отношения. Неизбежным следствием этого является широкая распространенность различного рода психиатрических мифов и предрассудков. Получили распространение следующие мифы о психически больных: «все душевнобольные люди агрессивны и представляют опасность для окружающих», «психические болезни неизлечимы» и даже такое нелепое мнение, что психическая болезнь заразна. Мифы о психиатрическом лечении: «психотропные средства наносят непоправимый вред здоровью, вызывают привыкание», «госпитализация в психиатрическую больницу сама по себе может привести к сумасшествию», «больных лечат жестокими методами (электричеством, связыванием, смирительными рубашками)» и др. Мифы о психиатрии: «психиатры и сами все ненормальные», «психиатры занимаются чтением мыслей, зомбированием, лишают воли», а задача психиатрической службы – «поставить пациентов на учет, лишить самостоятельности, контролировать». Влияние этих мифов и предрассудков выражается в разнообразных формах дискриминирующего отношения общества к самим больным, к членам их семей, а также к психиатрической службе и к врачам психиатрам. Это проявляется в социальной изоляции семьи больного, в различных видах дискриминации, ущемлении прав и интересов психически больного, в чувстве неловкости у родных и близких перед

окружающими за то, что член их семьи страдает психическим заболеванием, в стремлении скрыть сам факт наличия в семье психически больного. Такого рода вызываемые обществом притеснения называются стигматизацией.

Большое количество больных, имеющих относительно легкий уровень психических расстройств, страдают от подобной стигматизации в большей степени, чем от самих проявлений болезни. К этому же ряду относится и «самостигматизация», когда больные интернализируют стигматизирующие их стереотипы, начинают верить в них и пытаются «вписаться» в выделенную им роль по механизмам самовнушения и адаптации к экспектациям окружающих («короля играет свита»). Нередко они становятся вследствие этого социально отгороженными, зависимыми от помощи других, вживаются в роль инвалида, что ведёт к усугублению социальной дезадаптации. Пациенты с психическими расстройствами часто испытывают трудности в получении различных социальных возможностей и в трудоустройстве. Так социальная стигма для больных превращается во «вторую болезнь».

Данные многочисленных исследований свидетельствуют о том, что большинство людей приемлют в целом психически больных как членов общества, но склонны избегать более близких взаимоотношений, например, работать или жить вместе с ними. Родственники душевнобольных унижены стигмами, принятыми обществом, и нередко оценивают бремя стигмы и дистанцию общества тяжелее, чем сами пациенты. Дискриминации подвергаются не только пациенты и члены их семей, но и психиатрическая служба. Западная психиатрия прошла через дестигматизирующее «антипсихиатрическое» движение 60-х – 70-х годов прошлого века (об этом можно судить по дистанции в отношения общества США к психиатрии от фильма «Пролетая над гнездом кукушки» до фильма «Человек дождя»). В нашем же обществе еще продолжается, судя по публикациям в СМИ, «вялотекущая антипсихиатрия». Одним из проявлений социальной стигматизации можно считать недостаточное бюджетное финансирование психиатрической помощи по «остаточному принципу» (что осталось после финансирования других областей). Психиатрические ярлыки, или стигмы, распространились широко в общественную жизнь, средства массовой информации применяют психиатрические оценки на лиц, вызывающих у них неприязнь, или на явления общественной жизни. Так, термин «шизофрения» вышел за пределы клиники, стал широко применяться в метафорическом значении в различных областях речевой практики. Слова «шизофреник», «шизофренический» стали применять политики, журналисты, в кино и в быту по отношению к людям, организациям, программам, высказываниям или поступкам в качестве оценки их как непоследовательных, нелогичных и непонятных. Похоже, что выражение «шизофренический» стало в общественном и бытовом сознании синонимом всего, что абсурдно, хаотично, непонятно, несет в себе какую-то угрозу, в связи, с чем вызывает неосознаваемый страх и неприятие. Не удивительно, что при такой стигматизации люди, действительно страдающие психическими расстройствами, боятся огласки, как огня. Пациенты часто неохотно обращаются за психиатрической помощью, что, очевидно, ухудшает их прогноз из-за отсрочки начала лечения и невыполнения врачебных рекомендаций. В представлении многих людей врач-психиатр стал пугалом, навешивающим психиатрические ярлыки, а обращение за помощью означает постановку на психиатрический учет. Его боятся, с ним не откровенничают, от него скрывают тайны своей души и требуют лишь лекарств. Позитивный и вызывающий уважение образ психиатра предстает,

пожалуй, только в романе и в одноименном кино – «Мастер и Маргарита», а в большинстве других психиатрию принято изображать гротескно и негативно.

Пациенты, имеющие психические (и некоторые другие) расстройства, подвергаются дискриминации и стигматизации в течение тысячелетий, и каждая эпоха стигматизировала их по-своему. Стигматизация, – это нечто гораздо большее, чем просто «наклеивание ярлыков». Отношения общества к тем или иным явлениям редко оказываются совершенно необоснованными и не существуют сами по себе. Дискриминация по отношению к лицам, страдающим инфекционными заболеваниями, в прошлом, возможно, была оправданной для выживания общества, и то же самое, может быть верно и для психических расстройств в до-лечебную эпоху. Стереотипы восприятия «безумия», вероятно, вырабатываются в детстве и постепенно закрепляются, зачастую неумышленно, в процессе обычных социальных взаимодействий, наряду с другими социальными нормами. В общественном сознании психиатрическая стигма обычно ассоциируется с теми болезнями, которые опасны для окружающих, или в которых считаются повинными сами люди. Часто психическое заболевание воспринимается как что-то пугающее, постыдное и неизлечимое («Не дай мне Бог сойти с ума, уж лучше посох и сума!»). По-видимому, страх является глубоко укоренившейся реакцией, но он еще и регулярно подкрепляется избирательными и драматическими сообщениями в средствах массовой информации практически обо всех случаях насилия, в которых участвуют психически больные. СМИ играют ведущую роль в создании негативных психиатрических стереотипов. Общественность плохо представляет себе характер и частоту случаев насилия в психиатрии, поскольку люди неверно информируются, ибо по статистике агрессивность душевно больных не выше, чем среди людей общей популяции. Более того, лица с психическими расстройствами чаще совершают аутоагрессию и суициды, чем агрессию по отношению к другим людям. Таким образом, одним из главных факторов формирования стигматизирующих стереотипов считается усвоение неадекватных представлений, бытующих в каждом конкретном обществе.

В качестве другого источника стигматизации можно предложить гипотезу о сохранении в психике современного человека архетипических комплексов древнего человека, по исследованиям Б.Ф. Поршнева. Автор пишет, что на ранних этапах антропогенеза и становления родовой общности у неоантропов (кроманьонцев) самым главным было выделение признаков отличия от другого вида собственного рода (неандертальцев) – формирование комплекса «не – Мы». Этот комплекс дискриминирующих признаков был чрезвычайно важен для выживания в условиях жесткой внутривидовой конкуренции и требовал активного защитного или агрессивного поведения. Из-за его витальной значимости и длительной (десятки тысяч лет) действенности он должен бы сохраниться в качестве архетипического комплекса «как система готовности к действию» и «кристаллизация опыта с течением времени». В последующие исторические эпохи этот комплекс выделения «иных» проявлялся по отношению к иной расе, иному этносу, языку, религии и других дискриминирующих человеческие группы критериев. Его стойкая сохранность, вероятно, обусловлена эволюционно значимым качеством – сохранением этнической, расовой, религиозной, языковой и культуральной идентичности. Гипотеза об ассоциированности психиатрической стигмы с архетипическим комплексом «иные» помогает объяснить стойкость ее существования. Архетипический комплекс, согласно аналитической психологии, не передается через научение и подражание, но оказывает огромное неосознаваемое

влияние на человека. Поэтому он не может быть полностью устранимым, а лишь в той или иной степени компенсирован. Простое психиатрическое просвещение населения (по данным специальных исследований увеличивает знания о психических расстройствах, но не изменяет существенно социальных установок и не влияет на выбор социальной дистанции по отношению психически больных. Следовательно, только изменение общей культуры в сторону гуманизации общественных ценностей, реальное изменение общественного положения лиц с психическими нарушениями, («иных»), окажет действенное влияние на выраженность стигмы. А для этого нужна систематическая целенаправленная работа по изменению общественных установок, по превращению психиатрии из специальности по психическим заболеваниям в специальность по психическому здоровью. Этой цели служат: ежегодное проведение, по инициативе ВОЗ, с 1992 г. Всемирных дней психического здоровья, антистигмационные «месячники сумасшествия» в Чехии, круглые столы по психиатрическим проблемам и многое другое. Так, Всемирный День психического здоровья – это глобальная образовательная программа, проводится под патронажем ВОЗ и Всемирной Федерации психического здоровья. С 10 октября 1992 – это ежегодное событие, с тех пор проводится примерно в 100 странах. Цель: повышение знания и понимания обществом проблем, связанных с тяжелыми психическими заболеваниями; Помощь людям с психическими заболеваниями жить более полной жизнью; Формирование в общественном сознании адекватного представления о психически больных, преодоление стигмы; Предоставление больным оптимального лечения и ухода; Увеличение финансирования психиатрической службы; Использование новых эффективных и более безопасных препаратов.

N. Sartorius, возглавляющий программу Всемирной психиатрической ассоциации, направленную против стигматизации больных шизофренией, говорит о том, что психиатры должны изучить свои собственные установки, стать активными защитниками людей с психическими расстройствами. Психиатрической дестигматизации способствуют изменения в Международной Классификации Болезней 10-го пересмотра: термин «расстройство» вместо «болезнь», замена терминов «психоз», психопатия, истерия на личностное расстройство, конверсионное расстройство и т.п. В современных международных дискуссиях предлагается заменить термин «шизофрения», как ставший предметом наибольшей стигматизации, да и потерявший прежнее клиническое значение, на альтернативные названия.

Психиатрам необходимо, как считает N. Sartorius, брать на себя ответственность за стигматизацию психических расстройств, вместе с общественными организациями. Об этом было заявлено в преамбуле к Гавайской Декларации, этого международного Этического Кодекса психиатрии, принятого на 12 Международном психиатрическом конгрессе, проходившем в Гонолулу еще в 1978 г. Основные положения этого Кодекса (например, соблюдение информированного согласия) нашли отражение в принятых позднее во многих странах Законов об оказании психиатрической помощи. Подобный закон был принят в России в 1992 году. В Законе впервые в отечественной психиатрии было заявлено о приоритетности соблюдения прав больного при оказании психиатрической помощи и оговорены условия, направленные на защиту этих прав. Но это только частично уменьшает социальную дискриминации психически больных. Так, всеми авторами признаётся, что образование является наиболее очевидным способом корректировки установок и влияния на поведение. Однако такое общественное образование должно быть не разовой социально-рекламной акцией, а целенаправленной государственной кампани-

ей, если не сказать – политикой. Очевидно, что общество, в котором царят средневековые предрассудки, мифы, первобытный страх перед «Другими», не может считаться цивилизованным, гуманным. И только в условиях толерантности и просвещения гуманистические ценности и добродетели будут реализовываться в реальном поведении людей естественным образом.

Список литературы:

1. Кабанов М., Ломаченков А., Коцюбинский А. и др. Уменьшение стигматизации и дискриминации в отношениипсихически больных // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. № 1. С. 22–27.

2. Мифы о психической болезни. URL : http://schizophrenia.ru/schizo/how.shtml – сайт Научного центра психического здоровья РАМН, посвящённый шизофрении.

3. Михайлова И.И. Самостигматизация психически больных: описание и типология // Психиатрия. 2004. № 2 (08). С. 23–30.

4. Поршнев Б.Ф. О начале человеческой истории (Проблемы палеопсихологии). М. : Мысль, 1974. 487 с.

5. Финзен Асмус. Психоз и стигма: Пер. с нем. М., 2001.

6. Этика психиатрии / Под ред. С. Блоха и П. Чодоффа. Пер. с англ. Киев, 1998. 379 с.

7. Sartorius N. Stigma: what can psychiatrists do about it? // Lancet. 1998. № 352. P. 1058–1059.

УДК 316.2

ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ ТУРИЗМА В ГОРОДЕ-КУРОРТЕ АНАПА

В.В. Афисов, кандидат юридических наук, старший преподаватель филиала Российского государственного социального университета в городе Анапе

Аннотация: *в статье обозначены особенности туризма на территории города-курорта Анапа, которые сопровождаются множеством проблем. Некоторые пути решения проблем основаны на местной инициативе, инициативе населения, креативном подходе и организационно-финансовой поддержке.*

Ключевые слова: *город-курорт Анапа, местная инициатива, туризм, муниципальная программа, креативное управление.*

Природно-территориальные, оздоровительно-спортивные и социально-исторические ресурсы России предполагают активизацию туристической деятельности на территории основного большинства муниципальных образований.

Положения п. 9 ч. 1 ст. 14.1, п. 8 ч. 1 ст. 15.1, п. 9 ч. 1 и п. 3 ч. 1.1 ст. 16.1. Федерального закона «Об общих принципах организации местного самоуправления в РФ» [2] определяют муниципальные полномочия создавать условия для развития туризма.

Значит, проблемы туризма формируются в основном на уровне местного самоуправления. Поэтому основной задачей для муниципалитетов, конечно, является поиск сбалансированных средств туристического развития, соответствующих и федеральным и региональным требованиям.

Такой посыл, безусловно, относится к территории города-курорта Анапа, поскольку сочетание благоприятных климатических условий с месторождениями минеральных вод и лечебных грязей поз-

воляет городу-курорту Анапа стать самым популярным бальнеологическим и курортно-рекреационным центром России, что открывает широкие возможности для инвесторов в области гостиничного бизнеса и туризма. Недалеко от станицы Натухаевской есть известное местечко – Семигорье. Его можно узнать по целой гряде живописных холмов. Сложно сказать точно, когда именно была найдена целебная вода, но много веков ею лечились местные жители. Возле поселка горный, недалеко от Анапы есть чудотворный источник. Сюда каждый день приезжают люди. Удивительные истории связаны с целебным источником «У Орла». Эти источники менее известны широкому кругу туристов, необходима их популяризация в сочетании с морским климатом, а также широким выбором санаторно-курортных и лечебных учреждений.

Черноморское побережье отличается разнообразием природы – красивыми пейзажами, включающими горы Западного Кавказа с густыми лесами, альпийскими лугами и ледниками, плодородные кубанские равнины, субтропическую растительность Причерноморья и многокилометровые пляжи.

Современные элементы транспортной инфраструктуры обеспечивают доставку туристов и отдыхающих на Черноморское побережье Краснодарского края – главный санаторно-курортный комплекс федерального значения, который посещают ежегодно более 11 млн туристов.

Весомым фактором инвестиционной привлекательности города-курорта Анапа является также его курортно-рекреационный потенциал. Санаторно-курортная инфраструктура Черноморского побережья, основы которой были заложены еще в советское время, а также разнообразие возможностей отдыха у моря продолжают привлекать в город-курорт Анапа туристов преимущественно из России и стран СНГ. Это, в свою очередь, создает стимулы для новых инвестиций в развитие курортно-турист-ского комплекса, являющегося одной из приоритетных отраслей экономики Краснодарского края. При этом, в рамках развития курортно-туристской деятельности организуется тесная кооперация между Краснодарским краем и Крымским полуостровом, что направлено на формирование единого Всероссийского курортно-рекреационного центра на Черноморском побережье.

Вышеизложенные факторы требуют особого, нетривиального подхода к решению проблем в сфере туризма в городе-курорте Анапа. Поэтому реализация региональных и муниципальных документов сопровождается креативными решениями, которые представляют город-курорт Анапу одним из лидеров российской туристической индустрии. Например, в целях исполнения долгосрочной целевой программы Краснодарского края [3] и других документов регионального уровня:

– созданы и действуют следующие коллегиальные органы, оказывающие влияние на инвестиционные процессы и предпринимательскую деятельность: экспертный межведомственный инвестиционный совет при краевой администрации; совет по инновационному развитию края; экспертный совет по формированию туристских краснодарских кластеров и пр.;

– Краснодарский край стал активным участником крупных российских и международных выставочных мероприятий, на которых проводились формируется имидж региона, открытого для инвесторов в туристической сфере (презентации края проведены в Италии, Франции, Великобритании, Германии, Австрии, Китае, Турции);

– в Краснодарском крае функционирует собственная презентационно-выставочная площадка для продвижения региональных и местных инвестиционных проектов – Международный инвестиционный форум «Сочи», проводимый ежегодно начиная с 2002 года и ставший одной из крупнейших площа-

док в России для диалога бизнеса и власти и т.д.

На муниципальном уровне стоит обратить внимание на организационную новацию подчинения управления по санаторно-курортному комплексу, туризму и экологии Администрации муниципального образования город-курорт Анапа[9], что, с одной стороны, повышает статус и возможности подразделения, ответственного за решение вопросов в сфере туризма в городе-курорте Анапа, а с другой стороны, позволяет использовать маркетинговые конструкции построения курортно-туристичес-кого имиджа города-курорта. Креативные мероприятия в рамках соответствующей муниципальной программы, проводимые управлением по санаторно- курортному комплексу, туризму и экологии Администрации города-курорта Анапа, включают:

– регулярное проведение тематических инфотуров (бесплатных автобусных обзорных и пешеходных экскурсий) по городу с обязательным участием ответственных лиц в сфере туризма, учащихся, представителей бизнеса и других заинтересованных лиц в развитии местного туризма [10];

– мероприятия по созданию, размещению и содержанию городских инфоматов, содержащих сведения о местах и телефонах, необходимых для туристов;

– мероприятия поддержки и развития специализированного туристического портала Администрации города-курорта Анапа [7], который включает основные разделы: история города, интерактивная карта, новости, мероприятия, фотогалерея, контакты и т.д.

Также следует указать на творческий подход к решению вопросов туризма городе-курорте Анапа, где:

– с целью эффективного решения рассматриваемых проблем эффективно функционирует Управление по санаторно-курортному комплексу, туризму и экологии [11];

– в рамках муниципальной программы активно развивается направление делового туризма (в отелях «Де ла Мапа» и «Ривьера», санатории «Старинная «Анапа», пансионата «Урал» и др.) и автотуризма (11 стоянок внесены в единый реестр автокемпингов Краснодарского края) [6];

– в целях популяризации и повышения престижа для участия в краевом конкурсе лидеров туриндустрии «Курортный Олимп 2013» заявлено 29 представителей в 15 номинациях (курорт Анапа стал лидером в 5 номинациях);

– стратегия муниципального инвестиционного развития [6] и долгосрочная муниципальная целевая программа [4] включает большинство проектов в области туризма в информационном поле специального Инвест-портала Анапы [7];

– осуществляется масштабная работа по развитию международной выставочной деятельности [11] и т.д.

Таким образом, на примере Анапы можно говорить, что множество разнообразных проблем в сфере туризма может решаться с помощью местной инициативы, инициативы населения, креативного подхода и организационно-финансовой поддержки ответственному подразделению муниципалитета.

Список литературы:

1. Федеральный закон от 06.10.1999 № 184-ФЗ (ред. от 21.07.2014) «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» // Российская газета. – № 206, 19.10.1999.

2. Федеральный закон от 06.10.2003 № 131-ФЗ (ред. от 21.07.2014) «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» // Российская газета. – № 202, 08.10.2003.

3. Постановление главы администрации (губернатора) Краснодарского края от 27 мая 2010 г. № 400 «Об утверждении долгосрочной краевой целевой программы «Развитие санаторно-курортного и туристского комплекса

Краснодарского края» на 2011–2017 годы». [Электронный ресурс]. URL : http://krasnodar.ru/ndocs/(дата обращения: 06.03.2015).

4. Постановление администрации муниципального образования город-курорт Анапа от 07 ноября 2011 года № 3002 «Об утверждении долгосрочной муниципальной целевой программы «Повышение инвестиционной привлекательности муниципального образования город-курорт Анапа и участие в конгрессно-выставочных мероприятиях на 2012–2014 годы». [Электронный ресурс]. URL : http://www.investanapa.ru/storage/files/file135.doc (дата обращения: 06.03.2015).

5. Постановление администрации муниципального образования город-курорт Анапа от 06.03.2014 № 923 о муниципальной программе «Продвижение курортно-рекреационного потенциала и туристских возможностей курорта Анапа». [Электронный ресурс]. URL : http://www.anapa-official.ru/adm/mcp/perechen-municipalnih-programm/2014-god (дата обращения: 06.01.2015).

6. Стратегия инвестиционного развития территории муниципального образования город-курорт Анапа до 2020 года [Электронный ресурс]. URL : http://www.investanapa.ru/ru/strategiyarazvitiya.html (дата обращения: 06.03.2015).

7. Специальный портал муниципального образования город-курорт Анапа. [Электронный ресурс]. URL : http://www.investanapa.ru/ (дата обращения: 06.03.2015).

8. Информация Департамента экономического развития, инвестиций и внешних связей. [Электронный ресурс]. URL : http://krd.ru/departamentekonomicheskogo-razvitiya-investitsiy-i-vneshnikhsvyazey/vakansii/ (дата обращения: 06.01.2015).

9. Информация официального портала». [Электронный ресурс]. URL : http://tourism.krd.ru/activity/upcoming_events/575/?sphrase_id=436 (дата обращения: 06.03.2015).

10. Информация сайта XXII Международная туристская выставка «Анапа-самое яркое солнце России-2015». [Электронный ресурс]. URL : http://www.anapa-sea.ru/#/main (дата обращения:06.03.2015).

11. Информация Управления по санаторно-курортному комплексу и туризму. [Электронный ресурс]. URL : http://www.anapaofficial.ru/adm/strukturnie-podrazdeleniya/upravlenie-posankur/ (дата обращения: 06.03.2015).

УДК 613

ИСТОРИЧЕСКАЯ ПАМЯТЬ КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ ДУХОВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА

В.А. Алексеева, доктор философских наук, профессор кафедры теории и истории государства и права

Аннотация: *в статье рассматривается вопрос об экзистенциальной природе исторической памяти человека. Обосновывается тезис о том, что данный феномен выступает неотъемлемой частью духовной целостности и духовного здоровья личности, исследуются механизмы его деструкции в современном массовом сознании, проводится идея о фундаментальном значении исторической памяти для сохранения и воспроизводства цивилизационной идентичности.*

Ключевые слова: *историческая память, историческая реальность, историческое знание, прогресс, прошлое, поколение, культура.*

Понятие «здоровье человека» имеет, как известно, достаточно богатое содержание. Оно, безусловно, включает в себя не только телесную, но и более значимые – душевную и духовную составляющие. Более того, именно духовное состояние человека: мир и гармония или, напротив, – внутренний разлад, конфликт с окружающей реальностью, уныние, отчаяние и обессмысливание жизни определяют, в конечном итоге, и его физическое состояние. И до тех пор, пока, говоря о здоровье, мы будем иметь в виду лишь психофизиологическую его составляющую при невнимании к «духовному здравию» человека, мы не сможем вести речь и о здоровой процветающей нации. Действительно, не может рассматриваться как здоровый народ в стране, где создаются, например, молодежные клубы самоубийц или процветают различного рода мании.

Острейшей проблемой современности стала утрата человеком целого ряда жизненных констант, существовавших веками и определявших смысл и весь строй человеческой жизни, таких, как любовь, осознание конечности земного существования, устремленность в вечность, национальная и культурная идентичность. Разрушение традиционных ценностей, тотальный и углубляющийся разрыв непосредственных живых человеческих взаимоотношений, утилитаризм и потребительское отношение к жизни, эгоцентрированность мировоззрения ведут и к чувству неполноты бытия и, в конечном итоге, к полному обесцениванию личности, к сведению личности к набору функций.

Наши современники, по крайней мере, – мыслящая их часть, испытывают чувство тревоги и неуверенности в условиях зримого и ускоряющегося технического прогресса, что прекрасно осознано, в частности, философской традицией постмодернизма. Нынешняя массовая вненациональная культура, современный ритм жизни и как никогда прежде сильный мотив гедонизма буквально «разрывают» человека, фрагментаризируют его повседневность. И перед лицом этой современной «агрессии окружающего мира» человек ощущает себя весьма слабым и ничтожным. Естественно, что вековое стремление человека обрести какую-то жизненную опору, приобщить себя к тому, что устойчивее, сильнее, надежнее тебя сегодняшнего, является неустранимым и ныне. Одной из форм подобного рода духовного поиска предельных оснований личностного существования, безусловно, выступает историческая память.

Феномен исторической памяти давно является объектом философского осмысления и научного исследования. Различие методологических оснований и исследовательских подходов здесь связано с именами Гегеля, М. Фуко, Т. Адорно, П. Нора, Ж. Ле Гоффа, Б. Гене, Х. Ортеги-и-Гассета, Р. Генона и др.

Содержание понятия «историческая память» составляет совокупность актов человеческого духа, направленных на символическое реконструирование прошлого в актуальной повседневной жизни личности. Данный духовный феномен непосредственно связан с формированием идентичности человека и его нравственным выбором.

Если память как нейрофизиологическая составляющая психики человека представляет собой фиксацию, сохранение и воспроизводство фрагментов личного опыта человека, то память историческая – это феномен внебиологический, означающий способность человека соотнести себя с людьми прошлых эпох, в какой- то мере «отрешиться» от себя и поставить себя на их место. Фактически она означает способность человека духовно, умозрительно «выйти за пределы своей собственной повседневной жизни», лично пережить то, что имело место когда-то очень давно, может быть, – много веков назад, способность человека мысленно погрузиться в ту или иную эпоху истории и стать «участником» минувших событий.

Историческую память необходимо, безусловно, отличать от исторического знания, хотя последнее, конечно же, выступает одной из ее предпосылок. Историческое знание – это готовое знание, добытое кем-то, будь то летописец или специалист-историк, и транслируемое потребителю. Это – всегда схема, состоящая из сухих дат и описаний событий, отвлеченных от конкретной жизни людей прошлого и не имеющая прямого отношения к повседневной жизни современного человека, а если в рамках готового знания дается какая-либо оценка историческим событиям, то делается это, как правило, в силу того или иного социального и идеологического заказа. Историческая память – это прежде всего способность «обыденного» человека вникнуть в само мировоззрение людей прошлого, в совокупность их пристрастий, чаяний, планов и надежд. В исторической памяти присутствуют преимущественно не «глобальные закономерности исторического процесса» и не последовательные цепочки событий, а конкретные судьбы, характеры, поступки.

Различные исторические варианты человеческой практики воплощаются и закрепляются в той или иной форме: в социальных нормах, в языке, в ритуалах и обрядах и т.д. Они становятся типическими и внешними по отношению к новым поколениям. Историческая память предполагает способность выявления в них особенностей мышления и мировосприятия людей прежних эпох, их надежд, страхов, волевых усилий и т.п. Особенным образом эта способность проявляется в периоды исторических коллизий, резкой смены эпох, когда прежние социальные формы начинают активно разрушаться. Именно тогда человеческое сознание обращается к осмыслению «человеческого происхождения» этих форм, а это значит, – происходит «всплеск» исторической памяти.

Образ прошлого имплицитно включен в представления человека о времени и о вечности. Необходимость возвращения к истокам своего существования вызывается потребностью осмыслить свою судьбу, глубинные причины сегодняшних ситуаций и проблем, понять, «как это случилось со мной». По мнению Э. Фромма: «Настоящее – это точка, где прошлое встречается с будущим, это станция на границе двух времен, соединяющая их и качественно ничем от них не отличающаяся» [3, 216]. На этом концептуальном основании можно утверждать, что прошлое как бы присутствует в настоящем, в его специфических особенностях. Известен и тезис общей теории систем, согласно которому каждое конкретное актуальное состояние системы обусловлено спецификой всех ее предшествующих состояний. Ф. Бродель утверждал о том, что все социокультурное прошлое человечества формирует наличные «структуры повседневности». Поэтому модус «настоящего времени» в сознании человека неизменно включает в себя как «живую память» о своих ближайших предках («так поступал мой отец» или «этого могло бы не быть, если бы в свое время моя мама…» и т.д.), так и постоянную обращенность к исторической реальности. Иначе говоря, без освоения прошлого невозможно наличное существование человека, отношения прошлого и настоящего – это отношения событийности.

Историческая память присуща человеку, не склонному «скользить по поверхности своей жизни», способному видеть неумолимость своей судьбы и повторяемость человеческих судеб. Она предполагает живую связь человека с историей своего рода, своей страны, с историей всего человечества. Но возникает осознание того, что человек тысячами нитей «привязан к истории» лишь в контексте процесса осмысления человеком собственной жизни. А осмысление жизни означает нашу попытку соотнести конкретные ее события с некоей всеобщей универсальной истиной и вписать ее в контекст вечности.

Память о собственном прошлом есть источник социокультурного опыта народа, иначе говоря, чем крепче, чем надежнее историческая память людей, тем богаче этот опыт, тем «более опытна» современность, и расхожие высказывания о возможности учиться жизни на ошибках прошлого имеют реальный смысл. Примечательно, что практически все современные массовые социальные движения и революции, политические процессы, в очередной раз ввергающие ту или иную страну в общественный хаос, осуществляются, в общем-то, по одному сценарию, известному еще со времен Великой Французской революции. В том, что сегодняшнему человеку кажется, порой, эффективным и сверхновым, обязательно можно обнаружить архаические черты или предшествующие исторические формы. Действительно, «новое – хорошо забытое старое». Наверное, в этом, в частности, можно увидеть основание перманентного чередования на Западе и в России вплоть до настоящего времени доминанты либеральной и консервативной идеологий.

Историческая память выступает важнейшим условием существования национальной идеи и фактором становления социальной сплоченности. Без нее народ просто перестает быть самим собой и превращается в толпу манкуртов. «Нация – это душа, духовный принцип, – писал Э. Ренан. – Культ предков – самый законный из всех; предки сделали нас такими, какими мы являемся в настоящее время. Героическое прошлое, великие люди, слава (но истинная), – вот главный капитал, на котором основывается национальная идея. Иметь общую славу в прошлом, общие желания в будущем, совершить вместе великие поступки, желать их и в будущем – вот главные условия для того, чтобы быть народом» [2, 101].

Вопрошание к прошлому, героизация прошлого и сострадание прошлому являются важнейшими, базовыми модусами переживания человеком истории.

Социокультурные предпосылки и факторы воспроизводства исторической памяти весьма многообразны. Помнить о прошлом, переживать свою личную причастность к истории, человеку, конечно же, помогают и само историческое знание, и традиции его народа и семьи, и различного рода нарративы и культурные артефакты, и памятные даты и праздники и т.д.

Однако, следует отметить, что значение этих факторов в некоторой степени условно. Способность духовного обращения человека к историческому прошлому зависит не от «совокупной массы» вложенной в его сознание исторической эмпирии, не от наличия, либо – отсутствия исторического знания как такового. Эти последние могут быть большими или меньшими, но сами по себе они ничего не дают человеку в его повседневности, являясь всего лишь отвлеченными фактами или схемами. Подлинное глубинно-личностное отношение к истории возможно только в процессе поиска человеком ответа на вопрос о смысле его собственной жизни, и глубина такого отношения зависит в первую очередь от ощущения человеком жизненной полноты или неполноты, от степени самодовольства человека, от желания или нежелания чему-то у кого-то учиться.

Во многом «градус» исторической памяти определяется особенностями той эпохи, в которой довелось жить человеку. Если самосознание эпохи выражено в чувстве упадка культуры, если общий ее настрой есть ожидание недалекого конца, то человек в такую эпоху видит в прошлом «лучшие времена», «золотой век». Если современность не дает человеку жизненной полноты, прошлое для него всегда – героическая эпоха, время славных дел, когда жизнь была, хоть и полна лишений, но – прекрасна. Более того, чем явственнее он ощущает сегодняшнюю деградацию, тем сильнее тоска по прошлому.

Отсутствие героики и романтики «настоящего» компенсируется мифологизацией и героизацией прошлого. В исторической памяти прошлое – это всегда «мир, который был и ушел». Именно так сегодня воспринимает дореволюционное

прошлое России православное сознание, воочию видящее тотальность духовной деградации современности. Не иначе, как «временем наших благочестивых предков» называет оно эпохи от «Святой Руси» до имперских времен России. Именно так воспринимали поколение своих героев-отцов мальчишки 1960-х, до слез, завидовавших отцам и сожалевших о том, что судьба не удостоила их родиться в годы великой войны.

Напротив, упоенное прогрессом и его плодами сознание, эпоха, которая слепа в отношении своего реального будущего, не видит перспективы своего падения, смотрит на прошлое как бы свысока, усматривая в нем лишь лестницу, ведущую в сегодняшний день, а людей прошлого – как «исторический материал», как субстрат для создания нынешнего поколения. Так, даже слово «современный» приобретает в такие эпохи свой новый оттенок. Быть современным в этом случае все более означает разрыв с прошлым, забвение традиций. Такое прогрессистское сознание видит в прошлом только «генеральные закономерности», для него трудно проникнуть в мысли и чаяния предков. Оно слишком «самодовольно». Но, повторим, это сознание не имеет рефлексии по поводу подлинных критериев прогресса и его последствий. Расхожие штампы типа «Наши предки стремились к свободе, мы же достигли ее», или «Наконец, в наше время мы победили голод, болезни и т.д.», или «Это напоминает темное средневековье» и т.д. как нельзя более ярко выражают самодовольство и самоуверенность современников. Однако, как известно, еще О. Шпенглер, А. Тойнби и др. показали, что такое самодовольство есть лишь показатель вырождения культуры и деградации самой человеческой жизни.

В современной российской социальной реальности историческая память, если и не стирается откровенно, как это было в преддверии распада СССР или в сегодняшней Украине, то зачастую подменяется клише типа «Никто не забыт, ничто не забыто!» или «Это нужно не мертвым, это нужно живым», которые ни к чему, в общем-то, не обязывают и образуют собой ту, говоря словами Х. Ортеги-и-Гассета, «…мешанину прописных истин, несвязных мыслей и просто словесного мусора, что скопилась по воле случая и навязывается везде и всюду…» [1, 67].

Современное массовое сознание зачастую воспринимает историческое прошлое человечества лишь как своеобразный анахронизм, до которого просто нет дела человеку, погруженному в стремительный ритм жизни и бурный поток новых технологий. Мы ощущаем превосходство над прошлым, а отсюда – равнодушие к нему. «Быть современным» сегодня зачастую означает изо всех сил стремиться поспевать за все ускоряющимся прогрессом. Однако, по мысли Ортеги, лишь те люди находятся «на высоте своего времени», которые «… слышат подземный гул истории, видят реальную жизнь в ее полный рост и отвергают саму возможность архаизма и одичания» [1, 91].

Современный прогресс уничтожает историческую память также и иным способом. В условиях прогресса повседневная жизнь все белее видится человеку как лишенная различных трудностей. Совершенно не таковой виделась она людям прошлого. Современный же человек все менее склонен к преодолению трудностей. И его изнеженное сознание требует, чтобы об этих трудностях ничто не напоминало. Поэтому трагизм истории – это не тот мотив, к которому современный человек склонен постоянно возвращаться в своем сознании.

Исчезновению исторической памяти способствует и «современный аморализм». Мы ведем речь в данном случае не об отсутствии всякой морали в обществе. Любая нормативность, как хорошо известно, выступает неотъемлемым регулятором социальных связей. Речь идет о невиданной, по крайней мере, до середины XX века непрерывной трансформации нравственных норм, об отвержении традиционной нравственности. То, что считалось безусловным проявлением зла еще в веке XIX-м, ныне приобретает характер

вполне дозволенного. Так, вполне дозволенным с точки зрения обывательской морали является, например, беснование толпы, будь то толпа фанатиков-нацистов в «ночь длинных ножей» в Германии 30-х годов, толпа нынешних прибалтийских националистов или молодежная толпа на рок-концерте. Вполне дозволено ныне полностью обесценивающее личность суррогатное материнство, молчаливо одобряется так называемый «бытовой национализм» и мн. мн. др. В результате человек оказывается, как бы «по ту сторону добра и зла», грань между которыми совершенно растворяется в его сознании. Но мораль всегда предполагает подчинение чему-либо. Традиционная нравственность именно и требовала от человека такого безусловного подчинения: четкое разграничение добра и зла ориентировало человека на однозначность нравственного выбора. Теперь, поскольку этот выбор практически полностью зависит от чисто субъективного понимания данных верховных категорий, человек исходит в своих мыслях и поступках из приоритетности своего «я» и из приоритета своих прав перед своими обязанностями.

Естественно, что историческое прошлое являет человеку высочайшие образцы именно нравственного поведения, сегодня зачастую только там, в прошлом, можно обнаружить, как, например, возможна подлинная совесть или как возможно настоящее чувство долга. Но если эти понятия выступают для человека лишь пустыми абстракциями, то духовное обращение его к исторической реальности – не просто пустая трата сил и времени, но даже процесс весьма болезненный.

Историческая память становится анахронизмом еще и потому, что сознание современного человека слишком космополитично. Мир без границ считается условием личностной свободы. Поэтому быть подлинным жителем «своего» уголка Земли, быть, например, русским или сибиряком, а значит – и хранить в своем сердце историю своей Родины – слишком провинциально, примитивно и, следовательно, – несовременно.

Список литературы:

1. Ортега-и-Гассет Х. Восстание масс. М. : ООО «Издательство АСТ», 2001. 509 с.

2. Ренан Э. Что такое нация? // Ренан Э. Собр. соч. в 12-ти томах. Т. 6. Киев, 1902. С. 87–101.

3. Фромм Э. Иметь или быть? Киев : Ника-Центр, 1998. 400 с. С. 189–389

УДК 613

ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС МУЖЧИН С ГИПОДИНАМИЕЙ

Е.В. Бородулина, кандидат медицинских наук, e-mail: ev-borodulina@yandex.ru,
О.М. Александров, кандидат медицинских наук,
В.И. Кремис, кандидат медицинских наук,
С.И. Захаров, врач оториноларинголог

Аннотация: *гиподинамия – это нарушение функций организма при ограничении двигательной активности. Недостаточность движений приводит к комплексу функциональных и органических изменений и болезненных симптомов, отмечаемых почти во всех органах и системах, нарушению психоэмоционального статуса. Основной профилактикой гиподинамии являются движение, физические нагрузки и здоровый образ жизни, которые достоверно улучшают показатели психоэмоционального статуса, социальной актив-*

ности, уровня настроения, снижают реактивную и личностную тревожность и нормализуют вегетативный статус.

Ключевые слова: *гиподинамия, факторы риска, психоэмоциональный статус, астеновегетативное состояние, велотренировки, здоровый образ жизни.*

Специалисты Всемирной организации здравоохранения выделяют более 200 факторов риска, оказывающих существенное влияние на здоровье человека, среди них на первое место ставится недостаток движения (гиподинамия). Жизнь современного человека характеризуется высоким уровнем гиподинамии, что практически никто не оспаривает то положение, что основная причина многих болезней цивилизации – недостаточная двигательная активность [1, 2, 11, 12]. Гиподинамия вызывает повышение нервно-эмоциональной возбудимости и снижение экономичности работы сердца. Кроме того, отмечаются нарушения высшей нервной деятельности, снижение тонуса кровеносных сосудов, детренированность сердечно сосудистой системы, обезвоживание организма, нарушение белково-фосфорно-кальциевого обмена в костях, снижение прочности костей, понижение силы мышц, а также другие неблагоприятные изменения в организме [6]. Является одним из факторов, влияющих на здоровье и вызывающих возникновение и развитие преморбидных заболеваний сердечно-сосудистой и пищеварительной систем, ожирения, снижение уровня работоспособности и самочувствия. Особенно, за последнее столетие, двигательная активность уменьшилась более чем на 90 % [4, 6, 7, 9]. Отсутствие физической активности и малоподвижный образ жизни являются причиной до 30 % случаев ишемической болезни сердца (ИБС) и 27 % случаев сахарного диабета [3, 8, 10].

Физическое воспитание населения является составной частью здоровье сберегающих технологий формирования здорового образа жизни. Физическая активность – это любая мышечная деятельность, позволяющая поддерживать хорошую физическую форму. Как считают физиологи, каждый час физической активности продлевает жизнь человека на два или три часа. Физический тренинг вызывает ряд положительных сдвигов в деятельности организма и помогает противостоять психотравмирующим ситуациям в жизни. Нарушение психоэмоционального статуса в свою очередь впоследствии приводит к развитию функциональных расстройств со стороны внутренних органов, и наблюдающаяся тенденция к их росту диктует необходимость находить новые подходы к профилактике, терапии и реабилитации больных с эмоционально-стрессовыми расстройствами [5, 12].

Одной из задач настоящего исследования явилось изучение возможности коррекции нарушений психоэмоционального статуса методом физических тренировок при использовании велотренажеров, которые могут быть не только в спортивных залах, но и в домашних условиях.

Тренировки проводились, согласно Методическим указаниям, утвержденным Госкомсанэпиднадзором от 5 февраля 1985 года № 3211-85 «Рекомендации по профилактике неблагоприятного воздействия гипокинезии на работоспособность и функциональное состояние человека», на велотренажере магнитном «KETTLER» с регистрацией ступени выполняемой нагрузки, дистанции (км), частоты пульса (ударов в минуту). Тренировки проводились 3–5 раз в неделю по 30–40 минут. Занятия начинались не ранее чем через час после приема пищи. Перед началом занятий выполнялась разминка в течение 5 минут в виде упражнений на растяжку и расслабление. Занятия начинались с нагрузки 25 Вт, с небольшой скоростью, не более 25 км/час, скорость педалирования 60 оборотов в минуту, продолжитель-

ность одной ступени нагрузки 5 минут. Затем она увеличивалась таким образом, чтобы через 6–10 минут частота пульса составляла 65 % от максимального возрастного пульса на первом этапе тренировок. На велотренажере занимались мужчины, вошедшие в основную группу, в течение 6 месяцев, в контрольную – не имеющие велотренировок. Исходная характеристика мужчин, вошедших в исследование представлена в таблицах 1, 2.

Таблица 1.

Исходная характеристика

Показатель	Основная группа (n = 100)	Контрольная группа (n = 39)
	M ± m	M ± m
Возраст (годы)	28,7 ± 3,9	28,2 ± 4,4
ИМТ (кг/м^2)	24,5 ± 1,1	24,6 ± 1,1
ОТ (см)	80,6 ± 3,6	80 ± 4,2
ЧСС (уд/мин)	70 ± 5,6	70,6 ± 6,1
АД сист. мм рт. ст.	124 ± 5,9	124,5 ± 5,5
АД диаст. мм рт. ст.	80 ± 4,9	81,3 ± 4,1
Клиренс креатинина (мл/мин)	108 ± 10,1	112 ± 12,9
Глюкоза плазмы натощак (ммоль/л)	4,5 ± 0,3	4,8 ± 0,7
Общий холестерин (ммоль/л)	4,8 ± 0,4	4,3 ± 0,8
АСТ Е/л	21 ± 7,8	28 ± 6,4
АЛТ Е/л	24 ± 6,1	23 ± 4,3
Амилаза Е/л	59 ± 7,8	62 ± 6,5
Общий билирубин мкмоль/л	13,1 ± 2,8	16,4 ± 1,6

Таблица 2.

Исходные факторы риска, жалобы

Факторы риска, жалобы	Основная группа (n = 100)	Контрольная группа (n = 39)
	n (%)	n (%)
Курение	71 (71 %)	35 (89,7 %)
Алкоголь	68 (68 %)	30 (76,9 %)
Активный отдых (регулярное занятие спортом)	11 (11 %)	2 (5,1 %)
Головная боль	39 (39 %)	17 (43,6 %)
Нарушение сна	8 (8 %)	3 (7,7 %)
Раздражительность	38 (38 %)	12 (30,8 %)
Утомляемость	34 (34 %)	12 (30,8 %)
Сердцебиения	5 (5 %)	3 (7,7 %)
Кардиологии	13 (13 %)	7 (17,9 %)
Изжога	15 (15 %)	4 (10,3 %)
Тошнота	6 (6 %)	2 (5,1 %)
Снижение аппетита	3 (3 %)	2 (5,1 %)
Боль в эпигастрии	16 (16 %)	5 (12,8 %)
Нет жалоб	32 (32 %)	11 (28,2 %)

Из приведенной таблицы видно, что антропометрические данные у всех обследованных находятся преимущественно в пределах нормы. Гемодинамические показатели (САД, ДАД, ЧСС) в покое, клиренс креатинина, показатели биохимических анализов крови так же не выходят за пределы референсных значений нормы, мужчины, вошедшие исследование входят в одну возрастную группу. Таким образом, при анализе исходных данных установлено, все показатели в группах однородны.

Исходная оценка деятельности вегетативной нервной системы проводилась по индексуКердо. При клинико-неврологическом обследовании было выявлено преобладания парасимпатической вегетативной нервной системы (ВНС) – 80/79,5 %, это объясняется преобладающим влиянием вагуса в молодом возрасте. Каждый клинический вариант вегетативной дисфункции характеризуется особенностями вегетативного статуса и требует разработки индивидуальных реабилитационных мероприятий.

Оценка эмоционального состояния исследуемых оценивалась по шкале Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина. Выявлено, что 76/82,1 % имеют низкий уровень реактивной тревожности, 23/17,9 % − умеренный уровень. Умеренный уровень личностной тревожности зарегистрирован у 79/82,1 % исследуемых, что можно интерпретировать как наличие склонности воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие, реагировать на такие ситуации состоянием тревоги. У 1/1 % зарегистрирован высокий уровень личностной и реактивной тревожности. Полученные данные диктуют необходимость разработки мероприятий, направленных на нормализацию эмоционального статуса и предотвращения развития у них патологических состояний.

Субъективная оценка своего самочувствия, активности и настроения оценивалась по результатам опросника САН (самочувствие, активность, настроение). Какие-либо значимые различия между данными группами отсутствуют. Средние баллы шкал более 4, что свидетельствует о благоприятном состоянии исследуемых.

Таким образом, анализируя полученные исходные характеристики двух групп, можно сделать вывод, что до применения регулярных велотренировок они однородны, так как исследуемые, входящие в эти группы, одинаковы по возрасту, выполнению профессиональных обязанностей, имеют одинаковые социально-бытовые условия и уровень выполняемых задач.

Через 6 месяцев регулярных велотренировок полученные данные свидетельствуют, что в основной группе отмечается статистически значимое снижение жалоб астеновегетативного и диспепсического характера ($p < 0,05$). Такжалобы на головную боль уменьшились с 39 % случаев до11 %, раздражительность с 38 % до 12 %, менее чем в 5 раз мужчины стали предъявлять жалобы на повышенную утомляемость и менее чем в 6 раз – накардиологииразличного характера, отметили отсутствие бессонницы и сердцебиений; практически отсутствуют явления диспепсии, всего лишь у 2 % сохранялись жалобы на периодически возникающие боли в эпигастральной области и изжогу при погрешности в диете. Значительно увеличилось количество исследуемых вообще не предъявляющих жалобы на здоровье – 32 % до исследования и 88 % через полгода регулярных велотренировок. В группе контроля существенных изменений по вышеуказанным жалобам не произошло.

В результате проведенных мероприятий у исследуемых основной группы произошло уменьшение влияния как парасимпатической, так и симпатической нервной системы на организм с 80 % до 51 % ($p < 0,05$) и с 7 % до 3 % соответственно. К окончанию исследования 46 % достигли функционального равновесия против 13 % ($p < 0,05$) в начале исследования. В группе контроля существенного изменения влияния вегетативной нервной системы на организм не отмечено.

Анализируя полученные данные уровня реактивной и личностной тре-

вожности видно, что через полгода регулярных физических занятий у мужчин основной группы произошел сдвиг реактивной и личностной тревожности в сторону низкой ($p < 0,05$). Так 88 % имеют уровень низкой реактивной тревожности и 77 % низкой личностной тревожности, до начала исследования эти данные составляли 76 % и 20соответственно, у мужчин из группы контроля ситуация осталась прежней.

По результатам медико психологического тестирования через 6 месяцев исследования в основной группе выявлено достоверное повышение всех показателей опросника САН, причем по всем категориям достоверность различий показателей до и после проведения физических тренировок по критерию знаков ($p < 0,05$); по критерию Вилкоксона ($p < 0,05$). В результате чего, можем утверждать, что отличие в группе по всем показателям (самочувствию, активности, настроению) статистически значимо. В контрольной группе по всем показателям опросника САН в соответствии с обоими критериями, можем утверждать, что отличия в группах статистически значимы ($p < 0,05$), но произошло уменьшение всех показателей. Сравнение средних показателей по шкалам методики САН в основной и контрольной группах через 6 месяцев исследования показало статистически значимое отличие по критерию Вальда–Вольфовица ($p < 0,05$) и по критерию Манна–Уитни ($p < 0,05$), однако, в контрольной группе они значительно хуже.

Посредством одномерного частотного анализа выявлены изменения психоэмоциональных показателей за полгода в основной и контрольной группах: в основной группе у преимущественного большинства произошло улучшение настроения (77 %), самочувствия (79 %), активности (94 %), в то время как в контрольной группе у значительного большинства произошло ухудшение настроения (31 %), самочувствия (6 %), активности (24 %).

Таким образом, можно утверждать, что повышение двигательной активности оказывает корригирующее влияние на психоэмоциональный статус. Широко известны факты ощущения эмоционального подъема «мышечной радости», возникающие у занимающихся оздоровительными физическими упражнениями, происходит резкое увеличение количества гормонов, называемых эндорфинами, которые продуцируются гипофизом. Об этом свидетельствуют исследования шотландских, английских и итальянских специалистов, установивших связь между состоянием эйфории и выделением эндорфинов после выполнения интенсивной физической нагрузки с аэробным энергообеспечением.

Длительное воздействие систематических, индивидуально подобранных велотренировок достоверно улучшает показатели психоэмоционального статуса, социальной активности, уровня настроения, снижает реактивную и личностную тревожность и нормализует вегетативный статус.

Список литературы:

1. Коваленко Е.А. Гипокинезия / Е.А. Коваленко, Н.Н. Гуровский. М. : Медицина, 1980. 320 с.

2. Оганов В.С. Гипокинезия – фактор риска остеопороза // Остеопороз и остеопатии. 1998. № 1.

3. Оганов Р.Г. Факторы риска и профилактика сердечно-сосудистых заболеваний нов // Качество жизни. Медицина. 2003. № 2. С. 10–15.

4. Речкалов А.В. Моторно-эвакуаторная функция желудочно-кишечного тракта при гиперкинезии: автореф. дис. ... д-ра биол. наук. Курган, 2005. 21 с.

5. Сологуб Е.Б. Физиологические основы спортивной тренировки: учебное пособие. Л. : ГДОИФК, 1986. 57 с.

6. Сологуб Е.Б. Общая физиология: учебное пособие / Е.Б. Сологуб, А.С. Солодков. СПб. : СПБГАФК им. П.Ф. Лесгафта, 2000. 216 с.

7. Филиппов Н.Н. Отношения взрослого населения к занятиям физической культурой в новых социально-экономических условиях // Теория и практика физической культуры. 2001. № 10. 44 с.

8. Чепурина Н.А. Прогностическая значимость суммарного риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и факторов, его определяющих: десятилетнее наблюдение выборки мужчин – государственных служащих / Н.А. Чепурина, С.А. Шальнова // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. 2009. Т. 2. № 1. С. 15–20.

9. A prospective study of leisure-time physical activity and mental health in Swedish health care workers and social insurance officers / I. H. Jonsdottir, L. Rodjer [et all] // American Journal of Preventive Medicine. 2010. Vol. 51(3). P. 373–377.

10. Mitchell J.H. Cardiovascular adaptation to physical activity / J.H. Mitchell, P.B. Raven // Physical Activity, Fitness, and Health: International Proceedings and Consensus Statement / C. Bouchard, R. Shephard, T. Stephen. Champaign, IL: Human Kinetics, 1994.

11. Promoting Physical Activity: a guide for community action. – USA: U. S. Department of Health and Human Services; Centres for Disease Control and Prevention; National Centre for Chronic Disease Prevention and Health Promotion; Division of Nutrition and Physical Activity, 1999.

12. Self-rated health according to amount, intensity and duration of leisure time physical activity / I. Galan, C.M. Meseguer, R. Herruzo, F. Rodriguez-Artalejo // Preventive Medicine. 2010. Vol. 51. P. 378–383.

УДК 613

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ЦЕНТРА МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЕГО РАЗВИТИЯ

Н.И. Болотникова, канд. мед. наук, ассистент, Астраханский государственный медицинский университет, г. Астрахань, e-mail: nbolotnikova@mail.ru,

И.Ю. Болотников, д-р мед. наук, директор, Территориальный центр медицины катастроф Астраханской области, e-mail: medkatastr@mail.ru

Аннотация: *деятельность центра медицины катастроф постоянно совершенствуется, что, несомненно, способствует дальнейшему повышению уровня эффективности работы этого медицинского образования: отмечены устойчивые тенденции снижения времени прибытия и времени ожидания пострадавшими выездных бригад ТЦМК АО. Один из актуальных вопросов реорганизации – судьба специализированных бригад СМП.*

Ключевые слова: *территориальный центр медицины катастроф, дорожно-транспортные происшествия, специализированные бригады.*

Приказ Минздрава России от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи» (зарегистрирован в Минюсте 06.08.2013. № 29422) с 1 января 2014 года влечет за собой более серьезную реконструкцию системы оказания скорой медицинской помощи: состав бригад, штатные нормативы: виды бригад, систему приема вызова СМП и многое другое. Одним из актуальных вопросов реорганизации – судьба специализированных бригад СМП. Это – элита скорой помощи. Помимо дополнительной профессио-

нальной подготовки персонала, специфики оснащения и лекарственного обеспечения, особенностью работы спецбригад является профессиональность их использования. Важным показателем, характеризующим целесообразность применения специализированных бригадна данной территории, является их профильная нагрузка. [1–4]

В связи с вышесказанным, целью данной работы является анализ деятельности Территориального центра медицины катастроф Астраханской области.

Информация взята из годовых отчетов Территориального центра медицины катастроф (ТЦМК) Астраханской области, а также из карт вызовов специализированных бригад ТЦМК Астраханской области.

В результате анализа получены следующие материалы. В структуру Астраханского территориального центра медицины катастроф входит администрация (в том числе отдел кадров и делопроизводства), отделение экстренной консультативной помощи и медицинской эвакуации, оперативный отдел медицинского снабжения – аптека, учебный центр – «Школа медицины катастроф». В отделении экстренной и консультативной медицинской помощи, и медицинской эвакуации (санитарной авиации) на ежедневном круглосуточном дежурстве находятся сотрудники оперативно-диспетчерского сектора – 2 диспетчера и 6 выездных бригад скорой специализированной медицинской помощи анестезиолого – реанимационного профиля (24 человека), кроме того, специалисты: хирург, нейрохирург, травмато-лог – ортопед, кардиолог, уролог, токсиколог, невролог, инфекционист. В Астраханском центре медицины катастроф большое внимание уделяется вопросам подборов кадров и их профессиональной подготовке. Так в ТЦМК Астраханской области работают высококвалифицированные специалисты, среди которых трое профессоров, пятеро докторов и 8 кандидатов медицинских наук, врачи, имеющие высшие квалификационные категории и звания – «Заслуженный врач РФ», «Отличник здравоохранения РФ». Среди врачей ГБУЗ «ТЦМК АО» работают главные внештатные специалисты министерства здравоохранения Астраханской области по профилям – скорой медицинской помощи (Колосков Б.Е.), анестезиологии и реанимации (Китиашвили И.З.), хирурги (Кучин Ю.В.), нейрохирурги (Ноздрин В.М.), медицины катастроф (Болотников И.Ю.). Центр явился аттестованным аварийно-спасательным формированием, имеет право проводить работы по ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций (ЧС); число аттестованных спасателей в составе центра – 97 человек (75 % от штатной численности). В течении прошедшего периода деятельности специалисты ТЦМК принимали участие в ликвидации медико-санитарных последствий 208 чрезвычайных ситуаций, в том числе в 125 дорожно-транспортных происшествиях, 65 пожарах, 3 обрушений зданий, 15 биолого-социальных ЧС.

Так как важнейшим направлением повседневной деятельности Астраханского центра явилось оказание экстренной догоспитальной и консультативной медицинской помощи населению области. Всего выездными бригадами было осуществлено 8500 выездов, оказана помощь 7172 нуждающимся, в том числе 863 детям, из которых было госпитализировано свыше 3500 человек, из них было 525 ребенка.

Главными направлениями работы ТЦМК Астраханской области попрежнему, остается оказание экстренной догоспитальнойпомощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях на федеральных автомобильных дорогах. Оперативность реагирования и сокращения сроков пребывания выездных бригад к месту ДТП позволяют доставлять крайне тяжелых пострадавших в медицинские учреждения, что ведет к снижению показателей смертности из-за ДТП.

В последние годы выросла материально-техническая оснащенность Астраханского центра:

– парк санитарных машин пополнился современнымиреамобилями;

– приобретены современные средства связи;

– закупается самое современное медицинское оборудование.

В настоящее время ТЦМК оснащен региональным комплексом оперативного управления и связи, перешел на автоматизированную систему подготовки и передачи донесений о ЧС с использованием видеоконференцсвязи и приемы ГР – телефонии; обеспечена подготовка персонала и устойчивая работа систем видеоконференцсвязи в повседневной деятельности.

В Астраханском центре медицины катастроф отработаны планы взаимодействия с ведомствами, участвующими в ликвидации ЧС: центр активного взаимодействия с медицинскими организациями Министерства здравоохранения, ведомственными учреждениями здравоохранения, ГУ МЧС России по Астраханской области, управлением Роспотребнадзора по Астраханской области, Морскими спасательно – координационным центром, ГИБДД и дежурными службами. Выездные бригады центра и штаб службы медицины катастроф ежегодно принимают участие примерно в 50 учениях и тренировках, в том числе с развертыванием на местности пневмокаркасного модуля МПК – 72. Кроме того, выездные специализированные бригады медицины катастроф осуществляют медико-санитарное обеспечение и медицинское сопровождение массовых мероприятий.

Сотрудниками Территориального центра медицины катастроф была издана учебно-методическая литература: «Анализ особенностей оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе при дорожно-транспортных происшествиях в Астраханской области в 2005–2007 годах. Астрахань: КТМА, 2010.125с. «Действия медицинских работников служб экстренной медицинской помощи Астраханской области в чрезвычайных ситуациях, связанных с выявлением больных (умерших), подозрительных на инфекционные болезни, требующих проведения мероприятий по санитарной охране территории». Астрахань: АГМА, 2010. 47 с. «Основные принципы организации лечебно-эвакуационного обеспечения населения при чрезвычайных ситуациях в догоспитальном этапе». Астрахань: АГМА, 2014. 41 с. «Медицинская помощь на месте дорожнотранспортного происшествия. Тактика и алгоритм врача выездной бригады скорой специализированной медицинской помощи ГБУЗ «ТЦМК АО». Астрахань: АГМА, 2014. 31с.

С 2008 года составе ГБУЗ «ТЦМК АО» работает учебный центр «Школа медицины катастроф» в нем было обучено более 800 курсантов, большинство из которых сотрудники ГИБДД.

Перспективными направлениями дальнейшей деятельности ТЦМК АО являются:

- Возрождение санитарной (вертолетной) авиации на территории региона, проведение постепенного повышения уровня укомплектованности и оснащенности службы скорой, в том числе специализированной медицинской помощи.
- Сокращение сроков реагирования на ЧС, завершение создания нештатного мобильного медицинского отряда специального назначения на базе ТЦМК АО для организации работы в полевых условиях, при крупномасштабных ЧС и в неблагоприятных климатических условиях.
- Сокращение промежутков времени от момента возникновения ДТП до начала оказания скорой специализированной медицинской помощи до 20-30 минут, для чего необходимо совершенствовать деятельность единого центра управления бригадами скорой медицинской помощи и специализированными бригадами ТЦМК АО.
- Завершение запланированной передислокации Астраханского центра медицины катастроф в новое здание на территории Александро – Мариинской областной клинической больницы.

Список литературы:

1. Авдеева В.Г., Балахотрева, Федоткина О.В. Перспективные направления деятельности службы медицины катастроф Пермского края // Медицина катастроф. 2006. № 1–2. (53–54). С. 8–12.

2. Белоусов А.И., Базанов С.В., Потапенко Л.В. Опыт работы территориального центра медицины катастроф Ивановской области // Медицина катастроф. 2006. № 1–2. (53–54). С. 12–14.

3. Мирошниченко А.С., Барсукова И.М., Кисегоф О.Г. Настоящее и будущее специализированных бригад скорой медицинской помощи // Скорая медицинская помощь. 2014. № 1. Т. 15. С. 5–14.

4. Поротиков В.Т., Крючков А.Л. Дальневосточному центру медицины катастроф – 15 лет // Медицина катастроф. 2006. № 1–2 (53–54). С. 5–8.

УДК 316.2

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО ТУРИЗМА г.-к. АНАПА

С.П. Борисевич, кандидат исторических наук, доцент, доцент кафедры теории и истории государства и права ФГБОУ ВО «Российский государственный социальный университет Филиал в г. Анапа», e-mail: borisevich555@mail.ru

Аннотация: *в статье проводится анализ современного состояния и перспективыразвития оздоровительного туризмадестинации г.-к. Анапа.*

Ключевые слова: *город-курорт Анапа, дестинация, оздоровительный туризм, рекреация.*

Природа, как известно, не терпит пустоты, а здоровье – безразличия. Современная туристская индустрия является одной из самых высокодоходных отраслей в мировой экономике. По данным Всемирной организации по туризму, суммарные доходы в сфере лечения и оздоровления в 2013 году составили $32 млрд, а к концу этого десятилетия специалисты прогнозируют возможность их роста до $100 млрд При этом медицинский туризм перестал быть привилегией обеспеченных бизнесменов и политиков и все чаще доступен представителям среднего класса.

Естественныеные природноклиматические условия всегда эффективно использовались для оздоровительных целей. Одновременно в обществе растет осознание значимости здорового образа жизни. Забота о здоровье, повышение жизненной активности стали неотъемлемой частью современной системы ценностей, вошло в моду гармоничное развитие личности. Повсеместно растет число людей, стремящихся поддерживать хорошую физическую форму наряду с духовным обогащением. Это подкрепляется экономической заинтересованностью работодателей, которым требуется физически здоровая рабочая сила. Тем самым сложились предпосылки для ускоренного развития лечебно оздоровительного туризма в мире и нашей стране, в частности.

По оценкам Всемирной туристской организации, лечение и оздоровление относятся к числу важнейших туристских мотиваций. За последние 15 лет количество поездок на лечение увеличилось в мире на 10 %. Ежегодно около 3,22 млн россиян выезжают за границу с целью оздоровления и лечения. Неудивительно, что многие зарубежные операторы изъявляют желание сделать Россию своим основным рынком.

На 4-й Московский конгресс по медицинскому и оздоровительному туризму (*МНТС 2014*) состоявшемся в 2014 г. отмечалась важность развития этого вида туризма для современного общества и подчеркивалась необходимость проведения широкомасштабных исследований рынка отдыха и лечения, разработки и внедрения стандартов курортного обслуживания.

Следует отметить, что Российская Федерация обладает значительным потенциалом для развития оздоровительного туризма, который определяется в Федеральной целевой программе «Развитие внутреннего и въездного туризма в Российской Федерации (2011–2018 гг.)» (ФЦП) как один из перспективных видов туризма для развития в Российской Федерации. В свою очередь, наш природно-ресурсный потенциал может привлечь в нашу страну порядка 2,5 млн иностранных туристов ежегодно.

Преобладающим типом дестинаций (центров) оздоровительного туризма являются курорты различного типа (морские, горноклиматические, бальнеологические и др.). По своему типу Анапа является бальнеогрязевым приморским предгорным курортом средиземноморского типа в западной части Черноморского побережья Кавказа.

Федеральная курортная территория детского и семейного отдыха г-к Анапа, протянувшаяся вдоль берега моря более чем на 80 км, включает в себя курортные поселки, давно уже слившиеся в единый комплекс. В 2006 году на 59-м конгрессе Всемирной ассоциации водолечения и климатолечения в Андорре, за выдающиеся заслуги в сфере медицинского обслуживания городу-курорту Анапа единодушно было присвоено звание «Лучший курорт мира – 2006».

Курорт Анапа является крупнейшей рекреационной дестинацией России. По итогам курортного сезона 2014 г. на долю Анапы приходится в среднем порядка 6–7 % потоков внутреннего туризма России (только зарегистрировано 4 млн 138 тысяч отдыхающих) и порядка 12 % туристских потоков Краснодарского края (включая неорганизованный сектор).

Популярность курорта Анапа связана с уникальными климатическими условиями: количество солнечных дней в году – одно из наибольших среди курортов Причерноморья; целебный климат объединяющий средиземноморский и предгорно-степной; огромные территории пляжей (40 километров – песчаные, 10 километров – галечные); бухта защищена от штормов; комфортные условия для самых маленьких деток (мелководье, песчаное дно, теплая вода); самый чистый регион Причерноморья; целебные грязи (сероводородные) и сопочные грязи вулканов; подземные минеральные источники (4 вида); длительный (летний) период (около 200 дней).

В Анапе реализуются основные цели лечебно-оздоровительного туризма: отдых, рекреация (восстановление), оздоровление, лечение. Рекреационными ресурсами курорта являются: климатотерапия (лечение с помощью благоприятного климата), бальнеотерапия (лечение минеральными водами), пелоидотерапия (лечение грязями), талассотерапия (морская вода), айротерапия (горный воздух), фитотерапия (микроклимат сообщество растений).

Основной природный фактор рекреации – море. Морская вода с минерализацией 17,6 г/л используется в виде морских купаний, морских ванн, в бассейнах и для других бальнеопроцедур. В пределах города насчитывается 106 пляжа, оборудовано 98 спортивных и игровых площадок. Анапское мелководье с плотным песчаным дном позволяет купаться детям, едва научившимся ходить. Пляжи Анапы обрамлены дюнами, высота которых иногда достигает 15 м. Дюны создают в зоне пляжей своеобразный экзотический рельеф. Песок состоит из кварца и полевых шпатов, сам по себе обладает уникальными лечебными свойствами. Сочетание взморья, степной, предгорной и горной местности формирует своеобразный ко-

лоритный ландшафт и особый микроклимат в курортной зоне.

Наряду с морскими и климатическими ресурсами, основным природным фактором рекреации являются минеральные воды. В кадастр минеральных вод страны включены месторождения Семигорское, Раевское, Анапское, Бимлюкское, Цибанобалкинское, Джеметинское. На территории курорта работают 5 общедоступных питьевых бюветов с анапскими минеральными водами. Собственные питьевые бюветы функционируют на территориях 11 здравниц.

Санаторно-курортный комплекс города представлен 578 объектов санаторно-курортного и туристского комплекса. В их числе: 34 санаториями (из них 29 круглогодичных), 48 пансионатов с лечением (из них 17 круглогодичных); 46 баз отдыха; 35 детских лагерей (18 круглогодичных и 19 с лечением); 415 гостиниц и отелей (из них 203 круглогодичных); 7 автокемпингов; 25 туристско-экскурсионных фирм. В 2014 году на территории Анапы работали 67 предприятий санаторно-курортного комплекса, оказывающих услуги бальнео – (27 отделений) и грязелечения (38 отделений). Анапские предприятия санаторно-курортного комплекса в сезоне – 2014 были загружены в среднем на 93,1 процента.

В целом емкость курорта в этом году составила ок. 200 тысяч койко-мест. Но это не предел. Анапа уникальна еще и тем, что имеет, в отличие от Сочи и Геленджика, возможность значительно расширить емкость курорта за счет строительства новых мест отдыха. Уже сейчас вводятся или завершают строительство объекты на 15–20 тыс. койко-мест. Кроме того, почти 60 % отдыхающих традиционно принимает частный сектор. За счет расширения его возможностей частник уже сейчас готов принять более 3 млн отдыхающих. Значительная часть отдыхающих, проживающих в частном секторе пользуются оздоровительными процедурами разового характера или курсовками. Только уникальный лечебно-диагностический центр «ДиЛуч» (не имеющий аналогов в России и ближнем зарубежье) рассчитан на 5200 посещений в день. Это весьма существенный источник дохода в казну города.

Программы курортно оздоровительных туров разнообразны. Особой популярностью пользуются лечебные туры: «Антистрессовый», «Здоровые глаза», «Косметологический», «Эндоэкологический», «Брак и семья», «Легкая походка», «Чистая кровь», «Свободное дыхание».

На МНТС 2014 в центре экспозиции оказалась презентация *Dubai Healthcare City* — не просто кластера, а своего рода города в городе, первой свободной медицинской зоны в мире, объединяющей возможности медицинского обслуживания, образования медработников и проведения медицинских исследований. Но чем хуже Анапа. У нас есть все возможности для привлечения как российских, так и иностранных туристов, предложения им оздоровительных туров мирового уровня.

Таким образом, рекреационный потенциал курорта Анапа для развития оздоровительного туризма в настоящее время используется не в полной мере, но имеет весьма радужные перспективы. Это позволяет сделать вывод о том, что одним из наиболее перспективных видов туризма на курорте является оздоровительный туризм, в том числе детский, развитие которого будет базироваться как на сложившейся курортной инфраструктуре, так и на базе вновь созданной туристско-рекреационной и общекурортной инфраструктуре.

УДК 316.35

THE PERSPECTIVES OF MODERN ECONOMIC DEVELOPMENT OF RUSSIA BY FOREIGN SCIENTISTS VIEWS

Vinnikova Elena Vladimirovna, PhD in Economics RSSU branch in Anapa, e-mail: ele_68mail.ru,

Diana Nikitenko, PhD in EconomicsAustralia, Sydney, e-mail: dayechka@list.ru

Аннотация: *Россия имеет давние внешне экономические отношения, как с европейскими, так и ближневосточными и азиатскими странами. Строительство нового жилья в России постоянно растет. Иностранные производители в строительной отрасли являются неотъемлемой частью российского рынка, в том числе и сантехнической продукции, о чем свидетельствует представленное исследование*

Ключевые слова: *внешнеэкономические отношения, импорт, строительная отрасль, сантехническая продукция*

Russia is the largest country in the world and adjacent to key economies of European, Middle Eastern and Asian countries, such as China, Norway, Poland, Ukraine and Finland. Non adjacent economies which are also important trade partners include the Netherlands, Italy and Germany. There is a high reliance on distribution via rail. Russia's population is concentrated on its south-western/ European side, with frost covering much of the upper regions.

Russia is a large, high growth market driven by a large and growing consumer market and commodity growth

Macro Economy:

- GDP is forecast to grow at 8,1 % p.a from 2011–2014 whilst inflation rates continue to decline.
- Household disposable incomes is forecast to grow at 6,4 % p.a. from 2011–2014.
- Growing incomes and the 125M population makes for Europe's largest consumer market.
- China is an important part of the economy, making up 16,5 % of total imports and 6.5 % of total exports.
- Infrastructure and logistics are still poor.

Natural Resources:

- Highly reliant on commodities (largest producer of gas, oil, aluminum).
- Highest natural resources per capita in the world (largest reserves of natural gas, peat, forest, sodium salt, nickel, tin, zinc, titanium etc.).
- However extraction is hindered by long travel distances, undesirable terrain and poor climate conditions.

Politics/Foreign Relations:

- Member of the Council of Europe, G8, APEC and the OSCE.
- Strong economic relations with other BRIC countries.
- Increasingly privatized, with market and trade being liberalized since the Soviet disintegration.

A non-transparent economy and complex policies/regulatory systems result in high levels of corruption.

Russia's 143M population make it the largest consumer market in Europe. Its labour force of 71M people is well educated and regarded as one of the best in the world.

Russia's education system is highly regarded, with a literacy rate of 99,4 % and a strong reputation in engineering, sciences and R&D.

As a result, about half of Russia's population is employed with disposable incomes growing at 6,3 %.

These factors make Russia Europe's largest consumer market and attractive for retail growth.

Russia's construction of new housing is growing. The number of employees in the construction industry continue to rise.

After experiencing a decline in GDP and high inflation rates, GDP is forecast to grow at 5,9 % while inflation continues to stabilize.

Russia is the biggest country. The population is about 150 000 000 people. Approximately15 000 000 people live in Moscow. Russia's construction of new housing is constantly growing.

Foreign producers is the essential part of the Russian market of the construction industry including the market of sanitary products production. Its share makes now about 80 % from market size in relation to 20 %, taken by production of domestic producers. However, according to expert forecasts, in the near future the local production may increase and make 25–30 % of the whole market.

Domestic manufacturing enterprises are mainly focused on release of sanitary products of an economy class whereas European producers remain top and takes a considerable part of an average of price segments of the Russian market. Additionally, the sanitarian stuff of foreign producers – mainly China, and also the Czech Republic, Poland – competes with domestic producers (so-called, bottom) band the lower part of an *average of price segments.*

Let's call some leading producers, whose sanitary products are presented in the Russian market. The bathroom equipment of the top price segment is presented by the models made by the international company Ideal Standard, and also producers from Germany (Villeroy& Bosch), France (Jacob Delafon), Spain (Roca, Gala), Italy (Ceramica Dolomite) and some other. Production of an *average price segment* is delivered mainly from Finland (IDO, Oras), Sweden (Gustavsberg, IFO), France (Porcher), the Czech Republic (Jika). An import of bathroom equipment of the bottom price segment is presented generally by the Chinese production.

In the market of sanitary products allocate some segments on a functional purpose. According to materials of the research which has been carried out by the Symbol Marketing company, the greatest share in the Russian market of bathroom equipment belongs Sanfayansu (sinks, toilet bowls, a bidet) – 35 % in natural expression. Mixers and baths with approximately equal shares of the market (25 and 24 % respectively) further follow. Shower cabins make 19 % of the market.

Continues raise demand for bathroom equipment of the Chinese production which acts today as the main competitor of production of domestic producers. As a major factor of preference consumers of the Chinese bathroom equipment its rather low price along with good modern design (as the Chinese producers copy design of sanitary products of famous European brands).

The local market continues to grow (20 % a year). First of all it is caused

– by building of volumes of housing construction practically in all regions of Russia (housing construction, projects of hotels, office centers);

– the frequency of individual repairs and improvements;

– by increase of solvent demand.

The import volume in the Russian market of sanitary products makes in recent years about 40 %. Generally ceramic bathroom equipment comes to Russia from Ukraine, China and Poland. The Chinese production occupies about 20 % of the whole Russian market and, most likely, this share will increase (quality of the Chinese goods improves, and the price remains at a low level).

The main foreign suppliers: Villeroy& Bosch, Ideal Standart (Germany), Roca (Spain); IDO, Oras (Finland), Jacob Delafon (France), Gustavsberg, Ifo (Sweden) and others. Among domestic producers it is possible to allocate the following large plants: JSC Stroypolimerkeramika, JSC Kirovskistroyfarfor (both from the Kaluga region), JSC Santek (Republic of Chuvashiya), JSC SamarskyStroyfarfor (Samara region), JSC Plant Stroyfarfor (St.-Petersburg), etc.

Now in all price segments the competition amplifies.

For 2 decades and nowadays the Russian market is rather stable and shows a gradual increase, except for 2009 (20 % down, so-called, recession that considerably changed its business landscape). 2011 was the most stable and showed an incremental increase. But we shouldn't forget the specification, for example regional peculiarity. Moscow and cities around Moscow are the main consuming centres and the last research reveals that it's gonna grow further. Import is 85 %. 15 % – local production ??? It explains by the poor quality of Russian production, most of all the design suffers which didn't change even since Soviet times. Most of the local companies just survived due to the previous old constructions that needed to be replaced. Consuming structure depends on the price most of all. Cheaper – large building companies (Russian producers). Expensive – private sector (European producers).

More than 400 respondents took part in research of the market of mixers at the age from 21 till 65 years, buying mixing bathroom equipment not less time for the last year or gathering it to acquire within the next six months.

Research covers the largest cities of Russia. The main emphasis, however, becomes to Moscow and St. Petersburg, as on the most capacious, and, therefore, attractive and strategically important Russian markets. About 60 % of respondents live in these cities.

Research evenly covers both man's, and the female population as in a question of a choice of mixing bathroom equipment there is no rigid sexual division. Within one family both partners usually play an equal role in the course of decision-making.

The carried-out market researches showed that the most important criterion of a choice of mixing bathroom equipment are exclusive features of separate model, and also popularity of brand. Replacement in connection with breakage becomes motive of acquisition more often. Traditionally Russians trust German quality. Nearly a half of respondents call Germany, as the country causing the greatest trust. Besides respondents positively treat production of production of Italy. On the third place domestic bathroom equipment.

The majority of respondents made or are going to make purchase of mixing bathroom equipment in such hypermarkets as OBI, Leroy Merlin, your House, etc. Today for the majority of people it is one of the most convenient ways of acquisition of the goods for repair and construction.

The most popular brand of mixing bathroom equipment in Russia to what market researches testify, is Grohe. Buyers prefer this brand for the following reasons:

– Existence of discounts (temporary reduction of price of brand). Existence of special offers (a gift for purchase)

– Production of this brand has the exclusive features

– Acceptable price. Tendencies of the last years show that more and more people prefer purchase on-line. In the conditions of a modern rhythm of life, especially in big cities, people want to spend the free time for a trip to shop ever less. In particular, nearly a half of respondents among the main reasons for use of the Internet as means of acquisition of the equipment, allocated that purchases on the Internet save time for a trip to shop.

The main producers: Hansa, Grohe, Roca, Oras, Damixa, Ideal Standart, Hansgrohe, Mora, Jado, Ceramica Dolomite, Teka, Indisa, Axor, Geberit, Fiore, Kludi, Fir, Vidima, Gustavsberg, Axor, RAIN, ARMAL, Frap, Jacob Deldfon, Valtec, etc.

References:

1. RocaSantekhnika – РокаСантехника ООО «РокРус». URL : www.ru.roca.com/talk-to-us/customer-help-line

2. http://proreport.ru/pages/rynok_santekhniki

УДК796.035-055.2

КОРРЕКЦИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ «БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА» ЖЕНЩИН СРЕДСТВАМИ ФИЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Н.Н. Венгерова, кандидат педагогических наук, доцент, профессор кафедры физической культуры ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургского государственного экономического университета», e-mail: natalyavengerova@yandex.ru

Аннотация: *в период зрелого возраста в организме женщин отмечаются инволюционные изменения, характеризующиеся показателями физической подготовленности и функционального состояния. Использование современных средств физкультурно-оздоровительных технологий на занятиях с женщинами позволит улучшить их функциональное состояние (физическая работоспособность, гипоксическая устойчивость), и понизить показатель «биологического возраста» не только до паспортных значений, но и ниже.*

Ключевые слова: *биологический возраст, женщины зрелого возраста, функциональное состояние, физическая подготовленность.*

Биологический (функциональный) возраст – фундаментальная характеристика темпов развития (старения). В периоде развития организма человека он определяется достигнутым уровнем морфофункционального созревания на фоне популяционного стандарта. Биологический возраст определяется как «совокупность показателей состояния индивида, по сравнению с соответствующими показателями здоровых людей этого же возраста данной эпохи, народности, географических и экономических условий существования», и, помимо наследственности, в большой степени зависит от условий среды и образа жизни. Поэтому во второй половине жизни люди одного хронологического возраста могут особенно сильно различаться по морфофункциональному статусу.

По мнению некоторых авторов, [1, 4] основные проявления биологического возраста при старении – это нарушения важнейших жизненных функций и сужение диапазона адаптации, возникновение болезней и увеличение вероятности смерти или снижение продолжительности предстоящей жизни. Каждое из них отражает течение биологического времени и связанное с ним увеличение биологического возраста.

Введение понятия «биологический возраст» объясняется тем, что календарный (хронологический) возраст не является достаточным критерием состояния здоровья и трудоспособности стареющего человека. У молодых лиц (20–40 лет) биологический возраст опережает паспортный. У лиц 41–70 лет биологический возраст меньше паспортного, а биологический возраст женщин меньше, чем таковой у мужчин во всех возрастных группах.

На сегодняшний день в системе фитнес клубов, центров существует значительное количество видов занятий оздоровительной направленности. Многообразие предлагаемых услуг позволяет потенциальному клиенту определиться в выборе направления занятий с учётом мотивов и собственных физических возможностей. На фоне естественных возрастных изменений организма женщин [2] вопрос поддержания здоровья и улучшения показателей функционального состояния стоит наиболее остро.

При значительном дефиците свободного времени современная женщина нуждается в реализации потребности в двигательной активности, что возможно посредством организованных занятий в фитнес-клубах [3]. Разработка и внедрение в практику физкультурно-оздорови-

тельных женских клубов инновационных технологий занятий позволит при минимизации временных затрат поддерживать и улучшать физическое здоровье занимающихся, а также оказывать влияние на уровень проявления как физических качеств и работоспособности, изменять их функциональное состояние.

Немаловажным фактором, влияющим на интерес женщин к занятиям в фитнес-клубах, является количественно-качественные изменения показателей физического, функционального состояния и состава их тела. Совокупность субъективно-объективных предпосылок послужила основой разработки комплексных двигательных программ для женщин зрелого возраста.

На базе женского физкультурно-оздоровительного клуба (г. Санкт-Петербург) проведено исследование среди женщин зрелого возраста, занимающихся 2 раза в неделю по 60 минут видами физкультурно-оздоровительных технологий (силовые тренинги, стретчинг, аэробика с элементами боди-балета).

Целью нашего исследования являлось – выявление степени влияния физической нагрузки на организм женщин зрелого возраста на занятиях силовой направленности (контрольная группа) и при комплексном использовании физкультурно-оздоровительных технологий (экспериментальная группа). Период зрелого возраста весьма значителен (от 22 до 55 лет), и наблюдаемые были условно распределены на подгруппы: «до 30», «30–39», «40–50». По первичным результатам определения функционального состояния и физической подготовленности участниц эксперимента была определена однородность групп.

По окончании педагогического эксперимента, как в экспериментальной, так и в контрольной группах отмечены положительные изменения показателей проявления физической работоспособности. В каждой возрастной подгруппе отмечена положительная динамика деятельности сердечно-сосудистой системы по показателям выполнении стандартной физической нагрузки (проба Руфье) (табл. 1). Полученные данные изменения показателей работоспособности статистически достоверны ($p < 0,05$), описываются уравнениями линейной регрессии с коэффициентами, близкими единице.

Таблица 1.

Показатели изменения уровня физической работоспособности у женщин зрелого возраста

Группа / Подгруппа	Контрольная			Экспериментальная		
	%	уравнение (y =)	r	%	уравнение (y =)	r
общегр.	11,5	4,9 – 0,6x	0,8	22,6	12,1 – 0,8x	0,6
«до 30»	18,7	8,8 – 1,9x	0,8	21,7	59,2 – 5,7x	0,7
«30–39»	11,5	9,0 – 1,8x	0,7	23,0	8,3 – 1,2x	0,7
«40-50»	10,2	21,5 + 0,8x	0,8	22,0	24,0 + 0,3x	0,7

Изменения аэробных возможностей организма находятся во взаимосвязи с показателем уровня ЖЕЛ и опосредованно с гипоксической устойчивостью, определяемой по задержке дыхания на глубоком вдохе и характеризующей активацию стресс-реализующих систем организма. Устойчивость организма к недостатку кислорода определяется генетическими и фенотипическими свойствами (наследственными или приобретенными в процессе жизни) индивида.

Общегрупповой прирост показателей задержки дыхания по результатам выполнения пробы Штанге в конце эксперимента практически одинаков (22,2 % – Гэ; 21,2 % – Гк). В экспериментальной группе данные показатели лучше в возрастных подгруппах «до 30» – на 37,9 % и «30–39» – 29,4 % от исходной продол-

жительности задержки дыхания, чем в контрольной. Относительная величина прироста в 2,5 раза выше в подгруппе «40–50» контрольной группы, чем в аналогичной возрастной подгруппе экспериментальной группы. Данные результаты объясняются тем, что для женщин зрелого возраста комфортно выполнять хореографические блоки и силовые упражнения, совмещенные с дыхательными. Улучшения показателей статистически достоверны (95 % уровня значимости) и описываются уравнениями линейной регрессии с достаточно высокими коэффициентами корреляции (табл. 2).

Таблица 2.

Уравнения линейной регрессии, характеризующие изменения показателей гипоксической устойчивости (проба Штанге) у занимающихся

Группа	Общегрупповое		«до 30»		«30–39»		«40–50»	
	y =	r	y =	r	y =	r	y =	r
Гк.	85,8 – 1,6x	0,6	153,9 – 3,5x	0,7	70,2 – 1,3x	0,6	130,5 – 3x	0,6
Гэ.	111,5 – 1,9x	0,7	129,3 – 2,2x	0,7	124,1 – 2,1x	0,7	63,6 – 1,1x	0,6

Опосредованное определение «биологического возраста» у занимающихся в значительной мере влияет на формирование их устойчивой мотивации к занятиям физическими упражнениями. Несоответствие паспортного, «биологического возраста» и собственных ощущений каждой конкретной женщины во многом является определяющим фактором для стремления к улучшению своего физического состояния. Ввиду того, что при определении «биологического возраста», помимо субъективной оценки состояния здоровья, учитываются показатели физического (тестовое задание) и функционального состояния (показатели артериального давления, частоты сердечных сокращений, продолжительности задержки дыхания и массы тела), данный критерий можно рассматривать как опосредованный интегральный показатель состояния их здоровья. Опосредованное определение «биологического возраста» у занимающихся в значительной мере влияет на формирование их устойчивой мотивации к занятиям физическими упражнениями.

Для определения взаимосвязи изменения одного показателя в зависимости от другого использовался метод мультирегриссионного анализа, в результате которого получены данные о большей степени соответствия, т.е. приближения к величинам паспортного возраста условных единиц «биологического возраста». Данное изменение зависит от комплексного улучшения таких показателей, как функциональные пробы (пробы Руфье, Штанге), изменение уровня проявления физических качеств наблюдаемых. При достаточно высокой зависимости изменения данных показателей от результатов комплексной оценки физического состояния занимающихся нами отмечено, что в экспериментальной группе он несколько выше (70,1 %), чем в контрольной группе (65,2 %), т.е. в данном количестве наблюдаемых случаев отмечено соответствие показателя «биологического возраста» паспортному. Эта тенденция является социально значимой, так как в начале проведения экспериментальной программы у женщин обеих групп отмечено значительное несоответствие показателей «биологического возраста» и паспортного (98,4 % – Гк; 97,9 % – Гэ).

В возрастных подгруппах отмечена прямая зависимость улучшения физической подготовленности и показателей «биологического возраста», т.е. чем выше показатель изменения физической подготовленности, тем больше соответствует показатель «биологического возраста» паспортному: в подгруппе «40–50» как в экспериментальной группе, так и в контрольной группе (100 %). Изменения в

подгруппе «30–39» экспериментальной группы находится в большей зависимости изменения одного показателя от другого (72,4 %), чем в подгруппе «до 30» – 57,8 %. Тогда как в контрольной группе несколько иначе (в подгруппе «30–39» – 51,1 %, в подгруппе «до 30» – 80,9 %).

Таким образом, изменение показателей «биологического возраста» в сторону приближения к паспортным данным можно считать результатом организованной физкультурной деятельности женщин зрелого возраста.

Общее улучшение физического состояния и биологического аспекта деятельности организма женщин опосредованно иллюстрирует изменение их физического здоровья.

Наиболее эффективной программой нами считается экспериментальная система занятий как вообще, так и в частности для определенного возрастного периода: от 30 до 39 лет, от 40 до 50 лет. Для лиц до 30 лет более эффективной является система занятий, используемая в контрольной группе.

Список литературы:

1. Николаев А.А. Общая характеристика возрастных изменений в организме // Возрастные особенности становления физиологических функций, и их адаптация в условиях мышечной деятельности. Смоленск : СГИФК, 2000. С. 5–12;

2. Ромашов А.В. Возрастные особенности системы дыхания и адаптации к физическим нагрузкам: Возрастные особенности становления физиологических функций, и их адаптация в условиях мышечной деятельности. Смоленск : СГИФК, 2000. С. 34–48;

3. Савин С.В. Педагогическое проектирование занятий фитнесом с женщинами зрелого возраста: автореф. дисс. … канд. пед. наук. М., 2008. 24 с.

4. Хрисанфова Е.Н. Основы геронтологии. М. : Владос, 1999. С. 57–65.

УДК 616.89-036.22(470.620)

ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СИНДРОМА ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

С.В. Губарев, аспирант кафедры общественного здоровья, здравоохранения и истории медицины ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, г. Краснодар, тел.: +7(908) 685-66-55, e-mail: gs023@ya.ru

Аннотация: *проведено изучение динамики показателей заболеваемости и распространенности алкоголизма в Краснодарском крае за период 2000-2013 гг. на основе официальной статистической отчетности. Представленные данные позволяют оценить размер и динамику соответствующих показателей по гендерному, возрастному и территориальному признакам.*

Ключевые слова: *алкоголизм, заболеваемость, распространенность, Краснодарский край.*

Алкогольная зависимость является одним из самых сложных и опасных для человечества заболеваний в связи с огромными медико-социальными, морально-этическими, экономическими и духовными потерями. Ущерб от чрезмерного употребления алкоголя связан с медицинскими расходами, снижением производительности труда, преждевременным уходом из жизни. Алкоголизм назван Президентом РФ одной из угроз национальной безопасности в сфере здравоохранения и здоровья нации [5].

Потребление алкоголя является одним из главных индикаторов алкогольной ситуации, как в стране, так и в отдельно взятом регионе. Для расчета социального благополучия населения принято считать среднедушевое потребление алкогольных напитков. По данным Всемирной организации здравоохранения, потребление учтенного алкоголя на душу населения в России в 2014 году составило 15,7 л., что является 4 позицией в мировом рейтинге. Однако реальное душевое потребление алкоголя с учетом нелегального оборота спиртсодержащей продукции в России составляет, по экспертным оценкам, около 18 л [2]. Специалисты ВОЗ считают, что если этот показатель превышает 8 литров в год, то это уже опасно для здоровья населения. Установлено, что каждый добавочный литр сверх определенного ВОЗ предела уносит 11 месяцев жизни мужчин и 4 месяца женщин [6].

Другим компонентом, формирующим напряженность и задающим тон неопределенности при оценке ситуации с алкогольным аддитивным поведением, является диссонанс в вопросе истинного и учтенного масштаба проблемы. По законодательству Российской Федерации медицинская помощь пациентам оказывается только при добровольном обращении лиц, зависимых от алкоголя. Поэтому зарегистрированное количество пациентов с алкогольной зависимостью, по экспертным оценкам, в 5 раз ниже реального числа зависимых. Таким образом, возможное количество больных алкоголизмом в РФ может превышать 13,5 млн человек [4].

Высокий процент трудоспособного населения, злоупотребляющего алкоголем (около 33 % мужчин), указывает на негативное влияние алкоголизации на экономическое развитие государства. По данным источников литературы, злоупотребление алкоголем повышает общую заболеваемость на 30–35 %, что оказывает влияние на снижение продолжительности жизни на 15–20 лет. Вместе с этим, значителен экономический ущерб, индуцированный чрезмерным потреблением алкоголя, приводящим к развитию соматической патологии, инвалидности и распаду семьи.

Алкоголизм характеризуется сильной психической и физической зависимостью от алкоголя. Данная патология проходит несколько этапов развития, которые характеризуются постепенным увеличением степени аддикции, уменьшением возможности самоконтроля в отношении употребления спиртных напитков, а также прогрессивным развитием различных соматических нарушений, вызванных хронической интоксикацией алкоголем.

Результатом реализации фактора алкогольной коморбидности является высокая экономическая нагрузка на систему здравоохранения, которая складывается из следующих составляющих: оказание неотложной/скорой медицинской помощи, стоимости госпитализации, обеспечения больного лекарственными препаратами, оплаты рабочего времени медицинского персонала и других сопутствующих затрат [3].

С целью определения актуального состояния показателей заболеваемости, связанной с формированием синдрома зависимости от алкоголя, проведено изучение динамики показателей учтенного алкоголизма. Исследование проведено на основе материалов официальных форм статистической отчетности (Форма № 11) по Краснодарскому краю и охватывает период с 2000 по 2013 гг.

Рассмотрение структуры психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, позволяет определить долю синдрома зависимости от алкоголя на среднем уровне 59 % в течение всего изучаемого периода без формирования тенденций его динамики. Среди патологических состояний, вызванных воздействием алкогольного фактора, алкоголизм имеет значительно больший удельный вес, представленный в интервале 77–84 %. При этом, исходя из расчетных значений

показателей общей заболеваемости за 2000–2013 гг., отсутствуют основания предполагать наличие вектора увеличения или уменьшения вклада данного заболевания в формирование всей группы алкоголь-ассоциированных патологических состояний.

Анализ показателя учтенной заболеваемости алкоголизмом в Краснодарском крае, позволяет выявить устойчивую общую тенденцию к его снижению, без выраженного темпа убыли показателя. Начало изучаемого периода характеризуется незначительным ростом показателя (в пределах 1 %), относительно показателя 2000 г. – 1551,0 на 100 000 населения. Максимальное значение заболеваемости в пределах обозначенного временного периода приходится на 2003 г. (1610,8 ‰), минимальное же значение ограничено 2013 г. (крайним затрагиваемым годом) и фиксируется на уровне 916,0 ‰, что составляет 59 % от величины стартового показателя.

Рассмотрение частоты заболеваний синдромом зависимости от алкоголя в гендерном аспекте, позволило установить значительное превалирование мужского населения (табл. 1).

Таблица 1.

Гендерные особенности динамики общей заболеваемости алкоголизмом. Краснодарский край. 2000–2013 гг. На 100 000 населения

Годы	Мужчины	Показатель наглядности	Женщины	Показатель наглядности
2000	2902,3	100,0	370,4	100,0
2001	2907,9	100,2	388,4	104,9
2002	2931,1	101,0	400,1	108,0
2003	2969,1	102,3	427,6	115,4
2004	2917,8	100,5	428,6	115,7
2005	2903,2	100,0	452,9	122,3
2006	2871,6	98,9	458,0	123,7
2007	2850,4	98,2	475,0	128,2
2008	2841,0	97,9	492,5	133,0
2009	2634,7	90,8	480,8	129,8
2010	2365,5	81,5	450,9	121,8
2011	1953,5	67,3	392,6	106,0
2012	1753,5	60,4	360,1	97,2
2013	1584,7	54,6	337,2	91,0

При этом следует заметить разнонаправленную динамику показателей болезненности у представителей разных полов. Так, среди мужского населения, обращает внимание снижение значений, повторяющее изменение величины показателей по региону в целом, где максимальное значение за изучаемый период времени относится к уровню 2003 г. (2969,1 ‰). Общий темп снижения не имеет четких значений и характеризуется наиболее выраженным уменьшением показателя болезненности по данным 2011 г. (–14,2 % к значению в 2010 г.). Уровень 2013 г. составляет 54,6 % от распространенности в начальный момент рассматриваемого периода.

Среди женского населения показатель общей заболеваемости алкоголизмом демонстрирует рост показателя на 33 % за период 2000–2008 г. (370,4 против 492,5 на 100 тыс. населения соответственно). Тем не менее, положительные тенденции снижения показателя болез-

ненности женского населения формируются в 2009 г. и демонстрируют устойчивый темп убыли. Величина показателя, рассчитанного для 2013 г., составляет 91 % от показателя заболеваемости 2000 г. и 68,5 % относительно максимальной величины 2008 г.

Динамика общих показателей распространенности синдрома зависимости от алкоголя по территориальному признаку указывает на более выраженную положительную динамику среди населения, проживающего в сельской местности Краснодарского края (табл. 2).

Таблица 2.

Динамики распространенности алкоголизма среди городской и сельской местности. Краснодарский край. Оба пола. 2000–2013 гг. На 100 000 населения

Годы	Городская местность	Показатель наглядности	Сельская местность	Показатель наглядности
2000	1568,7	100,0	1530,9	100,0
2001	1602,2	102,1	1519,3	99,2
2002	1620,1	103,3	1535,4	100,3
2003	1632,6	104,1	1586,3	103,6
2004	1613,4	102,8	1558,2	101,8
2005	1642,1	104,7	1533,4	100,2
2006	1652,8	105,4	1494,0	97,6
2007	1658,5	105,7	1484,6	97,0
2008	1659,2	105,8	1494,2	97,6
2009	1529,3	97,5	1423,5	93,0
2010	1451,4	92,5	1213,6	79,3
2011	1159,3	73,9	1068,1	69,8
2012	1155,3	73,6	836,7	54,7
2013	1024,4	65,3	791,3	51,7

В городской местности региона показатель распространенности патологической зависимости от алкоголя имел тенденцию к росту до 2009 г., когда впервые в течение изучаемого периода отмечается его снижение, максимальный темп которого приходится на рубеж 2010 и 2011 гг. (–18,6 %).

Среди населения, проживающего в сельской местности Краснодарского края рост показателя общей заболеваемости алкоголизмом прекратился в 2005 г., демонстрируя ранее некоторые колебания. Максимальное снижение его величины отмечено на границе 2009 и 2010 гг., когда убыль составила 13,7 %. За период с 2000 по 2013 гг. показатель распространенности алкоголизма в сельских местностях Краснодарского края уменьшился практически вдвое (на 48,3 %).

Рассмотрение распространенности недуга по возрастным группам свидетельствует о резком приросте показателя среди лиц в возрасте 20–39 лет. Наиболее же часто употребление синдром зависимости от алкоголя отмечается в возрастной группе 30–59 лет, составляя в среднем за изучаемый временной период 2707,3 на 100 000 населения соответствующих возрастов. Несмотря на выраженное снижение показателей во всех возрастных группах, наибольший оптимизм вызывает уменьшение частоты регистрации хронического злоупотребления алкоголем среди представителей возрастной группы 15–17 лет, для которых заболеваемость в 2000 г. составляла 21,6 на 100 тыс. населения, а по данным 2013 г. фиксируется на уровне 0,6 ‰.

Изучение показателя первичной заболеваемости в рамках изучаемой нозологической единицы также позволяет отметить начало ее снижения в 2003 г., несмотря на эпизодические колебания. Выраженность положительной динамики первичной регистрации хронического злоупотребления алкоголем подтверждается снижением показателя с уровня 81,2 в 2000 г. до 36,7 на 100 тыс. населения в 2013 г., что составляет более 50 %.

В ходе общего анализа динамики регистрации алкоголизма отмечено значительное преобладание частоты встречаемости больных, имеющих вторую стадию заболевания (табл. 3).

Таблица 3.

Динамика первичной заболеваемости и распространенности по стадиям алкоголизма. Краснодарский край. Оба пола. 2000–2013 гг. На 100 000 населения

Годы	1 стадия		2 стадия		3 стадия	
	Распр.	Забол.	Распр.	Забол.	Распр.	Забол.
2000	291,9	10,3	1236,0	69,7	23,0	1,2
2001	290,5	8,4	1246,4	68,2	26,3	1,2
2002	302,2	9,7	1250,2	89,1	27,8	1,6
2003	289,8	7,5	1294,9	88,2	26,0	1,8
2004	269,8	3,9	1292,6	79,0	25,0	1,1
2005	259,3	5,0	1303,4	71,6	28,0	2,2
2006	256,9	4,1	1292,5	63,3	28,1	0,8
2007	229,9	3,6	1322,5	69,6	23,7	1,2
2008	232,7	3,2	1322,9	65,6	25,3	0,7
2009	207,9	3,3	1251,2	63,3	20,0	0,8
2010	172,6	1,9	1150,8	59,3	15,0	0,5
2011	138,7	2,8	962,0	50,0	15,7	0,3
2012	105,3	2,1	888,0	38,9	13,1	0,3
2013	100,3	0,7	805,7	36,0	10,1	0,1

Наиболее выраженная динамика снижения показателей характеризует больных, находящихся на первой стадии заболевания. За изучаемые годы показатель зарегистрированной распространенности указанных лиц уменьшился практически в 3 раза и составил 100,3 в 2013 г. против 291,9 на 100 тыс. населения в 2000 г.

Показатель первичной учтенной заболеваемости алкоголизмом демонстрирует оптимистические темпы снижение вне зависимости от стадии болезни. При этом наиболее низкие темпы характеризуют больных на второй стадии заболевания, уже обозначенной как наиболее неблагополучная по обеим характеристикам заболеваемости.

В целом представленные результаты подтверждают эффективность целевых мероприятий, проводимых в настоящее время в Краснодарском крае.

Необходимость повышения эффективности практических действий государства по решению проблемы злоупотребления алкоголем требует проведения мониторинга различных аспектов алкогольной ситуации и его наиболее рационального экономического обоснования, в том числе на основе полноценной социологической и статистической научной информации [1].

Список литературы:

1. Кошкина Е.А. Медико-социальные и экономические последствия злоупотребления алкоголем в Российской Федерации / Кошкина Е.А.,

Павловская Н.И., Ягудина Р.И., Куликов А.Ю., Усенко К.Ю // Социальные аспекты здоровья населения – электронный научный журнал. № 2 (14). 2010. URL : http://vestnik.mednet.ru/content/view/189/30/lang,ru/

2. Кошкина Е.А. Эпидемиология наркологических заболеваний / Руководство по наркологии под редакцией Н.Н. Иванца. М. : Медпрактика. М., 2002. Т. II. С. 815.

3. Лисицын Ю.П., Сидоров П.И. Алкоголизм. Медико-социальные аспекты. Руководство для врачей. М. : Медицина, 1990. 528 с.

4. Огурцов П.П., Нужный В.П. Острые отравления этиловым спиртом. Злоупотребление алкоголем в России и здоровье населения. Острые отравления этиловым спиртом и его суррогатами. Инф. мат. и рекомендации для врачей. М., 2000. С. 113–155.

5. Стратегия национальной безопасности РФ до 2020 года. Указ Президента РФ от 12 мая 2009 г. № 537. URL : http://graph.document.kremlin.ru/page.aspx?1012112

6. Тезисы доклада министра здравоохранения и социального развития РФ Т.А. Голиковой на Президиуме Совета по приоритетным национальным проектам и демографическому развитию при Президенте РФ. URL : http://www.minzdravsoc.ru/health/prior/2

УДК316.4

ЛУЧШИЕ ПРАКТИКИ НЕКОММЕРЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В ПРИМЕНЕНИИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В РАМКАХ ПРОФИЛАКТИКИ СОЦИАЛЬНОГО СИРОТСТВА

П.В. Гударенко, директор Социального колледжа, филиал ФГБОУ ВО «РГСУ» в г. Ставрополе, e-mail: pavelgud@yahoo.com

Аннотация: *в статье проанализированы технологии профилактики социального сиротства. Рассмотрены ключевые направления формирования профессиональной семьи.*

Ключевые слова: *дети с ОВЗ, инклюзивное образование, Ставропольский край.*

Проблема сиротства в нашей стране остается по-прежнему актуальной. Только в 2013 году, по данным Министерства образования и науки Российской Федерации, было выявлено 68 770 детей, оставшихся без попечения родителей. В семьи за этот период было устроено 62 900 детей. В настоящее время порядка 100 тыс. детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, проживают в государственных учреждениях.

В последние годы и государством, и некоммерческими организациями много делается для содействия семейному устройству детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, а также для сохранения кровной семьи. В настоящий момент происходит ряд серьезных изменений, которые оказывают влияние на решение проблемы сиротства в России, а именно: меняется система детских домов; выстраивается система поддержки кровной семьи; взят курс на развитие института профессиональной семьи; повышается доступность информации о детях-сиротах и детях, оставшихся без попечения родителей.

В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 24 мая 2014 г. № 481 «О деятельности организаций для детей−сирот и детей, оставшихся без попечения родите-

лей, и об устройстве в них детей, оставшихся без попечения родителей», подписанным Дмитрием Медведевым, с 1 сентября 2015 года российские детские дома будут организованы по семейному типу и станут работать по новым правилам.

Логика этого документа строится на том, что дети должны расти в семье, а размещение в государственных учреждениях − только временная мера, и условия в них должны быть максимально приближены к семейным: дети живут в помещениях квартирного типа, в группе должно быть не более восьми человек разного возраста и пола (для детей до четырех лет − не более шести), с детьми работают одни и те же воспитатели, дети посещают обычную школу или обычный детский сад за пределами учреждения − всё как дома. Государственные учреждения перепрофилируются в центры семейного устройства и постинтернатной адаптации, их сотрудники работают с приемными семьями, заботятся о детях, для которых вероятность семейного устройства ниже (подростки, инвалиды и т. д.), опекают своих выпускников, помогают им освоиться во взрослой жизни.

Только в 2013 году 40 тыс. граждан были лишены родительских прав. Главной причиной лишения родительских прав становится уклонение родителей от выполнения своих обязанностей (почти 72 % случаев). По причине хронического алкоголизма и наркомании подверглись лишению прав почти 5 ООО родителей (12 % случаев), 2 500 родителей в связи с отказом от детей при рождении и 2 000 — за злоупотребление родительскими обязанностями.

Государственная политика преодоления проблемы сиротства направлена на работу с причинами данного явления, а не с его последствиями. Так, в феврале 2014 года Председатель Правительства Российской Федерации Дмитрий Медведев подписал Распоряжение Правительства Российской Федерации от 08.02.2014 № 157−р, согласно которому 34 региона получили в текущем году почти 340 миллионов рублей на профилактику социального сиротства и социализацию детей, оставшихся без попечения родителей.

В сфере профилактики социального сиротства развиваются в основном следующие услуги: профилактика отказов от новорожденных, раннее вмешательство (работа с семьями, воспитывающими детей-инвалидов), профилактика вторичного сиротства (работа с выпускниками детских домов). В то же время остро не хватает некоммерческих организаций, способных взять на себя функции помощи конкретной семье.

Почему же устраивается в семьи меньше детей, чем выявляется? В детских домах довольно много детей с особенностями развития и детей-инвалидов (порядка 40 % по данным открытых источников), подростков (дети старше 10 лет) − порядка 69 %, сиблингов (братья и сестры). Для этих категорий детей найти приемных родителей непросто. Для того чтобы обеспечить семейное устройство подросткам, детям с особенностями в развитии, братьям и сестрам, государством взят курс на развитие института профессиональной приемной семьи.

В 2015 году в Семейном кодексе Российской Федерации должно появиться понятие «профессиональная семья» − граждане, которые получают за воспитание детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, не только пособие, но и зарплату. Об этом сообщила в июле 2014 года Заместитель Председателя Правительства Российской Федерации Ольга Голодец2. По ее словам, Минобрнауки России должно до конца 2014 года представить соответствующие поправки.

С 2015 года предполагается расширить информацию, содержащуюся на сайте Минобрнауки России. Помимо более частой периодичности обновления фотографий детей (три раза в год для де-

тей до трех лет, с трех до семи лет − два раза в год, а для тех, кто старше семи лет, − один раз в год), в открытом доступе окажутся документы об обстоятельствах утраты родительского попечения, сведения о посещении ребенка в детском доме его родственниками и родителями, а также данные об их намерении взять его на воспитание в семью.

Согласно упомянутому выше Постановлению Правительства Российской Федерации № 481, в детских домах встречи детей с потенциальными усыновителями или опекунами должны проходить не менее трех раз в неделю (например, дни открытых дверей). При наличии родственников администрация обязана организовывать общение детей с ними и работать над возвращением воспитанников в кровные семьи. Согласно Постановлению Правительства Российской Федерации от 20.08.2012 г. № 623, с 1 сентября 2013 года школы приемных родителей стали обязательными для замещающих семей. Обучение в школе призвано помочь замещающим семьям адаптироваться к новым условиям и в дальнейшем успешно воспитывать приемного ребенка.

Пока этой меры явно недостаточно: число вторичных отказов от уже взятых в семью детей-сирот по-прежнему велико. Только в городе Москве за 2013 год было зафиксировано 150 возвратов приемных детей (в 2012 году − 148). Об этом сообщил Министр Правительства Москвы, руководитель Департамента социальной защиты населения города Москвы Владимир Петросян.

Об эффективности последних инициатив говорить еще преждевременно − их результаты проявятся в ближайшие несколько лет. Статистические данные за 2013 год, представленные Министерством образования и науки Российской Федерации, пока не дают картины очевидных и принципиальных изменений. Согласно этим данным, опека по-прежнему остается главной формой семейного устройства: большинство детей в 2013 году было взято под опеку − 87 % (54 728 чел.).

Усыновление российскими гражданами остается примерно на том же уровне, что и последние два года: 6 757 усыновлений в 2013 году, 6 585 − в 2012 году, 7 416 − в 2011 году. При этом постепенно развиваются другие формы устройства детей в семью: безвозмездные и возмездные виды опеки и попечительства, патронат. В приемные семьи, например, в 2013 году детей было устроено больше, чем в предыдущем: 17 740 против 13 055.

Сокращается количество детей, усыновляемых зарубежными гражданами: в 2013 году было зафиксировано 41 488 случаев усыновления, в 2012 году – 2 604, в 2011 году – 3 400. Это объясняется тем, что государством взят курс на устройство детей-сирот в семьи российских граждан, для чего разработаны и внедрены меры стимулирующего характера (облегчены требования к потенциальным замещающим родителям, упрощены процедуры сбора документов, увеличены размеры финансовой поддержки и пр.).

Государственная политика в области защиты прав и интересов детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в целом направлена на развитие семейного устройства сирот и перепрофилирование детских домов. Опыт НКО в сфере семейного устройства детей-сирот будет, безусловно, полезен для ее реализации. На уровне властных структур укрепилось понимание необходимости профилактической и поддерживающей работы с кровной семьей, больше внимания уделяется тому, чтобы не допускать направления детей в соответствующие учреждения.

В связи с перестройкой системы организаций для детей-сирот специалистам, работающим в данных учреждениях, необходимы переквалификация и обучение. Только переоборудование групп во всех домах ребенка в малочисленные и разновозрастные − до 6–8 че-

ловек – потребует серьезных вложений, как финансовых и организационных, так и профессиональных.

В данных условиях как никогда важной становится роль негосударственных некоммерческих организаций, которые способны амортизировать некоторые последствия реструктуризации существующей системы государственных организаций, работающих с детьми-сиротами. Негосударственные некоммерческие организации добились существенных результатов в семейном устройстве детей-сирот, укреплении и сохранении кровной семьи, профилактике социального сиротства, экспертной поддержке гражданских инициатив, разработке механизмов эффективного межсекторного взаимодействия. Они давно и успешно работают с приемными семьями, занимаясь подготовкой потенциальных родителей и помогая им найти ребенка (обучение, предоставление информации о детях, нуждающихся в семье, посредством создания видео анкет), а также сопровождают их в дальнейшем (консультации, проведение обучающих тренингов, веб семинаров и т.п.). Именно НКО были пионерами в профилактической работе с семьями, находящимися в кризисной ситуации, и семьями с особыми детьми, и смогли сформировать эффективные модели взаимодействия, адекватные российской действительности. Многие специалисты НКО уже стали признанными экспертами в сообществе профессионалов, занимающихся темой сиротства. Практика НКО богата историями плодотворного сотрудничества с различными государственными структурами и бизнесом.

В рамках программы «Поддержи усыновителя», реализуемой Фондом поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, благотворительные фонд содействуют семейному устройству детей-сирот «Измени одну жизнь», с целью распространения лучшего опыта работы некоммерческих организаций, занимающихся семейным устройством детей-сирот и профилактикой социального сиротства. Эти организации помогают гражданам, имеющим намерение взять ребенка на воспитание в семью, и семьям, принявшим на воспитание детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе в кризисных ситуациях, а также поддерживают кровные семьи, по разным причинам оказавшиеся в зоне риска.

Список литературы:

1. Бережная О.В. Особенности организации и функционирования системы комплексного сопровождения в учреждениях интернатного типа для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей // Казанская наука. 2011. № 3. С. 137–140.

2. Гударенко П.В. Система устройства детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в Ставропольском крае // Общество. Государство: история и современность: материалы III Всероссийской научно-практической конференции (с международным участием). ФГБОУ ВПО «Российский государственный социальный университет» в г. Ставрополе; под редакцией: Гударенко Р.Ф., Ряснянской Н.А., Автомоновой М.В. 2014. С. 49–59.

3. Гударенко П.В. Международный опыт применения социальных технологий по ранней профилактике социального сиротства // Ученые записки Российского государственного социального университета. 2014. № 3 (125). С. 72–80.

УДК 301

ИТОГИ ПРОВЕДЕНИЯ ГОДА СЕМЬИ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ДЕТЕЙ В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ В 2013 ГОДУ

Р.Ф. Гударенко, директора филиала ФГБОУ ВО «РГСУ» в г. Ставрополе, e-mail: kbagmet@mail.ru

Аннотация: *в статье подведены итоги проведения года семьи и благополучия детей в Ставропольском крае. Рассмотрены ключевые направления в реализации краевой политики здравоохранения.*

Ключевые слова: *здоровье, семья, Ставропольский край.*

Вопросы семьи и детства были и остаются в числе абсолютных приоритетов в Ставропольском крае. Ведь от остроты и масштабов проблем семьи и детства и − главное, как решаются эти проблемы − зависит будущее страны в целом и отдельно взятых регионов в отдельности.

Семейная политика является составной и основополагающей частью социальной политики государства, о чём свидетельствует целый ряд принятых как на федеральном, так и на региональном уровне нормативных правовых актов, в том числе утверждены Национальная стратегия в интересах детей на период 2012–2017 годы и Стратегия действий в интересах детей на территории Ставропольского края. Констатируется небывало повышенное внимание высших органов государственной власти к демографическим проблемам, вопросам профилактики семейного неблагополучия и социального сиротства, к заботе, как это отмечается в Национальной стратегии, о детствосбережении. Государство и общество ставят задачу обеспечения национального приоритета здоровой и многодетной семьи не на один год, а на десятилетия.

Осознавая необходимость укрепления института семьи, возрождение и сохранение духовно-нравственных традиций семейных отношений, семейного воспитания. Правительство Ставропольского края 2013 год объявило Годом семьи и благополучия детей. В связи с этим был утвержден План мероприятий, в реализацию которого активно включился ряд краевых министерств и ведомств, органы местного самоуправления, научное сообщество и общественные организации.

В План вошли социально значимые мероприятия, направленные на оказание материальной поддержки семьям с детьми, создание положительного имиджа многодетности, решение проблем социально уязвимых категорий семей и детей. Нашли свое отражение и мероприятия по открытию новых подразделений и объектов социальной инфраструктуры для работы с семьями и детьми, по развитию системы мер социальной поддержки, профилактики социального сиротства.

Самым важным достижением и результатом Года семьи и благополучия детей на Ставрополье стал − впервые за много лет констатируемый − демографический прирост населения, как естественный, так и миграционный.

Органами исполнительной власти края, органами местного самоуправления в сотрудничестве с партнерами из числа общественных организаций в течение 2013 года проведена большая работа.

В крае действует 14 различных мер социальной поддержки, оказываемых гражданам, имеющим детей. Министерство труда и социальной защиты населения принимает меры и выступает с новыми инициативами, чтобы система региональных пособий и иных мер социальной поддержки граждан, имеющих детей, строилась по принципу адресности, с

учётом конкретной и объективной нуждаемости семей, имеющих детей.

Для поддержания уровня жизни многодетным семьям, проживающим в крае, независимо от дохода, взамен набора социальных услуг в натуральном выражении выплачивается ежемесячная денежная компенсация на каждого ребенка в возрасте до 18 лет. С 01 июля 2013 г. размер компенсации с учетом индексации составляет 316,50 рублей. Законом Ставропольского края «О мерах социальной поддержки многодетных семей» определена система мер социальной поддержки многодетных семей, проживающих на территории Ставропольского края, которой предусмотрены меры социальной поддержки не только в области социальной защиты населения, но и в сфере образования, здравоохранения, земельных и жилищных отношений. Помощь, оказываемая многодетным семьям, является необходимой и своевременной. Результаты очевидны − количество многодетных семей за последние 3 года выросло более чем на 4 тысячи.

Усиленное внимание к проблемам демографии, укреплению семейных ценностей и института семьи привели к принятию решений по дополнительному стимулированию рождаемости и поддержке семей. Президент Российской Федерации, обозначив остро стоящую перед Россией проблему демографии, предложил в качестве дополнительного стимула по увеличению рождаемости ввести ежемесячную выплату нуждающимся семьям в случае рождения в них третьего ребенка или последующих детей. С 1 января 2013 года в Ставропольском крае установлена ежемесячная денежная выплата нуждающимся в поддержке семьям, назначаемая в случае рождения в них после 31 декабря 2012 года третьего ребенка или последующих детей до достижения ребенком возраста трех лет, в размере величины прожиточного минимума для детей. В 2013 году размер выплаты составляет 6477 рублей. Более 4 тысяч семей получают эту выплату.

В целях повышения общественного статуса приемных семей и семей опекунов (попечителей) в Закон Ставропольского края «О мерах социальной поддержки многодетных семей» внесены изменения, согласно которым приемным семьям предоставляются все меры социальной поддержки, установленные для многодетных семей.

В 2013 году 76 многодетных матерей Ставропольского края получили медали «Материнская слава» всех трех степеней. С момента учреждения этой награды ею награждены 813 жительниц края.

Нельзя сегодня не сказать об организации отдыха и оздоровления детей − ежегодно расходуется около 750 млн рублей на эти цели. В крае сохранена инфраструктура учреждений отдыха и оздоровления детей. В сфере внимания министерства образования и молодёжной политики, министерства труда и социальной защиты населения, министерства здравоохранения − дети работающих родителей и дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации. Общий охват всеми формами отдыха (с питанием и без питания) и трудовой занятостью составил в 2013 году 227 тыс. детей − 88 % от общего количества обучающихся (2012 год − 199 тыс. детей и подростков, 81 % от общего количества обучающихся). Проблемы в этом вопросе остаются две: при ежегодном удорожании путёвок и предоставляемых услуг на отдых и оздоровление не индексируется объём выделяемых средств на эти цели. И второе − в крае недостаточно загородных оздоровительных лагерей и детских санаториев, удовлетворяющих требованиям национальных стандартов. Поэтому нужно укреплять и развивать материальную базу этих учреждений.

Свою лепту в реализацию государственной политики в отношении семьи и детей вносит министерство здравоохранения Ставропольского края. В медицинских организациях открыты и функционируют кабинеты медико-социальной поддержки беременных женщин, оказав-

шихся в трудной жизненной ситуации, где наряду с врачами акушерами-гинекологами приемы ведут социальные работники, психологи. В 2013 году в кабинеты и центры медико-социальной поддержки в Ставропольском крае обратилось 4796 женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, приняли решение о сохранении беременности 1344 женщины (28 %). В течение последних пяти лет в Ставропольском крае отмечается четкая положительная динамика по снижению количества абортов.

Проведена диспансеризация детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, пребывающих в стационарных учреждениях, которую завершили 4588 детей. Впервые в 2013 году в крае, как и во всей Российской Федерации, проведена диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью.

Органами ЗАГС в рамках мероприятий по организации праздников имянаречения «Детство − счастливая страна» в торжественной обстановке с вручением поздравительных открыток Губернатора Ставропольского края «Письмо в будущее» зарегистрировано 8,4 тыс. рождений детей (25,6 % от всего количества зарегистрированных рождений). В период действия краевой акции «ЗАГС идет в роддом», которая ознаменовалась чествованиями новорожденных и их родителей в родильных домах, проведены торжественные регистрации более 400 новорожденных, среди которых двойняшки, близнецы, первенцы, второй и третий ребенок в семье. В рамках празднования Международного дня семьи проведено 700 торжественных регистрации рождения.

В мае состоялись мероприятия, посвященные празднованию Международного дня детского телефона доверия. Всего было организовано более 900 мероприятий, вручено 150 тыс. листовок с рекламой детского телефона доверия с единым общероссийским номером. В министерстве труда и социальной защиты населения Ставропольского края организован межведомственный круглый стол «Вопросы эффективности деятельности на территории Ставропольского края детского телефона доверия с единым общероссийским номером». В средствах массовой информации Ставропольского края опубликовано более 30 материалов, посвященных Международному дню детского телефона доверия.

Принципы и приоритеты Года семьи и благополучия детей легли в основу всей деятельности краевого министерства образования и молодежной политики. В плане мероприятий проведения Года семьи было предусмотрено участие одаренных детей-инвалидов, обучающихся в общеобразовательных учреждениях, в Международной олимпиаде в г. Варшава. Команда Ставропольского края заняла 4 место среди 7 команд, принявших участие в Олимпиаде.

Проведена акция «Доброе начало. Соберем ребенка в школу». По итогам акции оказана помощь 15 620 обучающимся из малообеспеченных семей на сумму более 2 млн рублей в виде школьной формы, канцелярских товаров, наборов для первоклассников и так далее.

Предусмотрен целый ряд мероприятий, направленных на решение вопросов, связанных с благополучием детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Эти же целям послужил краевой форум приемных семей, направленный на повышение престижа приемных, опекунских, патронатных семей и семей усыновителей, в котором приняли участие свыше 200 замещающих родителей из всех территорий края. В рамках форума были подведены итоги краевого конкурса «Приемная семья − теплая семья», победителем, которого стала приемная семья Николаевой Ольги Николаевны и Мурадова Адалят Шихбаба-Оглы из Кировского муниципального района.

В 2013 году издано 30 видеопаспортов детей-сирот, воспитывающихся в 10 детских домах Ставропольского края. Министерством обравместно с СТВ организована акция «Чужих детей не бывает». В рамках акции были показаны видеоролики о детях-сиротах, воспитывающихся в 12 детских домах с целью их семейного устройства. Проведён краевой конкурс художественного творчества воспитанников государственных образовательных учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей «Созвездие».

На базе санаторного детского дома № 12 г. Ставрополя для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, состоялось открытие специализированного отделения для детей и матерей с детьми, оказавшихся в социально опасном положении, а также ресурсного центра по развитию семейных форм устройства детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. В крае проведены акции в краевых и районных газетах «Им нужна семья», «Где ты, мама».

Финальным этапом фестивалей молодых семей «Я + Я = молодая семья», проводимых во всех районах и городских округах Ставропольского края, стал Губернаторский бал молодых семей, состоявшийся 15 октября 2013 года. Целью бала являлась пропаганда семейных ценностей и семейного воспитания. Его участниками стали 40 семей со всего Ставрополья. На бале чествовали также победителей краевых конкурсов «История нашей семьи», «Семья и моя малая Родина». Все семьи-участницы были отмечены подарками. Трем семьям был присужден титул «Выдающаяся молодая семья Ставропольского края 2013 года».

Министерством физической культуры и спорта проведены краевые финальные соревнования по 6 видам спорта «Папа, мама, я − спортивная семья». Победителями стали семья Тановых (Предгорный район), семья Кошелевых (Новоалександровский район), семья Кузуб (Шпаковский район). Организован краевой этап открытых Всероссийских соревнований по футболу среди команд детских домов и школ-интернатов «Будущее зависит от тебя». Лучшие игроки были награждены ценными подарками от федерации футбола.

1 июня 2013 года стартовал благотворительный марафон «Спешите делать добро», ежегодно организуемый Ставропольским краевым отделением Российского детского фонда. Общая сумма поступивших в прошлом году средств составила 35 млн рублей. В рамках марафона сотрудники Детского фонда совершили 67 выездов в города и районы края для оказания помощи 1841 семье (7953 чел.), оказавшейся в трудной жизненной ситуации, на общую сумму 6,3 млн рублей. Детским фондом проведена акция «Чужого горя не бывает», направленная на привлечение внимания к проблемам семей, имеющим детей-инвалидов, детей с тяжелейшими формами заболеваний.

Для создания крепкой и благополучной семьи важна не только духовная основа. Экономическая поддержка семьи государством, содействие в приобретении жилья – это те механизмы, которые дают определённую степень надёжности и уверенности семье в её развитии. В плане проведения года семьи и благополучия детей предусмотрены мероприятия министерства строительства, архитектуры и жилищно-коммунального хозяйства края, в том числе обеспечение жилыми помещениями детей-сирот. Планировалось приобрести 387 жилых помещений, по факту приобретено 392.

Постановлением Правительства Ставропольского края утверждена краевая целевая программа «Развитие сети дошкольных образовательных учреждений». Создано 3632 места, их них 250 мест − за счет строительства детского сада, 3382 места − за счет проведения капитальных ремонтов, перепрофилирования помещений дошкольных образовательных учреждений. Проблемы в решении этого вопроса остаются, и их решение − одна из задач на 2014 год.

В 2013 году в Ставропольском крае продолжалась реализация приоритетного национального проекта «Доступное и комфортное жилье − гражданам России» и мероприятий реализации подпрограмм федеральной целевой программы «Жилище» на 2011–2015 годы. В рамках подпрограммы «Обеспечение жильем молодых семей» в 2012 году выдано 344 свидетельства молодым семьям Ставропольского края на приобретение жилья.

Проведенный в 2013 году в нашем крае органами государственной и муниципальной власти, государственными учреждениями и общественными организациями комплекс мероприятий позволил улучшить положение семей с детьми. Укрепился авторитет самого института семьи, по результатам социологических исследований наметился рост популярности у молодежи семейных ценностей.

Однако, вопросов, требующих дальнейшего решения, остается много.

К положительным итогам проведения Года семьи и благополучия детей мы можем отнести:

– увеличение количества многодетных семей на 2 368 семей по сравнению с 2012 годом и, как я уже отмечала, впервые за последние десятилетия достигнут естественный прирост населения в целом;

– установление приемным семьям, семьям опекунов (попечителей) мер социальной поддержки, предусмотренных для многодетных семей;

– осуществление с 01 июля 2013 г. индексации размеров ежемесячной денежной компенсации многодетным семьям на каждого ребенка в возрасте до 18 лет с 300,00 рублей до 316,50 рублей, ежегодного социального пособия на проезд с 1104,35 рублей до 1165,09 рублей;

– увеличение числа детей-сирот, передаваемых в семьи: в 2013 году выявлено 1094 ребенка, передано в семьи 1005 детей (91,8 %), в 2012 году выявлено 1337 детей, устроено в семьи 884 ребенка (66,1 %).

Итоги, которые подводятся в конце 2013 года, нужны для того, чтобы анализировать и обозначать проблемы, и снова их решать. Работать над ними предстоит ежегодно и ежедневно, независимо от того, каким будет провозглашён очередной год. Важно учитывать, что каждый пятый житель Ставропольского края − несовершеннолетний и каждый ребёнок нуждается в заботе − семейной, государственной, общественной.

Список литературы:

1. Багмет К.В. Социальная ипотека для молодых семей в Ставропольском крае // Семья. Общество. Государство: история и современность – III: Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием (17 декабря 2013 г.), г. Ставрополь / под ред. канд. полит. наук Гударенко Р.Ф., канд. ист. наук, доцента Ряснянской Н.А., канд. юр. Наук Автомоновой М.В. Ставрополь : Изд-во «Агрус», 2014. С. 306–314.

2. Гударенко П.В. Система устройства детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в Ставропольском крае // Семья. Общество. Государство: история и современность – III: Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием (17 декабря 2013 г.), г. Ставрополь / под ред. канд. полит. наук Гударенко Р.Ф., канд. ист. наук, доцента Ряснянской Н.А., канд. юр. Наук Автомоновой М.В. Ставрополь : Изд-во «Агрус», 2014. С. 49–59.

3. Гударенко П.В. Инновационные технологии социально-педагогического сопровождения и адаптации приемных семей в Ставропольском крае // Наука и практика: мировые, российские и региональные тенденции развития: Материалы Всероссийской научно-практической конференции. Филиал РГСУ в г. Сочи; Филиал РГСУ в г. Ставрополь; Издательство «Стерх»; под редакцией О.Ю. Колосовой; О.Л. Стародуб; Л.Г. Зимовец. Сочи-Ставрополь, 2014. С. 32–35.

УДК 159.9923.3

МОДИФИКАЦИЯ МЕТОДИКИ ВЫБОРА ЦВЕТА М. ЛЮШЕРА

А.И. Гунько, младший научный сотрудник научно-исследовательской лаборатории «Инновационных образовательных технологий и адаптации иностранных военных специалистов в процессе обучения», Военный учебно-научный центр Военно-воздушных сил «Военно-воздушная академия» (ВУНЦ ВВС «ВВА», филиал, г. Краснодар), e-mail: andreigunko@mail.ru,

Ю.В. Тупикина, старший научный сотрудник научно-исследовательской лаборатории «Инновационных образовательных технологий и адаптации иностранных военных специалистов в процессе обучения», Военный учебно-научный центр Военно-воздушных сил «Военно-воздушная академия» (ВУНЦ ВВС «ВВА», филиал, г. Краснодар), e-mail: yuliya2008-08@mail.ru,

Н.Ю. Юдина, младший научный сотрудник научно-исследовательской лаборатории научно-методического отдела (профессионального психологического отбора и психологического сопровождения обучения лётного состава) Военного учебно-научного центра Военно-воздушных сил «Военно-воздушная академия» (ВУНЦ ВВС «ВВА», филиал, г. Краснодар), e-mail: yudina-nataly@mail.ru

Аннотация: *в статье изложены результаты работы по модификации методики выбора цвета М. Люшера, используемой с целью изучения состояния психического здоровья курсантов военного авиационного вуза.*

Ключевые слова: *методика М. Люшера, психическое здоровье.*

В рамках исследований, направленных на изучение состояния психического здоровья курсантов военного авиационного вуза в процессе обучения, нами была проведена работа по модификации ряда методик, в том числе и методики выбора цвета М. Люшера (Luscher Farbwahl Test).

Следует заметить, что стандартный вариант методики М. Люшера (M. Luscher) зарекомендовал себя в процессе психологического сопровождения обучаемых ввузе как надежная, эффективная и отвечающая своим задачам методика.

Но при этом достаточно серьезной проблемой оставалось обследование большого количества респондентов, поскольку время процедуры обследования группы используется неэкономно, в связи со стандартными условиями проведения методики, так как психолог может работать только с одним испытуемым [3, 4, 6].

В модифицированном варианте методики мы сделали попытку преодолеть это препятствие и предлагаем использовать стандартные цветные карточки, расположенные по кругу и напечатанные типографским способом на белом листе бумаги формата 200 × 200 мм. При этом цвета калибровались с помощью специальной программы. Испытуемому также предоставляется инструкция с таблицей для фиксации очередности выборов. Для иностранных курсантов, с целью повышения доступности восприятия, инструкция была оптимизирована при помощи эксперта, специалиста-филолога, имеющего большой опыт работы с иностранными военнослужащими. В ходе исследования испытуемому предлагалось внимательно посмотреть на напечатанные на белой бумаге цветные карточки, выбрать (как и в стандартном варианте) наиболее приятный в данный момент цвет и записать свой выбор в первую графу «1 место». Далее предлагается расположить все остальные цвета по убыванию, отметив наименее приятный цвет в графе «8 место».

Через пять минут после выполнения задания обследуемым предлагалось повторить процедуру выборов ещё один раз, причем психологом акцентируется внимание на том, что речь при этом ни в коем случае не идет о проверке памяти. После выполнения методики выполнялась стандартная процедура оценки результатов.

На первом этапе работы с испытуемыми модифицированная методика была апробирована на группе иностранных курсантов ($n_{ивс}$ = 34). Модификация позволила значительно сократить время проведения группового обследования и существенно облегчила обработку результатов, предоставляя возможность более полной оценки личностной группы профессионально важных качеств. Модифицированная методика значительно увеличила оперативность диагностики и «пропускную способность», что особенно важно при проведении массовых обследований. Немаловажно и то, что у психолога остается своего рода наглядный архив из материалов обследований.

На втором этапе нами было проведено исследование, целью которого стало сравнение результатов модифицированного и стандартного вариантов методики М. Люшера. Выборку $n_{ивс}$ = 34 пополнили группа из 12 иностранных курсантов ($n_{ивс1}$ = 12) 4–5 курсов и 21 человек третьего курса российских курсантов ($n_{рф1}$ = 21). Сначала обследуемым был предложен модифицированный вариант, затем традиционный вариант проведения методики М. Люшера. В обоих случаях соблюдалась стандартная процедура проведения обследования.

Анализируя полученные матрицы данных модифицированного варианта и традиционного варианта проведения методики М. Люшера, мы установили, что у респондентов во всех сериях выборов встречаются совпадения по расположению респондентами определённых выбранных цветов на определённых позициях, но наиболее часто этот эффект проявляется на первом-втором и восьмом местах, т.е. позициях «явного предпочтения», «предпочтения» и «подавленных потребностей». Этот факт, по нашему мнению, подтверждает предположение о том, что модифицированный вариант методики сопоставим с результатами стандартного варианта методики М. Люшера.

По результатам проведённых исследований в выборке российских курсантов полных четыре совпадения по первому выбору: у российских курсантов – 76,19 %, у иностранных – 42,86 %; три совпадения по первому выбору: у российских курсантов – 14,29 %, у иностранных – 57,14 %; полные четыре совпадения по восьмому выбору: у российских курсантов – 85,71 %, у иностранных – 57,1 %; три совпадения по восьмому выбору: у российских курсантов – 4,76 %, у иностранных – 28,57 %.

Кроме того, во всех выборках испытуемых наблюдается большое количество «косвенных совпадений», когда один и тот же цвет в разных сериях выборов испытуемых расположен на близких (не далее, чем на один ранг) рядом стоящих позициях, сохраняя тенденцию выбора цветов так называемую палитру.

При обработке и интерпретации данных было выявлено, что полученные психологические характеристики обследуемых по обоим вариантам методики М. Люшера совпадают.

Полученные с помощью модифицированной методики М. Люшера результаты были сопоставлены и проанализированы с результатами других личностных методик, используемых в практике психологического сопровождения обучаемых (16 ФЛО, Р. Кетелла, МЛО и др.). Психологические характеристики обучаемых, полученные с помощью модифицированной методики М. Люшера, схожи с характеристиками, полученными с помощью других методик.

Подтверждают наши предположения о сопоставимости результатов совпадения выборов в обоих вариантах методик и

методы математической статистики. При этом нами был использован критерий хи-квадрат в модуле «Таблицы кросстабуляции (сопряженности)» статистической программы STATISTICA 6.0.

Из таблиц кросстабуляции (сопряженности) следует, что между результатами, полученными двумя вариантами методики М. Люшера, существует статистически значимая взаимосвязь, так как по условиям, принятым в программе STATISTICA 6.0, уровни значимости (p) критериев хи-квадрат Пирсона (Pearson Chi-square) и максимум правдоподобия хи-квадрат (M-L Chi-square) меньше 0,05. Связь между переменными умеренная или сильная (Гамма-статистика больше 0,75), положительного знака. Результаты приведены в таблицах 1–4.

Таблица 1.

Результаты сравнения результатов, полученных с помощью стандартного (СВ)и модифицированного вариантов (МВ) методики М. Люшера. Сравнение 1-го ранга выборов 1-й серии выборов МВ (Сер. 1/2. Р.1) с 1-м рангом выборов 1-й серии выборов СВ (Сер. 1/2. Р.1). Курсанты РФ ($n_{рф1}$ = 21)

Статистика	Значение хи-квадрат (X^2)	Уровень значимости (p)
Хи-квадратПирсона (Pearson Chi-square)	89,25	p = 0,000001
Максимум правдоподобия хи-квадрат (M-LChi-square)	59,91	p = 0,00011
Гамма-статистика (Gamma)	0,95	
R Спирмена (Spearman Rank R)	0,94; t = 12,93	p = 0,000001

Таблица 2.

Результаты сравнения результатов, полученных с помощью стандартного (СВ) и модифицированного вариантов (МВ) методики М. Люшера.МВ (Сер. 2/2. Р.1) и СВ (Сер. 2/2. Р.1). Курсанты РФ ($n_{рф1}$ = 21)

Статистика	Значение хи-квадрат (X^2)	Уровень значимости (p)
Хи-квадратПирсона (Pearson Chi-square)	75,00	p = 0,000001
Максимум правдоподобия хи-квадрат (M-LChi-square)	56,03	p = 0,00036
Гамма-статистика (Gamma)	0,79	
R Спирмена (Spearman Rank R)	0,85; t = 7,07	p = 0,0001

Таблица 3.

Результаты сравнения результатов, полученных с помощью стандартного (СВ) и модифицированного вариантов (МВ) методики М. Люшера. МВ (Сер. 1/2. Р.8) и СВ (Сер. 1/2. Р.8). Курсанты РФ ($n_{рф1}$ = 21)

Статистика	Значение хи-квадрат (X^2)	Уровень значимости (p)
Хи-квадратПирсона (Pearson Chi-square)	70,00	p = 0,000001
Максимум правдоподобия хи-квадрат (M-LChi-square)	37,26	p = 0,00193
Гамма-статистика (Gamma)	0,98	
R Спирмена (Spearman Rank R)	0,99; t = 33,85	p = 0,000001

Таблица 4.

Результаты сравнения результатов, полученных с помощью стандартного (СВ) и модифицированного вариантов (МВ) методики М. Люшера. МВ (Сер. 2/2. Р.8) и СВ (Сер. 2/2. Р.8). Курсанты РФ ($n_{рф1}$ = 21)

Статистика	Значение хи-квадрат (X^2)	Уровень значимости (p)
Хи-квадратПирсона (Pearson Chi-square)	43,45	p = 0,00002
Максимум правдоподобия хи-квадрат (M-LChi-square)	25,96	p = 0,01087
Гамма-статистика (Gamma)	0,95	
R Спирмена (Spearman Rank R)	0,82; t = 6,45	p = 0,000001

В выборках иностранных курсантов наблюдались схожие результаты. В целях экономии места мы не приводим эти данные в этой статье.

Таким образом, основываясь на полученных результатах, мы вполне можем утверждать, что модифицированный нами вариант методики позволяет эффективно одновременно провести обследование большого количества респондентов, значительно увеличивает оперативность диагностики, облегчает обработку результатов, предоставляет возможность сохранения наглядного архива из материалов обследований, что важно при отслеживании динамики.

О валидности и надежности модифицированного нами варианта методики может свидетельствовать то, что он по своей концепции и содержанию соответствует замыслу, цели и задачам исследования; расположение респондентами определённых цветов на позициях, соответствующих целям, способам их достижения личностью и подавляемым потребностям; сопоставимость и схожесть результатов с показателями стандартного варианта методики М. Люшера, подтверждённая методами математической статистики; схожесть психологических характеристик, полученных с помощью модифицированного варианта методики, его стандартного варианта, а так же наблюдений психологов и других эмпирических критериев [2, 5].

Мы планируем продолжить наши исследования и надеемся, что применение описанного в данной статье модифицированного варианта методики М. Люшера как отдельно, так и в комплексе с другими методиками, применяемыми в процессе психологического сопровождения процесса обучения в вузе, органично дополнит инструментарий и расширит возможности психологов.

Список литературы:

1. Базыма Б.А. Цвет и психика : Монография. Харьков : Гос. акад. культуры, 2001. 172 с.

2. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психодиагностике. 2-е изд., перераб. и доп. СПб. : Питер, 2006. 528 с.

3. Драгунский В.В. Цветовой личностный тест : Практическое пособие. Минск : Харвест, 1999. 448 с.

4. Klar G. et al., Luscher-Tesf. Bern-Stuttgart, 1974.

5. К вопросу о валидности теста Люшера. [Электронный ресурс]. URL : http://www.neuch.ru/referat/46562.html

6. Психологические тесты. Метод цветовых выборов. [Электронный ресурс]. URL : http://azps.ru/tests/2/lusher.html.

7. Собчик Л.Н. Модифицированный восьмицветовой тест М. Люшера: Практикум по психодиагностике. СПб. : Питер, 2001. 99 с.

УДК 613

ЗДОРОВЬЕ – НАШЕ БОГАТСТВО

П.П. Григорьев, учащийся 9 класса МБОУ гимназия «Эврика» г-к Анапа, Краснодарский край,

Н.В. Филимонова, научный руководитель

Аннотация: *в статье рассмотрено, работая в группах, выполняя задания на составление алгоритма правильной чистки зубов, дети редактируют памятку по мытью рук, определяют последовательность режимных моментов. Для усиления эмоционального настроя учащиеся обыгрывают ситуации с помощью инсценировок, проводятся музыкальные физкультминутки. По окончании мероприятий проводится рефлексия, где каждый ребёнок для себя определяет, что он сможет сделать для своего здоровья. Затем они приходят к выводу, что самое главное в жизни каждого человека – это здоровье. Слова древнегреческого философа Сократа о том, что «Здоровье – не всё, но всё без здоровья – ничто» становятся повседневным девизом их жизни.*

Ключевые слова: *алгоритм, рефлексия, здоровье, недомогание.*

Здоровье необходимо. Это базис счастья. Добыть здоровье проще, чем счастье. Природа милостива: она запрограммировала организм с большим запасом прочности, и нужно много стараний, чтобы этот запас свести к нулю. Если нельзя взрастить ребёнка, чтобы он совсем не болел, то, во всяком случае, поддерживать у нег высокий уровень здоровья вполне возможно.

Н.М.Амосов.

Забота о сохранении здоровья учащихся – важнейшая обязанность школы, каждого педагога и самого ребёнка. Здоровье – это основа формирования личности. Ещё В.А. Сухомлинский говорил о том, что примерно у 85 % неуспевающих учеников в одной из важных причин отставания в учёбе является плохое состояние здоровья, недомогание или заболевание. И в наши дни это остаётся актуальным вопросом в деятельности педагога. Ребёнок должен понимать, что быть здоровым – это главное условие успешности. Здоровье сберегающие технологии в современной школе должны помогать детям сохранять здоровье, давать необходимые знания, умения и навыки по ведению здорового образа жизни. В аспекте ФГОС здоровье сбережение переходит на новый уровень. Впервые в требования к результатам образования включён критерий, как «способность к контролю и самоконтролю состояния здоровья». Учитель в состоянии создать условия для сохранения и укрепления здоровья ученика. Для этого он должен постоянно шаг за шагом прививать мысль о важности собственного здоровья.

Большое влияние на состояние здоровья школьников оказывает структура урока. Педагог в течении урока наблюдает за функциональным состоянием детей и учитывает динамику работоспособности. В начале урока (первые 3–5 минут) необходимо дать школьникам войти в работу. К середине урока (20–25 минут) нагрузка может быть максимальной. Затем её следует снизить. А в конце урока учащиеся оценивают своё самочувствие с помощью различных рефлексивных приёмов.

Исходя из сказанного следует, что учитель должен наиболее продуктивную часть урока отводить изучению нового материала. При организации учебного занятия педагог должен учитывать: дозировку учебного материала, индивидуальные особенности детей, соблюдение гигиенических требований (систематическое проветривание, освещён-

ность, мебель, соответствующая росту детей), психологическая комфортность учащихся (положительный эмоциональный настрой, создание ситуации успеха, способствующей повышению самооценки), проведение физкультминуток и динамических пауз на уроке (работа с офтальмотренажёром), по утрам обязательная физическая зарядка.

С 2006 года мы работаем по системе здоровье сберегающей технологии В.Ф. Базарного, что позволяет нам ещё использовать дополнительные приёмы в работе: обучение учащихся в режиме смены динамических поз, работу с наглядным материалом, максимально удалённым от глаз ребёнка; экологическое панно для расширения зрительных горизонтов и развития воображения детей; сенсорные кресты, сигнальные метки; работа за конторками с массажными ковриками, различные упражнения для глаз.

Здоровье сбережение мы прослеживаем не только в процессе изучения учебных предметов, но и во время внеурочной деятельности. в игровой форме, на классных часах дети знакомятся с нормами здорового образа жизни. Занятия проходят в интересной и увлекательной форме. С первых минут занятия дети эмоционально настроены на восприятие материала.

Работая в группах, выполняя задания на составление алгоритма правильной чистки зубов, редактируют памятку по мытью рук, определяют последовательность режимных моментов. Для усиления эмоционального настроя учащиеся обыгрывают ситуации с помощью инсценировок, проводятся музыкальные физкультминутки. По окончании мероприятий проводится рефлексия, где каждый ребёнок для себя определяет, что он сможет сделать для своего здоровья.

Таким образом, дети приходят к выводу, что самое главное в жизни каждого человека – это здоровье. Слова древнегреческого философа Сократа о том, что «Здоровье – не всё, но всё без здоровья – ничто» становятся повседневным девизом их жизни.

УДК 614.2:616-651

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВРАЧЕБНЫХ КАДРОВ ПО КЛИНИЧЕСКИМ СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ

Н.В. Данилова, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник ЦНИИОИЗ г. Москва, e-mail: danilova@mednet.ru

Аннотация: *рассмотрены показатели текущего состояния и данные российского мониторинга врачебных кадров по актуальным, для сохранения здоровья населения, клиническим специальностям врачей. Современная ситуация требует совершенствования кадрового состава, целевого планирования и распределения по территориям с адекватнымфинансированиемдеятельности, соблюдением требований технологий управления кадровыми ресурсами.*

Ключевые слова: *врачи клинических специальностей, кадровая инфраструктура, мониторинг состава медицинских работников, управление персоналом, региональные программы развития кадров.*

Одним из необходимых условий сохранения здоровья является эффективное функционирование системы здравоохранения на всех уровнях, включающее, прежде всего, доступность, а также – технологичность, организацию и качество

оказания медицинской помощи населению. Роль медицинских работников в решении этих задач – не только основная, но и потенцирующая другие необходимые условия и ресурсы.

Значимым фактором, ограничивающим адекватное обеспечение населения лечебно-профилактическими услугами, является нехватка врачебного персонала [5, с. 4]. Вместе с тем, при наличии различий в численности врачей и их обеспеченности по странам мира (расчет на 10 или 100 тыс. населения), согласно базе данных Европейского регионального бюро ВОЗ, Россия выступает в числе лидирующих по этому показателю государств. За 2011–2013 гг. обеспеченность врачами составила в стране на 10 тыс. жителей 40,9 – 41,5 – 41, 0.

Абсолютная численность врачей при расчете включала специалистов, работающих в учреждениях подготовки медицинских кадров, органах управления здравоохранением, врачей-стоматологов, по санитарии и эпидемиологии, гигиене, реабилитации (физиотерапия, рефлексотерапия, лечебная физкультура, мануальная терапия), в целом составляющие до 27,0 % от общего числа лиц с высшим медицинским образованием, подготовленных в профильных ВУЗах. Вместе с тем, по определению ВОЗ, эти врачебные кадры не учитываются в формуле расчета обеспеченности врачами.

Применение методики, принятой в большинстве стран мира [4, с. 53], показало, что обеспеченность практическими врачами в России составляет 28,8–29,2 10 тыс. населения (2006–2011гг.). Этот показатель значительно ближе к величине, определяемой, в среднем, по большой группе стран, входящих в Организацию экономического сотрудничества и развития – 31,0.

Использование, помимо российской практики, опыта международных расчетов численности кадров здравоохранения, позволило дать более объективную, независимую оценку кадровой инфраструктуры в Российской Федерации, реализовать сопоставимость отечественных и зарубежных данных, утвердить позицию адекватности при сравнении сложившейся ситуации по странам. Кроме того, в соответствии с номенклатурой специальностей для лиц с высшим и послевузовским медицинским образованием (приказ Минздравсоц.развития от 23.04.2009 № 210н, ред. от 09.02.2011 № 94н), представилась возможность сформировать основной отечественный перечень клинических специальностей специалистов, в каждодневной практике осуществляющих диагностику болезней и курацию больных пациентов в качестве лечащих врачей.

К врачам «клинических» специальностей с 2012 года в России отнесены: акушеры-гинекологи, аллергологи-иммунологи, гастроэнтерологи, гематологи, гериатры, дерматовенерологи, диабетологи, инфекционисты, кардиологи, кардиологи, детские, колопроктологи, неврологи, нейрохирурги, неонатологи, нефрологи, общей практики (семейные), онкологи, онкологи детские, оториноларингологи, офтальмологи, педиатры, врачи по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению, профпатологи, психиатры, психиатры-наркологи, пульмонологи, ревматологи, скорой медицинской помощи, терапевты, травматологи и ортопеды, урологи, урологи-андрологи детские, фтизиатры, хирурги, хирурги детские, хирурги пластические, хирурги сердечно-сосудистые, хирурги торакальные, хирурги челюстно-лицевые, эндокринологи и эндокринологи детские [3, с. 1].

В итоге проведенной отечественной регламентации были созданы условия для ежегодного мониторинга этой группы специалистов, сформированы возможности в корректировке мер вмешательства сообразно с изменяющимися параметрами кадровой инфраструктуры. Данные расчетов, проведенных в ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения, свидетельствуют, что численность группы практических (практикующих) врачей во всех российских регионах – наибольшая [3, с. 11]. Долевой показатель, характеризующий медицин-

ских работников с сертификатом клинической специальности, составил по Российской Федерации в целом –58,0 (2012 г.) и 57,6 % (2013 г.) – таблица 1.

Наибольший удельный вес практических врачей зарегистрирован в Северо-Кавказском, Дальневосточном, Приволжском, Уральском и Центральном регионах, самый низкий – в Сибирском ФО.

Однако при расчете обеспеченности территориального населения врачами клинических специальностей рейтинговые позиции сохранились только в Дальневосточном и Центральном регионе, выше среднероссийского параметра составила обеспеченность профильными врачами – в Северо-Западном ФО – таблица 2. То есть, соотношение состава врачей и постоянно проживающего населения в 3-х регионах было наиболее адекватным, в других – менее соответствовало как численности жителей, так и – кадровой инфраструктуре врачей.

Таблица 1.

Доля врачей клинических специальностей в общей численности врачей по федеральным округам (ФО), 2012–2013 гг.

РФ и регионы	2012	2013
Российская Федерация	58,0	57,6
Центральный ФО	58,4	57,2
Северо-Западный ФО	57,3	56,9
Южный ФО	58,4	57,3
Северо-Кавказский ФО	62,1	62,2
Приволжский ФО	59,6	59,2
Уральский ФО	58,6	57,8
Сибирский ФО	55,3	54,5
Дальневосточный ФО	59,1	58,8

Таблица 2.

Перечень федеральных округов (ФО) с наибольшей и наименьшей обеспеченностью врачами клинических специальностей на 10 тыс. населения (2012–2013 гг.)

Обеспеченность врачами		Обеспеченность врачами	
Наибольший показатель		Наименьший показатель	
2012	2013	2012	2013
Северо-Западный 29,0	28,9	Сибирский ФО 25,4	24,6
Дальневосточный 27,7	26,8	Приволжский 24,9	24,6
Центральный 27,3	26,8	Южный 23,7	23,4
РФ 25,9	25,5	С-Кавказский 23,6	23,4
		Уральский 22,9	22,8
		РФ 25,9	25,5

В разрезе федеральных субъектов лидерами по обеспеченности врачами-клиницистами являются: по Центральному округу – Ярославская, Ивановская, Рязанская, Воронежская, Курская, Смоленская области (31,6–27,0), г. Москва (35,3); в Северо-Западном ФО – республика Карелия (28,1), г. Санкт-Петербург (41,4); Южном – Астраханская область, республика Калмыкия (33,4–29,1), Северо-Кавказском – республика Северная-Осетия-Алания (42,2); Приволжском – республики Мордовия, Чувашская, Саратовская, Оренбургская области (30,3–26,9); Сибирском – Томская, Новосибирская области, республика Тыва (30,1–

27,6); Уральском – Ханты-Мансийский, Ямало-Ненецкий АО (30,0–27,9), Дальневосточном ФО – Чукотский АО, республика Саха (Якутия), Магаданская, Амурская области, Хабаровский край (37,6–27,6 на 10 тыс. населения).

К аутсайдерам относились Владимирская, Калужская, Тамбовская, Тульская, Вологодская, Калининградская, Ленинградская области, Чеченская республика, Ставропольский край, Еврейская АО с показателями от 20,0 до 17,9 на 10 тыс. территориального населения.

В общей численности врачебного клинического сообщества (2013 г.) доля широко востребованных жителями специалистов, работающих терапевтами, занимает 18,4 %, педиатрами – 14,0 %, акушерами-гинекологами – 10,4 %, хирургами общего профиля – 7,4 %, врачами скорой медицинской помощи (СкМП) – 3,9 %, общей врачебной практики (ОВП) – 2,7 %.

Статистика обеспеченности врачами этих специальностей свидетельствует о некотором росте только по 2-м профилям – ОВП, СкМП (с темпом прироста в 2013 от 2012 года соответственно – 1,4, 5,6 %.). Снижение показателя, за тот же период, с наибольшей значимостью выявлено по терапевтической, хирургической, педиатрической специальности при темпе убыли, составившей 2,3, 2,1, 1,7 % – таблица 3.

Таблица 3.

Обеспеченность российского населения врачами отдельных клинических специальностей, 2012–2013 гг. (на 10 тыс. жителей)

Клинические специальности врачей	Российская Федерация	
	2012 г.	2013 г.
Акушерство и гинекология	5,00	4,94
ОВП	0,69	0,70
Педиатрия	19,38	19,05
СкМП	0,18	0,19
Терапия	4,82	4,71
Хирургия	1,94	1,90

На уровне российских субъектов обнаруживается более выраженный дисбаланс и непропорциональность в численности врачей самых дефицитных, начиная с первичного звена медико-санитарной помощи, профессий – от цифр, соответствующих и выше среднероссийских, до низких параметров. Так, удовлетворенность потребности в терапевтах взрослого населения, на уровне менее 3,00 – в Вологодской, Пензенской области, Чувашской республике, Татарстане; менее 1,50 хирургов на 10 тыс. населения (без роста показателя за 2013 год) приходится на жителей Ленинградской, Псковской, Вологодской областей, республики Марий-Эл Ненецкого АО, Еврейской АО.

Самые малые показатели обеспеченности врачами-педиатрами (меньше 13,00 на 10 тыс. детского населения) – в республиках Дагестан, Ингушетия, Адыгея, Бурятия, Курганской области, в Чеченской республике – 5,36 на 10 тыс. детей.

Таким образом, по данным аналитической статистики, можно заключить, что кадровая политика развивается во времени, но результаты не везде носят желаемый характер. Поставленные каждым федеральным субъектом региональные задачи, сформулированные в программах развития медицинских кадров и «дорожных картах» (2014–2017 гг.), а также – в стратегии кадрового раздела федеральной программы «Развитие здравоохранения» реализуются постепенно и нелегко.

Текущее положение свидетельствует о необходимости улучшения эффективности управления врачебными кадрами с позиции финансирования их трудового

процесса. Актуализируются вопросы внесения поправок в критерии соотношения: заработной платы и уровня инфляции, среднего заработка административного персонала к оплате труда основных «клинических» медицинских работников, объема доли финансирования в стимулирующих выплатах [1, с. 40]. Важен пересмотр соотношения понятий «базовая», «стимулирующая» оплата труда и их наполнение [2, с. 56], что уже нашло отражение в ключевом предложении об увеличении доли оклада в структуре заработной платы практических врачей [6].

Вне сомнения, рост кадрового потенциала зависим и от других факторов – повышения квалификационного уровня врачей, использования комплекса разнообразных мер морального стимулирования их труда, что усиливает престижность и уважение к профессии. Выбор стратегии развития кадровых ресурсов территориального здравоохранения определяется тем, какие результаты медицинского обслуживания прогнозируются руководителями органов здравоохранения для сохранения и укрепления здоровья жителей российских регионов.

Список литературы:

1. Андреева О.В., Бударин С.С. Использование современных форм аудита эффективности в системе здравоохранения // Вестник Росздравнадзора. 2014. № 6. С. 37–43.

2. Габуева Л.А., Зимина Э.В. Обеспечение внутреннего контроля качества кадрового менеджмента медицинских организаций в условиях внедрения «эффективного контракта» // Вестник Росздравнадзора. 2014. № 4. С. 53–56.

3. Кадровые ресурсы учреждений здравоохранения. Статистический сборник ЦНИИОИЗ. М., 2014. 79 с.

4. Какорина Е.П., Огрызко Е.В. Статистика здравоохранения в России и за рубежом // Здравоохранение. 2012. № 4. С. 52–58.

5. Оценка будущих потребностей в кадровых ресурсах здравоохранения // GillesDussault, JamesBuchan, WalterSermeus, ZilvinasPadaiga, Всемирная организация здравоохранения и ВОЗ от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2010, 42 p.

6. Письмо руководителям высших органов государственной власти субъектов Российской Федерации. Электронный ресурс. URL : http://www.rosminzdrav.ru/news/2014/09/05/1992-ministr-veronika-skvortsova-predl (Дата обращения 08.10.2014).

УДК 314

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ОБЩЕСТВА: СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ

С.Р. Деркачева, старший преподаватель кафедры экономики и предпринимательского права филиала РГСУ в г. Анапе, e-mail: irinaderkacheva@mail.ru,

М.А. Моргайлик, кандидат политических наук, доцент кафедры теории и истории государства и права филиала РГСУ в г. Анапе e-mail: morgailic@mail.ru

Аннотация: *в статье анализируются социально-экономические факторы, детерминирующие показатели продолжительности жизни и рождаемости населения; выявляется динамика процесса повышения продолжительности жизни в советский и постсоветский период в ее зависимости от предпринятых социальных мер; показывается воздействие «парадокса» обрат-*

ной связи на характер рождаемости в современном обществе.

Ключевые слова: *средняя продолжительность жизни, младенческая смертность, коэффициент смертности, «парадокс» обратной связи, «лаговый эффект», фертильный возраст.*

Важнейшими показателями социально-экономического, духовного состояния современного общества являются продолжительность жизни и рождаемость населения. Характер последних детерминирован, в разной степени, качеством жизни, жизненными задачами человека, установками на здоровый образ жизни, ориентацией на рождение второго и третьего ребенка в фертильном возрасте, социокультурной политикой государства.

Так, продолжительность жизни человека определяется не только его биологическими, наследственными особенностями, но и социальными условиями (быт, труд, отдых, питание). Известно, что некоторые люди доживают до 110 и более лет. «Рекорды» продолжительности жизни встречаются в различных странах и частях света и характеризуют её видовой (биологический) предел. Средняя продолжительность жизни – величина переменная: она свидетельствует об усилиях общества, направленных на предотвращение смертности и укрепление здоровья населения.

В экономически развитых странах средняя продолжительность жизни достигла сегодня 70 лет. Средняя продолжительность жизни в России в 1896–97 гг. составляла 32 года, в СССР в 1926–27 гг. – 44 года, в 1958–59 гг. – 69 лет, в 1970–71 гг. – 70 лет. Это результат повышения уровня благосостояния населения, улучшения условий труда, быта, отдыха и питания, развития медицинской науки и здравоохранения, а также снижения уровня младенческой смертности.

Однако разрыв в продолжительности жизни между Россией и европейскими странами увеличился до 7–10 лет у женщин и 14–17 лет для мужчин за период с 1986 по 1994 гг. К середине 90-х годов Россия занимала уже133–134 место в мире по продолжительности жизни мужчин, и 90-100 место по продолжительности жизни женщин, что совершенно не соответствует ни международному авторитету Российской Федерации, ни ее геополитическому положению, ни, наконец, ожиданиям людей, проживающих в одной из крупнейших и наиболее богатых разнообразными ресурсами стран. С 1988 до 1995г. величина средней продолжительности жизни в России неуклонно уменьшалась. В 1993г. спад этого показателя можно назвать катастрофическим: за один год средняя продолжительность жизни мужчин снизилась на 3,1 года, женщин – почти на 2 года. К началу 80-х гг. уровень средней продолжительности жизни начал падать.

Но в середине 80-х годов тенденция смертности в России вновь уменьшилась. В результате антиалкогольной кампании в России была достигнута величина показателя ожидаемой продолжительности жизни 64,9 года для мужчин в 1986 г. и 74,6 года для женщин – в 1988 г. В целом со времени зафиксированного экстремума 1986-88гг. показатель средней продолжительности жизни снизился до уровня 59,19 лет для мужчин и 73,1 года для женщин. Это на 4,71 года ниже для мужчин и на 1,5 года для женщин. Это не говоря о том, что продолжительность жизни мужчин в России в 1970 г. была 70 лет и выше. Причем особенно высока смертность трудоспособного населения, а не стариков и детей, и это при том, что Россия не ведет широкомасштабных военных действий [2].

Показатель средней продолжительности жизни не зависит от возрастно-полового состава населения, от уровня рождаемости, миграции населения. Этот показатель зависит только от уровня смертности по возрастным группам (табл.1).

Таблица 1.

Средняя продолжительность жизни населения СССР и дореволюционной России (в годах)

Годы	Средняя продолжительность жизни		
	всего населения	мужчин	женщин
1896–1897	32	31	33
1926–1927	44	42	47
1958–1959	69	64	72
1968–1971	70	65	74

Разница в продолжительности жизни мужчин и женщин зависит от разного уровня их смертности по возрастным группам. Приведенные данные свидетельствуют о постоянном улучшении здоровья населения СССР, выражающемся в повышении продолжительности жизни.

В 1986–1987 гг. средняя продолжительность жизни в России, как уже отмечалось, превысила 70 лет, но это уже не было столь выдающимся показателем, как 20 лет назад. За это время развитые страны мира увеличили продолжительность жизни примерно на 5 лет и заметно ушли вперед. К тому же, борьба с пьянством из-за сильного противодействия постепенно сошла «на нет» и продолжительность жизни начала снижаться, тем более что, дав позитивный толчок в первые два-три года, перестройка фактически захлебнулась в экономике и социальной сфере.

Начались серьезные трудности: нарастал дефицит, скрытая инфляция, резко расширился «черный» рынок, увеличилась дифференциация доходов, появились легальные и полулегальные миллионеры, нарастал политический кризис, вырос внешнеэкономический долг из-за огромных импортных закупок и сниженных цен на нефть – основной экспортный товар России. С 1990 г. начался кризис, который с конца 1991 г. перерос в трансформационный кризис, связанный с распадом СССР, а затем был шоковый переход к рынку, усугубившийся стихийно обвальной конверсией военного производства и политическими потрясениями.

Этот кризис продолжался до 1998-1999 гг. и привел к снижению валового внутреннего продукта России в 1,8 раза, промышленности – в 2,2 раза, инвестиций – в 5 раз, реальных доходов – в 1,9 раза. Более 11 млн человек стали безработными. А с 1993 г. начался процесс депопуляции: число умерших превысило число рождаемых. Эта депопуляция нарастала и достигла максимума в 1998–2000 гг., когда население страны по естественным причинам ежегодно сокращалось по 900–950 тыс. человек [2]. Особенно стремительно средняя продолжительность жизни уменьшалась в период с 1991 г. по 1994 г., когда Россия достигла минимального показателя продолжительности жизни с 50-х гг. – 63,85 года. Этот показатель, по сравнению с 1986–1987 гг., сократился более чем на шесть лет.

В следующие десять лет вначале показатель продолжительности жизни немного вырос и в 1998 г. достиг 67,07 лет, а потом, как не странно, стал опять снижаться и достиг нового минимума в 2003 г., примерно, – 64,95 года. С 1999 г., когда показатель продолжительности жизни начал снижаться, в экономике России начался довольно интенсивный подъем. В 2000 г. цены на нефть удвоились, экспорт за год вырос на 42 % и впервые превысил 100 млрд Россия получила огромную по тем временам валютную выручку. Поэтому на 12 % поднялись реальные доходы после их значительного снижения в предыдущие годы.

И у страны были возможности значительно улучшить здравоохранение, социальную сферу и предотвратить продолжающееся повышение смертно-

сти. Затем, с середины первого десятилетия 2000-х гг., средняя продолжительность жизни стала ежегодно расти. Во многом этому содействовало осуществление национальной программы «Здравоохранение», через которую выделялись дополнительные деньги на медицину, и эти средства использовались существенно эффективнее основных бюджетных затрат на эту сферу.

Большое внимание было уделено улучшению кардиологической помощи, в регионах страны стали вводиться современные кардиологические клиники, крупные больничные комплексы по онкологии. Во многих регионах стала повышаться зарплата врачей, поликлиники и больницы стали намного лучше снабжаться современными приборами и оборудованием. Улучшилось лекарственное обеспечение за счет массовых покупок лекарств за рубежом. Вообще здравоохранению было уделено существенное внимание, особенно заметное на фоне предшествующего безразличия к этой важнейшей отрасли.

С 1995 г. здесь сменилось 12 министров, что говорит само за себя. В последнее несколько лет возникла стабильность и ежегодное увеличение финансирования. Поэтому смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (а это – главная причина смертности, особенно у мужчин в трудоспособном возрасте) стала заметно сокращаться. Еще больше сократились травматизм и смертность от алкоголизма в связи с запрещением использования «питьевого» спирта в технических целях, снизилось число убийств и самоубийств. Это тоже повлияло на увеличение продолжительности жизни. Ежегодно весьма значительно снижалась детская смертность. За шесть лет она сократилась вдвое (с 15 до 7,5 %) во многом благодаря специально принятым мерам по снижению детской и материнской смертности.

Средний коэффициент смертности в России на 1000 чел. населения снизился с 16,1 % в 2005 г. до 13,5 % – в 2011 г. При этом на 100 тыс. человек населения смертность от болезней системы кровообращения сократилась с 908 до 798 (на 12 %); от внешних причин смертности – с 221 до 144 (на 35 %), в том числе от случаев отравления алкоголем она снизилась втрое; от транспортных травм в связи с ужесточением правил дорожного движения – в 1,5 раза. Число самоубийств снизилось с 32 до 23 (на 18 %), число убийств сократилось вдвое. Смертность от болезней системы дыхания снизилась с 66 до 52 (на 11 %); от инфекционных и паразитарных болезней – с 27 до 23 (на 15 %). К сожалению, практически не снизилась и даже немного повысилась смертность от новообразований, а также смертность от болезней органов пищеварения. Кроме причин сокращения смертности, лежащих на стороне здравоохранения, и улучшения работы правоохранительных органов, определенное влияние на уменьшение смертности оказал общий рост реальных доходов населения.

За 2000–2011 гг. реальные доходы на душу населения России выросли в 2,3 раза, вдвое сократилась бедность, ускоренно стал формироваться средний класс. По мере повышения благосостояния и удовлетворения первичных потребностей люди больше внимания стали уделять своему здоровью и здоровью своих близких, особенно детей. Это также явилось важнейшим фактором повышения продолжительности жизни [2].

На наш взгляд, может оказать негативное воздействие на процессы народонаселения растущий уровень безработицы, особенно, молодежной. Число безработных граждан, зарегистрированных в органах службы занятости населения в целом по стране, составила на 1 января 2015 года 885,6 тыс. человек, что больше на 7,8 %, чем на 1 декабря 2014 года (821,8 тыс. человек), говорится в сообщении Роструда. Эти процессы могут коснуться и выпускников высших учебных заведений. Как указывают социологи Независимого института социальной политики в России, в отличие от Европы, не налажены меры по повышению адаптационного потенциала молодых людей. У молодых людей слишком завышены ожидания. В российских вузах отсутству-

ет технология дружественного отношения к сочетанию работы и учебы студента. Да и сама система высшего образования не готовит молодежь к выходу на рынок труда. Все эти факторы, вместе с невозможностью найти работу, могут повлечь негативные социальные последствия: алкоголизм, наркоманию, депрессию среди молодежи [3], что напрямую окажут воздействие на демографические процессы в обществе.

В отличие от продолжительности жизни, показатели рождаемости населения не имеют прямой зависимости от благополучия семьи. Более того, прослеживается обратная связь, названная «парадоксом» обратной связи: в богатых слоях общества детей рождается меньше, чем в бедных [4]. По статистике самые обеспеченные и образованные слои населения имеют меньше детей, а в крупных и дорогих городах – Москве и Петербурге – рождаемость в среднем составляет 0,8–0,9 ребёнка на семью, хотя в идеале этот показатель должен быть равен 2–3.Данный вывод подтверждают результаты проведенного в сентябре-октябре 2009 г. Росстатом выборочного обследования «Семья и рождаемость» (табл. 2).

Таблица 2.

Среднее желаемое и ожидаемое числа детей в зависимости от оценки уровня жизни

Оценка уровня жизни (в баллах)	Среднее желаемое число детей		Среднее ожидаемое число детей	
	женщины	мужчины	женщины	мужчины
0–30	2,47	2,48	1,74	1,86
40–60	2,25	2,37	1,70	1,90
70–100	2,18	2,31	1,76	1,94

Представленные результаты дают основание говорить о наличии обратной зависимости между оценкой уровня жизни и желаемым числом детей. Особенно заметно это проявилось у женщин. При низкой оценке уровня жизни (0–30 баллов по 100 балльной шкале) желаемое число детей, в среднем, составило 2,47, а при высокой (70–100 баллов) – 2,18. У мужчин эти показатели равны, соответственно, 2,48 и 2,31. В то же время в отношении ожидаемого числа детей можно сказать, что какая-либо зависимость его от оценки уровня жизни у женщин отсутствует совсем, а у мужчин можно говорить лишь об очень слабой прямой связи.

Конечно, материнский капитал и другие выплаты опосредованно оказывают позитивное воздействие на процессы рождаемости. Однако, необходимо признать, что речь должна идти, в первую очередь, о преодолении инерционности репродуктивных норм, активизации политики повышения престижа семей с тремя детьми, разработке социально-демографических механизмов «полезности детей». В противном случае произойдет упрочение бытующих норм чётности, и тем самым, усиление «лагового» эффекта нынешних социальных норм двухдетности и однодетности.

Достаточно оптимистичны прогнозы Росстата в отношении ожидаемой продолжительности жизни (табл. 3) [5].

Для их успешной реализации должны быть подключены рычаги не только социально-экономического воздействия. Необходима масштабная пропаганда здорового образа жизни среди всех слоев населения.

Как показали результаты выборочного исследования поведенческих факторов, влияющих на состояние здоровья населения, проведенного Федеральной службой государственной статистки во всех субъектах РФ в сентябре 2013 года, у основной массы респондентов выявлено двойственное (противоречивое) отношение к своему здоровью и поведенческим факторам его обеспечения. В опросе приняли участие 15875 человек в возрасте 15 лет и более, из них 42,6 % мужчин и 57,4 % женщин [6].

Таблица 3.

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении

Годы	Все население		
	всего	мужчины	женщины
1995	64,52	58,12	71,59
2005	65,37	58,92	72,47
2010	68,94	63,09	74,88
2013	70,76	65,13	76,30

Для подавляющего большинства населения хорошее здоровье декларируется в качестве одной из наиболее актуальных базовых ценностей. Так, на предложение определить по пятибалльной шкале ценность здоровья в ряду других жизненных ценностей 63,3 % опрошенных дали ответы, в которых выражено максимальное ранговое значение ценности крепкого здоровья. Среди женщин таких – 68,1 %, среди мужчин – 56,9 % респондентов.

Однако, признавая на декларативном уровне важность здоровья, полезность занятий физической культурой, пагубность курения, употребления алкоголя и т.д., большинство людей в реальной жизни пренебрегает возможностями сохранения здоровья и рисками его потери. В связи с этим, возрастает роль региональной социальной политики как субъекта реализации социальных проектов как уникальной совокупности взаимосвязанных работ, характеризующихся сочетанием цели, задач, последовательных действий и ресурсов. Социальная цель проекта – развитие спорта, его пропаганда, оздоровление взрослого населения, детей и подростков, социализация и развитие людей с ограниченными возможностями [7].

Россиинеобходимановая идеология здоровья. Здоровый образ жизни, физическая культура должны стать, по мнению российского президента, «социальнымфеноменом,объединяющей силойинациональнойидеей, способствующейразвитиюсильного государства и здорового общества».

Список литературы:

1. Аганбегян А.Г. Достижение высшего уровня продолжительности жизни в России // Российское предпринимательство. 2012. № 2 (200). С. 4–15. URL : http://www.creativeconomy.ru/articles/22771/

2. Гундаров И.А. Демографическая катастрофа в России: причины, механизм, пути преодоления. М. : Эдиториал УРСС, 2001. С. 80–81.

3. Моргайлик М.А., Деркачева С.Р. Региональный рынок труда: пути повышения адаптационного потенциала // Казанская наука. 2010. № 1. Казань : Изд-во Казанский Издательский Дом, 2010. С .206.

4. Моргайлик М.А. Малодетность семьи в условиях демографического перехода. Альманах современной науки и образования. Тамбов : Грамота, 2011. № 6 (49). С. 153–154.

5. Федеральная служба государственной статистики. [Электронный ресурс]. URL : http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/#

6. Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. URL : http://www.gks.ru/freedoc/newsite/ZDOR/Sdp2013.Bfs.Publisher/index.html

7. Деркачева С.Р., Винникова Е.В., Забегаева А.А. Социальное предпринимательство – внешняя составная часть развития современного общества. Казанская наука. 2014. № 12. С. 64–67.

УДК 613

ОСНОВНЫЕ ПРОФИЛИРУЮЩИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В САНАТОРИИ БФО

С.В. Давыдова, заместитель генерального директора по медицинской части «Санаторий БФО»,
В.В. Мокин, врач-терапевт «Санаторий БФО»,
Е.А. Кирилова, врач-педиатр «Санаторий БФО»,
Е.Б. Агапова, врач-невролог «Санаторий БФО»

Аннотация: *в статье представлены санаторно-курортные методы лечения различных нозологий в санатории БФО г. Анапы.*

Ключевые слова: *санаторно-курортное лечение, минеральные воды, сульфидные грязи, водолечение, физиотерапия.*

Курорт Анапа считается одним из лучших приморских курортов Северного Кавказа, он располагается на северо-восточном берегу Анапской бухты Черного моря, на пологом плато, которое километровым выступом уходит в море. К северу Анапа плавно понижается и переходит в большой мелкопесочный «золотой» пляж, шириной от 60 до 400 метров.

В Анапе прекрасный климат, средиземноморский, умеренно влажный, коктейль из степного, морского и горного одновременно. По числу солнечных дней в году Анапа занимает одно из первых мест, среднее их количество в год достигает до 280 дней.

Море у берегов Анапы теплое, температура морской воды летом достигает до (+)24 – (+)25 градусов. Особенный климат Анапы, солнечные, воздушные, морские и песочные ванны создают условия для отдыха, закаливания и оздоровления

К лечебным факторам относятся минеральные воды I бальнеологической группы, V класса по ионному составу: «Анапская» низкой минерализации (4–5 г/л) лечебно столовая гидрокарбонатно-хлоридно-сульфитная натриевая и «Семигорская» средней минерализации (11 г/л) азотно-углекисло-метановая, хлоридно-гидрокарбонатно натриевая, йодная, борная, слабощелочная, с температурой на выходе (+)12, применяются для лечения хронических заболеваний желудочно кишечного тракта.

Анапские иловые сульфидные грязи из Витязевского и Кизилташского лиманов, из местных озер Чембурка, Голубицкое и Соленого, содержат сульфиды от 0,16 до 0,56 %, ионный состав: хлоридный натриевый, минерализация от 10 до 45 г/дм^3, обладают противовоспалительным, рассасывающим, обезболивающим, бактерицидным, десенсибилизирующим, репаративно-регенеративным, иммуностимулирующим и седативным действием.

Анапа как курорт был основан в конце XIX века, сегодня в ней работают более 170 санаторно курортных учреждений.

Одной из старейших здравниц города курорта Анапа является санаторий «БФО», он был создан в 1967 г. как бальнео-физио-терапевтическое объединение. Расположен он в центре Анапы, на живописном берегу, в 150 метрах от моря. Рядом с санаторием находится бювет с минеральной «Анапской» и «Семигорской» водой.

На территории санатория имеется 6 спальных корпуса и 2 лечебно диагностических, с медицинской базой для многопрофильного лечения пациентов с различной патологией.

Широко используются водолечение, имеется 4 бассейна с морской водой: 2 открытый и 2 закрытых с подогревом,

где проводятся занятия лечебной физкультуры с санинструктором групповые и индивидуальные.

В бальнео-терапевтическом отделении используют ванны с морской и минеральной водой, с добавлением солей, ароматических и лекарственных средств: бишофита, скипидара, йодоброма. Различный химический и тепловой эффект неодинаковый по физико-химическому составу воды ванн обусловливает и различия в терапевтическом действии.

Скипидарные ванны, обладают выраженным сосудорасширяющим действием, улучшают периферическое кровообращение, способствующие притоку крови в сосуды кожи, вызывают наибольшее расслабление мышечного корсета, улучшают трофические процессы в мышечной и нервной тканях. Ванны с бишофитом оказывают умеренное противовоспалительное, противоотечное, обезболивающее действие, они ускоряют регенерацию тканей, повышают тонус сосудистой стенки, способствуют улучшению кровообращения, используются для лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата и нервной системы. Йодобромные ванны оказывают седативное, расслабляющее действие используются для лечения функциональных расстройств нервной системы и дерматологических заболеваний. Морская и минеральная вода используется для кишечных промываний и парадонтологического лечения и в виде душей: циркулярного, душа Шарко, восходящего и подводного душа-массажа, когда водными струями или струей под давлением с определённой температурой воздействуют на рецепторы кожи, стимулируют обменные процессы в тканях организма, оказывают тонизирующее, седативное действие.

В морской воде проводится подводная горизонтальная тракционная терапия, которая способствует устранению подвывихов дугоотросчатых суставов и уменьшению мышечных контрактур в пораженном ПДС позвоночника, снятию региональных и генерализованных патогенирирующих миофиксаций. Активизирует механизмы саногенеза и способствует улучшению кровообращения, восстановлению первоначальных биомеханических взаимоотношений между позвонками, оказывает обезболивающий, спазмолитический, декомпрессивный эффект, используется при лечение неврологических проявлений остеохондроза позвоночника.

В отделении «грязелечения» (пелоидотерапии) выполняется лечение анапскими иловыми сульфидными грязями в виде общих и местных аппликаций и внутриполостных: ректальных и вагинальных тампонов. А также в сочетании с физио-терапевтическими процедурами: гальваногрязелечения, электрофореза грязевого отжима, применяют при заболеваниях опорно двигательного аппарата, гинекологических, желудочно-кишечных и дерматологических.

Лечение заболеваний периферической нервной системы и опорно двигательного аппарата проводят продуктами нефтяного происхождения: парафином и озокеритом, которые обладают высокой теплоемкостью, малой теплопроводностью, а содержащиеся в них химические вещества воздействуют на рецепторы тканей, оказывают противовоспалительное, обезболивающее, спазмолитическое, сосудорасширяющее, регенеративное действие.

Для реабилитации больных с цереброваскулярной патологией используется наружное применение озона на голову в виде «пилотки», а также энтерально (ректально), инфитотерапию и сухие углекислые ванны. Озон способствует снижению липидов и углеводов крови, активирует фагоцитоз, стимулирует выработку цитокинов лимфоцитами, оказывает сосудорасширяющий эффект, уменьшает вязкость и свертываемость крови. Инфиотерапия – это импульсное низкочастотное электрическое поле невысокого напряжении, воздействие которого на рецепторы тканей, вызывает трофостимулирующий, легкий обезбо-

ливающий, гипотензивный и седативный эффект. Сухая углекислая ванна, оказывает регулирующее действие на сосудистый тонус, улучшает микроциркуляцию и метаболизм в клетках мозга.

В виде аппликаций для лечения используют «цветы моря» морские водоросли — пальчато-рассеченную ламинарию, она содержит микроэлементы, витамины, белки, углеводы и липиды, по солевому составу близка к тканевой жидкости и плазме крови, воздействуя на рецепторы тканей оказывает иммуностимулирующее, противовоспалительное, улучшает микроциркуляцию и метаболизм в тканях, используется в виде аппликаций для лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата.

Скоро «Санаторий БФО» отметит 50 летний юбилей, за этот период в нем произошли большие изменения, коллектив санатория старается соответствовать духу времени и использовать для лечения и отдыха пациентовпоследние достижения науки и техники.

УДК 159.9

ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЕ СТИЛЕЙ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ НА ХАРАКТЕР АГРЕСИВНОСТИ У ПОДРОСТКОВ

Д.С. Джамалдинов, аспирант кафедры «Детская психиатрия, психотерапия и медицинской психологии» СЗГМУ им.И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург, клинический психолог РДКБ г. Грозный, e-mail: djam.shamhal@mail.ru,

И.М. Никольская, доктор психологических наук, профессор кафедры «Детская психиатрия, психотерапия и медицинской психологии» СЗГМУ им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург, e-mail: nikolskaya_mapo@inbox.ru

Аннотация: *в отечественной и зарубежной психологии широко представлены работы, описывающие многообразие типов семейного воспитания. В подобных исследованиях типологии основаны на авторских критериях. В связи с этим практически невозможно вывести единую классификацию стилей семейного воспитания. Данная статья посвящена рассмотрению различных влияние семейного воспитания на характер агрессивности у подростков.*

Ключевые слова: *стили воспитания, агрессивность, поведение.*

Изменения, происходящие на современном этапе развития общества, повлекли за собой целый ряд проблем, обусловленных ростом различных отклонений в личностном развитии и поведении подрастающего поколения – это привело к росту подростковой жестокости и агрессии. Повышенная агрессивность детей является одной из наиболее острых проблем не только для педагогов и психологов, но и для общества в целом.

Вопросы семейного воспитания и влияния взаимоотношений в семье на ребенка стали разрабатываться в рамках психолого-педагогического подхода (К.Д. Ушинский, А.С. Макаренко, В.А. Сухомлинский, А.Н. Леонтьев, А.В. Запорожец, Н.И. Лисина, А.А. Бодалев и др.). Семья, как совокупность лиц, связанных человеческими отношениями, является институтом, осуществляющим определенные социальные функции. «В области духовной жизни самой важной функцией семьи является воспитание детей» (А.И. Захаров, 1996). Таким образом, семья является той социальной группой, которая первоначально формирует личность человека.

Детскую и подростковую агрессивность и ее причины исследуют С.В. Ковалев, Э.Г. Эйдемиллер, Левитов Н.Д., Фельдштейн Д.И, Антонян Ю.М., Семенюк Л.М., Румянцева Т.Г., Беличева С.А, Фурманов И.А., Можгинский Ю.Б., Реан А.А., Ениколопов С.Н., Осницкий А.К., Ольшанская Е.В., Глоточкин А.Д., Кондрашенко В.Т., Личко А.Е., Миньковский Г.М., Невский И.А. и др.

Изучение зависимости между стилем семейного воспитания и агрессивным поведением у детей сосредоточилось на характере и строгости наказаний и на контроле родителей поведения детей. Изучая последствия родительского вмешательства в драки между детьми в семье, Фельсон обнаружил, что дети проявляют больше физической или вербальной агрессии против единственного брата, или сестры, чем против всех остальных детей, с которыми они общаются.

Было выявлено, что жестокие наказания связаны с относительно высоким уровнем агрессивности у детей, а недостаточный контроль и присмотр за детьми коррелирует с высоким уровнем асоциальное, зачастую сопровождающимся агрессивным поведением.

В связи со стилями семейного воспитания, А. Бандура отмечает, что у ребенка непоследовательные наказания ассоциируются с агрессией. Родители, которые грозятся наказать, но не осуществляют свои угрозы на практике, по сути дела учат ребенка игнорировать их самих. Наказание окажется наиболее эффективным, если его будут применять последовательно, то есть за одно и то же нарушение всегда будет назначаться одна и та же санкция; нельзя один раз наказать за проступок, а в другой раз – проигнорировать подобное поведение. И, наконец, любое наказание требует разъяснения, оно должно занимать определенную нишу в системе эмоциональных отношений между родителями и ребенком.

Американские психологи выделяют два теоретических подхода, позволяющие прояснить характер причинной зависимости между стилем семейного руководства и детской агрессивностью. Олуэйз искал однозначную причинную зависимость между этими параметрами, исследуя постоянные и переменные величины. Паттерсон с коллегами разработал модель семейных взаимоотношений, основанных на принуждении, объясняющую, каким образом негативные семейные взаимоотношения приводят к агрессивному поведению ребенка. Олуэйз работал над проблемой причинности, используя статистический метод, раскрывающий причинную связь переменных, чтобы выявить как влияние

В исследованиях взаимосвязи семейного воспитания и асоциальной агрессии детей Бандурой А. и Уолтере Р. отмечается, что существенным условием развития агрессии является фрустрация, возникшая при отсутствии родительской любви и при постоянном применении наказания со стороны одного или обоих родителей. Также они выделяют несогласованность родительских требований как условие развития агрессии.

Однако стоит учитывать тот факт, что ребенок не является пассивным объектом родительского воздействия. «И нельзя все свести к схеме, что мы воздействуем, творим дитя, а оно «получается» (В.Л. Леви, 1988). Можно говорить об обоюдном вкладе и родителя, и ребенка в инициацию и поддержания стиля взаимодействия, результирующего в формировании поведения, характерологических особенностей, и самосознания ребенка (это утверждение не девальвирует положение о ведущей роли родителей в выстраивании семейных отношений, а показывает «субъектность» позиции ребенка).

Л. Беньямин изучала проблемы влияния поведения и отношений родителей и поведения ребенка. Она доказала, что связь между поведением родителей и поведением ребенка не однозначна: ребенок может реагировать на одно и то же поведение родителя, по крайней мере, двумя способами. Так, он может отвечать на родительское поведение «дополнительно»,

т.е. инициативой на предоставление самостоятельности, бегством на преследование. Но он может отвечать на родительское поведение «защитно», – например, в ответ на отвержение ребенок может пытаться вести себя с родителями так, как будто те любят его и внимательны к нему, и тем самым как бы приглашать родителей изменить их поведение по отношению к нему.

В любом случае, ребенок, вырастая, начинает вести себя по отношению к другим людям так же, как родители вели себя по отношению к нему.

В сложной системе детско-родительского взаимодействия закладывается не только основа отношений с другими людьми, но интегральные личностные структуры, как самооценка и самосознание. В исследованиях Е.Т Соколовой и И.Г. Чесновой подтвержден вывод о том, что формирование самосознания и самооценки есть результат усвоения ребенком определенных параметров отношения к нему родителей.

Проблемы семейного воспитания обостряются в период подросткового возраста. Для родительско-детских отношений этого периода характерна амбивалентность. Развитие семейных коммуникаций должно обслуживать естественный процесс сепарации, превращения подростка в независимую личность. Однако в нашей культуре этот процесс может нарушаться, приобретая конфликтный характер. Происходит столкновение противоречивых тенденций: с одной стороны, стремление родителей видеть своего ребенка независимым и самостоятельным, а с другой – гиперпротекционистские установки, высокое стремление контролировать жизнь своего ребенка. Существование таких установок не лишено оснований: внешний мир предоставляет массу деструктивных воздействий при дефиците позитивных механизмов социализации в обществе, на которые мог бы опереться отделяющийся подросток.

Демократическая модель воспитания встречает наибольшее согласие со стороны подростков. Однако реакции подростков варьируют в зависимости от пола родителей: более доброжелательно принимается авторитарность отца, чем матери (М. Кле, 1991).

В психолого-педагогической литературе широко обсуждается вопрос о мере сравнительного влияния на подростков родителей и сверстников. На этот вопрос не может быть однозначного ответа. Общая закономерность состоит в том, что чем хуже отношения подростка с взрослыми, тем чаще он будет общаться со сверстниками, тем выше его зависимость от сверстников. Наибольшая автономия от родителей при ориентации на сверстников наблюдается в сфере досуга, развлечений, свободного общения. В серьезных жизненных ситуациях подростки все же обращаются к родителям. При всей тяге к самостоятельности, юноши и девушки остро нуждаются в жизненном опыте и помощи старших.

Еще одна проблема современного семейного воспитания – роль отца в детско-родительских отношениях. Во многих семьях отец отсутствует или его влияние на детей большей частью ниже, чем влияние матерей.

Заканчивая анализ особенностей семейного воспитания и их влияния на формирование личности подростка (в частности, такого качества как, агрессивность) мы можем сделать следующие выводы:

Проявление агрессии определяется, в первую очередь, условиями воспитания. Рассмотрение семейного воспитания, как причины агрессивного поведения позволит осуществлять его профилактику и коррекцию. Агрессивное поведение зависит от нескольких факторов семейного воспитания, основными являются: строгость наказания; контроль родителей за поведением подростков, последовательность в воспитании.

Список литературы:

1. Агрессия у детей и подростков: Учебное пособие / под ред. Н.М. Платоновой. СПб. : Речь, 2004. 336 с.

2. Бандура А., Уолтере Р. Подростковая агрессия. Изучения влияния * воспитания и семейных отношений. Пер с англ. М. : ЭКСМО-Пресс, 1999. 512 с.

3. Берковиц Л. Агрессия: причины, последствия и контроль. СПб., 2001.

4. Бисалиев Р.В., Зубкова Т.Н., Кальной В.С., Миронова А.А К вопросу об актуальности изучения проблемы агрессивного поведения у детей и подростков // Фундаментальные исследования. 2007. № 1. С. 77–78.

5. Бэрон Р., Ричардсон Д. Агрессия. СПб. : Питер, 2001. 352 с. : ил. (Серия «Мастера психологии»).

6. Морокина Е.О. О проблемах семейного воспитания // Воспитание школьников. 2003. № 4. С. 48–49.

7. Ниссен Г. Агрессивность и аутоагрессивность у детей и подростков // Социальная и клиническая психиатрия. 1992. № 4. С. 13–19.

8. Семенюк Л.М. Психологические особенности агрессивного поведения подростков и условия его коррекции. М., 1996. 206 с.

9. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. СПб., 2003. С. 144.

10. Фурутан А. Отцы, матери, дети: Практические советы родителям: Пер.с англ. / Предисл. К. Г. Митрофанова. М. : Прогресс, 2007. 192 с.

УДК 159.9

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАСТРОЙСТВО АДАПТАЦИИ У ПОДРОСТКОВ В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Д.С. Джамалдинов, аспирант кафедры «Детская психиатрия, психотерапия и медицинской психологии» СЗГМУ им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург, клинический психолог РДКБ г. Грозный, e-mail: djam.shamhal@mail.ru

Аннотация: *адаптация личности, особенно личности подростка и юноши, затруднена в обществе постоянных перемен: человек не успевает приспосабливаться к стремительному ходу и многообразию событий. В результате растет риск и расширяется сфера дезадаптации. Данный доклад посвящён рассмотрению причины возникновения расстройства адаптации у подростков в Чеченской республике.*

Ключевые слова: *расстройство адаптации, тревожность, посттравматическое расстройство, фрустрация.*

Актуальность работыпродиктована тем, что расстройство адаптации широко распространенная форма кратковременных психических нарушений. Эти расстройства объединяет то, что они возникают у человека под влиянием тяжелых жизненных событий: конфликтов, грозящих опасностей, потерь, резких жизненных перемен, хронических психотравмирующих ситуаций, то есть, психосоциального стресса.

Цель данного исследования: выявить симптомы расстройств адаптации у подростков в Чеченской Республике.

Материал и методы: В исследовании участвовало100 подростков: 45 мальчиков и 55 девочек в возрасте 14–15 лет. Подростки являлись учащимися средней образовательной школы № 56 г. Грозного и средней образовательной школы № 2 села Ведено Чеченской республики.

Применялись методики:

- Шкала реактивной (ситуативной) и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера – Ю. Л. Ханина;
- Опросник с критериями выявления посттравматического стрессового расстройства (ПТСР);
- Шкала диагностики социально-психологической адаптации (К. Роджерс, Р. Даймонд).

Результаты и их обсуждение:

Анализируя результаты исследования:

Диагностика тревожности по методике Ч. Д. Спилбергера – Ю. Л. Ханина.

По результатам данной методики у большинства подростков определен высокий уровень ситуативной и личностной тревожности, который характеризуется низким уровнем самооценки, фрустрированностью ведущих потребностей, недовольством настоящей ситуацией. Такой уровень тревожности способствует развитию стойких невротических тревожных расстройств. При наличии внутренней конфликтности личность не может ощущать себя полноценной. Чем выше уровень тревожности, чем глубже внутренний конфликт личности и, тем больше она склонна к самообвинению.

Выявление симптомов посттравматических расстройств в соответствии с критериями DSM-VI.

Симптомы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) определены у 16 % учащихся г. Грозного, у 16 % учащихся села Ведено:

Наличие травмы – симптом А:

- часто переживал травматическое событие – 19 %

1 группы В (вторжения):

– снятся часто кошмары – 26 %

– часто вспоминают войну – 30 %

2 группы С (избегание):

– часто замыкается в себе – 19 %;

– потеря интереса к деятельности – 22 %

3 группы D (устойчивые симптомы):

– трудности засыпании – 28 %

– частые вздрагивания при резких звуках – 39 %

– часто проявляется агрессия – 16 %

– часто проявляется злость – 17 %

– головные боли – 31 %.

По результатам методики «Диагностика социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда» у 79 % испытуемых определен средний уровень социально-психологической адаптации, у 21 % – низкий уровень. Испытуемых с высоким уровнем социально-психологической адаптации выявлено не было.

Выводы: Полученные данные позволят определить характер доминирующих проблем у исследованных подростков. Психодиагностику проводили подросткам, которые родились в период военных событий. Это поколение выросло в обстановке чрезвычайной ситуации, которая стала для них естественной и повлияла на формирование определенного вида поведения, в которых подросток предпочитает силовые, агрессивные реакции или отгораживается от окружающих. Повышенный уровень тревожности – личностной и ситуативной, а также наличие определенных видов страхов, таких как: причинение физического ущерба, страх перед войной, социально-опосредованные страхи, перед смертью, пространственные страхи в совокупности приводят к нарушению социального функционирования. Это выражается в среднем и низком уровне социально-психологической адаптации.

Полученные данные позволяют сделать вывод о значительном неблагополучии в состоянии психического здоровья детей и подростков, что требует организации квалифицированной медико-психологической и социальной помощи.

УДК 613

МЫ ЗА ЗДОРОВОЕ И ЧИСТОЕ МОРЕ!!!

Г.А. Джумок, кандидат педагогических наук, доцент, заведующий кафедрой техносферной безопасности, математики и информатики, ФГБОУ ВО филиал РГСУ в г. Анапе Краснодарского края,

А.Н. Щеглов, кандидат технических наук, доцент кафедры техносферной безопасности, математики и информатики, ФГБОУ ВО филиал РГСУ в г. Анапе Краснодарского края,

М.В. Пинская, старший преподаватель кафедры социальной работы, психологии и социального права, ФГБОУ ВО филиал РГСУ в г. Анапе Краснодарского края, e-mail: margarita-pinskaja@rambler.ru

Аннотация: *в работе рассмотрены антропогенные и природно-климатические воздействия на состояние акватории бухты города-курорта Анапа. Проведен анализ наиболее значимых факторов, влияющих на состояние воды в бухте. Рассмотрены пути улучшения состояния акватории, в частности, в период летних отпусков.*

Ключевые слова: *город-курорт Анапа, водоросли – Кладофора Бродячая, экология бухты, эвтрофирование бухты, качество воды бухты, антропогенные воздействия, воздействие ветров на акваторию бухты, результаты экспериментальных и морских испытаний.*

В последние годы не стихают споры специалистов об эколого-санитарном состоянии Анапской бухты. Отдыхающие и жители города бьют тревогу по поводу накопления гниющих водорослей в прибрежной зоне бухты в летние месяцы, во время отпусков. Плавающие водоросли, или Кладофора Бродячая, – «камка» у анапских берегов была во все времена, более того, ее использовали в лечебных целях. Среди курортников начала XX века бытовало мнение, что разлагающиеся водоросли, выброшенные на песок, оказывают благоприятное влияние на здоровье и даже исцеляют многие недуги. Но в последние годы из-за увеличения количества вредных веществ в акватории бухты города количество «камки» возросло в разы, что привело к изменению качества воды в бухте. Вода стала загнивать, а в районе между лечебным пляжем и морским портом море превращается в болотную жижу с резким неприятным запахом сероводорода.

Исследования Краснодарского краевого центра по гидрометеорологии и мониторингу окружающей среды показали, что освоение прибрежной зоны Черного моря привело к увеличению объемов, сбрасываемых в море промышленных и хозяйственно-бытовых стоков, содержащих, несмотря на различные способы очистки большое количество органики и минеральных форм азота, фосфора и углерода. Интенсивные формы сельскохозяйственной деятельности способствуют поступлению в море пестицидов и удобрений в результате смыва их с прибрежных полей и виноградников. Концентрации биогенных элементов (в первую очередь азота и фосфора) в речном стоке увеличились за 30 лет в 4–5 раз. Увеличилось содержание биогенных веществ в азовских водах, поступающих из Керченского пролива, под влиянием которых происходит формирование гидрохимических полей на севере восточной зоны Черного моря. В районе Тамань – Анапа в результате затока азовских вод в верхнем 5-метровом слое содержание валового фосфора достигает до 2,0 мкг-астр/л, валового азота до 47,0 мкг-ат/л. Интенсивно развивается в последнее десятилетие на

шельфе нефте- и газодобыча. Строятся новые нефтяные и газовые терминалы в районах Тамани, Ю. Озереевки, происходит активизация портовой деятельности в Анапе и Геленджике. В настоящее время началось строительство газопровода «Южный поток». С перегрузкой работают порты Новороссийск и Туапсе, что периодически приводит к аварийным ситуациям и поступлению значительного количества нефти в прибрежную зону моря Отрицательное влияние нефти и ее соединений проявляется в гибели гидробионтов, при длительном воздействии – в исчезновении естественных поселений моллюсков, водорослей. В результате в прибрежной зоне восточной части Черного моря фоновые значения нефтеуглеводородов составляют 0,03–0,1 мг/л. (В районе Анапы – 0,03 мг/л.) Индикатором интенсивности загрязнения моря сточными водами можно считать синтетические поверхностно-активные вещества (СПАВ), которые входят в состав многочисленных и разнообразных моющих средств, широко применяются в промышленности и быту. В распределении СПАВ отчетливо прослеживается влияние прибрежной зоны конвергенции – за пределами 3–5 мильной зоны концентрации СПАВ составляют практически нулевые значения. Летом концентрации СПАВ в поверхностном слое возрастают. Очаги повышенных значений в основном связаны с крупными городами на побережье. В районе Анапы значения СПАВ изменяются от 1,7 до 10 мкг/л. Проведенные исследования показали, что прозрачность вод Черного моря за последние 50 лет уменьшилась примерно в 2 раза, что является результатом длительного загрязнения воды. Следствием ухудшения качества морской среды является уменьшение воспроизводственных возможностей прибрежной части моря. Признаки эвтрофирования морской воды наиболее сильно проявляются в акваториях с высокой антропогенной нагрузкой. Примером могут служить бухты городов Анапы, Новороссийска, Геленджика. Визуально это проявляется следующим образом: происходит бурное развитие быстрорастущих нитчатых водорослей, к середине лета цветение фитопланктона на мелководье заканчивается гниением отмирающей массы водорослей. Если на открытом побережье моря в результате высокой динамики вод процесс отмирания водорослей не вызывает серьезных проблем, так как большой частью они сносятся течениями и волнением, то в условиях бухты Анапы, где динамика вод значительно отличается от открытой части моря, «признаки эвтрофирования» остаются на берегу. Береговая линия создает ограничение для движения воды, что приводит к слабой промываемости бухты. Кроме этого, в условиях мелководья происходит интенсивный прогрев всей толщи воды в теплый период года, что при интенсивном поступлении органики вместе с речным стоком и ливневыми сбросами приводит к бурному развитию водорослей. Несмотря на продолжающееся антропогенное воздействие, море не деградирует, благодаря существующим механизмам самоочищения, в том числе, в бухте города:

1. Сгонно-нагонные явления. Причиной, вызывающей сгон поверхностной воды в открытое море, является северо-восточный ветер со скоростью 15 м/с и более, который наблюдается каждый раз, когда районы европейской территории России и Украины занимает антициклон, а над юго- востоком Черного моря – циклон. На участке сближения антициклона с севера и циклона с юга в районе Анапа – Туапсе создается большой барический градиент, следствием которого и является сильный северо-восточный ветер – бора. При установившемся северо-восточном ветре со скоростью 11–15 м/с и более течения на поверхности моря устанавливаются уже через 2–3 часа после начала действия ветра. Повторяемость сгонов на восточном побережье составляет в среднем 21 раз в году. Причем, наибольшее количество (18) приходится на холодный сезон и всего 3 на теплый (с апреля по ав-

густ). Чаще всего продолжительность действия северо-восточного ветра составляет от 1 до 3 дней (76 %). В 22 % случаев отмечена длительность от 4 до 8 дней и совсем незначительное число (2 %) приходится на ветер с продолжительностью 10 дней и более. Наиболее часто скорость ветра составляет 11–15 м/с (61 %), скорость дрейфового течения 25–27 см/с. В 20 % случаев наблюдается ветер 16–20 м/с, течение – 34–36 см/с, и в 19 % случаев наблюдается ветер более 21 м/с (более 40 м/с в районе Новороссийска), скорости дрейфовых течений составляют более 45–56 см/с. При скоростях ветра 20–25 м/с скорости поверхностного течения составляют 0,4–0,5 м/с. Горизонты, с которых происходит подъем вод, равны 50–55 м. С выходом глубинных вод на поверхность происходит перестройка полей гидрологических характеристик в поверхностном слое. Особенно ярко это прослеживается в летнее время. С подъемом холодных вод происходит разрушение термоклина, возникновение горизонтальных градиентов температуры, солености, плотности. Минимальные значения температуры – 15,3 °С наблюдали в районе Высокого берега. Однако, редкая повторяемость данного явления в период цветения водорослей не способна серьезно повлиять на улучшение экологической обстановки в районе бухты.

2. Ветровые течения возникают на сравнительно короткие промежутки времени, после начала ветрового воздействия и трансформируются при изменении скорости и направления ветра, причем интервал времени, необходимый для установления течения, зависит от глубины. Чем меньше глубина, тем меньше времени требуется для формирования устойчивого течения. Но в случае бухты ветра западной и северной четверти способствуют не очищению бухты, а наоборот блокированию загрязненных вод у берега и накоплению водорослей в пляжной зоне. От ветров южной четверти бухта закрыта мысом, а течения, которые генерируются при этих ветрах, также не способствуют промыву бухты. Бризовая циркуляция, часто повторяющаяся в теплое время года, формирует слабые течения (до 10 см/с), которые направлены как от берега (ночной бриз), так и к берегу (дневной бриз). В этом случае происходит перемещение вод, но оно ограничивается размерами бухты и тоже не приводит к существенному очищению вод бухты. Наряду с механизмами самоочищения моря необходимо выделить основной фактор, который ограничивает процессы вертикального перемешивания и способствует накоплению загрязняющих веществ в поверхностном слое в летнее время – сезонный термоклин. Формирование его происходит тогда, когда высокие температуры воздуха (в период июля-августа температура воздуха в приземном слое превышает как правило в последние годы 35 °С), способствуют прогреву поверхностных вод до 27–28,5 °С и формированию слоя скачка с градиентом температуры до 5 °С/м. Высокие температуры воды и отсутствие перемешивания являются идеальными условиями для массового развития водорослей. Таким образом, во вторую половину лета в Анапской бухте складываются неблагоприятные гидролого-гидрохимические условия, которые способствуют накоплению органики и бурному цветению водорослей. Рассматривая изменения среднегодовых температур верхнего квазиоднородного слоя (ВКС) на восточном побережье Черного моря на протяжении от Сочи до Анапы, можно отметить, что существует слабо выраженная положительная тенденция. В первую очередь это конечно связано с положительной тенденцией в изменениях температуры воздуха в приземном слое, которая способствует увеличению поступления тепла из атмосферы в море. Следовательно, избыток тепла расходуется на увеличение теплоемкости ВКС моря и подпитки энергетики циркуляционных процессов. Анализируя изменчивость мощности ВКС в летний период в восточной части моря, можно выделить плавное увеличение ВКС за по-

следние 10 лет (в последние годы максимальные значения верхнего однородного слоя достигают 30–35 м). Как следствие происходит заглубление термоклина и возрастание вертикальных градиентов температуры в слое скачка, достигая значения до 5 °С/м. Анализ многолетних изменений солености в Анапе, Геленджике, Новороссийске, Туапсе и Сочи показывает наличие отрицательных тенденций на фоне положительного тренда в среднегодовом суммарном стоке кавказских рек. Выполненная корреляция суммы годовых стоков кавказских рек со среднегодовыми значениями солености в пунктах наблюдений показала устойчивую связь. Коэффициенты корреляции стока Кавказских рек с соленостью в Сочи равны – 0,77, Туапсе – 0,68, Геленджике – 0,65, Новороссийске и Анапе – 0,62 и – 0,58 соответственно. Наименьший коэффициент корреляции солености в Анапе с суммарным речным стоком связан с влиянием на формирование поля солености в этом районе азовских вод, которые имея меньшую соленость, также оказывают распресняющее действие на воды в районе Анапы – Тамани. На основании анализа многолетнего изменения речного стока и солености можно сделать вывод о положительных тенденциях в распреснении поверхностного слоя всего Черного моря. В долгосрочной перспективе, как показывают проведенные исследования, роль сезонного термоклина (пикноклина) как фактора, блокирующего процессы вертикально перемешивания в прибрежной зоне, особенно в бухтах (пример – Анапа) будет возрастать, и связано это будет с изменениями среднегодовой температуры и солености на восточном побережье Черного моря. Соответственно, будут сохраняться все условия, благоприятные для продолжающегося эвтрофирования Анапской бухты [2].

В настоящее время бухту очищают от водорослей с берега с помощью граблей или тех же граблей, но прикрепленных к трактору с мелководья до глубин 30–50 см. При этом кроме водорослей на берег выносится и песок, что недопустимо, поскольку усугубляется проблема сохранения золотых песчаных пляжей Анапы. Если же водоросли, освобожденные от песка, собирать не на берегу, а в море, до наступления процесса гниения, то их вполне можно использовать в качестве удобрений, лекарственных средств и др.

Переработка чистой (не смешанной с песком или донными отложениями) «камки» может стать перспективным бизнесом. Если собрать эти водоросли, то можно думать об их возможном применении, так как свободно плавающие водоросли содержат до 40–45 % растительных белков, 30–35 % – углеводов, до 10 % – липидов. Эти водоросли богаты не только легко усвояемым организмом человека органическим йодом, но и железом, цинком, медью, кобальтом и другими микроэлементами. Они содержат весь спектр витаминов, аминокислот и биологически-активных веществ, среди которых полисахарид фукондак, обладающий мощным противоопухолевым действием. Кроме того, сухие свободно плавающие водоросли не горят, являются прекрасным теплоизолятором. Из высушенных водорослей можно делать матрацы и подушки, которые источают мягкий, еле уловимый запах йода, брома и сероводорода, успокаивая нервную систему и способствуя сну. Они могут использоваться в медицинской практике при лечении заболеваний опорно-двигательного аппарата, кожных покровов, органов дыхания и пищеварения.

Чтобы заинтересовать потенциальных инвесторов и будущих заказчиков, нужны образцы предполагаемой продукции («камка» сухая, «камка» консервированная, автолизаты или гидролизаты из «камки»). Эти образцы необходимо отправить на апробацию в лаборатории предприятий, занимающихся разработкой и выпуском биологически-активных добавок, лечебных медицинских и косметических препаратов.

Анапа – это прежде всего город-курорт и для того чтобы его сохранить,

нам необходимо искать эффективные способы очистки пляжей от «камки». Вот тогда водоросли в летний период, в период массовых отпусков перестанет быть головной болью администрации, жителей города и отдыхающих на золотых пляжах Анапы. А это значит, что больше средств пойдет на социальные нужды и благоустройство города-курорта. Добыча «камки» будет способствовать очистке акватории бухты и пляжей. Чтобы гостям Анапы хотелось вернуться к нам снова и снова, необходимо уделять особое внимание этому богатству города. Проблема водорослей носит комплексный характер. На сегодняшний день по поручению администрации устанавливаются современные навесы, налаживается работа спасательных и медицинских пунктов, оборудуются прогулочные дорожки, душевые, устанавливаются новые стационарные туалетные комнаты, МУП «Объединение курортных услуг» осуществляет боронование пляжных территории уборку «камки», выброшенной на песчаные пляжи. Протяженность убираемых пляжей составляет 11 километров, но этого недостаточно.

Преподаватели и студенты филиала РГСУ в г. Анапе предложили конкретное решение этой экологической проблемы – способ избирательной добычи свободно плавающих незагрязненных песком и донными отложениями водорослей – «камки» в море, что особенно важно в периоды массовых выбросов этих водорослей. Эффективность предлагаемого способа очевидна. Так как на первом этапе роста водорослей, они оказывают благотворное влияние, поглощая микроэлементы. А на втором этапе за счет отмирания, разлагающиеся водоросли приводят к нарушению экологии акватории бухты. Принцип работы предлагаемого способа, можно понять, обратившись к процессу аэрации воды в аквариуме. Обогащение воды кислородом происходит за счет прохождения потока воздушных пузырьков, который подхватывает и поднимает на поверхность свободно плавающие водоросли, корм и сохраняет экологию. На мелководье водоросли собирает устройство, подобное пылесосу [7, 8].

Для подтверждения принципа действия и определения параметров устройств, реализующих принцип избирательной очистки водорослей, в филиале РГСУ с участием МУП «ОКУ» и морского порта были созданы два опытных образца. Эти образцы, макеты и модели успешно прошли морские испытания [4]. Проведенная работа является перспективной и требует административной, финансовой, и прежде всего, общественной поддержки [1, 3, 5, 6].

Студенты филиала РГСУ в г. Анапе разработали анкету социологического исследования для определения отношения жителей города к данной проблеме и приступили к анкетированию. Участие каждогонеравнодушного жителя города, заполнившего анкету, позволит активизировать работу по очистке пляжей и в том числе поддержать наш проект по созданию механических устройств очистки морской воды.

Список литературы:

1. «Аргументы и факты ЮГ» от 03.08.2011 г. // «Война Морской зеленке».

2. Геология морей и океанов: Материалы XVIII Международной научной конференции (Школы) по морской геологии. Т. IV. М. : ГЕОС, 2009. 345 с.

3. Мумин С. «Что делать с цветущим морем» // Независимая газета города-курорта «Анапа» № 56 от 19.07.2011 г.

4. Отчет филиала РГСУ в г. Анапе. Инновационный научно-исследовательский проект «Эффективный способ комплексной очистки водоема». 2012 г.

5. Сологуб В. «Проекты АФ РГСУ получили международное призвание» // Независимая газета города-курорта «Анапа». №111 от 17.12.2009 г.

6. Щеглов А.Н. «А наступит ли курортное завтра» // Газета «Черноморка». № 73 от 15.09.2011 г.

7. Щеглов А.Н., Мурашова Л.Г., Пинская М.В., Рубан С.А., Абесадзе А.В. Лях Д.В. «Перспективы избирательной очистки открытого залива МО город-курорт Анапа» // Знания новой генерации исследователей – экономики современной России: материалы седьмой студенческой межвузовской научно-практической конференции (7 апреля 2011 года, город-курорт Анапа). Анапа : АФ ЮИМ, 2011. 198 с. (163–165).

8. Щеглов А.Н., Пинская М.В., Рубан С.А., Абесадзе А.В. Лях Д.В. Улучшение качества отдыха на побережье Анапы Научное творчество молодежи – шаг в будущее!»: сборник материалов I Межрегиональной студенческой научно-практической конференции (14 апреля 2011 г., город-курорт Анапа). Краснодар : Экоинвест, 2011. 212 с. (123-126).

УДК 331.453

ОРГАНИЗАЦИЯ БЕЗОПАСНОСТИ ОХРАНЫ ТРУДА НА ПРЕДПРИЯТИЯХ

Г.А. Джумок, кандидат педагогических наук, доцент кафедры техносферной безопасности, математики и информатики, ФГБОУ ВО «Филиал Российского государственного социального университета в г.-к. Анапа Краснодарского края», e-mail: Dzumok-anapa@mail.ru

Аннотация: *охрана труда – это сфера государственного управления, цель которой заключается в реализации права человека на жизнь и здоровье в процессе его трудовой деятельности. Соблюдение всех правил по охране труда может в достаточной мере гарантировать безопасный труд работников организации. Охрана труда работников в организации лежит на руководстве организации, а отвечает за нее – инженер по технике безопасности (охране труда). Управление охраной труда в учреждениях – это неразрывная многоуровневая система, направленная на сохранение жизни и здоровья работника на рабочем месте.*

Ключевые слова: *охрана труда; система управления охраной труда; политика в области охраны труда; цели в области охраны труда; организация охраны труда; планирование и применение системы управления охраной труда; предотвращение опасностей; наблюдение, проверка и анализ эффективности деятельности в области охраны труда; действия по совершенствованию охраны труда.*

Многие сферы трудовой деятельность напрямую связаны с риском получать на рабочем месте отрицательно влияющие на здоровье работника травмы. Множество профессий связаны с ежедневным риском не только здоровью, но и жизни работников. Охрана труда – это сфера государственного управления, цель которой заключается в реализации права человека на жизнь и здоровье в процессе его трудовой деятельности. Охрана труда в России обеспечивается за счёт разработанных нормативно-правовых актов, главным из которых является Трудовой кодекс РФ, и организованных согласно им органов управления, которые осуществляют соответствующие надзорные и контрольные функции. Согласно основному российскому Закону, Конституции, к основным правам человека относится его право на жизнь и на здоровье. Одно из направлений, по которым государство осуществляет контроль и обеспечение этих прав – это охрана труда. Требования охраны труда указаны во множестве нормативных документов по охране труда. Соблюдение всех правил по

охране труда может в достаточной мере гарантировать безопасный труд работников организации. Охрана труда работников в организации лежит на руководстве организации, а отвечает за нее – инженер по технике безопасности (охране труда). Охрана труда в различных учреждениях – это сфера государственного управления, цель которой заключается в реализации права человека на жизнь и здоровье в процессе его трудовой деятельности. Охрана труда в России обеспечивается за счёт разработанных нормативно-правовых актов, главным из которых является Трудовой кодекс РФ, и организованных согласно им органов управления, которые осуществляют соответствующие надзорные и контрольные функции. Нормы права направлены также на регулирование отношений в сфере охраны труда между работодателем и работником. Все законодательные и правовые нормы подразделяются на три части: общая, особенная и специальная. Общая часть регламентирует все виды деятельности целиком, особенная часть устанавливает требования для отдельных видов деятельности, а специальная часть касается каждой организации индивидуально.

Управление охраной труда в учреждениях – это неразрывная многоуровневая система, направленная на сохранение жизни и здоровья работника на рабочем месте. Она включает в себя ряд мероприятий,призванных обезопасить жизнь и здоровье человека в трудовом процессе. Так можно выделить: правовые, организационные, социально-экономические, технические, профилактические, санитарно-гигиенические и другие мероприятия. Проверка по вопросам охраны труда осуществляется специальной комиссией и отвечает за условия труда инженер по охране труда. Журналы по охране труда хранятся у инженера по охране труда. При начале нового вида работ или прибытии новых сотрудников проводится вводный инструктаж по охране труда. Полное соблюдение всех требований системы охраны труда может в известной мере гарантировать безопасность всех работников на предприятии. Проверка знаний по охране труда должно войти в трудовое расписание каждого предприятия – когда все работники ответственно подходят к технике безопасности, на предприятии уровень безопасности на рабочем место всегда будет на высоте. Охрана труда по профессиям прописана в инструкциях по технике безопасности почти для каждой профессии.

Согласно Трудовому Кодексу сегодня стало необходимостью создавать службы или вводить должность специалиста по охране труда на предприятия, чья численность превышает пятьдесят человек. В некоторых случаях руководитель лично принимает решение об организации такой службы и издает приказы по охране труда. Законодательно также допускается привлечение сторонних организаций, специализирующихся на услугах в области охраны труда. Нужно заметить, что приглашение сторонней организации сегодня начинает занимать лидирующие позиции, так как именно грамотный специалист с высоким уровнем подготовки и большим опытом работы в этом направлении способен разобраться во всех нюансах ведения охраны труда на предприятии. Система управления охраной труда – это набор взаимосвязанных или взаимодействующих между собой элементов, устанавливающих политику и цели по охране труда и процедуры по достижению этих целей. Система управления охраной труда должна быть совместима или объединена с другими системами управления организации. Система управления охраной труда в организации должна включать:

1. Политику в области охраны труда.
2. Цели в области охраны труда.
3. Организация охраны труда.
4. Планирование и применение системы управления охраной труда.

5. Предотвращение опасностей.

6. Наблюдение, проверка и анализ эффективности деятельности в области охраны труда.

7. Действия по совершенствованию охраны труда.

Политика в области охраны труда – это локальный нормативный акт, в котором излагаются основные принципы и цели организации в области охраны труда. Они включают:

– обеспечение безопасности и охрану здоровья всех работников организации путем предупреждения несчастных случаев и профессиональных заболеваний на производстве;

– соблюдение законов, нормативных правовых актов и других документов по охране труда, коллективных соглашений по охране труда и других требований, которые организация обязалась выполнять;

– обязательства по проведению консультаций с работниками и их представителями и привлечению их к активному участию во всех элементах системы управления охраной труда;

– непрерывное совершенствование функционирования системы управления охраной труда.

Политика предприятия в области охраны труда разрабатывается после консультации с работниками и их представителями и должна:

– соответствовать специфике организации, ее размеру, характеру деятельности и масштабам рисков, а также быть увязанной с хозяйственными целями;

– быть краткой, четко изложенной, иметь дату создания и вводиться в действие подписью работодателя либо по его доверенности уполномоченного лица в организации;

– предоставляться всем работникам организации и находиться в легко доступных местах для их ознакомления;

– подлежать анализу для обеспечения постоянного соответствия изменяющимся условиям.

При этом указано, что работники и их представители должны активно участвовать в системе управления охраной труда в организации. Для этого необходимо привлекать их к консультациям и участию в совершенствовании охраны труда, информировать и повышать их квалификации в области охраны труда, совестно с профсоюзами или представителями работников создавать совместные комитеты (комиссии) по охране труда.

Для каждого подразделения, функции и уровня управления организацией в соответствии с политикой в области охраны труда, на основе исходного и последующих анализов, должны быть установлены измеримые цели в области охраны труда, которые:

– соответствуют размеру и характеру деятельности организации;

– соответствовали требованиям действующего законодательства и иных нормативных правовых актов, технических и коммерческих обязательств организации, относящихся к охране труда;

– были направлены на непрерывное совершенствование защитных мероприятий по охране труда работников для достижения наилучшей результативности деятельности по охране труда;

– обеспечены ресурсами, реальны и достижимы;

– оформлены в виде документа и доведены до всех соответствующих функциональных структур и уровней управления организацией;

– были подконтрольны и в случае необходимости корректировались.

Целями в области охраны труда могут быть:

1. Установка дополнительного искусственного освещения

2. Установка станков в цехе на виброгасящий фундамент.

3. Организация комнаты психологической разгрузки

4. Проведение замеров изоляции в помещениях

5. Проведение Дня охраны труда в подразделениях

6. Подготовка системы отопления и водопровода к работе в зимних условиях.

7. Установка тепловой пушки в цехе

8. Осенняя проверка зданий комиссией по наблюдению за состоянием и эксплуатацией зданий и сооружений и т.д.

Целями в области охраны труда могут также быть снижение травматизма, уменьшение выбросов вредных отходов в атмосферу, организация восстановительного лечения работников, повышение квалификации работников, обмен опытом и другие.

Работодатель должен, распределять обязанности,ответственность и полномочия должностных лиц и работников по разработке, применению и результативному функционированию системы управления охраной труда и достижению соответствующих целей по охране труда в организации.

В организации должны быть установлены структуры и процессы:

– управления охраной труда в виде линейной управленческой функции;

– определения и доведения до работников организации обязанности, ответственность и полномочия лиц, которые выявляют, оценивают или оптимизируют опасности и риски безопасности труда;

– проведения эффективного и оперативного наблюдения за безопасностью и охраной здоровья работников;

– сотрудничества, передачи и обмена информацией между специалистами и работниками в области охраны труда;

– соблюдения принципов построения систем управления охраной труда в соответствие с действующим законодательством и обязательствами, которые принимает на себя организация;

– установления и выполнения ясной политики по охране труда и измеряемые цели;

– установления эффективных мероприятий по определению, устранению или ограничению опасностей и рисков, способствующие сохранению здоровья в течение трудового процесса;

– разработки программ профилактики заболеваний и оздоровления работников;

– обеспечения эффективных мероприятий по участию всех работников и их представителей в выполнении политики в области охраны труда;

– предоставления необходимых условий и ресурсов для лиц, ответственных за обеспечение охраны труда, включая членов комитета (комиссии) по охране труда, для правильного выполнения ими своих функций;

– обеспечения эффективных мероприятий по участию всех работников, их представителей, а также комитета (комиссии) по охране труда (при их наличии).

На уровне руководителей высшего звена организации должно быть назначено лицо или лица, наделенные обязанностями, ответственностью и полномочиями по:

– развитию, применению, периодическому анализу и оценке системы управлении охраной труда;

– периодической отчетности высшему руководству о результативности функционирования системы управления охраной труда;

– содействию в участии всех работников организации в работах по обеспечению безопасности труда.

В организации должна быть обеспечена компетентность и подготовка всех работников в области охраны труда. Для этого определяются соответствующие требования к необходимой компетентности работников, устанавливаются и своевременно корректируются мероприятия, обеспечивающие наличие у работников необходимой компетентности и квалификации для выполнения своих служебных обязанностей и обязательств по выполнению требований безопасности и охраны здоровья.

Особо подчеркивается, что работодатель должен быть достаточно компетентным в области охраны труда, чтобы грамотно применять системы управле-

ния охраной труда, своевременно и точно определять, и оптимизировать опасности и риски.

Программы подготовки компетентности персонала в области охраны труда должны:

– охватывать всех работников организации в установленном порядке;

– предусматривать своевременную эффективную и первоначальную и повторную подготовку;

– включать оценку доступности и прочности усвоения материала подготовки слушателями;

– предусматривать периодический анализ программ подготовки, их корректировку, по мере необходимости, для обеспечения их соответствия и эффективности;

– предусматривать оформление результатов проверки знаний в установленном порядке, зависящем от размера и характера деятельности организации;

– документально оформляться в установленном порядке в зависимости от размера и характера деятельности организации.

Подготовка должна предоставляться всем слушателям бесплатно и осуществляться, по возможности, в рабочее время.

Документация системы управления охраной труда может содержать:

– политику и цели организации по охране труда;

– распределение ключевых управленческих ролей по охране труда и обязанностей по применению системы управления охраной труда;

– наиболее значительные опасности или риски, вытекающие из деятельности организации, и мероприятия по их предупреждению и снижению;

– положения, процедуры, методики, инструкции или другие внутренние документы, используемые в рамках системы управления охраной труда.

Документация системы управления охраной труда должна:

– быть оформлена и изложена так, чтобы быть понятной пользователям;

– периодически анализироваться, при необходимости, своевременно корректироваться, распространяться и быть легкодоступной для всех работников организации, кому она предназначена и кого касается.

Записи данных по охране труда должны вестись, оптимизироваться и находиться в местах, удобных для пользования. Они должны быть легко определяемыми, и должен быть определен срок их хранения. Работники должны иметь право доступа к записям данных, относящимся к их производственной деятельности, и здоровью с учетом, требований конфиденциальности.

Записи данных по охране труда могут включать:

– сведения, вытекающие из применения системы управления охраной труда;

– сведения о травмах, ухудшениях здоровья, болезнях и инцидентах, связанных с работой;

– требования законов или иных нормативных правовых актов по охране труда;

– данные о воздействиях вредных производственных факторов на работников и о наблюдениях (надзоре) за производственной средой и за состоянием здоровья работников;

– результаты текущего и реагирующего наблюдения функционирования системы управления охраной труда.

Для успешного функционирования системы охраны труда необходимо устанавливать, обеспечивать применение и своевременно вносить изменения в мероприятия и процедуры для:

– получения и рассмотрения внешних и внутренних сообщений (запросов, идей и предложений), связанных с охраной труда, их документальным оформлением, а также подготовки и выдачи ответов на них;

– обеспечения внутренней передачи и обмена информацией по охране труда между соответствующими уровнями и функциональными структурами организации;

– обеспечения получения, гарантированного рассмотрения и подготовки ответов на запросы, идеи и предложения работников и их представителей по охране труда.

Перед составлением плана по охране труда необходимо провести анализ состояния системы управления охраной труда на предприятии.

Это важно, как для новых предприятий, так и существующих длительное время. Исходный анализ служит основой для создания системы управления охраной труда.

Исходный анализ проводят компетентные лица (главный инженер и отдел (инженер) по охране труда, или комиссия по охране труда) с учетом обсуждения с работниками организации и (или) их представителями. В ходе анализа необходимо:

– определить действующие законы и правила, стандарты, программы по охране труда и другие требования, которые необходимо соблюдать;

– определить, предусмотреть и оценить опасности и риски для безопасности и здоровья, вытекающие из существующей или предполагаемой производственной среды и организации труда;

– определить достаточность планируемых или действующих мер защиты для устранения, предупреждения и снижения опасностей и рисков;

– провести анализ результатов наблюдений за состоянием здоровья работников.

По результатам анализа составляется документ, который должен стать основанием для принятия решений о применении или совершенствовании системы управления охраной труда, а также содержать базовый уровень для сравнения и оценки непрерывного совершенствования системы управления охраной труда в организации. Цель планирования в системе управления охраной труда в организации заключается в разработке на предстоящий период комплекса мероприятий, направленных на обеспечение охраны труда, которые будут применяться на тех или иных уровнях системы управления, включающих:

– соответствие условий труда требованиям законов и иных нормативных правовых актов;

– основные элементы системы управления охраной труда в организации;

– непрерывное совершенствование деятельности по охране труда.

План по охране труда составляется по результатам исходного анализа, последующих анализов по результатам контроля за охраной труда, имеющихся опасностей, предложений работников.

Мероприятия по охране труда должны и включать:

– ясное определение, расстановку приоритетности и, где это целесообразно, количественную оценку целей организации по охране труда;

– подготовку плана достижения каждой цели с распределением обязанностей: достижение цели, сроками выполнения мероприятий по улучшению условий и охраны труда с ясными критериями результативности, деятельности для каждого подразделения и уровня управления;

– отбор критериев сравнения для подтверждения достижения цели;

– предоставление необходимой технической поддержки, ресурсов, включая человеческие и финансовые.

На предприятии необходимо иметь и своевременно корректировать мероприятия, вытекающие из наблюдения, оценки и проверок системы управления охраной труда, а также анализа ее эффективности руководством. Эти мероприятия должны включать:

– определение и анализ первопричин любого несоблюдения правил по охране труда и (или) мероприятий систем управления охраной труда;

– инициирование, планирование, реализацию, проверку эффективности и документального оформления корректирующих и предупреждающих действий,

включая внесение изменений в саму систему управления охраной труда.

Если оценка системы управления охраной труда или другие источники показывают, что предупреждающие и защитные меры от опасных и вредных производственных факторов, и рисков неэффективны, то необходимо принять меры, которые должны быть предусмотрены согласно принятой иерархии предупредительных и регулирующих мер. Эти меры должны быть полностью выполнены и документально оформлены.

В организации следует устанавливать и своевременно выполнять мероприятия по непрерывному совершенствованию соответствующих элементов системы управления охраной труда и системы управления охраной труда в целом. Эти мероприятия должны учитывать:

– цели организации по охране труда;

– результаты определения и оценки опасных и вредных производственных факторов, и рисков;

– результаты наблюдения и измерения результатов деятельности;

– расследования несчастных случаев, профессиональных заболеваний и инцидентов на производстве, результаты и рекомендации проверок;

– результаты анализа эффективности системы управления охраной труда руководством;

– предложения по совершенствованию, поступающие от работников организации и комитетов (комиссий) по охране труда;

– изменения в законах и иных нормативных правовых актах, программах по охране труда, а также коллективных соглашениях;

– новую информацию в области охраны труда;

– результаты выполнения программ защиты и поддержки здоровья.

Выполнение требований обеспечения безопасности и охраны здоровья желательно сравнивать с достижениями других организаций в целях совершенствования системы управления охраной труда.

Современный темп производства должен гарантировать безопасность труда не только с позиции гражданской ответственности, но и с точки зрения рационализации труда. На предприятии, где сотрудникам ничто не угрожает и их условия труда защищены сотрудники не получают травм, и, следовательно, общая производительность предприятия возрастает. Отпадает необходимость оплачивать больничные и другие издержки, которые могут быть связаны с травматизмом на предприятии, как частный случай. Таким образом, охрана труда стала одной из молодых, развивающихся сфер бизнеса. Не каждый предприниматель имеет возможность держать в своём штате сотрудника, занимающегося проблемами охраны труда, а несоблюдение установленных законом правил может привести к административной, а в некоторых случаях и уголовной ответственности. Программа по охране труда на предприятии позволяет в короткие сроки провести проверку всех нюансов конкретного вида работ, устранить нарушения и создать безопасную обстановку для сотрудников предприятия.

Список литературы:

1. Зайцева Н.В. Методические подходы к оценке интегрального риска здоровью населения на основе эволюционных математических моделей / Н.В. Зайцева, П.З. Шур, И.В. Май, Д.А. Кирьянов // ЗНИСО. 2011. № 10. С. 6–9.

2. Турченко А.И. О создании Центра охраны труда на Куйбышевской магистрали. С. 68–74.

УДК 616.89

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕННОЙ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ТАБАКОКУРЕНИЯ УЧАЩИХСЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ГОРОДА КРАСНОДАРА ЗА ПОСЛЕДНИЕ ЧЕТЫРЕ ГОДА

Г.А. Ермакова, кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической работе, ГБУЗ «Наркологический диспансер» МЗ КК, главный внештатный нарколог города Краснодара, город Краснодар, email: ermakova@front.ru.

Аннотация: *в данной статье затронута проблема табак курения среди молодежи, включая эпидемиологию, причины, последствия и меры по снижению вреда здоровью. Совместная работа учреждений г. Краснодара способствовала снижению потребления табака, однако был выявлен высокий процент курящих в учреждениях начального и среднего профессионального образования. Степень пагубных последствий курения табака крайне высока. Одним из самых серьезных последствий потребления табака является никотиновая зависимость, которая влечет за собой ряд еще более серьезных болезней. Чемнижевозрастпотребителя, темвышевероятностьформированиязависимости.*

Ключевые слова: *профилактикатабакокурения, анкетирование, наркоустойчивость, здоровый образ жизни, тестирование, катинон.*

Профилактика курения подростков – тема достаточно актуальная, не только в школах среди подростков, но и во всем мире. Основы пропаганды здорового образа жизни должны закладываться с юношеского возраста, а именно в стенах школы.

Курение подростков вызывает тревогу по нескольким причинам: во-первых, те, кто начал ежедневно курить в подростковом возрасте, обычно курят всю жизнь; во-вторых, курение повышает риск развития хронических заболеваний (заболевание сердца, рак, эмфизема легких); в-третьих, хотя хронические заболевания, связанные с курением, обычно появляются только в зрелом возрасте, подростки – курильщики чаще страдают от кашля, дисфункции дыхательных путей, образования мокроты, одышки и других респираторных симптомов.

Причины курения подростков: подражание другим школьникам, студентам; чувство новизны, интереса; желание казаться взрослыми, самостоятельными; у девушек приобщение к курению часто связано с кокетством, стремлением к оригинальности, желанием нравиться юношам.

Однако путем кратковременного и нерегулярного вначале курения, возникает незаметно самая настоящая привычка к табаку, к никотину.

Никотин, являющийся нейротропным ядом, становится привычным и без него в силу установившихся рефлексов становится трудно обходиться. Многие болезненные изменения возникают не сразу, а при определённом «стаже» курения (рак легких и других органов, инфаркт миокарда, гангрена ног).

Школьники в силу незрелости не могут оценить всю тяжесть последствий от курения. Для школьника срок в 10–15 лет (когда появятся симптомы заболеваний) кажется чем-то очень далеким, и он живет сегодняшним днем, будучи уверенным, что бросит курить в любой момент. Однако бросить курить не так легко, об этом можете спросить любого курильщика.

При курении у подростка очень сильно страдает память. Обследования показали, что курение снижает скорость

заучивания и объём памяти. Также замедляется реакция в движении, снижается мышечная сила, под влиянием никотина ухудшается острота зрения. Частое и систематическое курение у подростков истощает нервные клетки, вызывая преждевременное утомление и снижение активирующей способности мозга при решении задач логико-информационного типа.

При курении у подростка происходит патология зрительной коры. У курящего подростка краски могут поблекнуть из-за изменения зрительного цветоощущения, может снизиться в целом многообразие восприятия. Никотин вызывает изменения в сетчатке глаза, в результате – снижение чувствительности к свету. Так же, как у детей, родившихся от курящих матерей, у юных курящих подростков исчезает восприимчивость сначала к зелёному, затем к красному и, наконец, к синему цвету.

В последнее время у окулистов появилось новое название слепоты – табачная амблиопатия, которая возникает как проявление подострой интоксикации при злоупотреблении курением. Никотин повышает внутриглазное давление.

Курение подростков активизирует у многих деятельность щитовидной железы, в результате чего у курящих подростков учащается пульс, повышается температура тела, возникает жажда, раздражительность, нарушается сон. Из-за раннего приобщения к курению возникают поражения кожи – угри, себорея, что объясняется нарушениями деятельности не только щитовидной, но и других желёз эндокринной системы. Возникают проблемы с деятельностью сердечно-сосудистой системы.

Известно, что с увеличением числа курящих подростков помолодел и рак лёгких. Один из ранних признаков этой болезни – сухой кашель.

Курение нарушает нормальный режим труда и отдыха, особенно у курящих подростков, не только из-за действия никотина на центральную нервную систему, но и в силу желания закурить, появляющегося во время занятий. В этом случае внимание ученика полностью переключается на мысль о табаке. Курение снижает эффективность восприятия и заучивания учебного материала, уменьшает точность вычислительных операций, снижает объём памяти. Курящие подростки не отдыхают на перемене, как все другие, так как сразу после урока устремляются в туалет и в облаках табачного дыма и разного рода вредных испарений удовлетворяют свою потребность в никотине. Совокупное действие ядовитых компонентов поглощаемого табачного дыма вызывает головную боль, раздражительность, снижение работоспособности. В результате ученик приходит на следующий урок в нерабочем состоянии.

К сожалению, в силу возрастных особенностей подростки не осознают до конца степень пагубных последствий курения табака.

Как следует из выступления Д.А. Медведева на заседании Совета Безопасности «необходима специальная стратегия государственной антинаркотической политики. Но помимо стратегии, которая всегда является документом общего плана, необходим и насыщенный конкретикой действенный прогноз и план работы по реализации этой стратегии».

Мероприятия по модернизации наркологической службы Краснодарского края до 2016 года разработаны во исполнение Указа Президента Российской Федерации от 07.07.2012 года № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения», в соответствии с основными принципами и направлениями, изложенными в Концепции модернизации наркологической службы Российской Федерации до 2016 года, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 05.06.2014 г. № 263 «Об утверждении Концепции модернизации наркологической службы Российской Федерации до 2016 года».

Для решения поставленных задач необходимо внедрение новых форм и методов профилактических мероприятий, своевременное выявление лиц с наркологическими заболеваниями и лиц, склонных к употреблению психоактивных веществ, освоение современных методов диагностики, лечения и реабилитации больных наркологического профиля.

В последние годы в Краснодарском крае наметилась устойчивая тенденция улучшения основных показателей, характеризующих наркологическую ситуацию.

Одним из рычагов улучшения ситуации является проведение добровольного анонимного информированного экспресс-тестирования учащихся общеобразовательных учреждений города Краснодара.

Этому предшествовала совместная системная работа Министерства здравоохранения Краснодарского края, Министерства образования Краснодарского края, Центра диагностики и консультирования «Детство», администраций общеобразовательных учреждений, Штабов воспитательной работы ОУ, Советов старшеклассников, родительской общественности.

В экспресс-тестировании текущего года принимали участие школьники 9–11-х классов г. Краснодара, студенты 1–2 курсов учреждений НПО и СПО.

Общее количество тестируемых в текущем году составило 24 689 человек, в том числе учащихся общеобразовательных учреждений 15 182 человека, учащихся учреждений начального и среднего профессионального образования 9 507 человек.

Ежегодно в рамках экспресс-тестирования проводится обследование учащихся на табакокурение.

По итогам экспресс-тестирования учащихся ГБУЗ «Наркологический диспансер» МЗ КК совместно со всеми общеобразовательными учреждениями разрабатывается план работы по профилактике табакокурения на следующий учебный год. Специалистами ГБУЗ «Наркологический диспансер» МЗ КК совместно с КНМЦ эти планы анализируются и вырабатываются методические рекомендации для образовательных учреждений по вопросам пропаганды здорового образа жизни несовершеннолетних.

По итогам экспресс-тестирования за четыре года получены следующие результаты о курящих учащихся 9–11-х классов: общее количество курящих учащихся в текущем учебном году ниже, чем в предыдущем и составляет 7,6 %, в 2013–2014 учебном году он был равен 8,9 %, в 2012–2013 учебном году – 14,5 %, а в 2011–2012 учебном году курящих учащихся было 23,3 % (по Краснодарскому краю в прошлом году более 16 %).

Количество курящих учащихся по внутригородским округам распределено следующим образом:

Внутригородской округ муниципального образования город Краснодар	Количество курящих учащихся от общего числа прошедших тестирование (%)	Количество курящих юношей от общего числа прошедших тестирование (%)	Количество курящих девушек от общего числа прошедших тестирование (%)
Прикубанский	9,7	14,2	5,3
Карасунский	7,8	11,3	4,5
Западный	5,9	7,7	4,3
Центральный	5,2	7,4	3,1

Количество курящих учащихся среднеобразовательных учреждений города Краснодара (за четыре учебных года) имеет тенденцию к значительному снижению показателей потребления табака.

Не смотря на уменьшение количества курящих учащихся по сравнению с прошлым годом выявлен высокий процент курящих в учреждениях начального и среднего профессионального образова-

ния, что является необходимым условием для продолжения работы по первичной профилактике в г. Краснодаре среди учащихся, которая имеет цель и долгосрочную программу по снижению вреда здоровью.

Список литературы:

1. Александров А.А., Александрова В.Ю. Профилактика курения: роль и место психолога // Вопросы психологии. М., 2006. № 4. С. 35–42.

2. Бенюмов В.М., Костенко О.Р., Флоренсова К.М. Вред алкоголя, никотина, наркотиков. М. : Просвещение, 2003. 123 с.

3. Вступительное слово Президента России Д.А. Медведева на заседании Совета Безопасности по вопросу совершенствования государственной политики в области борьбы с распространением наркотиков. [Электронный ресурс]. URL : http://narkotiki.ru/ocomments_6723. html

УДК 159.9

МЕТОДЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ С РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ

Н.В. Зайцева, старший преподаватель ЧГПИ, e-mail: selima@yandex.ru

Аннотация: *коррекционная педагогическая помощь аутичным детям сопряжена с определенными трудностями в силу того, что аутизм характеризуется патологией нервной системы и затрудняет формирование эмоционального общения и социальную адаптацию ребенка. Данная статья посвящена рассмотрению методов психологической коррекции для с ранним детским аутизмом.*

Ключевые слова: *ранний детский аутизм, коррекционные программы, дезадаптация, формы работы.*

Ранний детский аутизм является вариантом искаженного психического развития. Как известно, искаженное развитие – это тип дизонтогенеза, при котором наблюдаются сложные сочетания общего психического недоразвития.

Задержанного, поврежденного и ускоренного развития отдельных психических функций, что приводит к возникновению качественно новых патологических образований. При составлении психокоррекционных программ работы с детьми с аутизмом необходимо ориентироваться на сложную специфику их аффективной патологии, специфику искажения в развитии когнитивных, эмоционально-волевых, потребностно-мотивационных функций. Традиционно выделяются две основные группы детей с аутизмом с учетом ведущего симптом комплекса, лежащего в основе искаженного развития: 1) дети с выраженным искажением эмоционально-волевого развития; 2) дети с выраженным искажением когнитивного развития.

Исследователи предлагают различные методы психологической коррекции такие, как игротерапия, арт-терапия, холдинг-терапия, TEACCH, работа с ранними детскими воспоминаниями и другие, высоко эффективны и широко используемые психологами. Психолог, работающий с детьми с аутизмом, должен уметь использовать основы психоаналитической теории в процессе наблюдений за детьми с аутизмом, для того чтобы правильно интерпретировать особенности их поведения. Особое значение при работе с аутичными детьми приобретают методы поведенческой терапии, которые направлены на изменение человеческого пове-

дения и чувств в позитивном направлении с использованием современных теорий научения. Объектом поведенческой терапии детей с аутистическими расстройствами является их поведение. И. Ловаас обосновывает необходимость использования методов поведенческой терапии для детей с аутизмом, обращая внимание на следующие факты:

1. Аутизм рассматривается не как первичное нарушение контактов, а как расстройство восприятия и когниваций (переработки информации).

2. Этиология и патогенез пока не известны, поэтому невозможно включить причину или причины аутизма в терапевтический процесс.

3. Мероприятия поведенческой терапии могут проводиться не только специалистами, но и родителями, другими окружающими ребенка лицами, если они обучены этим методам и понимают принципы их использования.

Между тем классические методы должны быть видоизменены и адаптированы для данной категории детей. В процессе поведенческой терапии детей с аутизмом выделяются два основных направления:

– реакций формирование поведения ребенка с аутизмом;

– устранение тех или иных типов поведенческих.

Формирование поведения у аутичных детей включает в себя:

– стимулирование и развитие речи; помощь в формировании речевых коммуникаций; помощь в специальных взаимодействиях и коммуникациях. Устранение тех или иных типов поведения направлено на:

– редукцию само стимуляции; редукцию стереотипии; устранение саморазрушающего поведения. Методики поведенческой терапии, используемые в психокоррекции детей с РДА, многообразны.

Таким образом, эффективность психокоррекционного процесса в значительной степени зависит от умения психолога правильно составить психокоррекционную программу для ребенка.

При составлении психокоррекционной программы для детей с аутизмом необходимо учитывать следующие методические требования:

1. Должны быть четко сформулированы основные цели психокоррекционной работы.

2. Круг задач следует определить таким образом, чтобы они конкретизировали основную цель.

3. Разработанная коррекционная программа занятий и ее содержательное наполнение должны учитывать степень тяжести аффективной патологии, уровень интеллектуального и речевого развития, а также индивидуально-психологические особенности ребенка, ведущий вид деятельности, специфику семейного воспитания.

Цели и задачи психокоррекционного процесса, реализуемые в процессе психокоррекционной работы с детьми с аутизмом и зафиксированные в психокоррекционной программе, в значительной мере зависят от степени тяжести аффективной патологии у ребенка. Например, поскольку у детей первой группы наблюдается тяжелая степень дезадаптации, проявляющаяся в полной отрешенности от окружающего мира, в отсутствии активных контактов с окружающими и недоразвитием целенаправленного поведения, основной целью психологической коррекции является установление контакта с ребенком. У аутичных детей четвертой группы отмечаются трудности организации общения не только со сверстниками, но и со взрослыми, а нередко и с близкими людьми, что находит отражение в их повышенной чувствительности к нарушению контактов, отрицательной оценке их поведения со стороны взрослых или сверстников, в тревожной самооценке. Соответственно, и главным направлением психокоррекционной работы с ними становится оптимизация процесса общения, формирование адекватной самооценки.

Действия психолога по разработке психокоррекционной программы обязательно предполагают следующую последовательность шагов:

1. Определение формы работы с ребенком (групповая, семейная, индивидуальная).

2. Регламентация формы и направления профессиональных контактов с другими специалистами, работающими с ребенком (логопедом, педагогом-дефектологом, врачом, воспитателем, социальным педагогом и пр.).

3. Разработка соответствующих психокоррекционных технологий с учетом возрастных, речевых, аффективных и интеллектуальных возможностей ребенка.

4. Продумывание формы участия родителей и других лиц в психокоррекционном процессе.

5. Разработка методов анализа и оценки динамики психокоррекционного процесса.

6. Подготовка специального помещения, необходимого оборудования и материалов для занятий.

Важным требованием к составлению психокоррекционной программы является определение формы работы с ребенком: индивидуальная, групповая или семейная. Следует подчеркнуть, что групповая психокоррекция решает те же задачи, что и индивидуальная, но с помощью других средств. Выбор той или иной формы работы зависит от конкретных задач психологической коррекции. Например, для детей с глубокой аффективной патологией, с выраженными фобиями на начальных этапах работы рекомендуется проводить индивидуальные занятия, подготавливая ребенка к групповому взаимодействию. Кроме того, аутичные дети зачастую имеют низкий уровень интеллектуального развития, что требует более интенсивных коррекционных воздействий. Поэтому одних групповых занятий для них будет явно недостаточно: следует сочетать их с индивидуальными занятиями с ребенком

В процессе психологической коррекции детей с аутизмом необходимо обязательное участие родителей. Следует подчеркнуть, что вся деятельность психолога должна быть направлена как на ребенка с аутизмом, так и на его близкое окружение (родителей, братьев, сестер, прародителей, персонал детских учреждений, где пребывает ребенок). Непосредственное участие родителей в занятиях открывает дополнительные возможности:

– смягчение того эмоционального дискомфорта, который испытывают родители в связи с тяжелым психическим состоянием ребенка; формирование у родителей позитивных установок на активную помощь ребенку; обнаружение наиболее эффективного подхода к ребенку, понимание причин его дезадаптивных форм поведения;

– адекватность оценки потенциальных возможностей ребенка.

Задача психолога состоит, прежде всего, в том, чтобы не только оказывать ребенку психологическую помощь, но и суметь показать родителям его потенциальные возможности, сформировать у них собственную оценку особенностей их малыша. Это возможно только при активном включении родителей в процесс психологической помощи.

Коррекционная помощь детям с ранним детским аутизмом требует терпеливости, вдумчивости, изобретательности, систематичности, нешаблонного решения психологических проблем.

Список литературы:

1. Башина В.М. Ранний детский аутизм / Исцеление: Альманах. М., 1993.

2. Веденина М.Ю., Костин И.А. Опыт использования облегченной коммуникации со взрослым аутичным пациентом // Дефектология. 2003. № 6.

3. Гилберт К., Питере Т. Аутизм. Медицинское и педагогическое воздействие. М. : Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС, 2002. С. 144.

4. Лебединская К.С., Никольская О.С. Диагностика раннего детского аутизма: Нач. проявления. М. : Просвещение, 1991.

5. Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. М. : БЕК, 1990.

6. Семаго Н., Семаго М. Психолого-педагогическая оценка готовности ребенка к началу школьного обучения: Программа и методические рекомендации. М. : ООО «Чистые пруды», 2005.

7. Шипицына Л.М. Детский аутизм: Хрестоматия. Спб., 1997.

8. Letter V.Epidemiology of Autistic Conditions in Young Children. Part 1. Prevalence in Classic Reading in Autism / Ed by Anne M. Donnellan. NY.– L. : Teachers College, Columbia University Press. 1985. P. 105–134.

9. Ornitz EM.Biological homogeneity or heterogeneity // In Rutter M., Schopler E. (edd.) – Autism: A reappraisal of Concepts and Treatment. NY : Plenum Press. 1978. P. 243–250.

УДК 615.5

ОСОБЕННОСТИ ОБЩЕГО И ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В КУРОРТНОМ РЕГИОНЕ

Л.П. Ильченко, доктор педагогических наук, доцент, кафедры менеджмента и дизайна, филиала РГСУ в г. Анапа, e-mail: larisa.Ilchencko@yandex.ru

Аннотация: *региональная стратегия развития эколого-экономического образования должна быть ориентирована на систему общего и профессионального образования всех уровней. Она призвана помочь осмыслить многие практические вопросы подготовки новых специалистов по сохранению окружающей природной среды, экономического развития региона на основе современных экономических технологий.*

Ключевые слова: *эколого-экономическое образование, здоровье, контингент детей.*

Предвидение будущего возможно тогда, когда человеческий ресурс выступает в качестве ориентира развития системы регионального образования, а управление данными процессами носит опережающий характер. Для этого с одной стороны именно через систему общего и профессионального образования должен проходить и воспроизводиться лучший опыт хозяйственно – экономического и социокультурного развития региона, полученный в ходе изучения разных муниципальных территорий, а с другой стороны вся система образования должна носить опережающий характер. При этом, доминирующая задача системы образования выступает как способ закрепления интуитивно найденных социально-экономических решений, и способ прикрепления этих решений к процессам социального воспроизводства на основе образования. На данный образовательный процесс влияют определенные факторы и образовательные условия. К таким факторам, в первую очередь, относятся показатели опережающего образования, влияющих на потенциал региона: использование наукоёмких агробиотехнологий; освоениетехнологийвоспроизводствапотребляемого стратегического ресурса (природного – вода, леса, биоресурс энергоресурс и человеческого – здоровье (физическое, психическое, социальное), мобильность профессиональная и культурная; организация системы устойчивых поселений.

Основными принципами образования в условиях курортного образовательного пространства выступают конкурентоспособность образовательно-развивающей среды и опережающая функция образования за счёт:

– освоения определенного уровня технологической организации новых видов производства;

– освоение нового уровня технологического процесса интеграции молодежи в общество (лечение следствий – профилактика причин – реабилитация и поддержание здоровья);

– захват смежной хозяйственной ниши (освоение народных промыслов, животноводства, лесоводства...);

– освоения технологии воспроизводства всех стратегических ресурсов – леса, воды, почвы, биоресурсов....

– построения земского регионального образования и детско-взрослых образовательных общностей, прикреплённых к жизнедеятельности на территории курорта;

– проведение маркетинговых исследований, обеспечивающих обоснованный запрос на подготовку кадров (для непрерывного курортного бизнеса, успешного функционирования и развития инфраструктуры и т.п.);

– формирование муниципально-ориентированной экономики образования.

В связи с этим, функция образования в г.-к. Анапа имеет определенную специфику. Развитие регионального педагогического образования является одним из важнейших факторов и условий для обеспечения культурного уровня, социальной мобильности, психического и духовного здоровья подрастающего поколения. Функция педагога как носителя информации и знаний уже не отвечает требованиям современно-социально-экономической ситуации. Базовые способности мыслить, самостоятельно действовать и понимать других людей являются качественными показателями готовности молодёжи к полноценной социализации. Вместе с тем, массовая педагогическая практика не ориентирована на то, чтобы культивировать у детей именно эти умения. Для того чтобы педагог стал профессиональным организатором среды развития ребёнка, формировал у него способность воображения, задача дошкольного образования, а способность продумывать предстоящую деятельность и осуществлять её, строить коллективное взаимодействие с другими людьми, является задачей основной школы. Для реализации данных задач необходимо вооружить педагога современными технологиями, обеспечивающими выполнение им данных функций. Поэтому обновление и модернизация содержания образования является основной целью ФГОС второго поколения

Обновление содержания образования связанно с попыткой ответа на вечный вопрос: Чему учить? От знаний, умений и навыков, традиционно считавшихся основными показателями результативности педагогического труда, необходимо переходить к школе способностей. Недопустимо растрачивать человеческий ресурс, как в школе, так и в ВУЗе на заучивание и запоминание объёмов информации, которую выпускник не может использовать в реальном действии. За способностями в соответствии с идеями философской антропологии лежат способы мышления, понимания, действий.

Вариативность учебных программ, отдельных курсов, учебных пособий, методик преподавания с учетом регионального компонента требуют выделения единых принципов для анализа предлагаемой образовательной продукции.

Проблема обновления содержания регионального образования может решаться только на основе объединения представителей общей и высшей школы, а также региональной науки. Общая задача – донести до образовательных организаций среднего и высшего образования научных открытий и новой информации, фундаментализацию знаний.

Так, например, в развитие региональной системы высшего образования можно ввести изменения системы высшего образования связанные с новыми моделями, по типу – targetorientededucation

Белифельдского университета. На первом курсе студентов вводят не в разделы фундаментальных наук, а в понимание практических проблем региона (создание конкурентно-способного курортного бизнеса, формирование кросс-культурного менталитета, внедрение агробиотехнологий в основное производство...), на последующих курсах они осваивают знания, необходимые для решения данной проблемы. Приближение системы высшей школы к территории региона составляет суть экономики высшего образования.

Следующее принципиальное изменение – полидисциплинарный характер научных кафедр. Именно полидисциплинарный подход требуется сегодня для решения стратегических задач развития региона. Основной задачей становится «интеграция образования, науки и производства, включая интеграцию научных исследований с образовательным процессом, научных организаций с образовательными учреждениями, науки и образования с производством» [6].

Формируя образовательную инфраструктуру курортного образования необходимо учитывать институциональное заполнение всей технологической образовательной цепочки курортного образования, которое зависит от плотности заполнения и логической и композиционной связи двух образовательных систем составляющих единую МЕГА систему курорта. Это система фундаментального образования постоянного контингента детского и взрослого населения курорта и система поддерживающего образования (ресурсного, реабилитационного) временных контингентов детей, их родителей, опекунов, других субъектов помощи ребенку.

И если первая система, являющаяся одним из определяющих компонентов образовательно-развивающей среды для второй системы, реально существует и ее можно и нужно изучить, то вторая требует осмысления, моделирования и наполнения.

Список литературы:

1. Мацумото Дэвид. Психология и культура. Спб., М., 2012.

2. Ньюкомб Нора. Развитие личности ребенка. Спб., 2012.

3. Скрипкина Т.П. Психология доверия. М., 2000.

4. Психология здоровья / Под ред. Никифорова Г.С. Спб., 2013.

5. Ситаров В.А., Маралов В.Г. Педагогика и психология ненасилия в образовательном процессе. М., 2009.

6. Постановление Правительства РФ от 04.10.2000 № 751 «О национальной доктрине образования в Российской Федерации» (04 октября 2000 г.). С. 10

УДК 159

ОРГАНИЗАЦИЯ ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ

В.Ф. Иванников, заместитель директора филиала ФГБОУ ВО «РГСУ» в г. Ставрополе, e-mail: ivannikov_58@mail.ru

Аннотация: *в статье проанализированы современное состояние, возможности и перспективы организации обучения детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) на территории Ставропольского края.*

Ключевые слова: *дети с ОВЗ, инклюзивное образование, Ставропольский край.*

В настоящее время в крае проживают около 15 тысяч детей с ограниченными

возможностями здоровья или 1,5 % от их общего числа (в 2005 году их число составляло около 13 тыс.), что свидетельствует о тенденции роста числа детей с ограниченными возможностями здоровья [3].

Для реализации конституционного права на образование детей с ограниченными возможностями здоровья в Ставропольском крае функционирует дифференцированная сеть образовательных учреждений (252 учреждения), включающая:

- 13 детских садов компенсирующего вида;
- 196 детских садов комбинированного вида;
- 12 образовательных учреждений для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи;
- 4 образовательных учреждения для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;
- 23 специальных (коррекционных) образовательных учреждения для обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями здоровья 1-УШ видов;
- 3 оздоровительных образовательных учреждения санаторного типа для детей, нуждающихся в длительном лечении;
- 1 специальное учебно-воспитательное учреждение закрытого типа для детей и подростков с девиантным поведением (далее – коррекционные учреждения) [3].

Дети с умеренной умственной отсталостью и сложной структурой дефекта получают образование на базе специальных (коррекционных) образовательных учреждений VIII вида в классах для детей данной категории. В 2000 году в классах для детей с умеренной умственной отсталостью и сложной структурой дефекта обучалось 12 учащихся, в 2010 году – 103 учащихся, 2011 году – 140 учащихся).

С целью обеспечения защиты прав детей с ограниченными возможностями здоровья в Ставропольском крае:

- создана необходимая нормативная правовая база, включающая в себя около 30 законов Ставропольского края и постановлений Правительства Ставропольского края по вопросам социальной поддержки детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и детей с ограниченными возможностями здоровья;
- реализуются: краевая целевая программа «Развитие образования в Ставропольском крае на 2010–2013 годы», утвержденная постановлением Правительства Ставропольского края от 16 декабря 2009 г. № 330-п; мероприятие «Развитие дистанционного образования детей-инвалидов» приоритетного национального проекта «Образование»;
- функционирует координационный совет по делам инвалидов при Губернаторе Ставропольского края, обеспечивающий взаимодействие и координацию деятельности органов государственной власти различных уровней, общественных объединений инвалидов, учреждений в сфере социальной защиты инвалидов и решении социальных проблем этой категории граждан [1].

В целях раннего выявления отклонений в развитии детей и оказания им коррекционной помощи в системе образования Ставропольского края создано 28 психолого-медико-педагогических комиссий, которые ежегодно обследуют около 13 тыс. детей, имеющих проблемы в развитии, обучении, социальной адаптации и нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи.

Благодаря работе по своевременному выявлению и коррекции нарушений в развитии детей с ограниченными возможностями здоровья более 80 процентов детей дошкольного возраста продолжают обучение в общеобразовательных школах.

Важным шагом в развитии системы специального образования Ставропольского края для данной категории детей стало открытие образовательных учре-

ждений для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи. С 2001 по 2011 годы в Ставропольском крае были открыты 12 таких образовательных учреждений (в 2002 году – 8 учреждений, в 2010 году – 12 учреждений).

Особое внимание министерством образования Ставропольского края уделяется организации работы по психолого-педагогической поддержке семей, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья. Новым направлением в работе специальных (коррекционных) образовательных учреждений для обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями здоровья и учреждений для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи, стало обучение родителей (законных представителей) детей с ограниченными возможностями здоровья методам и технологиям психокоррекционной и психопрофилактической работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья. За 2009–2011 годы обучено более 800 родителей (законных представителей) детей с ограниченными возможностями здоровья. Это позволило обеспечить преемственность психокоррекционной и психопрофилактической работы между коррекционным образовательным учреждением и семьей.

В целях обеспечения подготовки детей с ограниченными возможностями здоровья дошкольного возраста к обучению в школе с 2009 года в Ставропольском крае на базе коррекционных образовательных учреждений для детей с патологией слуха города-курорта Пятигорска, города Ставрополя и государственного специального (коррекционного) образовательного учреждения для обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями здоровья «Специальная (коррекционная) общеобразовательная школа-интернат № 18 III и IV видов» города-курорта Кисловодска функционируют группы кратковременного пребывания для детей в возрасте от 1 года до 6 лет вместе с родителями (законными представителями).

Воспитание в семье ребенка-инвалида, ребенка с ограниченными возможностями связано с потребностью в дополнительной информации и ресурсах, в том числе медицинских, социальных, образовательных. Необходима действенная помощь семьям [2].

В рамках подпрограммы «Право ребенка на семью в Ставропольском крае на 2011–2013 годы» краевой целевой программы «Развитие образования в Ставропольском крае на 2010–2013 годы» открыты: три подразделения «Лекотека» на базе учреждений для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи в Труновском и Туркменском муниципальных районах и городе Михайловске, три «Службы ранней помощи семьям, воспитывающим, детей с ограниченными возможностями здоровья», на базе учреждений для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи городов Ставрополя Буденновска и Георгиевска, два мобильных отделения для сопровождения семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья на базе двух детских садов компенсирующего вида города Невинномысска и города-курорта Ессентуки. Это позволило: предотвратить отказ 26 родителя от детей с ограниченными возможностями здоровья, в том числе 5 родителей от детей с синдромом Дауна; сформировать у 31 ребенка с ограниченными возможностями здоровья дошкольного возраста предпосылки к обучению в школе; организовать сопровождение 250 семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями; сохранить полными семьи для 15 детей с ограниченными возможностями здоровья.

В Ставропольском крае активно развивается процесс интегрированного образования детей с ограниченными возможностями здоровья через создание специальных (коррекционных) классов для детей с различными нарушениями в развитии в общеобразовательных школах.

В 2012 году в муниципальных районах и городских округах Ставропольского края функционируют 392 специальных (коррекционных) класса для детей с легкой умственной отсталостью, в которых обучаются 3769 детей (в 2011 году в 389 специальных (коррекционных) классах для детей с легкой умственной отсталостью, в которых обучалось 3832 ребенка, в 2010 году – в 384 специальных (коррекционных) классах для детей с легкой умственной отсталостью, обучалось 3761 ребенка). В 2000 году дети с легкой умственной отсталостью обучались только в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях VIII вида. С 2000 года в Ставропольском крае развивается сеть специальных (коррекционных) классов для детей с задержкой психического развития на базе общеобразовательных школ (в 2000 году функционировало 390 классов, в 2005 году – 417 классов, в 2010 году – 398 классов).

Новым шагом в развитии интеграции детей с ограниченными возможностями здоровья в общеобразовательную среду стало открытие с 01 сентября 2010 года на базе муниципального общеобразовательного учреждения средней общеобразовательной школы с углубленным изучением отдельных предметов №19 города Ставрополя (далее – школа № 19) первого в Ставропольском крае специального (коррекционного) класса для слабовидящих детей. В 2011 году на базе школы № 19 открыта федеральная стажировочная площадка по направлению «Создание моделей успешной социализации детей» с целью распространения в Ставропольском крае современных организационно-правовых моделей, обеспечивающих успешную социализацию детей с ограниченными возможностями здоровья. В 2011 году на базе стажировочной площадки прошликурсы повышения квалификации 409 педагогических работников из 34 территорий Ставропольского края и других субъектов Российской Федерации. В 2012 году продолжена работа в данном направлении

В порядке эксперимента в МОУ СОШ № 21 г. Ставрополя апробируется модель инклюзивного образования, реализация которой была начата в рамках российско-канадского проекта: обучение детей с ОВЗ в классах с детьми, не имеющими проблем в развитии. Первые результаты вселили оптимизм – и результаты совместной учебной деятельности, и атмосфера действенного гуманизма в отношениях одноклассников.

С целью развития инклюзивного образования в крае, министерством образования ведется работа по созданию в общеобразовательных школах универсальной без барьерной среды. Это предполагает строительство и реконструкцию зданий образовательных учреждений, их оснащение специальным, оборудованием и автотранспортом для осуществления обучения и коррекционной работы с детьми-инвалидами по слуху, зрению и с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

В соответствии с государственной программой Российской Федерации «Доступная среда» на 2011-2015 годы в 2011 году за счет средств федерального (13011,1 тыс. руб.) и краевого (8989,0 тыс. руб.) бюджетов 10 образовательных учреждений края (г. Ставрополь, г. Пятигорск, г.-к. Кисловодск, Труновский район (с. Донское), Новоалександровский район (г. Новоалександровск), г. Георгиевск) оснащены специализированным оборудованием для детей с нарушениями слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата, специализированным автотранспортом, спортивным оборудованием для реабилитации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, оборудованием для оказания логопедической помощи детям с различными нарушениями в развитии.

В 2012 году планируется создать условия для беспрепятственного доступа детей-инвалидов еще в 10 образовательных учреждениях края (Арзгирский район (с. Арзгир), Благодарненский район (г. Благодарный), г. Буденновск, г. Ми-

хайловск, г. Невинномысск, г. Пятигорск, Кочубеевский район (с. Кочубеевское), Новоалександровский район (г. Новоалександровск), Новоселицкий район (с. Чернолесское), Предгорный район (ст. Ессентукская) за счет средств федерального, краевого и муниципального бюджетов.

Учащимся с ограниченными возможностями здоровья, временно или постоянно не имеющим возможности посещать образовательные учреждения по состоянию здоровья, создаются необходимые условия для получения образования по индивидуальной программе на дому. В 2011–2012 году на дому обучается 2777 детей с ограниченными возможностями здоровья (в 2005 году – 1988 человек, в 2010–2011 году – 2300 человек).

Список литературы:

1. Гударенко Р.Ф. Права и возможности детей-инвалидов на получение образования, социальную реабилитацию и интеграцию в общество: статьи научно-практической конференции социальных работников и иных специалистов, занятых предоставлением услуг семьям с детьми-инвалидами и детям-инвалидам: [сборник] / М-во образования и науки РФ, Фил. гос. образовательного учреждения высш. проф. образования «Российский гос. социальный ун-т» в г. Ставрополе; [под общ. ред. Гударенко Р. Ф.]. Ставрополь, 2010. 204 с.

2. Мардахаев Л.В. Специальная педагогика: учебник для бакалавров / Л.В. Мардахаев, Д.И. Чемоданова, Л.В. Кузнецова, Е.А. Орлова, Л.В. Соловьева; под ред. Л.В. Мардахаева, Е.А. Орловой. М. : Издательство Юрайт, 2014. 447 с. Серия: Бакалавр. Базовый курс.

3. Обучение детей-инвалидов с использованием технологий дистанционного обучения (в помощь сетевым преподавателям) / авт.-сост.: Н.Б. Погребова, Л.А. Архипова, Е.С. Склюева, В.А. Суслова. Ставрополь : СКИРО ПК и ПРО, 2012. 77 с.

УДК 613

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПОНЯТИЯ ПРАВА НА ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ

Р.Э. Исламов, преподаватель кафедры гражданского права и процесса филиала РГСУ в г. Анапе

Аннотация: *статья посвящена понятию права на охрану здоровья закрепленными нормативно-правовыми актами и теоретическими понятиями, приведенными в юридической литературе. Различные механизмы реализации права на охрану здоровья диктует выделение субъективных прав на здоровье индивидуума и выделение объекта правоотношения как поведение человека, направленное на здоровый образ жизни.*

Ключевые слова: *право на охрану здоровья, субъективное право на здоровье, объект права на здоровье.*

В законодательстве Российской Федерации отношения по охране здоровья входят в предмет гражданского права п. 1 статьи 150 Гражданского Кодекса РФ гласит: «Жизнь и здоровье, достоинство личности, личная неприкосновенность, … иные личные неимущественные права и другие нематериальные блага, принадлежащие гражданину от рождения или в силу закона, неотчуждаемы и непередаваемы иным способом…» [1]. В соответствии с п.2 статьи 2 Гражданского Кодекса РФ «неотчуждаемые права и свободы человека и другие нематериальные блага защищаются гражданским законодатель-

ством, если иное не вытекает из существа этих нематериальных благ» [1], и составляют отношения по поводу личных неимущественных прав (нематериальных благ) и свобод человека.

Личные неимущественные отношения, обеспечивающие физическое и психическое благополучие гражданина, регулируются рядом нормативно-правовых актов, одним из которых является Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [2]. В статье 2 дано определение охраны здоровья граждан. Охрана здоровья граждан (далее – охрана здоровья) – система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи. Мероприятия по охране здоровья должны проводиться на основе признания, соблюдения и защиты прав граждан и в соответствии с общепризнанными принципами и нормами международного права [2].

Право на охрану здоровья носит широкий характер и включает в себя целый ряд прав, которые отражают многообразные аспекты общественных отношений, влияющих на здоровье человека. В юридической литературе приводятся различные определения этого понятия.

Право на охрану здоровья является широким понятием и не связано только с заболеванием. Наличие заболевания, травмы определяет необходимость получения медицинской помощи в организациях и учреждениях здравоохранения. Получение такой помощи не всегда приводит к выздоровлению, в связи с чем так важна предупредительная направленность государственных органов по созданию благоприятных условий реализации гражданами прав по охране здоровья.

Право на охрану здоровья – категория с социально-историческим, значит с изменяющимся содержанием, которое наполняется конкретным его составляющим в каждой отдельно взятой правовой культуре. Во все века предпринимались самые различные попытки сделать общество ответственным за состояние охраны здоровья каждого. Становление и развитие – процессы непрерывные, тем не менее, относительно равномерные. В зависимости от объективного состояния общества, они проходят определенные этапы. Развитие охраны здоровья невозможно без законодательного обеспечения государственных гарантий, в том числе доступности и качества медицинской помощи. Сегодня происходят существенное развитие и углубление содержания прав и свобод человека и гражданина, появление их новых видов, в том числе в сфере охраны здоровья. Одновременно констатируется тенденция, показывающая реальное происхождение многих современных прав и свобод, поскольку многие из них, хотя бы и в самом общем виде, но находят свои истоки именно в законах предыдущих периодов развития.

Рассматриваемое право – объективное, а его реализация посредством других отраслей права есть субъективное право. Субъектами возникающих правоотношений являются личность и государство. Другие субъекты конституционного права – народ и социальные общности не являются субъектами права на охрану здоровья в силу того, что это право реализуется каждым индивидуально, оно не принадлежит к числу коллективных прав, а общественные объединения рассматриваются как субъекты его обеспечения. Поэтому следует считать совершенно справедливым исключение понятия общественного здоровья из смысла рас-

сматриваемых конституционно-правовых положений[3].

Право на охрану здоровья представляет собой совокупность многих элементов и реализуется через механизмы применения следующей системы прав и институтов: система неотчуждаемых прав и свобод, отношения в области сохранения экологической безопасности окружающей природной среды, условий труда и быта, экология жилища, питания, организма человека, совокупность институтов, связанных с реализацией права человека на информацию, репродуктивные права, система соматических прав человека, совокупность прав, связанных с изменением правового статуса человека в связи с наличием у него определенного психического или соматического состояния.

Право на охрану здоровья человека является непосредственно действующим. Реализация его определяется тем, каково положение в обществе и государстве отдельных граждан, какими правами и обязанностями они обладают и насколько полно их реализуют [4].

В настоящее время право на охрану здоровья, являясь субъективным правом, закрепленным в статье 18 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», обеспечивается охраной окружающей среды, созданием безопасных условий труда, благоприятных условий труда, быта, отдыха, воспитания и обучения граждан, производством и реализацией продуктов питания соответствующего качества, качественных, безопасных и доступных лекарственных препаратов, а также оказанием доступной и качественной медицинской помощью.

Таким образом, право на охрану здоровья возможно при активном участии государства путем создания таких условий для людей, при которых в максимальной степени возможна реализация социальных и экологических прав, юридических гарантий в сфере здравоохранения, получения бесплатной медико-социальной помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, а также иных факторов, способствующих охране и укреплению здоровья человека.

Здоровье как нематериальное благо в настоящее время охраняется и защищается законом. Современные представления о здоровье разработанные медицинской наукой и социологией диктуют необходимость не только правовой охраны здоровья, но и правового регулирования в сфере здоровья.

Правовое регулирования в сфере здоровья также имеет и способы такого регулирования. В теории права принято выделять три основных способа. Первый способ – предоставление участнику правовых отношений субъективных прав (управомочивание). Второй способ – обязывание как предписание совершить какие-то действия. Третий способ – запрет, возложение обязанности воздержаться от определенных действий. Рассматривая здоровье как субъективное право, представляется интересным мнение М.Л. Нохриной: «Говорить о субъективном праве можно только тогда, когда характер интереса предполагает совершение в целях его удовлетворения каких-либо активных действий, либо носителем интереса, либо другими лицами. В этом случае между носителем интереса и этими лицами складываются общественное отношение, участники которого в процессе правового регулирования приобретают субъективные права и обязанности в рамках соответствующего правоотношения.

Когда же, исходя из специфики интереса, для его удовлетворения никаких действий не требуется, а необходимо лишь пассивное поведение окружающих лиц, между носителем интереса и указанными лицами, общественного отношения по удовлетворению этого интереса не возникает. А раз не возникает общественного отношения, то не может идти и речи о правоотношении, а соответственно, и о субъективном праве. В этом случае интерес может обеспечиваться только

путем его непосредственной «охраны», без предварительного опосредования его субъективным правом. Такая охрана осуществляется путем установления того или иного запрета активного поведения» [5].

Общественные отношения в сфере здоровья человека, конечно же, могут быть в виде запрета на действия направленные на ухудшение здоровья, но могут и реализовываться в виде активных действий самого управомоченного лица. Так двигательная активность человека предупреждает достаточно большое количество заболеваний. Кратность приема пищи, объем и качество ее также влияют на состояние здоровья, что тоже является активными действиями человека. Таким образом, если эти активные действия отразить в правовой норме, то интерес закрепится в виде субъективного права. Соответственно обеспечение интереса (хорошего здоровья) путем «охраны» трансформируется в субъективное право, которое требует правового регулирования.

Все определения права, построенные и общей юридической теорией, и философией права, одинаково имеют характер некоторой одномерности. На самом деле, сведение к одному основному моменту не может не быть неизбежной потребностью и эмпирических и априорных теорий, ищущих определения права. Только для эмпиризма такой момент является конечным результатом приведения разнообразного к единому; для рационализма он является начальным принципом, из которого излучается все остальное содержание права. В указанном смысле одинаково одномерны такие определения, как «право есть норма», «право есть воля», «право есть интерес», «право есть свобода», «право есть порядок» и т.д… Не нужно прилагать особых усилий к тому, чтобы доказать, что ни одно из них не точно, что право может быть не только нормой, но и волей, не только волей, но и интересом, не только интересом, но и свободой и т.д. – словом, что право не сводимо к одному измерению. Чтобы уяснить сущность воззрения на многомерную природу права, нужно вообще покинуть почву определений [6]. Н.Н. Алексеев полагает, что взамен определений необходимо дать описание правовой структуры. Основными элементами этой структуры Н.Н. Алексеев считает «субъект» или носителя обнаруживающихся в праве ценностей. Вторым элементом этой структуры являются сами обнаруживающиеся в праве ценности. Наконец третьим элементом правовой структуры он считает те основные определения, которыми характеризуется особое, специфическое, правовое отношение ценностей, как между собою, так и к их носителям [6].

В современной отечественной и зарубежной литературе развиваются иные представления об объекте правоотношения. Опираясь на ранее накопленный опыт исследования данной материи, авторы исходят из того, что под объектом правового отношения следует понимать «те материальные и духовные блага», предоставлением и использованием которых удовлетворяются интересы управомоченной стороны правоотношений [7]. Современное представление об объектах правоотношения как о благах, а также как о способах удовлетворения интересов правомочной стороны является хотя и распространенным, но не единственным представлением.

Существует довольно много и других точек зрения, которые не только весьма значительно различаются между собой, но и дополняют друг друга. Так, под объектом правоотношения иногда понимается то, на что направлено правоотношение или по поводу чего оно возникает. В качестве объекта правоотношения нередко рассматриваются любые жизненные явления, обусловившие возникновение субъективных прав и юридических обязанностей. Объектом правоотношений считаются также различные мотивы и виды поведения людей, направленные на удовлетворение их разнообразных жизненных потребностей.

Если суммировать и конкретизировать высказанные суждения относительно объектов правоотношений, то можно выделить следующие их виды: а) материальные блага, предметы материального мира – вещи; б) результаты духовного, интеллектуального творчества (художественные или документальные фильмы, научные и художественные книги и т.п.); в) поведение людей – их определенные действия или бездействие, а также последствия, результаты того или иного поведения; г) личные неимущественные и иные социальные блага, которые служат удовлетворению интересов и потребностей участников правоотношений и по поводу которых возникают у сторон юридические обязанности и субъективные права [8].

В числе объектов гражданских прав в соответствии ст. 128 Гражданского кодекса Российской Федерации выделяет, прежде всего, жизнь и здоровье людей. Здоровье людей имеет естественную природу возникновения и существования, соответственно, владеет им человек независимо от своей воли, но посредством воли человек может выполнять действия, которые могут укрепить его здоровье. Интерес к своему здоровью человек проявляет зачастую тогда, когда наступает болезнь и стремление восстановить его диктует необходимость обращения за медицинской помощью, то есть выполнить определенные действия, направленные на улучшение здоровья. Возможно также и самолечение, что является свободой лица в выборе того или иного действия, направленного на изменение здоровья. Таким образом, в основе изменения здоровья, то есть воздействия на него с целью улучшения, лежат как определенные действия самого человека, так и других лиц. Следовательно, действия человека, направленные на улучшение здоровья, являются объектом правоотношения. Здоровье в данном случае можно рассматривать как объект права, как ценность и как цель в осознанных действиях человека.

С.С. Алексеев предложил разграничивать объект права и объект правоотношения. Объектом права являются общественные отношения, а объектом правоотношения выступают блага (в гражданском праве – вещи, продукты духовного творчества, личные блага, результаты действий) [9]. Такой же позиции придерживается и А.Б. Венгеров, полагающий, что объект права – это общественные отношения, которые регулируются системой норм, а объект правоотношения – это различные блага, которые стремятся получить управомоченные субъекты (состояния, которых они стремятся достичь, поведение, которого они ждут от обязанных субъектов и т.д.) [10]. Но если понятие «объект права» заменить более привычным, распространенным и, главное, равнозначным выражением «предмет правового регулирования», то проблема дифференциации объекта права и правоотношения перерастает в совершенно иное качество. Тогда вопрос будет состоять в том, имеют ли отношения предмета правового регулирования (до урегулирования их нормами права) свои собственные объекты, и если да, то каково их соотношение с объектами соответствующих правоотношений? Другими словами, объект права един и универсален – это общественные отношения, требующие правового регулирования, тогда как объекты прав и правоотношений множественны, и эта их множественность в высокой степени обусловлена природой и разнообразием соответствующих вне юридических социальных и индивидуальных благ [11].

Таким образом, общим объектом юридического права (исходя из монистической теории права) являются общественные отношения, обладающие определёнными свойствами. Право воздействует на эти отношения с целью их охраны и в своей норме как бы задаёт тот образец, которого ещё нет, но к которому надо стремиться. С точки зрения плюралистической теории права здоровье как нематериальное благо является объектом права. Объектом правоотношений явля-

ется фактическое поведение его участников. Образ жизни – главный фактор обусловленности здоровья, то есть здоровый образ жизни и есть фактическое поведение человека в рамках предоставленной свободы и ограниченное факторами пагубно влияющие на здоровье. Здоровье как ценность и как цель, к которой человек осознано стремиться является объектом субъективных прав.

Список литературы:

1. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 № 51-ФЗ (ред. от 06.04.2011) // Собрание законодательства РФ. 05.12.1994. № 32. Ст. 3301.

2. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации 21.11.2011 № 323-ФЗ // Собрание законодательства РФ. 28.11.2011. № 48. Ст. 6724.

3. Черных А.Е. Конституционное право граждан на охрану здоровья и проблемы его реализации в Российской Федерации. Автореф. дис. … к.ю.н. М., 2012. С. 13,14.

4. Дюжиков С.А. Конституционное обеспечение права на охрану здоровья в Российской Федерации. Дис. … к.ю.н. Ростов-на-Дону, 2001. С. 71.

5. См. Нохрина М.Л. Гражданско-правовое регулирование личных неимущественных отношений, не связанных с имущественными. СПб. : Издательство Р. Асланова «Юридический центр Пресс», 2004. 372 с.

6. Алексеев Н.Н. Основы философии права. СПб. : Издательство «Лань», 1999. 256 с.

7. Теория государства и права: Курс лекций / Отв. Ред. М.Н. Марченко. М., 1995. С. 106.

8. Марченко М.Н. Теория государства и права: Учебник. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ТК Велби, Изд-во Проспект, 2004. – 640 с.

9. См.: Алексеев С.С. Об объекте права и правоотношения // Вопросы общей теории советского права. М., 1960. С. 285, 289, 305.

10. См.: Венгеров А.Б. Теория государства и права: Учебник для юридических вузов. М., 1998. С. 482.

11. Лапач В.А. Система объектов гражданских прав: Теория и судебная практика. Ассоциация Юридический центр. науч.-практ. изд. СПб. : Юридический центр Пресс, Санкт-Петербург, 2002.

УДК 613

ЗДОРОВЬЕ ИЛИ СОХРАНЕНИЕ ПОЛНОЙ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ?

О.С. Кашхчян, специалист по учебно-методической работе I категории филиала РГСУ в г. Анапе, e-mail: ksyusha_087@mail.ru

Аннотация: *статья посвящена проблеме выбора между здоровьем, своевременным лечением и боязнью потерять в заработной плате в период временной нетрудоспособности.*

Ключевые слова: *пособие по временной нетрудоспособности, больничный лист, среднедневной заработок.*

Что выбрать: здоровье или работу без больничного? К сожалению, сейчас очень часто задаются этим вопросом трудоустроенное население. На больничный уходить не хочется, но и работать в период болезни тяжело и результат работы не всегда соответствует желаемому и нужному. К тому же, здоровье ещё больше ухудшается. Врачи настоятельно совету-

ют отлежаться дома, чтобы избежать осложнений, но останавливает то, что не знаешь, больше потеряешь в зарплате или, наоборот, выиграешь.

Работодатели, да и работники не заинтересованы в больничных и многие предпочитают переболеть «на ногах» из-за того, что возмещение в связи с болезнью невысокое, и ту работу, которая накопится, никто за тебя не сделает.

Размер пособия по временной нетрудоспособности согласно ст. 7 Федерального закона Российской Федерации от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обеспечении пособиями по временной нетрудоспособности, по беременности и родам гражданам, подлежащим обязательному социальному страхованию» составляет:

1) застрахованному лицу, имеющему страховой стаж 8 и более лет, – 100 % среднего заработка;

2) застрахованному лицу, имеющему страховой стаж от 5 до 8 лет, – 80 % среднего заработка;

3) застрахованному лицу, имеющему страховой стаж до 5 лет, – 60 % среднего заработка. [1]

Застрахованному лицу, имеющему страховой стаж менее шести месяцев, пособие по временной нетрудоспособности выплачивается в размере, не превышающем за полный календарный месяц минимального размера оплаты труда.

Максимальное ограничение по выплате пособий по временной нетрудоспособности отменено. Но утверждено предельное значение базы по социальным взносам на каждый год. Так, например, для 2012 года равно 512 тыс. руб., для 2013 года – 568 тыс. руб., для 2014 года – 624 тыс. руб.

С увеличением потребностей и ростом цен, количество работающего населения, в возрасте до 30 лет, также увеличивается. Особенно это наблюдается среди молодёжи в возрасте от 19 до 26 лет, то есть это студенты 2–3 курсов и недавно окончившие высшие учебные заведения. Например, если устроились на работу в 19 лет, то к 27–28 годам как раз и набирается страховой стаж 8 лет (при условии официального трудоустройства и осуществления выплат в Фонд социального страхования Российской Федерации), необходимый для 100 % выплаты больничного. Но, в основном, студенты трудоустраиваются неофициально (то есть без записей в трудовую книжку и без осуществления выплат в Фонд социального страхования Российской Федерации). Это осложняется и тем, что очень высокие требования для сотрудников устанавливают работодатели. Тогда получается, что студенты устраиваются на работу в период прохождения преддипломной практики или уже после получения документа о высшем образовании, то есть в возрасте 22–23 года. С помощью простых арифметических подсчётов получаем средний страховой стаж для сотрудника в возрасте 27–28 лет равный 5–6 лет. Значит, больничный при таких значениях будет оплачен в размере 60–80 %. Но значение 60 % является вероятностным.

Приведём пример расчёта больничного листа.

Специалист болел с 09 февраля 2015 года по 16 февраля 2015 года включительно (итого: восемь календарных дней). Общий страховой стаж 4 года и 10 месяцев. Пособие будет выплачено в размере 60 % от среднедневного заработка. Расчетный период для определения среднедневного заработка: 2013 и 2014 год. В 2013 году специалист заработал 192 тыс. руб., в 2014 году 216 тыс. руб. Предельный лимит не превышен. Определим среднедневной заработок:

$$(192000 + 216000) / 730 = 558{,}90 \text{ руб.}$$

Рассчитаем сумму больничного:

$$558{,}90 \times 60\ \% \times 8 \text{ дн.} = 2682{,}72 \text{ руб.}$$

В 2015 году заработная плата специалиста составляет 18 тыс. руб. в месяц, то есть в среднем в день он получает 600 руб., следовательно, за 8 дней он бы заработал 4800 руб. Сумма, которую не хочет потерять сотрудник составляет:

$$4800 – 2682{,}72 = 2117{,}28 \text{ руб.}$$

А на покупку лекарственных препаратов, для лечения простуды, в среднем нужно примерно столько же. То есть получается, что сотрудник работает и одновременно лечится, при этом тратит те же деньги, которые «экономит». При среднем заработке молодого специалиста 15–18 тыс. руб., размер выплат по листу временной нетрудоспособности невысок, и сотрудники (замечу, что молодые сотрудники, на которых сейчас возлагается всё большая и большая ответственность за будущее страны) предпочитают переносить болезни «на ногах», а к врачу обращаются уже тогда, когда терпеть невозможно. Но к тому времени успевают приобрести различного рода осложнения, лечение которых обходится ещё дольше и дороже.

Таким образом, приходим к выводу, что «экономия» идёт только на здоровье. Стоит ли жертвовать своим здоровьем?

Второй стороной является то, что присутствует другой мотив, который всё чаще становится побудительным «назло начальнику». Это, конечно, отрицательно сказывается и на психологическом состоянии сотрудника (ему приходится обманывать) и работодателя. Тут уже основополагающим является не размер выплат, а доказать начальнику свою значимость для организации. Это происходит в том случае, если работодатель не удовлетворяет просьбы сотрудников об отпуске или отгулах, необходимых для решения личных вопросов. Примерно 14 % листов временной нетрудоспособности приобретаются именно при таких условиях. Подлинность же их проверяется не всеми работодателями, так как принято доверять сотрудникам. Обманные меры является сигналом к тому, что отношения внутри коллектива портятся. Коллеги обижаются, настраивают против и других сотрудников. Хотя, если коллеги понимают и могут себя представить в этой ситуации, то и обид не должно быть.

Итак, подведём итог, конечно, можно работать и не уходить на больничный, тем самым осложнив себе здоровье, ну и заразив коллег (зато заработная плана будет без вычетов). Это на первый взгляд. Так как лекарства всё равно необходимо купить. Поэтому, в целях сохранения здоровья и поддержания качества работы, лучше вылечиться, а потом выходить на работу.

Но, к сожалению, повышение цен, инфляция, резкие изменения курса валют, проблемы безработицы и другие экономические проблемы – вынуждают людей работать, пренебрегая здоровьем.

Список литературы:

1. Федеральный закон Российской Федерации от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обеспечении пособиями по временной нетрудоспособности, по беременности и родам гражданам, подлежащим обязательному социальному страхованию».

2. Федеральный закон Российской Федерации от 01 декабря 2014 г. № 386-ФЗ «О бюджете Фонда социального страхования Российской Федерации на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов».

3. www.fss.ru

УДК 347.56.614.25

ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА ПРАВОНАРУШЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С ПРИЧИНЕНИЕМ ВРЕДА В СФЕРЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

А.Н. Качур, кандидат юридических наук, доцент, доцент кафедры гражданского права и процесса Филиала ФГБОУ ВО «Российский государственный социальный университет», г. Анапа, e-mail: kachur_a_n@mail.ru,

Г.И. Швединская, кандидат юридических наук, доцент, доцент кафедры гуманитарных дисциплинФилиала КубГУ в г. Новороссийске,

М.В. Сыротюк, старший преподаватель кафедры гуманитарных дисциплинФилиала КубГУ в г. Новороссийске

Аннотация: *реформирование правовой основы медицинской деятельности признано и реализуется государством. Реформы должны обеспечить эффективность контроля за медицинской деятельностью, а также решение таких проблемных сфер ее организации как правонарушения в сфере медицинской деятельности и ответственность за правонарушения, связанные с причинением вреда в сфере медицинской деятельности.*

Ключевые слова: *медицинская деятельность, государственный контроль, ответственность врачей.*

Развитие медицины неразрывно связано с отношениями по поводу неотчуждаемых интересов граждан на жизнь и здоровье. Выступая на первом национальном съезде врачей в Москве, Премьер-Министр России Д.А. Медведев подчеркнул, что «повышение продолжительности и качества жизни россиян, улучшение их здоровья является одним из ключевых приоритетов в социальной политике государства и, безусловно, будет приоритетом в деятельности правительства». Он сообщил, чтов 2015 году консолидированные расходы на здравоохранение и федерации, и всех субъектов РФ, и фонда обязательного медицинского страхования составят болееЗ трлн. рублей. Для повышения эффективности российской медицины Правительством РФ приняты постановления от 15 апреля 2014 года № 294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», от 15 апреля 2014 года № 305 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности» на 2013–2020 годы».

Благодаря государственному вниманию медицинскаядеятельностьимеет соответствующие возможности обеспечить реализацию интересов граждан на жизнь и здоровье. Тем не менее, пока еще не во всех случаях медицинская деятельность способна осуществить свое предназначение, не всегда может исключить возможность причинения вреда здоровью человека, не всегда приводит к выздоровлению пациента. «Многие граждане продолжают жаловаться на качество лечения: людей волнует, что им приходится стоять в огромных очередях в поликлиниках, платить деньги за те услуги, которые должны оказываться бесплатно. С другой стороны – и врачей не устраивают условия работы, очень высокая нагрузка и, конечно, заработная плата» [1].

Важным средством решения этих проблем является внутренний контроль медицинских организаций и контроль Росздравнадзора, которые должны обеспечить качество нашей медицины. В соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об осно-

вах охраны здоровья граждан Российской Федерации», действующим в редакции от 08 марта 2015 года, внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется органами и организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения в порядке, установленном руководителями указанных органов и организаций (ст. 90). Огромную роль в обеспечении качества и эффективности медицинских услуг и профилактики причинения вреда здоровью выполняет государственный контроль медицинской деятельности, осуществляющийся Росздравнадзором. В рамках этого надзора констатировалась низкая эффективность медицинской деятельности и внутреннего надзора за ней. Ежегодное проведение более 50 профилактических проверок соблюдения порядки стандартов оказания медицинской помощи, в большинстве выявляло факты причинения вреда жизни и здоровью граждан. Эти негативные данные были дополнены 26 января 2015 года результатами проверки деятельности самого Росздравнадзора, отраженными в докладе Федеральной антимонопольной службы, в которомдеятельностьРосздравнадзора была признана в целом формальной, не приводящей к достижению целей, которые ставятся перед медицинским надзором в части государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности [2].

4 декабря 2014 года Президент РФ Владимир Путин во время послания к Федеральному собранию обозначил необходимость создания централизованной государственной системы контроля за качеством работы медицинских и фармацевтических организаций, а на следующий день дал поручения по внесению законодательных изменений в нормативные акты по созданию эффективной медицинской деятельности и такой же государственной системы контроля за ней. Эти изменения, несомненно, коснутся основных документов, регулирующих гражданско-правовые отношения, связанные с организацией медицинской деятельности и причинением вреда в сфере медицинской деятельности, которыми являются: Гражданский кодекс РФ, Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Закон РФ «О защите прав потребителей», Федеральный закон «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации», Федеральный закон «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» и другие нормативные правовые акты, в том числе подзаконного уровня.

Очевидно, что в рамках государственного контроля за медицинской деятельностью следует больше внимания обращать на проблемы гражданско-правовых нарушений, связанных с причинением вреда в сфере медицинской деятельности, оказывающих особое негативное влияние на общество. Это правонарушения, совершаемые медицинскими работниками и являющиеся основанием для предъявления пациентами требований о возмещении вреда. К ним относятся: невыполнение, несвоевременное, некачественное или необоснованное проведение лечебных мероприятий и иные варианты оказания пациенту медицинской помощи ненадлежащего качества; нарушения в организации работы медицинских учреждений, вызвавшие заболевания и осложнения у пациентов в период пребывания их в лечебно-профилактических учреждениях по вине медицинских работников; ухудшение состояния пациентов, развитие осложнений и обострений в результате преждевременного прекращения лечения, а также другие нарушения прав и интересов пациентов.

Не следует ограничивать государственный контроль только сферой государственной медицинской деятельности. Причинение вреда может иметь место при оказании медицинской помощи в рамках обязательного медицинского

страхования, при оказании платных медицинских услуг и при причинении вреда жизни и здоровью гражданина независимо от того, урегулированы ли эти вопросы договором.

Важность проблем исследуемых правонарушений вызвана их непосредственной связью с ответственностью медицинских работников. Само наличие этих проблем и их признание ставит вопрос о социальной справедливости ответственности медицинских работников, так как гражданско-правовое нарушение в сфере медицинской деятельности служит формальным основанием для наступления различных видов правовой ответственности медицинских работников за совершение профессиональных правонарушений, которые выражаются в санкциях, связанных с дополнительными обременениями. Эти обременения, как правило, касаются профессиональной деятельности медицинского работника и могутприменяться в виде возложения на него как правонарушителя дополнительной гражданско-правовой обязанности и лишения, принадлежащего ему субъективного гражданского права.

Нередко медицинские работники становятся жертвами обстоятельств, в результате которых возникают условия для правонарушений в сфере медицинской деятельности и соответствующей гражданско-правовой ответственности. Важно отметить, что для наступления ответственности должны быть, как минимум, три условия: противоправный характер поведения медицинского персонала лечебного учреждения; наличие вреда у пациента; наличие вины медицинского работника, наличие причинно-следственной связи между противоправным деянием и наступившим вредом потерпевшей стороне [3].Нарушение положений какого-либо нормативного акта медицинским работником при оказании медицинской помощи, которое не повлекло причинение вреда, не приводит к наступлению ответственности. В случае отсутствия противоправности в действиях медицинского работника также можно констатировать отсутствие условий для ответственности. Эту особенность следовало бы учесть и законодателю в конструкции ч. 2 ст. 307 ГК РФ, в которой вместо слов «вследствие причинения вреда» целесообразнее указать словосочетание «вследствие противоправного причинения вреда».

В медицинской деятельности особое внимание уделяется деликатной ответственности, то есть ответственности за вред, причиненный жизни и здоровью в результате медицинского вмешательства. Она появляется в результате нарушения деликатных обязательств, возникающих в одностороннем порядке у медицинского учреждения и представляющих собой обязанность воздержаться от нарушения прав пациента на жизнь, личную неприкосновенность и охрану здоровья.

Оказание медицинской помощи и другие виды медицинской деятельности пока еще связаны с риском и иными обстоятельствами, которые нельзя не учитывать при осуществлении государственного контроля. В настоящее время справедливо признается, что медицинский работник, совершивший противоправные действия, не считается действующим противоправно при наличии необходимой обороны, крайней необходимости, при оказании медицинской помощи пациенту в критическом для его жизни состоянии, при согласии лица на причинение вреда или при одностороннем отказе от исполнения обязательства в случае существенного нарушения договора. В таких случаях медицинский работник оказывается невиновным и вред, причиненный пациенту, возмещению не подлежит. Возмещаться такой вред может только в исключительных случаях и по решению суда [4].

По сложившейся судебной практике ответственность за вред, причиненный здоровью пациента, несет перед ним лечебно-профилактическое учреждение, но обязанность возмещения вреда может быть возложена и на лицо, являю-

щееся непосредственным причинителем вреда. Согласно ст. 1064 ГК РФ, в ред, который был причинен личности пациента, подлежит возмещению в полном объеме медицинским работником, непосредственно причинившим такой вред, если работник медицинского учреждения не сможет доказать, что вред возник по независящим от него обстоятельствам, то есть при отсутствии вины. Наиболее распространенными формами ответственности за причинение вреда в сфере медицинской деятельности являются уплата неустойки, компенсация морального вреда и возмещение убытков. Возмещение таких убытков осуществляется: безвозмездным устранением недостатков оказанной медицинской услуги; уменьшением цены оказанной медицинской услуги; безвозмездным повторным оказанием медицинской услуги; возвратом понесенных расходов, связанных с устранением недостатков оказанной медицинской услуги; в форме расторжения договора об оказании медицинской услуги и требовании полного возмещения причиненных в связи с недостатками оказанной медицинской услуги убытков.

Создание централизованной государственной системы контроля за медицинской деятельностью и повышение эффективности этой деятельности другими средствами и методами требует, прежде всего, новых законодательных изменений, в том числе в сфере регламентации ответственности медицинских работников, где необходимо четко регламентировать наступление, границу наступления ответственности, а также освобождение от нее, в том числе в случаях не наступления ожидаемою пациентом результата.

Список литературы:

1. Тезисы выступления Дмитрия Медведева на Первом Национальном съезде врачей // ZDRAV.RU – Портал информационной поддержки медицинских руководителей [Электронный ресурс]. URL : http://www.zdrav.ru/news/79505/ (дата обращения: 11.03.2015).

2. Доклад Федеральной антимонопольной службы о проблемах государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности (26 января 2014 года) / Официальный сайт Федеральной антимонопольной службы [Электронный ресурс]. URL : http://www.fas.gov.ru/analytical-materials/ analytical-materials_ 31162. html (дата обращения: 11.03.2015).

3. Качур А.Н. Влияние уголовно-правовых классификаций преступлений на уголовно-процессуальное и уголовно-исполнительное право // Юридическая наука. 2014. № 2. С. 78–78.

4. Качур А.Н. Взаимосвязь уголовного и уголовно-процессуального права / Сборник материалов II Международной научно-практической конференции «Юридическая наука и практика: история и современность» (17 июня 2014 г.). Рязань, 2014. С. 156.

УДК613

ЦЕЛЕВОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ СНИЖЕНИЯ СМЕРТНОСТИ НА ОСНОВЕ ОЦЕНКИ РИСКА ЗДОРОВЬЮ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ

В.П. Клиндухов, кандидат технических наук, руководитель,
С.П. Куккоев, главный специалист-эксперт,
Т.Ф. Никишина, зам. начальника отдела,
П.Н. Николаевич, кандидат медицинских наук, зам. руководителя,
М.А Потемкина, начальник отдела. Управление Роспотребнадзора по Краснодарскому краю, г. Краснодар, Россия, e-mail: sgm@kubanrpn.ru

Аннотация: *встатье рассматриваются вопросы целевого планирования снижения смертности путем воздействия на социальные факторы риска.*

Ключевые слова: *целевое планирование, оценка риска здоровью, ожидаемая продолжительность жизни при рождении, смертность, социальные факторы, зарплата, расходы на здравоохранение, злоупотребление алкоголем.*

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (ОПЖ) является интегральным показателем здоровья населения. Мы продолжили исследования, целью которых является определение условий для достижения продолжительности жизни в Краснодарском крае 75 лет, что соответствует уровню смертности в крае 11,4 на 1000 населения. В исследовании использовалась методология оценки риска здоровью применительно к воздействию социальных факторов.

Наибольший вклад в смертность (76 %), заболеваемость населения (35 %), а также в экономические потери (58 %) вносят социальные факторы [1].

Злоупотребление алкоголем приводит к преждевременной, предотвратимой смерти около полумиллиона человек ежегодно, будучи причиной смертности около 30 % мужчин и 15 % – женщин Российской Федерации [2].

На основе данных регионального фонда социально-гигиенического мониторинга, применяя методы многофакторного корреляционно-регрессионного анализа, мы получили модель смертности в районах Краснодарского края в 2013 году [3] – формула 1:

$$\text{Смертность} = 1586 - 12{,}6 \times \text{Зп.} - 13{,}6 \times \text{Расх.здрав.} + 2{,}7 \times \text{См.алк.}, \quad (1)$$

где Смертность – смертность от всех причин в год на 100 тыс.; Зп. – средняя зарплата в районе тыс./чел.; См.алк. – смертность от причин, связанных с употреблением алкоголя, на 100 тыс.; Расх.здрав. – расходы на здравоохранение в районе тыс. руб./чел.

Мы исходили из пороговой гипотезы влияния социальных факторов. За порог влияния зарплаты мы взяли уровень зарплаты в 2013 году выше среднего $M + \sigma = 31{,}3$ тыс. рублей, расходов на здравоохранение выше среднего $M + \sigma = 6{,}6$ тыс. рублей. Влияние алкоголя можно принять беспороговым, но даже в самых благополучных странах смертность, связанная с алкоголем, присутствует. Мы приняли за порог смертности от причин, связанных с алкоголем, уровень ниже среднего: $M - \sigma = 12{,}4$ на 100 тыс. При подстановке данных значений в формулу 1 получается уровень смертности 1136 на 100 тыс. населения. Он принят за целевой уровень смертности, соответствующий продолжительности жизни 75 лет. Зарплата ниже 31,3 тыс. рублей, расходы на здравоохранение менее 6,6 тыс. рублей, смертность, связанная с ал-

коголем, выше 12,4 на 100 тыс. обуславливают дополнительную, выше целевой, смертность – формула 2:

$$\text{Доп.смертн.} = 12{,}6 \times (31{,}3 - \text{Зп.}) + 13{,}6 \times (6{,}6 - \text{Расх.здрав.}) + 2{,}7 \times (\text{См.алк.} - 12{,}4) \quad (2)$$

Уровни зарплаты и расходов на здравоохранение выше пороговых, а смертности, связанной с алкоголем, ниже пороговой обуславливают предотвращенную смертность.

По данной формуле рассчитана дополнительная по отношению к целевой (предотвращенная) смертность в районах Краснодарского края в 2013 году (табл. 1).

Таблица 1.

Риск дополнительной смертности в районах Краснодарского края в 2013 году

	Дополнительная (предотвращенная -) смертность за год 10-3					
	Зарплата	Расходы на здравоохранение	Высокая смертность от причин, связанных с употреблением алкоголя	Всего	Другие факторы	Реальная дополнительная смертность
Анапа	1,2	0,0	0,7	1,8	-1,9	-0,1
Армавир	1,3	0,2	0,2	1,7	-2,2	-0,5
Геленджик	0,8	0,0	0,3	1,1	-1,7	-0,6
Горячий Ключ	1,0	0,3	-0,2	1,0	1,6	2,7
Краснодар	-0,4	0,1	-0,2	-0,5	0,3	-0,2
Новороссийск	-0,2	0,1	0,5	0,5	-1,5	-1,1
Сочи	-0,6	0,0	0,5	-0,1	0,1	0,0
Абинский	1,4	0,3	1,3	3,0	-0,1	2,9
Апшеронский	1,4	0,3	0,7	2,4	-0,9	1,5
Белоглинский	1,7	0,0	1,2	2,8	1,0	3,8
Белореченский	1,1	0,2	0,5	1,8	1,1	2,9
Брюховецкий	1,4	0,2	0,5	2,1	1,5	3,6
Выселковский	1,1	-0,3	1,0	1,8	1,2	3,1
Гулькевичский	1,4	0,1	1,0	2,5	0,4	3,0
Динской	1,1	0,3	1,1	2,5	-1,0	1,5
Ейский	1,5	0,1	0,4	2,0	1,1	3,1
Кавказский	1,2	0,2	0,6	1,9	0,5	2,4
Калининский	1,7	0,2	-0,2	1,7	-0,2	1,6
Каневский	1,4	0,1	0,9	2,5	-1,8	0,7
Кореновский	1,3	0,2	0,9	2,5	0,0	2,5
Красноармейский	1,4	0,2	1,1	2,7	-0,5	2,2
Крыловский	1,7	0,1	0,6	2,4	-1,0	1,3
Крымский	1,2	0,3	1,3	2,7	-0,8	1,9
Курганинский	1,6	0,4	0,9	2,9	0,1	3,0
Кущевский	1,4	0,1	0,2	1,7	2,4	4,1
Лабинский	1,4	0,1	1,8	3,3	0,3	3,6
Ленинградский	1,4	0,1	1,0	2,5	2,1	4,5
Мостовский	1,1	0,2	0,9	2,2	0,0	2,2
Новокубанский	1,6	0,2	1,6	3,4	0,1	3,4
Новопокровский	1,7	0,0	1,6	3,3	-0,4	2,9
Отрадненский	1,7	0,2	1,6	3,4	-0,6	2,9

Продолжение таблицы 1.

Павловский	1,5	0,1	0,0	1,6	1,9	3,5
Приморско-Ахтарский	1,6	0,3	1,3	3,1	-0,9	2,3
Северский	0,3	0,4	0,2	0,9	1,6	2,4
Славянский	1,2	0,1	0,4	1,7	-0,3	1,4
Староминский	1,5	0,1	1,5	3,1	-0,5	2,6
Тбилисский	1,5	-0,3	0,2	1,4	0,2	1,6
Темрюкский	1,0	0,3	0,5	1,9	0,8	2,8
Тимашевский	0,9	0,3	0,2	1,4	1,4	2,9
Тихорецкий	1,1	0,1	1,7	3,0	0,8	3,8
Туапсинский	0,6	0,1	-0,2	0,5	1,2	1,7
Успенский	1,3	0,2	0,5	2,0	0,0	2,1
Усть-Лабинский	1,1	0,3	1,0	2,4	1,2	3,6
Щербиновский	1,5	0,2	0,2	1,9	1,0	2,9
Край	0,5	0,1	0,6	1,2	0,2	1,4

Модель описывает 30 % дополнительной смертности во всех районах края, а в типичных районах 59 %. Есть и нетипичные районы. Другие неучтенные в модели факторы могут снижать смертность (города Анапа, Армавир, Каневской р-н., г. Геленджик и др.), увеличивать смертность (Кущевский, Ленинградский, Павловский и др. районы). Снижение смертности может быть обусловлено доходами от приема отдыхающих, культурным уровнем населения, повышение смертности может быть связано с возрастной структурой населения, нездоровым образом жизни, недоучетом негативного влияния алкоголя и множеством других факторов. Но в целом по краю модель адекватно описывает смертность. Учтенные факторы обуславливают 85 % смертности, неучтенные 15 %.

Риск дополнительной смертности в течение года от низкой зарплаты в 2013 году составляет в среднем по краю $5{,}3 \times 10^{-4}$ ($0 – 1{,}7 \times 10^{-3}$), недостаточности здравоохранения $1{,}4 \times 10^{-4}$ ($0–3{,}7 \times 10^{-4}$), алкоголя $5{,}5 \times 10^{-4}$ ($0–1{,}8 \times 10^{-3}$). Суммарный риск $1{,}2 \times 10^{-3}$ ($0–3{,}4 \times 10^{-3}$).

В среднем по краю в 2013 году, исходя из факторов, включенных в модель, 39 % дополнительной смертности обусловлены алкоголем, 37 % низкой зарплатой, 10 % недостаточностью здравоохранения. Риск от воздействия данных факторов в среднем по краю составляет $1{,}2 \times 10^{-3}$ в течение года и $8{,}6 \times 10^{-2}$ в течение жизни, что требует экстренных мер по оздоровлению населения. Для сравнения, канцерогенный риск от ингаляционного воздействия химических загрязняющих веществ атмосферного воздуха в г. Краснодаре составлял в 2013 г. $4{,}1 \times 10^{-4}$, то есть, на два порядка меньше, чем риск социальных факторов в крае.

Уменьшение смертности от причин, связанных с употреблением алкоголя, предотвратит3 тыс. случаев смерти, увеличение зарплаты – 2,8 тыс. случаев смерти, увеличение расходов на здравоохранение – 0,8 тыс. случаев смерти, снижение других негативных факторов 1,2 тыс. случаев смерти. Всего можно предотвратить 7,7 тыс. случаев смерти, снизить смертность на 12,7 % и достигнуть целевого уровня смертности. Увеличение расходов на здравоохранение во всех районах до 8 тыс. рублей в год позволит предотвратить еще 1,0 тыс. смертей в год.

Наибольшая предотвращенная смертность наблюдается в городах Новороссийске, Геленджике, Армавире, Краснодаре, Анапе, Сочи. Только в этих

городах можно констатировать благополучие со здоровьем. Эти территории являются крупными городами и (или) находятся на Черноморском побережье. Зарплата в этой группе территорий на 10 тыс. выше, чем в других районах, смертность, обусловленная алкоголем в 2 раза ниже. Во всех остальных районах необходимо повышение уровня и качества жизни до показателей данных городов.

Модель основана на поперечном исследовании по данным 2013 года и может отражать ситуацию со смертностью в 2012–2014 годах. Для более долгосрочного прогнозирования лучше использовать модели на основе продольных исследований. Обобщая множество таких моделей можно заключить, что целевой уровень смертности, соответствующий ОПЖ 75 лет, достижим при: зарплате 40 (35–45) тыс. руб., расходах на здравоохранение в МО 8 (7–9) тыс. руб., смертности, обусловленной алкоголем, 13 (9–18) на 100 тыс. Если сохранится динамика улучшения социально-экономического положения последних 3–9 лет, ОПЖ 75 лет возможно достичь в Краснодарском крае в 2018–2019 годах.

Курение не входит в модель. Но по модели, связывающей смертность с процентом курящих, 1 % курящих обуславливает повышение смертности на 6,5 на 100 тыс. Для достижения целевого уровня смертности курящих должно быть менее 10 % (в 2013 г. 30,6 %), то есть число курящих необходимо снизить в 3 раза.

По соотношению «затраты – эффект» антитабачные, антиалкогольные мероприятия и расходы на здравоохранение являются наиболее экономически эффективными. Повышение зарплаты, уровня доходов необходимо, но важнее их более равномерное распределение по районам и внутри районов.

Необходимо значительное увеличение расходов на здравоохранение и зарплаты медработников для снижения смертности. Расходы на здравоохранение окупаются эффектом от снижения смертности.

Таким образом, главные факторы, вызывающие дополнительную смертность, – алкоголизм и курение, низкая зарплата, недостаточность здравоохранения.

Оценка риска для здоровья населения при воздействии социальных факторов – перспективное направление в методологии оценки риска здоровью. Необходимо продолжение исследований риска социальных факторов с применением методов математического моделирования в Краснодарском крае и других регионах России.

Наши исследования показывают, что достижение целевого уровня смертности вполне реально при условии принятия управленческих решений, направленных на снижение смертности в наиболее неблагополучных районах. Оценка риска социальных факторов может служить полезным инструментом для разработки мероприятий по оздоровлению населения.

Список литературы:

1. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2013 году: Государственный доклад. М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2014. 191 с.

2. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2012 году: Государственный доклад. М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2013. 176 с.

3. Социальные детерминанты здоровья в Краснодарском крае в 2013 году: Доклад. Краснодар: Управление Роспотребнадзора по Краснодарскому краю, 2014. 200 с.

УДК 159.9

ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ УСЛОВИЙ БЫТА НА ФОРМИРОВАНИЕ САМООЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ

А.Н. Корденко, доктор медицинских наук, профессор, Воронежский государственный педагогический университет,

Л.В. Изотова, магистрант, Воронежский государственный педагогический университет

Аннотация: *проведено социометрическое, физиометрическое и психометрическое исследование некоторых бытовых факторов формирования качества жизни. Обнаружены половые и типологические особенности показателей. Выявлены факторы неблагоприятного влияния на качество жизни подростков.*

Ключевые слова: *качество жизни, подростки, половые особенности, условия питания, здоровье.*

Проблема формирования структуры качества жизни и критериев его оценки остается важным предметом, требующим постоянного приложения усилий научного сообщества. Существенная роль в формировании качества жизни принадлежит уровню здоровья, имея в виду не только объективные, но и его субъективные характеристики [1, 4]. Имеются данные о том, что в структуре заболеваемости подростков на первом месте стоят заболевания пищеварительной системы, которые представлены хроническим гастритом, гастродуоденитом,хроническим колитом, болезнями гепатопанкреобилиарной системы [5]. Многие авторы считают, что имеющаяся разнородность данных о структуре заболеваемости может быть объяснена различиями в социально-экономических, бытовых условий жизни подростков [2, 3, 6].

Нами проведено исследование 326 подростков обоего пола в возрасте 12–14 лет, проживающих в г. Воронеже и близлежащих населенных пунктах. Изучен ряд социометрических, психометрических и физиологических показателей.

В результате анализа данных можно выделить ряд устойчивых зависимостей и связей. Прежде всего, имеют место различия в структуре и связях объективных и субъективных показателей качества жизни у городских и сельских подростков. Можно отметить более обоснованный подход к формированию самооценки качества жизни у городских подростков, в первую очередь у девочек. Для них же характерна большая критичность в оценке состояния своего здоровья. У девочек чаще обнаруживается высокий уровень личностной тревожности.

Наибольшее влияние на самооценку качества жизни оказывает фактор материального благополучия семьи и объективные показатели состояния здоровья. В то же время, у сельских мальчиков самооценка качества жизни не коррелирует с объективными показателями материального положения и состояния здоровья.

Большое значение имеет фактор питания, о чем свидетельствует большее количество корреляций этого показателя ссостоянием здоровья, многими антропометрическими и физиометрическими характеристиками и с субъективными показателями качества жизни.

При этом необходимо отметить, что условия питания подростков в школе и дома неудовлетворительны. Только 50 % подростков получают четырехразовое питание, регулярно получают молочные продукты только 53,7 %, мясные продукты – 51,5 %, овощи и фрукты 45,5 %. Потребление свежих овощей и фруктов более благоприятно у сельских подростков.

Имеет место широкое распространение поведенческих факторов риска:

39,4 % подростков признаются в курении табачных изделий, 31 % – в самовольном употреблении алкоголя. Это явление более выражено на селе. Особенно неблагоприятно самовольное употребление алкоголя, обнаруженное у 40,8 % сельских девочек старшей возрастной группы.

Для подростков характерна неадекватная оценка роли поведенческих факторов риска в формировании самооценки качества жизни. Высокие положительные значения коэффициентов корреляции (до +0,75) свидетельствуют о том, что представления подростков о высоком качестве жизни ассоциируются ими с возможностью курения и употребления алкоголя. Это свидетельствует о крайне неблагополучном состоянии системы валеологического воспитания.

Курение табачных изделий и употребление алкоголя сдерживают физическое развитие, более заметное у сельских детей и подростков. Так у сельских девочек при сравнении 12-летних и 14-летних не зарегистрировано прибавки длины тела, время как у некурящих она увеличилась на 7,8 %.

Выявлены нарушения условий отдыха подростков. Так, у 42,9 % нет четкого графика сна, в 76,2 % случаев родители мешают засыпанию, ложась спать после 23 часов. Можно рассматривать это как причины, обнаруженного у 47,6 % подростков, беспокойного сна, жалоб на недостаточный ночной отдых у 52,4 % респондентов.

Обнаружены признаки влияния типологических особенностей личности на формирования самооценки качества жизни и состояния здоровья. Так, флегматики более высоко оценивают качество своей жизни и свое здоровье. У них же меньше уровень личностной тревожности. Наибольший уровень тревожности у холериков, а наименьший у флегматиков.

Список литературы:

1. Баранов А.А. Методы определения и показатели качества жизни детей подросткового возраста / 2006. М. : НО НЦЗД РАМН. 30 с.

2. Гатиятуллина А.А., Валеева Э.Р., Хузиханов Ф.В. Возрастные особенности питания школьников / Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Гигиена детей и подростков: история и современность (проблемы и пути решения). М. : НЦЗД РАМН. 2009. С. 89–90.

3. Журавлева М.С. Социально-гигиенические аспекты адаптации подростков в современных условиях жизнедеятельности / М.С. Журавлева, Н.П. Сетко // Гигиена и санитария. 2009.- № 1. С. 49–51.

4. Кучма В.Р. Методы оценки качества жизни школьников / В.Р. Кучма, Н.В. Соколова, В.И. Попов. М. – Воронеж, Истоки, 2006. 112 с.

5. Сухарева Л.М. Заболеваемость подростков-школьников и проблемы профессионального отбора / Л.М. Сухарева, И.К. Рапопорт // Современный подросток. М., 2001. С. 56–60.

6. Трофименко А.В., Звездина И.В. Нарушение питания старшеклассников и их здоровье / Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Гигиена детей и подростков: история и современность (проблемы и пути решения). М. : НЦЗД РАМН. 2009. С. 458–459.

УДК 614.7: 614.2: 538.551.25

ЭЛЕКТРОМАГНИТНЫЕ ПОЛЯ В ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЕ И ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ

Н.М. Кордюков, кандидатмедицинскихнаук, доцент, ГОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург, e-mail: kord-nikolai@yandex.ru,

Л.В. Кордюкова, кандидат медицинскихнаук, доцент, ГОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург, e-mail: kordiukowa.larisa@mail.ru,

Н.А. Ковалева, заместитель начальника отдела, Управление Роспотребнадзора в г. Санкт-Петербург, e-mail: knalex21@rambler.ru

Аннотация: *рассматривается проблема загрязнения окружающей среды электромагнитными полями. Приведены сведения об источниках электромагнитныхполей их влияния на здоровьечеловека. Представлены материалы оценки электромагнитной обстановки у базовых станций сотовой связи.*

Ключевые слова: *окружающая среда, здоровье, электромагнитное поле, базовая станция.*

Проблема электромагнитных полей (ЭМП) и здоровья человека в связи с активным внедрением в различные сферы производства и быта новых источников ЭМП, работающих в широком диапазоне частот при разных режимах излучения с использованием все более высоких рабочих мощностей является чрезвычайно актуальной. В литературе появились термины «электромагнитный смог», «магнитная паутина», а Всемирной организацией здравоохранения введен термин «электромагнитное загрязнение среды»

К источникам массового воздействия ЭМП на человека относятся: радио- и телевизионные станции, воздушные линии электропередач высокого и сверхвысокого напряжения, промышленные технологические установки, радиолокационные станции гражданского и военного назначения, базовые станции мобильной радиотелефонной связи, станции дальней космической связи и др. В последнее время особое беспокойство у специалистов в области электромагнитной безопасности человека вызывают сотовые телефоны, компьютеры, Wi-Wi роутеры, а также разнообразные радиоэлектронные и электрические изделия, широко используемые в быту: телевизоры, игровые приставки, микроволновые печи, электроплиты, «теплые полы», электрочайники, холодильники, электроутюги, электрофены, электробритвы, электромассажеры, электрогрелки, электрогенераторы и другая бытовая техника, а также ЭМП физиотерапевтического оборудования в медицине – СВЧ – и КВЧ-терапия.

Особую значимость вопросы электромагнитной экологии имеют в 11-ом диапазоне международного Регламента радиосвязи – миллиметровые волны (ММВ) – крайне высокочастотный диапазон (КВЧ). В этом диапазоне работают сверхмощные приборы с выходной импульсной мощностью до 100 ГВт в системах направленной передачи энергии, в системах радиоэлектронной борьбы, импульсных РЛС, в аппаратуре обеспечения чистоты окружающей среды и модификации ионосферы, в промышленной обработке материалов.

ММВ имеют также широкое применение в радиоастрономии, радиоспектроскопииирадиометрии, радиовооружениях, используются для измерения параметров транспортных средств всех видов, в охранных системах, для радиокартирования, дистанционного зондирования, в навигации; применяются для радиофизического дистанционного исследования атмосферы, акватории морей, земной поверхности при решении экологических проблем и быст-

ропротекающих процессов в атмосфереиокеане, а также во многих других отраслях промышленности сельского хозяйства.

Экологический аспект обусловлен воздействием на окружающую среду как отдельных сверхмощных источников миллиметрового излучения, РЛС, РРЛ, средней и малой мощности, так и широчайшим применением в быту повсюду и различных отраслях маломощных КВЧ устройств.

Постоянно возрастающее электромагнитное загрязнение окружающей среды в городах вызывает обоснованную тревогу у гигиенистов и экологов, так как оценка и возможные меры профилактики затруднены из-за невозможности ограничения выброса и замены ЭМП на другой, менее неблагоприятный фактор или ограничении его до природного фона в окружающей среде. Поэтому действие ЭМП проявляется круглосуточно, долговременно, хронически на большие контингенты людей, включая детей, пожилых людей и больных.

С экологических позиций электромагнитное загрязнение окружающей среды следует рассматривать как мощный стрессовый фактор [3, 4], привнесенный в среду обитания, к которому организм человека не успел адаптироваться, поскольку приспособление к тому или иному фактору среды вырабатываются в течение длительного времени и жизни многих поколений. ЭМП оказывает неблагоприятное влияние на организм и при определенных условиях может послужить предпосылкой к формированию патологических состояний у населения, подвергающегося хроническому воздействию этого излучения.

Реакция человека на ЭМП повышенной интенсивности проявляется неблагоприятным влиянием на иммунную, сердечно сосудистую, эндокринную, центральную нервную системы человека. ЭМП приводит к развитию синдрома старения организма, признаками которого являются снижение работоспособности и иммунитета, угнетение функции репродуктивной системы, развитие возрастной патологии в ранние годы [2].

У человека нет специального органа чувств, воспринимающего ЭМИ, что делает этот фактор особенно опасным, поскольку, не ощущая воздействия ЭМИ, человек не может избежать его неблагоприятного влияния. С другой стороны, отсутствие чувственного восприятия ЭМП иногда приводит кнеобоснованнойповышенной тревожности человека, боязни того, что он попал или находится в зоне облучения, когда таковое отсутствует, что приводит к развитию психогенного стресса.

Одним из значимых неконтролируемых источников электромагнитной нагрузки на всю популяцию населения является сотовая связь. Суммарная экспозиция населения отЭМП беспроводных телекоммуникационных технологий по данным европейской программы оценки рисков постоянно растет и сейчас составляет не менее 60 % от общей экспозиции в радиочастотном диапазоне.

В крупных городах сложилась ситуация, когда суммарная мощность ЭМП от абонентских и базовых станций (БС) сетей сотовой связи превышает мощности всех других передающих радиотехнических объектов в диапазоне частот 300 МГц – 3 ГГц.Сотовая связь является наиболее массовым по распространению и охвату населения источником ЭМП в радиочастотном диапазоне, при этом воздействие оказывается относительно невысокими уровнями ЭМП, но в хроническом многолетнем режиме. Имеет место устойчивая тенденция увеличения зоны «радио покрытия» и максимального приближения излучающих антенн к пользователю, что является ничем иным, как глобальным увеличением электромагнитного фона в окружающей среде.

Элементы систем сотовой радиосвязи, базовые станции (БС) и абонентские терминалы (АТ), являются сегодня одними из основных факторов электромагнитной нагрузки на всю популяцию населения, условия воздействия которых являются практически неконтролируемыми.

Необходимо отметить, что, несмотря на использование передатчиков небольшой мощности, базовые станции сотовой связи все чаще становятся потенциально значимыми источниками электромагнитного поля в окружающей среде. Это связано с тем, что антенны устанавливают на небольшой высоте от поверхности земли, они имеют достаточно выраженный угол наклона оси излучения, а также изменяется существующая застройка (в результате реконструкции зданий, нового строительства вблизи имеющихся базовых станций).

Исследование канцерогенных рисков для человека и их качественная оценка при действии ЭМП от сотовых телефонов приведены в цикле работ шведских ученых под руководством L. Hardel [1], которые установили, что особенно высокий риск развития опухолей мозга был получен для людей, которые начали использовать сотовые телефоныв возрасте 8–10 лет.При этом риск возникновения опухолимозга может увеличиться до 5 раз и увеличение риска развития опухоли зависит от общей длительности пользованиясотовымирадиотелефонами. Эти выводы были подтверждены РешениемАгенства ВОЗ – Международного Агенства исследования рака (МАИР, г. Лион, Франция): ЭМП радиочастот сотовых телефонов могут быть промоторами опухолей мозга по группе 2b.

В целом, общую картину динамики заболеваемости опухолями мозга характеризуетмонотонныймедленный подъем с резким увеличением роста в 1980–1990 гг., что соответствует началу «мобильной эры» в истории антропогенных факторов риска [1].

Средняя длительность пользования сотовыми телефонами составляет от 7 мин. до 60 мин в сутки. При 60 минутной экспозициии более влияние ЭМП РЧна пользователя мобильным телефоном будет приближаться к действию ЭМП на профессионалов, обслуживающих передающие радиотехнические объекты. Эти лица, в соответствии с законодательством, в отличие от пользователей радиотелефонов, проходят предварительные и периодические медосмотры, подвергаются диспансерному наблюдению. Поэтому ограничение времени разговоров по мобильному телефону является одним из значимых факторов профилактики.

Широкое использование сотовой связи значительно увеличило воздействие ЭМПРЧ на население. Впервые подвергается облучению головной мозг, дети вошли в группу риска.

В профилактике возможных последствий влияния сотовой связи мобильных телефонов каждый пользователь должен самостоятельно взвесить все «за» и «против» и сделать осознанный выбор – пользоваться удобствами, предоставляемыми сотовой связью или подвергать себя дополнительному риску. Такой выбор возможно сделать только на основании доступной научнообоснованной информации и санитарнопросветительной работы.

Что касается базовых станций сотовой связи, то государство в лице-Роскомнадзора и Роспотребнадзорасогласовываетразмещение базовых станций иосуществляетпостоянный контроль за электромагнитной обстановкой вместе их размещения, особенно в жилой застройке.

Была изучена электромагнитная обстановка вокруг 8 школ, на надстройках крыш, которых размещены антенны базовых станций сотовой связи стандартов 2G + 3G. Измерена плотность потока энергии (ППЭ) ЭМПу антенн БС на крышах 4-х этажных зданийшкол, чердачных помещенияху аппаратных и в классах, других помещенияхчетвертого, третьего, второго и первого этажей, располагавшихся под проекциями главных лепестков диаграмм направленности антенн. Измерения проводились на прилегающих к зданиям школ территориях с плотной жилой застройкой в радиусе до 50 м. Места замеров были распределены следующим образом: на кровле зданий школ, на которые возможен неконтролируемый доступ учащихся и персонала – 15,5 %, в классах и кабинетах –58,9 %, наприлегающих к зданиям школ территориях – 25,6 %.

Было установлено, максимальные значенияППЭ зарегистрированы у антенн на крышах зданий школ до 84 мкВт/см^2, средние – 9–11 мкВт/см^2; максимальные значения у контейнеров с передатчиками – 5,7 мкВт/см^2, средние – 0,81 мкВт/см^2; максимальные в классах 4-х этажей – 1,5 мкВт/см^2 , средние – 0,65 мкВт/см^2; максимальные учебных помещениях 3-х этажей – 1,31 мкВт/см^2, средние – 0,34 мкВт/см^2; максимальные в классах 2-х этажах – 0,92 мкВт/см^2, средние – 0,29 мкВт/см^2; максимальные на прилегающей к школам территории – 0,93 мкВт/см^2 , средние – 0,53 мкВт/см^2.

Таким образом, средние значения ППЭ ЭМП в помещениях и территориях, где, в основном, находятся учащиеся составляют от 2,9 % до 6,5 %, а максимальные – от 9,3 % до 15 % значений ППЭ установленных национальными санитарным законодательством – 10 мкВт/см^2.

Список литературы:

1. Григорьев Ю.Г., Григорьев О.А., Бирюков А.П. Электромагнитное поле сотовой связи как неблагоприятный фактор окружающей среды // В кн.: Приоритеты профилактического здравоохранения в устойчивом развитии общества: состояние ипути решения проблем. Материалы пленума Научного совета по экологии человека и гигиене окружающей среды Российской Федерации 12–13 декабря 2013 г. Под ред. акад. РАМН Ю.А. Рахманина. М., 2013. С. 89–91.

2. Довгуша В.В., Тихонов М.Н., Довгуша Л.В. Механизм влияния естественных и техногенных электромагнитных полей на безопасность жизнедеятельности // Экология и атомнаяэнергетика. Научно-техн. сб. 2010. Вып. № 2. С. 123–131.

3. Пальцев Ю.И., Рубцова Н.Б., Походзей Л.В. и др. Оценка степени риска для здоровья человека модулированных электромагнитных полей и обоснование принципов их гигиенического нормирования // Актуальные проблемы «Медицины труда». Сборник научных трудов института. Под ред. акад. РАМН Н.Ф. Измерова. М., 2006. С. 270–309.

4. Пальцев Ю.И., Рубцова Н.Б., Походзей Л.В., Тихонова Г.И. Гигиеническая регламентация электромагнитных полей как мера обеспечения сохранения здоровья работающих // Медицина труда и промышленная экология. 2003. № 5. С. 13–17.

УДК: 616-082:616 -053.71

ДЕЯТЕЛЬНОСТНЫЙ ПОДХОД В ОБУЧЕНИИ ДОПУСКУ СТУДЕНТОВ К ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Н.Н. Касаткин, кандидат педагогических наук, доцент, зав. кафедрой экстремальной медицины и безопасности жизнедеятельностиГБОУ ВПО «Астраханский ГМУ», г. Астрахань, e-mailextremkaf@mail.ru,

О.И. Фоменко, кандидат медицинских наук, доцент кафедры экстремальной медицины и безопасности жизнедеятельностиГБОУ ВПО «Астраханский ГМУ», г. Астрахань

Аннотация: *представлен метод обучения в образовательных учреждениях высшего профессионального образования на разных этапах достижения целей обучения в медицинском вузе с целью формирования практических навыков, которые могут реализовываться только с применением деятельностного подхода в обучении. Данный подход в системе профессионального образова-*

ния считается инновационным и соответствует требованиям безопасности допуска студентов к участию в оказании медицинской помощи гражданам.

Ключевые слова: *практические навыки, безопасность допуска, деятельностный подход, медицинская помощь.*

Период обучения в высшем учебном заведении представляет особенный этап в жизни студенческой молодежи. Он связан с такими важными событиями, как профессиональная ориентация, становление личности, выработка ассоциативного мышления, выбор жизненных целей и установок, формирование практических умений и навыков, используемых в течение всей профессиональной деятельности. В то же время неправильно сформированные практические умения и навыки негативно отражаются на конкурентоспособности выпускников медицинских вузов на современном рынке труда, т.к. инновационные преобразования в медицине поражают своими возможностями [3].

В настоящее время медицинский вуз обязан готовить высокопрофессионального специалиста, способного совершенствоваться в будущей профессии, получать новые знания и практические умения.

Анализируя современную педагогическую литературу по методам обучения в образовательных учреждениях высшего профессионального образования, можно сделать два вывода:

1. Методы — обучения – это способы заранее спроектированной совместной деятельности преподавателей и студентов, в ходе которой осуществляются обучение, воспитание, развитие умственно-познавательных способностей, мировоззрения, нравственности и общей культуры обучаемых.

2. Все методы обучения (лекции, семинары, конференции, изучение наглядных пособий и препаратов, учебные исследования, учебные деловые игры, решение ситуационных задач и т.д.), можно объединить в две принципиально разные группы: «методы ознакомления с информацией» и «методы выполнения обучающих заданий».

На разных этапах достижения целей обучения в медицинском вузе методы обучения характеризуются разной степенью активности участников процесса обучения. Так, во время чтения лекции активность резко смещается в сторону преподавателя, хотя студенты тоже выполняют определенную деятельность – воспринимают новую информацию по дисциплине. На семинарах педагогическое взаимодействие участников этого процесса выравнивается – под руководством преподавателя студенты конкретизируют и закрепляют знания, полученные ими на лекциях и в процессе самостоятельной работы над учебным материалом. При отработке практических навыков, прохождении производственной (учебной) практики в лечебных (фармацевтических) учреждениях студенты выполняют элементы своей будущей профессиональной деятельности, а преподаватель – контролирует их работу [2].

Так как в целях обучения студентов медицинских вузов главенствует задача практической подготовки выпускников, то «методы выполнения обучающих заданий» должны преобладать над «методами ознакомления с информацией». При этом «методы выполнения обучающих заданий», целью которых является формирование практических навыков, могут реализовываться только с применением деятельностного подхода в обучении. Суть методик данного подхода состоит в том, чтобы учить студента действиям и деятельности, а не знаниям их применять.

В настоящее время организационные системы обучения высшего профессионального образования связаны с термином «технология обучения» [1].

Технология обучения – есть последовательность (не обязательно строго упорядоченная) процедур и операций, составляющих в совокупности целост-

ную дидактическую систему, реализация которой в педагогической практике приводит к достижению гарантированных целей обучения и воспитания.

Содержание, методы, приемы, средства, виды деятельности участников процесса обучения организационной системы присущи и технологии обучения, но если организационная система обучения отвечает на вопросы: чему обучать? как обучать? зачем обучать? То технология обучения, прежде всего, отвечает на вопрос как обучать с одним существенным дополнением: как обучать результативно.

В высшей медицинской школе под термином «практическое умение» понимается умение выполнять конкретное простое действие (мануальное, сенсорное, умственное), которое входит в состав более сложного профессионального действия врача. Практическое умение, доведенное до автоматизма, характеризуется как навык. Древние греки говорили: «Многознание уму не научает» …, следовательно, в обучении необходимо создавать условия, при которых студент имеет возможность неоднократно, до полного овладения, выполнять действия, которые находятся под контролем правильности их выполнения.

Одним из способов улучшения качества подготовки специалистов, и это давно известно, является преподавание с использованием технических средств обучения. Но если в процессе овладения навыками, например, управления самолетом или агрегатами атомной станции, контакт обучаемого с реальным объектом исключен до получения и качественного усвоения полного комплекса практических навыков на тренажерах, то в медицинском образовании приобретение практических навыков осуществляется студентами на реальном больном, т.е. на «объекте». Такое положение было оправдано и приемлемо в прошлом, но в век интенсивного технического развития оно противоречит научному подходу в обучении и здравому смыслу. Дефекты медицинских манипуляций для пациента имеют не меньшие личностные последствия, чем социальные последствия авиакатастрофы или взрыва при аварии на атомной электростанции.

Клиническая подготовка является основой медицинского образования, а метод обучения у постели больного – преобладающий. В тоже время, обучение студентов врачебному искусству у постели больного, во-первых, при существующих нормативно-правовых актах, может нарушать право пациента на оказание ему качественных медицинских услуг, а правила биоэтики и принципы деонтологии – ограничивать взаимодействия студентов с пациентами в учебном процессе. Во-вторых, преподаватель этот процесс, по разным причинам, в том числе и причинам объективного характера, реально полностью не контролирует. Поэтому нет уверенности, что каждый студент в объеме конкретной учебной дисциплины освоил правильные действия и деятельность, а не их подобие.

Получение студентом практических навыков у постели больного имеют еще одну, не урегулированную нормативно-правовыми актами, проблему. Сегодня лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) оказались (в подавляющем большинстве) на муниципальном уровне, а медицинские вузы – на федеральном. Возникают вопросы: как «федеральных» студентов обучать практическим навыкам в муниципальном ЛПУ? Каким образом «федеральным» студентам предоставить больных? В условиях жестких требований страховой медицины возьмет ли врач стационара на себя ответственность за познавательно-обучающую деятельность студента?

Сложившаяся ситуация, а также, и это главное, ответственность медицинских вузов Российской Федерации за практическую подготовку выпускников, соответствующую требованиям безопасности допуска их к осуществлению медицинской помощи пациентам, предопределили использование в практическом обучении последних достижений

науки и техники. В вузах вне стационара ЛПУ стали организовываться центры практических навыков (центры фантомного обучения или отдельные модули фантомного обучения на соответствующих кафедрах), где обучение студентов диагностическим и лечебным манипуляциям стало проводиться на медицинских фантомах, тренажерах и симуляторах.

Создание инновационного подхода в практическом обучении было продиктовано одним из направлений Национального проекта «Образование» и требованиямиприказовМинистерства здравоохранения Российской Федерации, в соответствии с которыми к участию в оказании медицинской помощи гражданам, допускаются студенты высших и средних медицинских учебных заведений, успешно прошедшие необходимую теоретическую подготовку иимеющие практические навыки, приобретенные на муляжах (фантомах), тренажерах.

Вузы, имеющие или создающие подразделение практических навыков, имеют разную степень финансирования, в связи с чем, подходы по созданию такого подразделения индивидуальны. Между тем, представляется целесообразным рассмотреть отдельные вопросы функционирования этого подразделения.

Приобретение вузами медицинского оборудования для создания отдельных модулей фантомного обучения для отдельных кафедр – бесперспективно (исключение составляют кафедры стоматологического профиля), т.к. данный учебный процесс требует междисциплинарного (меж кафедрального) подхода, использования комплексных методик обучения, которые могут реализовываться командой преподавателей с высокой педагогической и клинической компетентностью.

Количество тренажеров и симуляторов в центре, а также штат сотрудников центра должны обеспечивать высокую пропускную способность студентов.

Наиболее приемлемым, по конечному результату, представляется проведение занятий с малыми группами – по 5-6 человек. При таком подходе пропорционально увеличивается качество усвоения материала, возрастает контроль со стороны преподавателя, появляются возможности для перехода приобретенных умений в навыки.

Для обеспечения высокого качества практической подготовки только наличия тренажеров и симуляторов недостаточно. В методическом обеспечении учебного процесса в центре должны преобладать методы активного обучения. Конечно, можно идти традиционным путем: преподаватель – тренажеры (фантомы) – студент, но принцип имитационного моделирования клинических и чрезвычайных ситуаций представляется более перспективным. Имитационное моделирование ситуации представляет групповое упражнение, в ходе которого с помощью заданий студенты под руководством преподавателя воспроизводят профессиональную обстановку, сходную по основным существенным характеристикам с реальной. Сегодня данный подход в системе среднего и высшего профессионального образования считается инновационным и активно применяется в разных по профилю вузах России и за рубежом.

Работа центра при междисциплинарном (меж кафедральном) подходе обучения позволяет контролировать приобретение студентом практических умений и навыков на всех этапах (курсах) подготовки специалиста, в том числе контролировать подготовленность студентов к прохождению производственных практик. Допуск студентов к прохождению производственной практики посредством зачета позволит исключить действующий сегодня подход, когда студент допускается к производственной практике автоматически, при условии успешного освоения теоретического учебного материала и сдачи экзаменационной сессии.

Выводы:

1. В условиях центра содержание междисциплинарного обучения с использованием фантомов, тренажеров и симуляторов позволяет разрешить возникшие проблемы, повысить качество освоения студентом учебного материала.

2. Деятельности подход в обучении соответствует требованиям безопасности допуска студентов к участию в оказании медицинской помощи гражданам.

3. Работа центра при междисциплинарном (меж кафедральном) подходе обучения позволяет значительно уменьшает степень рисков их практической деятельности.

4. Принцип имитационного моделирования клинических и чрезвычайных ситуаций представляется наиболее перспективным.

Список литературы:

1. Морева Н.А. Технологии профессионального образования: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – 2-е изд. М. : Издательский центр «Академия», 2007. 432 с.

2. Полат Е.С. Современные педагогические и информационные технологии в системе образования: учеб. пособие для студентов высш. учеб. заведений / Е.С.Полат, М.Ю.Бухаркина. М. : Издательский центр «Академия», 2007. 368 с.

3. Щепин О.П. Здоровье населения – основа развития здравоохранения / О.П. Щепин, Р.В. Коротких, В.О. Щепин, В.А. Медик; Национальный НИИ общественного здоровья РАМН. М. : 2009. 376 с.

УДК 159.9

ПРОФИЛАКТИКА ПРЕРЫВАНИЯ НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ КАК НАПРАВЛЕНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

Л.С. Кострыкина, ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом последипломного образования ГБОУ ВПО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Астрахань, e-mail: lady.kostrikina2010@yandex.ru,

А.Г. Сердюков, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения с курсом последипломного образования ГБОУ ВПО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Астрахань, e-mail: agmaozz@mail.ru

Аннотация: *в данной статье рассмотрены проблемы прерывания нежелательной беременности. Проанализированы частота и медико-социальные причины искусственного прерывания беременности. Изучены основные направления профилактики и выявлена их эффективность.*

Ключевые слова: *аборт, послеабортные осложнения, прерывание беременности, комплексная профилактика, материнская смертность*.

Искусственное прерывание нежелательной беременности является одним из наиболее значимых медико-социальных факторов, оказывающих негативное влияние на репродуктивное здоровье женщин.

В последние годы в рамках Федеральной программы «Планирование семьи» органами и учреждениями здравоохранения была проведена существенная работа по организации службы планирования семьи, внедрения эффективных средств контрацепции. Вместе с тем аборт продолжает оставаться одним из основных средств регулирования рождаемости, сохраняя ведущее место в структуре причин материнской смертности и нарушений репродуктивного здоровья.

От последствий аборта в мире ежегодно умирает 200 тысяч женщин. В Астраханской области 2,3 % абортов сопровождаются осложнениями, которые приводят впоследствии к бесплодию, нарушению репродуктивной функции женщин. Доля ранних осложнений в структуре всех осложнений абортов колеблется в пределах 0,5–4,6 %, поздних – в пределах 85,4 %. Всё вышесказанное направлено на привлечение внимания общественности, объединение усилий органов управления здравоохранением, медицинских учреждений, общественных и религиозных организаций в профилактике и снижении числа абортов и их осложнений.

Целью нашего исследования явилось изучение показателя частоты искусственного прерывания беременности. Исследование проводилось на базе областного перинатального центра ГБУЗ АО АМОКБ, МУЗ «Клинического родильного дома № 2» и женской консультации МУЗ КРД № 2, ГБУЗ АО ГП № 10, «Центра планирования семьи и репродукции».

Материалом для исследования послужили отчёты деятельности стационаров за 2006–2012 гг.

Применённые методы: выкопировка, статистическая обработка и анализ полученных данных.

Предмет исследования: случаи обращения женщин Астраханского региона по-поводу прерывания беременности за 2006–2012 гг.

В ходе нашего исследования было выявлено, что 44,0 % женщин, прервавших беременность, проживали в городе, из них в Трусовском районе – 40,0 %, Кировском районе – 30,0 %, Ленинском районе – 11,0 % и Советском районе – 11,0 %, а в сельских районах – 56,0 %.

По национальной принадлежности: русские женщины – 84,0 %, другие национальности- 16,0 %. Чаще на операцию приходят женщины с высшим образованием – 42,0 % и средним специальным образованием – 21,0 %.

Распределение по социальным группам: служащие – 36,0 %, домохозяйки – 18,0 %, студентки – 14,0 %, рабочие – 12,0 %, «бизнес-леди» – 10,0 %, стоящие на учёте в центре занятости населения – 10,0 %.

Изучение структуры абортов показало, что на долю абортов до 4х недель (мини-аборты) приходилось – 36,3 %, до 12 нед. – 39,0 %; самопроизвольных выкидышей – 13,7 %; по медицинским показаниям – 9,7 % и социальным показаниям – 1,5 %.

Долевое распределение частоты самопроизвольного выкидыша по срокам: ранний (до 12 нед.) – 21,5 %; поздний (с 12–21 нед.) -13,6 %; поздний (с 22–27 нед.) – 70,0 %.

Нами была изучена возрастная структура частоты абортов и определены наиболее частые медицинские и социальные показания к искусственному прерыванию беременности. Большинство прерываний беременностей отмечено в возрастной группе с наиболее высокой интенсивностью половой жизни и рождаемости (от 20 до 34 лет). Положительным моментом служит снижение абсолютного числа абортов у девочек-подростков 15–19 лет – на 14 % за исследуемый период, однако, настораживает сохраняющийся рост абортов у девочек до 14 лет – доля абортов в этой возрастнойгруппек 2012 году выросла на 0,01 % (с 0,025 % в 2011 года до 0,035 % в 2012 году).

Медицинскими показаниями к аборту являлись:

– хронические воспалительные и дегенеративные процессы в почках;

– хронические поражения печени с выраженными нарушениями её функции.

Наиболее частыми абсолютными показаниями к операции являлись тяжёлые формы сердечной недостаточности, гипертонии, сахарный диабет, органические поражения сердечной мышцы и клапанов сердца. Женщине рекомендовали сделать аборт, если у неё, отца ребёнка или одного из имеющихся детей есть наследственное заболевание (гемофилия, шизофрения).

Структурное распределение абортов по медицинским показания: до 12 недель – 6,6 %; с 12–22 неделю – 32,4 %; с 22–27 неделю – 61,0 %.

Анализ частоты абортов по медицинским показаниям с 22–27 неделю показал, что за исследуемый период (2006–2012 гг.) наибольшие доли приходились на возрастные группы женщин фертильного возраста (20–24 лет, 25–29 лет и 30–34 лет) и составляли- 45,4 % – 21,4 %.

К медицинскому аборту по социальным показаниям относились ситуации:

– наличие отца-инвалида I группы;

– наличие беременности наступившей в результате изнасилования женщины;

– пребывание женщины в местах заключения свободы.

Эта группа была малочисленной (121 женщина) и составляла – 1,5 %

Анализ частоты абортов по социальным показаниям с 12–21 неделю показал, что наибольшие доли приходились на возрастные группы (15–19 лет, 20–24 лет, 25–29 лет и 30–34 лет) и в среднем составили – 35,6 %.

Авторы прибегли к опросу женщин, решившихся на данное хирургическое вмешательство, по собственному желанию. Выявлено следующее:

– отсутствие работы – 20,0 %;

– женщина не состоит в браке – 40,0 %;

– развод вовремя беременности – 8,0 %;

– отсутствие собственного жилья – 7,0 %;

– многодетность (более 3 детей) – 10,0 %;

– доход менее прожиточного минимума – 15,0 %.

Структура прерывания беременности по желанию женщины: до 4х недель – 48,3 %; до 12 недель – 51,7 %. Анализ частоты абортов по желанию матери в сроке до 12 недели показал, что наибольшие доли приходились на возрастные группы женщин фертильного возраста (20–24 лети 25–29 лет) и в среднем составили – 70,0 %.

В последнее время приобрёл большую популярность среди представительниц женского пола такой метод искусственного прерывания беременности, как мини-аборт. Этот метод применяется в сроке до 4-х недель беременности. Повышенный интерес к нему объясняется тем, что частота осложнений в 5–6 раз ниже, чем после проведения «классического» аборта.

Анализ частоты мини-абортов в женских консультациях МУЗ КРД№2и ГБУЗ АО ГП № 10, «Центре планирования семьи и репродукции» показал, что наибольшие доли приходились на возрастные группы женщин фертильного возраста (20–24 лет и 25–29 лет) и в среднем составили – 23,5 %.

По-прежнему, серьезной проблемой остаётся самопроизвольный выкидыш, как на ранних, так и поздних сроках беременности. Нами были выявлены разнообразные причины самопроизвольного прерывания беременности:

- Женщины старше 35 лет – 9,0 %;
- Патология матки – 6,0 %;
- Аномалии хромосомного аппарата – 4,5 %;
- Эмоциональные нагрузки – 5,0 %;
- Эндокринная патология – 8,0 %;
- Инфекционный фактор – 17 %;
- Соматические заболевания – 31 %;
- Интоксикации (производственные и социального генеза) – 19,5 %.

Анализ частоты раннего самопроизвольного аборта до 12 нед показал, что наибольшие доли приходились на возрастные группы женщин фертильного возраста (20–24 лет, 25–29 лет и 30–34 лет) ив среднем составили – 33,5 %.

Анализ частоты позднего самопроизвольного аборта в сроке с 12–21 неделю показал, что наибольшие доли приходились на возрастные группы женщин фертильного возраста (20–24 лет, 25–29 лет и 30–34 лет) и в среднем составили – 32,6 %.

Анализ частоты позднего самопроизвольного аборта в сроке с 22–27 неделю показал, что наибольшие доли приходились на возрастные группы (20–24 лет, 25–29 лет, 30–34 лет и 35–39 лет) и в среднем составили – 28,0 %.

Производство аборта, а также необдуманное отношение к самой процедуре

являются основными причинами всевозможных осложнений, ведущих к нарушению репродуктивного здоровья женщины. У каждой третьей женщины наблюдаются осложнения абортов, у первобеременныхони встречаются в 3 раза чаще. Осложнения делятся на три группы:

- Ранние (во время аборта или спустя 1 неделю): перфорация матки (0,13–0,7 %), несостоявшийся аборт, разрывы шейки матки (0,3–2,2 %) и острая кровопотеря (1,5 %);
- Поздние (от 1 недели до 1 месяца): метроэндометрит, обострение хронического аднексита, пиосальпинкс, сальпингоофорит, параметрит;
- Отдаленные (позднее 1 месяца): нарушение овариально-менструального цикла, плацентарный полип, эндометриоз, нарушение проходимости маточных труб, выкидыш, бесплодие.

Оценивая проблемы нежелательной беременности, надо отметить, что бесспорно, основной причиной их возникновения является отсутствие контрацептивной культуры, как наследие прошлого. Нами была проанализирована профилактика абортов у женщин фертильного возраста за семь лет, использующих внутриматочную спираль и гормональную контрацепцию.

Анализ выявил, что из 1000 женщин фертильного возраста только 15,0 % (с 95,3‰ до 87,7‰) пользуются внутриматочной контрацепцией и 13,0 % (с 163,0‰ до 134,0‰) гормональной контрацепцией.

Полученные данные свидетельствуют о том, что эти методы профилактики недостаточно эффективно влияют на высокий уровень распространённости абортов. Начиная с 2011 года в Астрахани, вслед за Москвой и Санкт-Петербургом, организованы 3 центра и кабинеты «Кризисной беременности» при областном перинатальном центре ГБУЗ АО АМОКБ, женской консультации при КРД, ГБУЗ АО ГП № 10 – «В защиту жизни». В центрах бесплатно оказывается целый спектр услуг, предабортного консультирования, помощь в разрешении семейных конфликтов, проведение постабортной адаптации, встречи с родственниками, с отцом будущего ребёнка. С женщиной общаются юристы, психологи, священнослужители, врачи акушеро-гинекологи. Консультирования анонимны, никаких документов не требуется. Налажено сотрудничество с центром кризисной реабилитации женщин. Выяснено, что 70,0 % обратившихся в эти кабинеты женщин сохраняют беременность. Наряду, с центрами «Кризисной беременности» для женщин, вынашивающих и рожающих детей нелегально, не обращающихся за помощью врачей созданы первые анонимные бэби-боксы («окна жизни»), которые уже размещены в медицинских учреждениях таких городов как Пермь, Владимир, а также в Краснодарском крае. В ближайшее время они появятся в Ленинградской и Курской области.

Из всего выше сказанного можно подвести итог, что несмотря на профилактическую работу по предложению женщинам всех видов и способов контрацепции, аборт продолжает оставаться одним из основных средств прекращения нежелательной беременности. В альтернативу ей – новаторская работа центров кризисной беременности, где из 100 обратившихся беременных женщин только 30 решаются на аборт, остальные – рожают ребёнка и «пунктов приема» отказных детей. Назрела необходимость организации подобных кабинетов (центров) и пунктов при всех поликлиниках города, женских консультациях, всех ЦРБ.

Список литературы:

1. Коновалов О.Е. Приоритетные направления профилактики нарушений репродуктивного здоровья // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. 1988. № 4. С. 9–13.

2. Кулаков В.И., Зау П.Р., Куликова Н.Н. Аборт и его осложнения. М., 2006.

3. Кулаков В.И., Фролова О.Г. Актуальные проблемы репродуктивного здоровья женщин // Клинический вестник. 2009. № 2. С. 7–10.

УДК 613

ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В УСЛОВИЯХ ФГОСООО (НА ПРИМЕРЕ ПРЕПОДАВАНИЯ ЛИТЕРАТУРЫ)

Н.В. Коржова, учитель русского языка и литературы МБОУ СОШ № 19 муниципального образования город-курорт Анапа, e-mail: nkorzhova12@yandex.ru

Аннотация: *в статье рассматриваются особенности преподавания литературы в условиях реализации ФГОС ООО. Предмет гуманитарной направленности является фундаментом для формирования культуры здорового (во всех аспектах) образа жизни посредством ярких художественных образов и современных педагогических технологий.*

Ключевые слова: *культура здорового образа жизни, здоровье духовное.*

В современном обществе в связи с экономическим, образовательным вопрос о целях воспитания представляется особо значимым потому, что сейчас идет процесс формирования нового поколения российских граждан.

Воспитание здорового гражданина страны – одна из главных задач сегодняшней школы. При этом здоровье рассматривается как сложный, многоуровневый феномен, включающий в себя физиологический, психологический, духовный и социальный аспекты. Именно образовательное учреждение призвано вооружить ребенка индивидуальными способами ведения здорового образа жизни, нивелируя негативное воздействие социального окружения.

Приоритетность проблемы сохранения и укрепления здоровья, обучающихся нашла отражение в Федеральных государственных образовательных стандартах второго поколения. Для психофизической разгрузки учащихся и организации их свободного времени в ФГОС включена внеурочная деятельность, направленная на достижение мета предметных и личностных результатов ФГОС, среди которых есть и такие, как готовность и способность обучающихся к саморазвитию, сформированность мотивации к учению и познанию, ценностно-смысловые установки, отражающие их индивидуально-личностные позиции, социальные компетентности, личностные качества; сформированность основ российской, гражданской идентичности;

Это обуславливает необходимость формирования у обучающихся мотивации на ведение здорового во всех отношениях образа жизни через организацию культурной здоровье сберегающей практики детей, через деятельные формы взаимодействия, в результате которых только и возможно становление здоровье сберегающей компетентности.

Но в погоне за здоровьем физическим надо помнить о здоровье духовном, ведь именно оно является основой. В истории и литературе много примеров, когда сильные духом люди одерживали победу над телесной крепостью. Вспомним, хотя бы Сотникова из одноимённой повести А. Быкова или Александра Пересвета и Андрея Ослябю – монахов-схимнихов, которых дал в помощь Дмитрию Донскому Сергий Радонежский.

В традиционной кубанской культуре высокий моральный дух всегда предшествовал крепкому физическому здоровью, потому что только крепкий духом казак мог удержаться от разрушительных для здоровья пороков. Именно за силу духовную и, как её следствие, ум, силу физическую уважали казаков. Даже куренным атаманом не избирали казака, хоть раз запятнавшим себя. «Храбрый казак Мосий Шило», описываемый Гоголем в повести «Тарас

Бульба» претендует на звание атамана, но ведь именно его приковывали к пушке за воровство в нетрезвом виде! И только одно это играет решающую роль при выборе казаков

В настоящее времяприоритетным направлением в системе образования является именно воспитание. «Концепция духовно-нравственного развития и воспитания личности гражданина России» определяет в теории нравственные идеалы. Каждое образовательное учреждение в своих Программах и планах воспитательной деятельности выбирает для себя наиболее подходящие методы и технологии.

Для решения этой проблемы в рамках внеурочной деятельности, одними из обязательных направлений которых являются спортивно-оздоровительное и духовно-нравственное, в муниципальном бюджетном общеобразовательном учреждении средней общеобразовательной школе № 19 муниципального образования город-курорт Анапа преподавание литературы включает в себя знания, установки, личностные ориентиры и нормы поведения, обеспечивающие становление личности гражданина своей страны человека, уважающего и соблюдающего ценности своего народа, методика преподавания гуманитарных дисциплин направлена на сохранение и укрепление физического и психического здоровья, способствует познавательному и эмоциональному развитию ребенка, достижению планируемых результатов освоения основной образовательной программы основного общего образования.

Список литературы:

1. Основная образовательная программа начального общего образования МБОУ СОШ № 19. URL : http://anapaschool19.narod.ru/pilot.htm

2. Программа «Планета здоровья» Составитель: Козырева С.Н. Ставрополь: СКИПКРО, 2010 (Библиотека «Теория и практика повышения квалификации педагога»).

3. Федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования. М. : Просвещение, 2012.

УДК 612.821: 159.922

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АСИММЕТРИЯ ЧЕЛОВЕКА В АСПЕКТЕ ИНДИВИДУАЛЬНОСТИ И ПРОФПРИГОДНОСТИ

Г.Т. Красильников, доктор медицинских наук, профессор, старший научный сотрудник, НИЛ ПФЛ филиала ВУНЦ ВВС «Военно-Воздушная Академия» (г. Краснодар); кафедра психиатрии ФПК и ППС ГБОУ ВПО Кубанский ГМУ МЗСР РФ, e-mail: gennadykras@mail.ru,

Э.А. Крачко, кандидат медицинских наук, начальник НИЛ ПФЛ филиала ВУНЦ ВВС «Военно-Воздушная Академия» (г. Краснодар),

Ф.В. Мальчинский, кандидат психологических наук, начальник научно-методического отдела филиала ВУНЦ ВВС «ВВА» (г. Краснодар)

Аннотация: *в данной статье излагается современная научная концепция о функциональной асимметрии парных органов человека, что определяется взаимоотношениями и взаимодействиями полушарий головного мозга. Описывается влияние функциональной асимметрии на индивидуальные особенности и стрессоустойчивость. Обосновываются показания применения показателей функциональной асимметрии в профотборе и профориентации.*

Ключевые слова: *межполушарная асимметрия головного мозга, индивидуальный профиль функциональной асимметрии.*

Функциональная асимметрия головного мозга является в настоящее время бурно развивающимся научным направлением. Первоначальные представления, возникшие в середине XIX века, основывались на диагностике локальных поражений мозга и связанных с ними нарушений функций. Так, например, были открыты речевые центры Брока и Вернике. В середине XX века нобелиат Р. Сперри изучал функции головного мозга на расщепленных полушариях после комиссуротомии. Поэтому психическая деятельность понималась в концепции раздельной работы полушарий, а в исследованиях преобладал принцип определения доминантного полушария. За последние десятилетия произошел переход от представлений об автономной, изолированной работе каждого полушария к совместной (синергической) деятельности обоих полушарий [9]. Следовательно, сущность функциональной асимметрии заключается в том, что идентичные в морфологическом отношении правые и левые парные органы проявляют различия в функциональном обеспечении активных форм поведения человека. Выраженность асимметрии определяется наследственностью, конституцией, гормональным статусом, средовыми влияниями.

Функциональная асимметрия мозга определяется неравнозначностью участия больших полушарий мозга человека как в приеме и переработке информации, так и в протекании различных процессов в организме. В определении профиля асимметрии психических функций до недавнего времени преобладал подход, связывающий доминантность только с «рукостью», т.е. определением ведущей руки. В настоящее время акцент сместился на рассмотрение профиля асимметрии как преобладания отдельных функций левой или правой частей в совместном функционировании парных органов [3]. Профиль асимметрии выражает соотношение доминирования рук и ног, зрения и слуха. При этом все проявления функциональной асимметрии принято делить на три группы: моторная (рук и ног), сенсорная (зрение, слух, осязание, обоняние, вкус) и психическая асимметрии человека [3].

Под моторной (или двигательной) асимметрией понимается совокупность признаков неравенства функций рук, ног, половин туловища и лица в формировании общего двигательного поведения и его выразительности. Так, в работе Е.Д. Хомской с соавторами [8] обследование 700 студентов (в том числе 523 мужчин и 177 женщин) показало, что у мужчин праворукие составили 85 %, амбидекстры – 9 % и леворукие – 6 %. У женщин, соответственно, – 76 %, 18 % и 6 %, что соответствует данным других исследований, где отмечается около 8 % леворукости у лиц европейской популяции [9]. Под сенсорной асимметрией понимается совокупность признаков функционального неравенства парных органов чувств и разных видов чувствительности на правой и левой половине тела. Асимметрия зрения проявляется в том, что, несмотря на бинокулярное зрение, зрительные впечатления каждого из глаз обладают неодинаковой силой, качеством, четкостью зрительного образа. Асимметрия слуха проявляется в различии остроты и качества восприятия вербальной и музыкальной информации.

Понятие психической асимметрии подразумевает неравенство полушарий мозга при осуществлении психической деятельности, которая включает эмоциональные проявления, восприятие, мышление, сознание, речевую и другие функции. В настоящее время считается, что левое полушарие у правшей играет преимущественную роль в экспрессивной и импрессивной речи, в чтении, письме, вербальной памяти и вербальном мышлении. Поведенческо-психологический латеральный диморфизм проявляется в бинарных характеристиках: «правши» адаптивны в стабильной среде с рациональной стратегией поведения, а «левши» – к из-

менчивой среде с иррациональной стратегией перемен. «Левополушарные» формально-логические компоненты мышления так организуют любой знаковый материал, что создается строго упорядоченный и однозначно понимаемый контекст. Стратегия «правополушарного» компонента мышления – формирование многозначного контекста, что делает ее важнейшим компонентом творческого процесса. Правое же полушарие выступает ведущим для неречевого, например, музыкального слуха, зрительно-пространственной ориентации, невербальной памяти, критичности. Также было выявлено, что левое полушарие в большей степени ориентировано на прогнозирование будущих состояний, а правое — на взаимодействие с опытом и с актуально протекающими событиями. Специализация полушарий разная, но они всегда работают совместно. Именно благодаря их взаимодействию становятся возможными психические процессы, гораздо более сложные и сильнее отличающиеся от тех, которые составляют специальный вклад каждого полушария в отдельности.

Данные многих исследований позволяют утверждать, что выраженность индивидуальности человека находится в определенной зависимости от степени функциональной асимметрии. А сочетание отдельных показателей латерализации функций формирует индивидуальный профиль функциональной асимметрии как присущее данному человеку сочетание моторных и сенсорных признаков [6].

В большинстве типологий опускается асимметрия по двигательной функции ноги, как менее значимая (кроме спорта) асимметрия, по сравнению с асимметрией по моторным функциям руки. В соответствии с предполагаемой значимостью различной асимметрии (с точки зрения их связи с психическими процессами) была предложена формула асимметрий «рука – ухо – глаз», согласно которой моторная (ручная) асимметрия рассматривалась как первичная и наиболее значимая, а слухоречевая и зрительная как вторичные [8]. Причем доминирование относится не к целому органу (руке, уху, глазу), и тем более не к целому организму (правша, левша), а только к отдельным функциям, определяемым по специальным тестам на доминирование органа [5]. Причем по каждому тесту выявляется качественное преобладание левых, правых или симметричных признаков. Все возможные варианты индивидуальных профилей асимметрии могут быть объединены в пять типов:

1) «чистые» правши (ППП) – правостороннее доминирование по всем тестам;

2) праворукие – правостороннее доминирование руки сочеталось с различными вариантами доминирования уха и/или глаза;

3) амбидекстры – симметрия рук сочеталась с различными вариантами доминирования уха и глаза;

4) леворукие – левостороннее доминирование руки сочеталось с различными вариантами доминирования уха и/или глаза;

5) «чистые» левши – левостороннее доминирование по всем тестам [8].

Различным типам асимметрии соответствует определенный тип протекания высших психических функций. Кроме того, как установлено исследованиями А.Г. Кураева [4], к признакам, коррелируемым с профилем функциональной асимметрии мозга, относятся: особенности основных свойств нервной деятельности; устойчивость организма к утомлению; половые различия функциональной асимметрии мозга; особенности вегетативной регуляции у индивида; адаптационные свойства личности; типологические особенности личности; особенности анализа пространства – времени. Автором было проведено исследование субъективных и объективных типологических характеристик у испытуемых с разным профилем функциональной межполушарной асимметрии (ФМА) мозга. Средние показатели силы нервных процессов были примерно одинаковыми у испытуемых с разным профилем ФМА, наиболее низкая подвижность нервных процессов

отмечалась у испытуемых с левым профилем ФМА, а показатели силы тормозного процесса были наиболее высокими у испытуемых с правым профилем ФМА по сравнению со смешанным и левым профилем ФМА.

Проблема исследования функциональных асимметрий человека, и проблема поиска корреляций латеральных признаков с его индивидуально-психологическими различиями приобретают в последние годы все большее значение, поскольку они напрямую связаны с запросами практики. Так, полученные данные успешно используются для решения целого ряда задач, связанных с вопросами профориентации, профотбора, профподбора, для реализации принципов дифференцированного обучения и т.д. Широко применяются исследования по функциональной асимметрии в спорте, в отборе спортсменов и выборе спортивной специализации. Интерес специалистов к проблеме функциональной асимметрии связан с тем, что роль полушарий отмечена в обучении, эмоциональной устойчивости, адаптации к внешним условиям.

Особое значение имеют полученные в исследованиях данные, что испытуемые с сильно выраженной латерализаццией более стрессоустойчивы, чем испытуемые со слабой латерализацией. Таким образом, степень функциональной асимметрии может служить критерием стрессоустойчивости [1].

Бодров В.А., Орлов В.Я. [2] пишут о проведенном обследование свыше 700 пилотов, где было установлено, что в общей выборке правосторонняя асимметрия рук встречается в 92 %, зрения – 73 %, слуха – 63 %. У летчиков I-го класса правая асимметрия рук обнаружена в 95,31 %, зрения – в 80,43 % и слуха – в 95,18 %. У пилотов с низким уровнем надежности по сравнению с 1-й группой чаще левосторонняя асимметрия: левая рука в 4 и 0 %, глаз – 39 и 9 %, ухо – 18 и 0,5 % и лица со смешанным профилем. Показали большую частоту правых симметрий у летчиков, особенно у летчиков I класса. Значима асимметрия не только рук, но и ее сочетание с неравенством правых и левых глаз, ушей. Как и для операторов, менее значимой для летчиков оказалась асимметрия ног. Выявлена прямая зависимость уровня межполушарной асимметрии (МА) от переносимости воздействия на организм некоторых факторов полета: с увеличением показателей асимметрии возрастает переносимость, а у лиц с плохой переносимостью тенденция к снижению уровня МА. Этот факт свидетельствует о возможности использования показателей МА для оценки устойчивости организма к воздействию ряда экстремальных факторов. Это же подтверждается другими исследованиями, что степень латерализации функций может служить объективным критерием стрессоустойчивости [6, 9].

В исследовании А. Г. Федорука и Т.А. Доброхотовой установлено, что важным для операторской и летной деятельности является сочетание правых асимметрий рук, зрения (в прицельной способности) и слуха (в восприятии вербальных стимулов). Следовательно, показатели функциональной асимметрии отражают уровень профессиональной подготовленности и пригодности специалистов, а также характеризуют степень их функциональной надежности и устойчивости к воздействию стрессогенных факторов [7]. Однако, в профессиограммах (описаниях социально-экономических, производственно-технических, санитарно-гигиенических, психологических и др. особенностей профессий), и психограммах (характеристиках требований, предъявляемых профессией к психике человека) как правило, нет указаний на необходимость учета профиля асимметрии в профессиональном отборе. К настоящему времени накоплено достаточно исследовательского материала для обоснования мнения, что учет профиля асимметрии в профессиональной ориентации и отборе может привести к повышению производительности труда, уменьшению числа аварийных ситуаций и сохранению здоровья не только у лиц экстремальных профессий (операторов, летного состава), но и представителей массовых профессий.

Таким образом, представленный материал убедительно свидетельствует, что функциональная асимметрия человека, основанная на межполушарной асимметрии головного мозга, является естественно-научной базой формирования индивидуальности человека и служит существенной компонентой его профессиональной пригодности.

Список литературы:

1. Аракелов Г.Г. Психофизиология стресса // Психофизиология: Учебник для вузов / Под ред. Ю.И. Александрова. 3-е изд., доп. и перераб. СПб. : Питер, 2010. 464 с.

2. Бодров В.А., Орлов В.Я. Психология и надежность: человек в системах управления техникой. М. : Изд-во «Институт психологии РАН», 1998. 288 с.

3. Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А. Функциональные асимметрии человека. 2-е изд., перераб. и доп. М. : Медицина, 1988. 240 с.

4. Кураев А.Г. Межполушарное взаимодействие и поведение // Физиология поведения. Нейрофизиологические закономерности. Л. : Наука, ЛО, 1996. С. 269–308.

5. Леутин В.П., Николаева Е.И. Функциональная асимметрия мозга. СПб. : Речь, 2005. 366 с.

6. Москвин В.А., Москвина Н.В. Межполушарные асимметрии и индивидуальные различия человека. М. : Смысл, 2011. 367 с.

7. Федорук А.Г., Доброхотова Т.А. Функциональные асимметрии человека в операторской деятельности // Космическая биология и авиакосм. медицина. 1980. № 5. С. 39–42.

8. Хомская Е.Д., Ефимова И.В., Будыка Е.В. Нейропсихология индивидуальных различий. М. : Изд-во РПА, 1997.

9. Функциональная межполушарная асимметрия. Хрестоматия. М. : Научный мир, 2004.

УДК 159.9

ТЕХНОЛОГИИ ОККУПАЦИОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ

Л.В. Комарова, магистр психологии, руководитель клуба эстетического и физического развития детей с ограниченными возможностями здоровья «Дорога Добра»,

С.Б. Селезнёв, доктор медицинских наук, доцент, доцент кафедры социальной работы, психологии и социального права филиала ФГБОУ ВО РГСУ в г. Анапе, e-mail: selsb2@mail.ru,

Г.И. Золотова, кандидат педагогических наук, доцент, заведующий кафедрой социальной работы, психологии и социального права филиала ФГБОУ ВО РГСУ в г. Анапе,

Е.А. Андреева, кандидат психологических наук, старший преподаватель кафедры социальной работы, психологии и социального права филиала ФГБОУ ВО РГСУ в г. Анапе

Аннотация: *в статье рассматриваются проблемы социальной реабилитации детей-инвалидов и инновационные оккупационально-терапевтические технологии работы с ними. Подчёркивается значение становления и развития навыков продуктивной и досуговой деятельности у детей инвалидов посредством систематических коллективных занятий эстетической, физической и творческой направленности независимо от выраженности психических и соматических нарушений их здоровья и ограничений жизнедеятельности.*

Ключевые слова: *инвалид, инвалидность, дети-инвалиды, ограничение жизнедеятельности, оккупациональная терапия, продуктивная и досуговая деятельность.*

В любом современном обществе существует немалая доля людей, которые по состоянию физического или психического здоровья не могут в достаточной степени осуществлять уход за собой, самостоятельно проводить досуг и выполнять различную продуктивную деятельность. Их возможности в сохранении независимого образа жизни ограничены. В связи с чем, перед обществом стоит важная социальная задача – сделать всё необходимое, чтобы людям с ограниченными физическими возможностями – и взрослым, и детям – было хорошо и удобно жить, учиться, работать, заниматься творчеством, развивать собственные способности и таланты. На решение этой задачи и направлена оккупациональная терапия, что в дословном переводе означает «лечение занятиями, занятостью» [2; 4].

По имеющимся статистическим данным в современном российском обществе количество лиц, официально имеющих статус инвалида, приближается к 15 млн человек, что составляет более 10 % от всего населения РФ. Особенно интенсивно в последние годы эта проблемная по уровню ограничения жизнедеятельности группа пополняется за счёт детей, родившихся с патологией развития, родовыми травмами и их осложнениями. В частности, в РФ на 1000 новорождённых приходится от 6 до 13 детей с детским церебральным параличом, а детей с ранним детским аутизмом – от 3 до 6 на 10000 человек. Ежегодно в России количество детей-инвалидов по зрению увеличивается на 5 тысяч человек, а на каждые 600 новорожденных приходится 1 случай с синдромом Дауна. Гипоксия, травмы, перенесённые инфекции и интоксикации в пренатальном, перинатальном и постнатальном периодах развития также ведут к увеличению числа детей, уровень здоровья которых снижает возможности их социальной адаптации [1; 5].

Помимо традиционного восстановительного лечения и медицинской реабилитации, ребенок с ограниченными возможностями здоровья, как и любой здоровый ребёнок, нуждается в ежедневном общении и желает, чтобы его понимали и принимали не только родные, но и сверстники, его социальное окружение, чтобы его слушали, с ним играли, нуждались в нём.

Как правило, эти важные социально-психологические потребности ребёнка реализуются в его досуговой и игровой деятельности, что с позиций современной оккупациональной терапии рассматривается в качестве важных точек приложения оккупациональных реабилитационных мероприятий не только в сфере самообслуживания (навыков ухода за собой), но и в других социально-ориентированных (досуг, игры) занятиях [2; 3; 4].

Досуг и продуктивная деятельность детей-инвалидов – задача не менее важная, чем их восстановительное лечение и обучение. В силу своих тяжёлых диагнозов и заболеваний многие дети-инвалиды не имеют возможности посещать детские сады, школы и прочие образовательные учреждения, и зачастую вынуждены проходить школьную программу на дому либо дистанционно, что также изолирует ребенка от прямого контакта со сверстниками. К сожалению, в обществе преобладает мнение, что дети с тяжелой формой отставания в развитии необучаемы и неперспективны для общества. Но систематическая активная и творческая работа с этими проблемными детьми позволяет развеять эту сложившуюся точку зрения [5].

В последнее время в психолого-педагогической коррекционной работе используется большое количество средств и методов исправления тех или иных нарушений в развитии и становлении личности ребенка. В частности, в развитии речи используется логоритмика, игро-терапия, арт-терапия, су-джок-терапия, в физическом и эмоциональном развитииприменяетсяаква-терапия, специальные тренажеры и иные методики в

области остеопатии и мануальной терапии, иппо-терапия, канис-терапия, дельфино-терапия и другие. Указанные подходы и методы, конечно же, не являются универсальными и требуют в каждом конкретном случае индивидуального творческого подхода, но зачастую являются не менее значимыми, чем традиционные в комплексе индивидуальной программы реабилитации.

Ранее мы уже сообщали о положительных итогах использования нами комплексной программы физического и эстетического развития именно таких «проблемных» детей с целью улучшения их социальной адаптации [1].

Этот оккупациональный комплекс для детей-инвалидов сегодня нами продолжает совершенствоваться. Он включает занятия музыкой, сольным и хоровым пением, ритмикой, плаванием, рукоделием, рисованием, стихо-терапией и другими видами творчества. В последнее время мы акцентируем внимание на помощи детям с врождёнными аномалиями, сопровождающихся интеллектуальным снижением, которые в силу своих заболеваний долгое время были социально изолированы, не посещали детские сады, школу, кружки и секции. Это обусловило их существенное отставание от сверстников в плане их личностного развития и социальной адаптации.

Для развития речи у таких детей мы использовали методику «пальчиковый театр», пальчиковую гимнастику, самомассажопределенных участковлица и рук, артикуляционную гимнастику и пение. Для того, чтобы ребенок более полно почувствовал и передал мысль нами специально подбирались музыкальные произведения, которые помогали ребёнку расслабиться и, минуя привычное сопротивление, незаметно для себя включиться в ход занятий. При этом, даже дети с неустойчивым вниманием и синдромом гиперреактивности, с часто меняющимся настроением, также охотно включались в игру и начинали более адекватно и последовательно выполнять требования педагога. Длительность занятий всегда подбиралась индивидуально и в зависимости от диагноза постепенно увеличивалась в дальнейшем (принцип ступенчатости). В результате, изначально пассивное присутствие ребенка на занятиях, достаточно скоро сменялось более активным его участием в работе, и порой переходило в лидерство в группе.

Разделение участников на небольшие группы, давало возможность педагогу более детально поработать над развитием и коррекцией речи или движений. Такие небольшие группы имеют важное преимущество над индивидуальными занятиями: ребенок учится работать в команде, пытается быть её активным участником, развивает в себе лидерские способности, т.к. состязательность во время занятий является одним из движущих моментов в его развитии. Эмоциональное раскрытие иотреагирование во время групповых занятий происходит гораздо ярче и насыщеннее. За счёт «эффекта эмоционального заражения» достаточно часто мы наблюдали как положительное настроение одного лишь ребёнка – участника группы переходит на всю группу, которая в результате более активно включается в процесс общения с педагогом и процесс внутригруппового общения.

Произведения и темы занятий подбираются неслучайно, они всегда и для каждого участника имеют определенную цель. Для кого-то эта цель – просто научиться понимать то, что говорит другой человек, а для кого-то – в понятной для других форме выразить свои мысли или чувства. Есть и более интегрированные цели, когда мы, например, используем хоровое пение. Для одних здесь более важным является факт сопричастности к групповому занятию (хоровому пению), его эмоциональная составляющая, а для других это возможность научиться правильно и вовремя повторять звуки.

В результате, даже дети с врождённой умственной отсталостью (синдром Дауна, Синдром Блоха-Сульцбергера, олигофрения, детский церебральный паралич и др.) получают новые двигатель-

ные и речедвигательные навыки, способность адекватного эмоционального реагирования, а у некоторых проявляются рудиментарные способности к рассуждению и фантазированию. Наша практика показала, что они способны не только копировать, но и варьировать уже приобретёнными навыками. При этом, у каждого из участников развивается свой собственный индивидуальный стиль деятельности, который, безусловно, имеет важный реабилитационно-адаптационный потенциал.

В целом, развитие речи, эмоциональных и двигательных навыков в наших программах – одна из наиболее важных задач, связанных с подготовкой ребёнка к общению и его дальнейшему обучению, и развитию.

Даже в относительно «взрослой» группе (девушки с генетическими заболеваниями, сопровождающимися врождённым слабоумием и множественными отклонениями в развитии), которая получила условное название «Молодёжка», мы разработали специальное оккупационально-терапевтическое направление, ориентированное на развитие коммуникативных навыков и мелкой моторики. Многие из этих «повзрослевших девочек» всю жизнь просидели в первом классе коррекционной школы для детей с умственной отсталостью, и постоянно нуждались в постороннем уходе и контроле (мама, бабушка и др.).

В этой нозологически «тяжёлой» и адаптационно «запущенной» группе изначально потребовалось немало наших усилий для того, чтобы приучить девушек хотя бы 30 минут не зависеть от своих мам и бабушек и адекватно реагировать на просьбы и задания психолога и педагога.

Занятия проводились в небольших группах по 3–4 человека, 1–2 раза в неделю. В оккупационально-терапевтический комплекс входили индивидуально подобранные занятия ритмикой, музыкой, пением, рисованием, рукоделием. Все указанные занятия имели разный уровень сложности и в соответствие с известным принципом ступенчатости постепенно усложнялись. Особенно трудным для наших девушек был первый (адаптационный) период вхождения в работу. Для большинства он длился до 1 месяца, когда практически все наши «волонтёры» жаловались на трудность и сложность занятий, на быструю утомляемость, физическую и моральную усталость, а их традиционное сопровождение просило даже снизить нагрузки. Конечно, не всем девушкам удалось продолжить выполнение разработанной нами программы до её завершения, но большинство продолжают успешно участвовать в ней и до настоящего времени. В результате (несмотря на имеющиеся у многих врождённое нарушение зрения) у большинства (69 %) представительниц этой группе нам удалось существенно улучшить, как коммуникативные навыки, так и навыки мелкой моторики за счёт целенаправленного развития автоматизированных движений конечностей и кистей рук. При этом активно использовался не только зрительный, но и тактильный контроль движений и ощущений.

В последние время в данную программу мы стали активно внедрять относительно новый для данного направления вид оккупациональной деятельности – «квиллинг» (изготовление различных поделок из бумаги). Это относительно мало затратная технология, которая, вместе с тем обладает необъятным творческим потенциалом от участия в изготовления стандартных заготовок для работы (автоматизированные действия) до неповторимого творческого продукта, вызывающего восхищение и способного быть, как подарком близким, так и выставочным экспонатом.

Говоря о динамике формирования навыков мелкой моторики, необходимо отметить, что если в течение первых занятий девушки осваивали лишь возможность завязывать шнурки или бантики, то в настоящее время их эксклюзивные продукты рукоделия уже вполне достойны представления на соответствующих выставках детского и юношеского творчества.

Таким образом, проводимаянами работа с детьми-инвалидами в подавляющем большинстве случаев позволяет достигать существенных положительных результатов: улучшается не только состояние их физического и психического здоровья, но и в значительной степени возрастают возможности их социальной адаптации и социализации, что позитивно сказывается на их личностном развитии и качестве их жизни. На наш взгляд, используемые нами комплексные оккупациональные подходы следует развивать в системе социальной реабилитации не только в нашем клубе, но и распространять этот опыт на другие специализированные детские реабилитационные учреждения во всех регионах РФ.

Список литературы:

1. Комарова Л.В., Селезнёв С.Б. О повышении уровня социальной адаптации и улучшении здоровья детей-инвалидов средствами эстетического и физического развития / «Здоровье населения – основа процветания России»: Материалы VI Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, 25–26 апреля 2012 года. Анапа : Изд-е филиала РГСУ в г. Анапе, 2012. С. 156–159.

2. Крупа Т., Паркер Т.Л. Компенсация нетрудоспособности и инвалидности. Кингстон, 1997. 186 с.

3. Лукьянова И.Е. Оккупациональная терапия – активный компонент медико-социальной реабилитации // Развитие социальной реабилитации в России. М., 2000. С. 68–75.

4. Маршинин Б.А. Оккупациональная терапия. Учебное пособие. М. : Изд. РГСУ, 2009. 210 с.

5. Холостова Е.И., Дементьева Н.Ф. Социальная реабилитация. М. : Дашков и К». 2005. 217 с.

УДК 613

О НЕОБХОДИМОСТИ ЭКОНОМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

В.С. Криворотов, кандидат экономических наук,
Н.С. Барановская, преподаватель кафедры экономики и предпринимательского права, филиала ФГБОУ ВО «Российский государственный социальный университет» в г. Анапе, e-mail: n.s.k_anapa@mail.ru

Аннотация: *в статье кратко рассмотрен вопрос о необходимости экономического анализа в здравоохранении; рассмотрена возможная структура экономического анализа в лечебно-профилактических учреждениях.*

Ключевые слова: *здравоохранение, экономический анализ, финансовое обеспечение, планирование, управление, мотивирование.*

Теория, методика, способы и приемы экономического анализа складывались постепенно, проходя сложные, порой противоречивые этапы истории. Путь экономического анализа как науки сложен и извилист.

Экономический анализ представляет собой совокупность методов формирования и обработки информации о предприятии, позволяющую дать объективную оценку его хозяйственной деятельности, выявить закономерности и тенденции развития, обоснованно определить стоящие перед ним задачи, вскрыть резервы производства и наметить основные пути решения стоящих задач. Экономический анализ должен дать объективную оценку

деятельности предприятия. Это необходимо как для дальнейшей разработки путей его развития, так и для обоснования системы экономического стимулирования предприятия в целом и отдельных работников в частности, что мобилизует коллектив на выполнение поставленных задач. Такое направление анализа является наиболее разработанным и широко используется в хозяйственной практике [1, 47].

Что же касается экономического анализа в здравоохранении, то его можно определить, как совокупность методов формирования и обработки данных о производственной и финансовой деятельности медицинских учреждений и их подразделений, позволяющих обеспечить достоверную оценку результатов их работы, выявить пути рационализации использования средств.

Необходимо отметить, что вопросы развития здравоохранения, формирование системы здравоохранения, выбор оптимальных методов управления как в целом системой здравоохранения РФ, так и отдельных ее элементов рассматриваются многими учеными и практиками.

Предметом экономического анализа в здравоохранении является хозяйственно-финансовая деятельность лечебно-профилактических учреждений, результаты их деятельности, экономическая эффективность, выявление резервов, поиск альтернативных управленческих решений [5, 96].

Главной целью экономического анализа в здравоохранении является принятие управленческих решений, направленных на эффективное использование ресурсов для удовлетворения потребностей населения в медицинских услугах.

Приоритетными задачами экономического анализа в здравоохранении являются: контроль и оценка выполнения плановых показателей, оценка эффективности использования материальных, трудовых, финансовых и информационных ресурсов, выявление резервов повышения эффективности деятельности всего здравоохранения, отдельных отраслей, учреждений и подразделений, анализ эффективности использования управленческих решений.

Также необходимо отметить, что в условиях бюджетного дефицита и жесткого ограничения тарифов на медицинские услуги невозможно добиться равновесия между спросом, предложением и ценой на медицинские услуги.

Также и недостаток внутренних управленческих факторов производства в части планирования может привести к несоответствию реального спроса населения на медицинские услуги и предложения со стороны лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), недостатку финансирования т.д.

В то же время, очевидно, что сами ЛПУ не могут оказывать влияние на внешние политические, социальные, экономические и прочие факторы. Поэтому в своей работе ЛПУ целесообразно сосредоточиться на внутренних управленческих и производственных факторах[5].

Во избежание проблем управления в ЛПУ необходимо совершенствование данные системы:

– совершенствование планирования;
– совершенствование организации;
– совершенствования мотивирования персонала;
– совершенствование координации;
– совершенствование экономического анализа;
– совершенствование контроля.

Важнейшими приоритетами в части планирования следует считать:

Определение объемов медицинской помощи не от мощности учреждения, а от реального спроса населения в стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи.

Создание эффективной системы контроля, разработка и мониторинг минимальных социально-экономических нормативов.

Использование в планировании системы количественных и качественных натуральных, стоимостных и трудовых

нормативов в их абсолютном и относительном выражении, нацеленных на интенсивное развитие учреждений и достижение экономической эффективности.

Интеграция в ЛПУ различных источников финансирования.

Также можно выделить приоритеты в части мотивирования и контроля:

Внедрение стимулирующих форм оплаты труда, методов социального стимулирования.

Изменение системы оплаты труда персонала, основанной на системе показателей, включающих интенсивность, сложность, качество и эффективность труда.

Повышение квалификации специалистов.

Внедрение реальной экономической ответственности руководителей ЛПУ за объемы, качество и эффективность медицинской помощи.

Регулирование закупок дорогостоящих технологий.

Государственное регулирование цен на жизненно необходимые лекарственные средства и оборудование.

Совершенствование системы внутри- и вневедомственного контроля за объемом и качеством оказания медицинской помощи.

Саму по себе структуру экономического анализа в ЛПУ можно представить в несколько этапов:

●На первом и этапе необходимо будет провести анализ обобщающих показателей, характеризующих реальный спрос населения на стационарную и амбулаторно-поликлиническую помощь.

●На втором этапе провести анализ обобщающих показателей, характеризующих реальное предложение лечебно-профилактических учреждений, позволяющее удовлетворить спрос потребителей.

● На третьем этапе провести анализ натуральных и стоимостных показателей использования материальных и финансовых ресурсов.

●Четвертые этап подразумевает анализ использования трудовых ресурсов.

Пятый этап необходим для анализ себестоимости медицинских услуг.

На шестом и седьмом этапах стоит вопрос о проведение анализа финансового обеспечения и анализа эффективности деятельности хозяйствующих субъектов.

Восьмой, заключительный этап, принятие управленческих решений [6, 47–118].

В лечебно-профилактических учреждениях организацию и координацию экономического анализа осуществляют заместитель по экономическим вопросам и главный бухгалтер.

Современное здравоохранение является частью общей стратегии социально-экономического развития государства, элементом его народнохозяйственного комплекса.

За последние годы движение государственного устройства страны от унитарной к федеративной модели разрушило в здравоохранении механизм экономического анализа. Это потребовало от территориальных органов управления здравоохранением и лечебно-профилактических учреждений самостоятельного принятия управленческих решений по их ресурсному обеспечению [7].

Однако отсутствие единой системы управления здравоохранением на всех уровнях, а также профессионально подготовленных менеджеров здравоохранения, преобладание административных методов управления над экономическими, сохранение экстенсивных тенденций развития здравоохранения до настоящего времени ограничивает возможности эффективного развития здравоохранения.

Все это говорит о необходимости экономического анализа и планирования, которое будет направлено на максимальное удовлетворение потребностей населения в медицинских услугах и представляют собой основу эффективного функционирования лечебно-профилактического учреждения в условиях ограниченных ресурсов и здравоохранения в целом.

Список литературы:

1. Артеменко В.Г. Экономический анализ: Учебное пособие / В.Г. Артеменко, Н.В. Анисимова. М. : КноРус, 2013. 288 с.

2. Баканов М.И., Шеремет А.Д. Теория экономического анализа. 4-у изд., доп. и перераб. М. : Финансы и статистика, 2000. 416 с.

3. Басовский Л.Е. Комплексный экономический анализ хозяйственной деятельности: Учебное пособие / Л.Е. Басовский, Е.Н. Басовская. М. : ИНФРА-М, 2012. 366 с.

4. Бушуева Г.А., Ползик Е.В., Тюков Ю.А. Некоторые подходы к оценке эффективности экономической деятельности лечебно-профилактических учреждений // Экономика здравоохранения. 2000. № 7. С. 39–44.

5. Кузьмина Н.Б., Голухов Г.Н., Шиленко Ю.В. Оценка экономической эффективности здравоохранения // Экономика здравоохранения. 2000. № 1/42. С. 23–27.

6. «Экономика здравоохранения» / Учебное пособие для самостоятельной работы студентов, специальности 040600 – «Сестринское дело» (заочная форма обучения). Ставрополь : Изд-во СтГМА, 2007. 128 с.

7. http://center-yf.ru/data/economy /Ekonomicheskii-analiz.php/ Экономический анализ/.

УДК 613

РЕГИОНАРНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ КАК ЭЛЕМЕНТ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЬЮ В СПИНЕ ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЗВОНОЧНИКА

В.И. Кремис, кандидат медицинских наук, e-mail: vkremis@yandex.ru,
О.М. Александров, кандидат медицинских наук,
С.И. Захаров, врач оториноларинголог,
Е.В. Бородулина, кандидат медицинских наук

Аннотация: *регионарная фармакотерапия повышает эффективность лечения поясничных болей и позволяет устранить комплекс, возникающих при этом, нарушений функций нервной системы, сопровождающихся социальной дезадаптацией, длительной, а зачастую и стойкой утратой трудоспособности, а также приводит к восстановлению привычной жизнедеятельности и социально-бытовой активности.*

Ключевые слова: *регионарнаяфармакотерапия, медико-социальная реабилитация, боль в спине.*

Неврологические проявления поясничного остеохондроза являются наиболее распространенными среди хронических болезней человека. На долю этого патологического состояния приходится 12–20 % всех случаев заболеваний нервной системы и 60–70 % поражений периферической нервной системы [1, 4].

Медицинская и социально-экономическая значимость проблемы диагностики и лечения дегенеративных заболеваний позвоночника обусловлена рядом причин. Вертеброгенный болевой синдром чаще всего встречается у людей наиболее активной социальной группы в возрасте 30–50 лет. Боль в спине является второй по частоте причиной обращения к врачу и третьей по частоте (после респираторных заболеваний) причиной госпитализации [2].

В структуре неврологической заболеваемости взрослого населения нашей страны поясничный остеохондроз со-

ставляет 48–52 %, занимая первое место, в том числе и по количеству дней нетрудоспособности [3].

По данным Комитета по здравоохранению города Москва, больные с грыжами поясничного отдела позвоночника составляют 81 % от всех лечившихся стационарно пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника. В их числе из оперированных больных на долю грыж пояснично-крестцовых дисков приходится 90,3 % [2]. В общей структуре инвалидности от заболеваний костно-суставной системы, дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника составляет 20,4 %. Инвалидизация при дегенеративных заболеваниях позвоночника составляет 4 на 100 000 жителей [5].

Значительная распространенность вертеброневрологической патологии, сложность и комплексность возникающих при этом нарушений функций нервной системы, сопровождающихся социальной дезадаптацией, длительной, а зачастую и стойкой утратой трудоспособности возводят данную группу заболеваний в ранг важнейшей медико-социальной проблемы [6, 7, 8].

В нашем исследовании представлена клинико-неврологическая и алгологическая характеристика болевых рефлекторных и компрессионно-ишемических радикулярных синдромов, изучена нейрофизиологическая характеристика синдрома поясничной боли в зависимости от локализации ноциогенных структур, разработана технология и алгоритм применения регионарной фармакотерапии, определены показания к ней, выявлена эффективность метода регионарной фармакотерапии в лечении вертеброгенных-дорсалгий, прослежена их динамика, изучена проблема медико-социальной реабилитации пациентов.

Результаты работы основаны на обследовании больных дегенеративно-дистрофическим поражением пояснично-крестцового отдела позвоночника с синдромом поясничной боли рефлекторного и компрессионно-ишемического генеза. Проведенное одномоментное обследование репрезентативной выборки рабочих и служащих промышленного предприятия в Краснодарском крае показало, что средняя продолжительность заболевания составила 3,9 ± 1,8 года, средний возраст пациентов составил 46,3 ± 4,8 года, преобладали мужчины и лица, связывающие возникновение заболевания и последующие обострения с физическими нагрузками или тяжелым физическим трудом (71,9 %).

В клинической картине у пациентов срефлекторнымилюмбоишиалгиями в обеих группах в 40 % случаев преобладал мышечно-тонический синдром, в 30,3 % случаев вышли на первый план нейродистрофические проявления и в 31,6 % случаев отмечено сочетание мышечно-тонических синдромов и нейродистрофических проявлений. Среди больных с компрессионно-ишемическими корешковыми синдромами в 46,9 % случаев преобладало поражение S_1, в 26,5 % случаев радикулопатия L_5, сочетанное поражение L_5 и S_1 корешков выявлено в 26,5 % случаев.

Пациенты, вошедшие в первую группу, получали курс регионарной фармакотерапии. Пациенты второй группы получали стандартное лечение НПВС и локальную инъекционную терапию с использованием глюкокортикостероидов и анестетиков в средних терапевтических дозировках. Также больным обеих групп проводился комплекс восстановительного лечения, включавший применение биогенных стимуляторов, средств, улучшающих микроциркуляцию и трофику тканей, витаминов, местно-раздражающих средств, различных методов физиотерапии, ЛФК, лечебного массажа.

Всем пациентам проводилось полное клинико-неврологическое и нейроортопедическое обследование.

Из экспериментально-психологических методик применялось исследование уровня тревоги и депрессии, а также качества жизни больных при помощи специально разработанных опросников.

Весь представленный комплекс клинико-неврологического и клинико-нейрофизиологического обследования проводился пациентам основной и контрольной групп до начала и по окончании лечения с целью выявления эффективности проводимого лечения, в том числе – в зависимости от формы патологического процесса.

Пациенты предъявляли жалобы на боль в пояснице, иррадиирующую по задней или наружной поверхности бедра и голени, наружной или внутренней поверхности стопы. Зачастую, наряду с болевыми ощущениями, пациенты отмечали парестезии по типу «ползания мурашек» в дистальных отделах нижних конечностей (34,5 %).

Отмечалось клиническое разнообразие болевого синдрома: в основной группе боли тупого, ноющего, тянущего характера были зафиксированы в 13,6 % случаев, боли мозжащего, жгучего, разъедающего характера отмечались в 19,3 %. У части пациентов основной группы болевые ощущения носили простреливающий, пронизывающий характер (50,0 %). В контрольной группе боли по типу прострела составили 45,0 %, боли тупого, ноющего, тянущего характера – 17,5 %, мозжащего, жгучего, разъедающего характера – 20,0 %. Чаще всего возникновение заболевания и последующие обострения были связаны с физическими нагрузками или тяжелым физическим трудом (71,9 %). Начало болезни с боли в пояснице и ноге или только с боли в ноге отмечено в 38,3 % случаев. В некоторых случаях (3,9 %) появлению боли в ноге предшествовала непостоянная тупая боль в пояснице. У 9,3 % пациентов заболевание началось с резкой острой боли в пояснице. В 67,1 % случаев боль локализовалась в пояснице и одной ноге, в 14,8 % – только в ноге, в 17,9 % – в пояснице и обеих ногах. У половины больных боль была резкой, усиливалась при ходьбе, движениях кашле, чиханье и физическом напряжении. Интенсивность боли зависела от положения больного. Чаще больные отмечали уменьшение боли в положении лежа на здоровой стороне с согнутой в тазобедренном и коленном суставах больной ногой 42 (32,8 %). Некоторые отмечали уменьшение боли в положении на спине (3,9 %), другие – в положении на животе (2,3 %). 1,5 % больных в период резкой боли лучше себя чувствовали сидя и спали в таком положении. 4,6 % больных испытывали усиление боли при сидении, и они ели стоя или лежа. Некоторые больные отмечали уменьшение боли в колено-локтевом положении (2,3 %).

Оценка выраженности болевого синдрома проводилась путем исследования интенсивности спонтанной боли, боли при движении, степени ограничения двигательной функции по данным визуально-аналоговой шкалы боли. По данным ВАШ, как в основной, так и в контрольной группах болевой синдром был более выражен у больных компрессионно-ишемическими корешковыми синдромами, что нашло отражение, как в средних, так и в максимальных значениях данного показателя в обеих исследуемых группах.

При исследовании уровня депрессии больных было установлено, что исходные значения данного показателя также были выше у больных компрессионно-ишемическими корешковыми синдромами в обеих группах. При этом, у больных болевыми рефлекторными синдромами основной и контрольной групп диагностировалось либо состояние без депрессии (65 %), либо выявлялась субклинически выраженная тревога / депрессия (35 %). У значительного количества больных компрессионно-ишемическими корешковыми синдромами основной и контрольной групп определялась субклинически выраженная тревога/депрессия (53,6 %), хотя в ряде случаев было диагностировано состояние без тревоги/депрессии (38,6 %), а также клинически выраженная тревога/депрессия, определявшаяся у больных, у которых выраженный болевой синдром сочетался с длительным радику-

лярным анамнезом при значительной продолжительности текущего обострения (7,8 %). Нарушение жизнедеятельности также было более выражено у больных компрессионно-ишемическими корешковыми синдромами как в основной, так и в контрольной группе.

Динамика клинико-неврологических и клинико-нейрофизиологических показателей больных основной и контрольной групп в процессе проводимого лечения убедительно показала положительный эффект регионарной фармакотерапии как при болевых рефлекторных, так и при компрессионно-ишемических радикулярных синдромах поясничной боли, однако наибольшего результата удалось добиться у больных рефлекторными люмбоишиалгиями основной группы.

Длительность пребывания больного в стационаре в основной группе составила 16,2 ± 2,4 койко-дня у больных компрессионно-ишемическими радикулярными синдромами и 14,8 ± 2,6 койко-дня у больных рефлекторными синдромами, в контрольной группе она была значительно выше – 27,4 ± 4,5 суток у больных с корешковыми синдромами и 23,2 ± 3,7 койко-дня у больных с рефлекторными синдромами.

Лечебное действие регионарной фармакотерапии начинало проявляться уже после 1–2-го введения лекарственных препаратов, в то время как устойчивое уменьшение или полное купирование болевого синдрома обычно регистрировалось после 5–6-го введения, а в отдельных случаях – после 8-го введения лекарственных средств. Первыми признаками улучшения выступали снижение интенсивности спонтанной боли, исчезновение гиперпатического компонента боли, сужение зоны иррадиации, нормализация ночного сна, а несколько позже наступало уменьшение выраженности боли при движениях и ограничения двигательной функции.

В процессе проведенного исследования было установлено положительное влияние регионарной фармакотерапии на тревожно-депрессивный компонент болевого синдрома, более резко выраженный у больных компрессионно-ишемическими радикулярными синдромами, а также на улучшение жизнедеятельности больных. Статистически значимые ($p < 0,05$) улучшения этих показателей отмечались лишь у больных основной группы. В контрольной группе убедительной динамики изменений как эмоционального состояния, так и качества жизнедеятельности не наблюдалось.

У больных основной группы отмечалось достоверное ($p < 0,05$) нарастание объема активных движений и степени подвижности в пояснично-крестцовом отделе позвоночника. Положительная динамика была более существенной у больных рефлекторнымилюмбоишиалгиями. Было установлено, что регионарная фармакотерапия, в значительной степени, способствует не только уменьшению боли, но и приводит к исчезновению зафиксированных постуральных реакций поясничных мышц, препятствуют закреплению распространенной и ограниченной патологической миофиксации, оптимизирует сегментарные мышечно-тонические, а также локальные фиксационные рефлексы.

В процессе регионарной фармакотерапии удалось добиться значительного регресса тонуса паравертебральных мышц и степени выраженности сколиоза в пояснично-крестцовом отделе, причем у пациентов с рефлекторными люмбоишиалгиями достоверно чаще отмечался полный регресс сколиотической деформации, а у пациентов с компрессионно-ишемическими корешковыми синдромами удалось добиться значительного уменьшения степени выраженности сколиоза.

Положительная динамика достоверно отмечалась у пациентов компрессионно-ишемическими радикулярными синдромами в обеих группах в виде уменьшения степени выраженности двигательных, чувствительных и вегетативно-трофических нарушений, варь-

ировавшее от незначительных изменений характера болей и зоны распространения расстройств чувствительности и парестезий до полного регресса проявлений радикулопатии.

Таким образом, метод регионарной фармакотерапии является эффективным в лечении поясничной боли при дегенеративных заболеваниях позвоночника.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что регионарная фармакотерапия повышает эффективность лечения поясничных болей и позволяет проводить патогенетическую терапию разнообразных вертеброгенных неврологических синдромов, включающих рефлекторные, компрессионные, мышечно-дистонические синдромы, нейродистрофические изменения в мышцах, связках, костно-суставном аппарате и др., устраняет болевой синдром с восстановлением привычной жизнедеятельности и трудоспособности и в конечным результатом явилось повышение уровня социально-бытовой активности.

Список литературы:

1. Антонов И.П., Гиткина Л.С. К характеристике трудопотерь при заболеваниях периферической нервной системы // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова. 1987. № 4. С. 481–485.

2. Крылов В.В., Лебедев В.В., Гринь А.А. и др. Состояние нейрохирургической помощи больным с травмами и заболеваниями позвоночника и спинного мозга в г. Москве (по данным нейрохирургических стационаров Комитета здравоохранения за 1997–1999 гг.) // Нейрохирургия. 2001. № 1. С. 60–66.

3. Богачева Л.А. Современное состояние проблемы болей в спине (по материалам 8-го Всемирного конгресса, посвященного боли) // Неврологический журнал. 1997. № 4. С. 59–62.

4. Веселовский В.П., Михайлов М.К., Самитов О.Ш. Диагностика синдромов остеохондроза позвоночника. – Казань: Издательство Казанского университета, 1990. 288 с.

5. Крылов В.В., Лебедев В.В., Гринь А.А. и др. Состояние нейрохирургической помощи больным с травмами и заболеваниями позвоночника и спинного мозга в г. Москве (по данным нейрохирургических стационаров Комитета здравоохранения за 1997–1999 гг.) // Нейрохирургия. 2001. № 1. С. 60–66.

6. Лухтимская В.Г. Первичная инвалидность при остеохондрозе позвоночника // Дегенеративные заболевания суставов и позвоночника. Л., 1984. С. 93–97.

7. Макаров А.Ю. Общие вопросы МСЭ при патологии периферической нервной системы / Клиническая неврология с основами медико-социальной экспертизы // Руководство для врачей, под ред. проф. А.Ю. Макарова. Санкт-Петербург : Медлайн-Медиа, 2006. С. 447–449.

8. Шустин В.А., Парфенов В.А., Топтыгин С.В., Труфанов Г.Е., Щербук Ю.А. Диагностика и хирургическое лечение неврологических осложнений поясничного остеохондроза. Санкт-Петербург : Фолиант, 2006. С. 32–48.

9. Blank J. Resolving disputes under the Americans with Disbilities Act // Spin. 1995. Vol. 20. № 7. P. 853–859.

10. Kelsey J.L. et al. The impact of musculoskeletal disorders on the population of the United States // J. Bone Joint Surg. 1979. 61A:959.

УДК 159.9

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ НЕОБХОДИМОЕ УСЛОВИЕ СОХРАНЕНИЯ И УКРЕПЛЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО И ФИЗИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ГИМНАЗИСТОВ

А.Х. Кузьмина, учитель технологии и этики МБОУ гимназия «Эврика» Краснодарский край г.-к. Анапа

Аннотация: *в статье раскрываются необходимость использования здоровье сберегающих технологий в образовательном процессе; отмечается, что для современного общества социальную ценность представляют, как высокий уровень образованности, так и высокий уровень здоровья.*

Ключевые слова: *здоровье сберегающие технологии, психическое здоровье, физическое здоровье.*

Здоровье подрастающего поколения это одна из важнейших социальных задач общества. Сегодняшние гимназисты, школьники, в будущем будут определять наш экономический, социальный и творческий потенциал страны. Необходимо ориентировать образовательный процесс на повышение уровня образованности без ущерба для здоровья, а также социальным заказом на здоровых работников. Для современного общества социальную ценность представляют, как высокий уровень образованности, так и высокий уровень здоровья.

Вместе с тем, большую тревогу и озабоченность вызывает зависимость современной молодежи от не очень здоровой пищи («фаст-фуд»), новомодных «гаджетов» и др. Результаты исследования показывают, что «фаст-фуд» негативно влияет на подрастающий организм. «Фаст-фуд» привлекателен тем, что его можно есть на ходу, и для него не нужны столовые приборы. Фаст-фуд, увы, стал определённой жизненной философией и яркой приметой нашего времени, когда в далёкое прошлое уходят неспешные трапезы и чайные церемонии, объединяющие всю семью. В бешеном ритме современности мы все больше питаемся как-нибудь, где-нибудь и чем-нибудь, редко задумываясь о неизбежности расплаты своим здоровьем. Совсем недавно появился новый термин «джанк-фуд», которым называют пищу, которая не требует приготовления, обладает высокой калорийностью, но при этом содержит множество вредных веществ – сахара, соли, насыщенных жиров, канцерогенов и пищевых добавок. Джанк-фуд (от англ. junkfood, «сорная еда»). Буквально – это нездоровая, неправильная еда. К ней относятся чипсы, соленые орешки, газированные напитки, пирожные, сэндвичи, гамбургеры, хот-доги, шоколадные батончики и т.п. [1].

Школьников можно отнести к группе риска, как в силу возрастных особенностей, так и с учетом на непростой социально-экономической и политической ситуацией, сложившейся в нашем обществе.

Более того, ученикам ежедневно приходиться примерять на себе новые социальные роли, участвовать в непростых отношениях «ученик-ученик», «учитель-ученик», «директор-ученик» и др., уметь выстраивать отношения как на уроках, так и во внеурочное время. Иными словами, происходит непрерывный процесс социализации. Этот процесс проходит успешно и гармонично, в том случае, если ученик наблюдает алгоритм успешных взаимоотношений, возможности изменения поведенческих реакций и их последствия в камфорных условиях поддержки, как педагогов, так и всего сообщества обучающихся. Доброжелательная атмосфера, основанная на взаимопонимании и поддержке, конструктивном решение поставленных за-

дач позволит ему сохранить психическое здоровье.

Возрастающая актуальность сохранения психофизического здоровья подрастающего поколения усиливает значимость применения здоровье сберегающих, личностно-ориентированных технологий образования.

Здоровье сберегающие технологии – это технологии, позволяющие педагогу добиться наибольшей эффективности обучения с наименьшим причинением вреда их психическому и физическому здоровью. Для решения поставленных задач рассматриваются цели, принципы здоровье сберегающего обучения, ориентированного на самореализацию учащегося.

Применямые в гимназии «Эврика» и в частности на уроках «Технологии» и «Этики» здоровье сберегающие технологии обеспечивает продуктивную реализацию принципов дифференциации и индивидуализации учебно-познавательской деятельности гимназистов на основе широкого использования в образовательном процессе избирательно направленных методов обучения, результативного многоуровневого контроля за усвоением знаний, умений, индивидуального темпа учебной деятельности, обеспечения усиленной мотивации обучения.

Благодаря широким возможностям предмета «Технология», «Этика» мы имеем возможность предложить ученикам используя возможности воображения, образного мышления, проиграть различные модели поведения, войти в образ в ролевой игре. На уроках этики мы используя «дилеммы Кольберга» пытаемся найти правильный, с нравственно-этической точки зрения выход из непростых жизненных ситуаций. Ребята в психологически комфортной атмосфере приводят примеры и решают, тревожащие их проблемы. Тем самым мы развиваем способность к анализу, самоанализу, эмпатии, духовно-нравственному развитию.

Рассматриваемый нами контекст проблемы, касается психолого-педагогические факторов здоровья, что во многом зависит от степени готовности и подготовленности учителя к реализации здоровье сберегающих технологий.

В нашей гимназии на протяжении многих лет под руководство директора Г.Г. Филипповой ведется системна работа по подготовке учителей с учетом нового гуманистического направления в воспитательной деятельности школьных педагогов. Н.Е. Щуркова доктор педагогических наук, профессор регулярно проводит лекции и мастер-классы поддерживая и содействуя организации воспитания как фактора вхождения российского общества в контекст мировой культуры [4].

Таким образом, подчеркивая первостепенную важность роли учителя в реализации здоровье сберегающих технологий к первоочередным задачам относится:

– создание психологического климата в классе, на уроке, наличие эмоциональных разрядок;

– личностно-ориентированный, субъект-субъектный» стиль педагогического общения учителя с учащимися»;

– характер проведения опросов, проблема оценок;

– степень реализации учителем индивидуального подхода к ученикам (особенно, группы риска);

– соответствие используемых методик и технологий обучения возрастным и функциональным возможностям гимназистов;

– степень ограничений в свободе естественных телесных, эмоциональных и мыслительных проявлений, учащихся на уроках (и вообще во время пребывания в гимназии)

– личные, психологические особенности учителя, его характера, эмоциональных проявлений;

– состояние здоровья учителя, его образ жизни и отношение к своему здоровью;

– обременение учителя собственными проблемами, его способность психоэмоционального переключения;

– степень педагогической автономии и возможности инновационной деятельности учителя;

– профессиональная подготовленность учителя по вопросам здоровье сберегающих образовательных технологий.

Список литературы:

1. Кузьмина А.Х. «Формирование основ экологии питания школьников в рамках изучения курса «Технология» // Материалы Всероссийской открытой научно-практической конференции «Современная наука: основные подходы к исследованию социально-экологических аспектов развития общества», 2 декабря 2014 г. Изд-е филиала РГСУ в г. Анапе, 2014.

2. Науменко Ю.В. Здоровье сберегающая деятельность школы // Педагогика. 2005. № 6. С. 37–44.

3. Смирнов Н.К. Здоровьесберегающие образовательные технологии и психология здоровья в школе / Н.К. Смирнов. М., 2003. 270 с.

4. Щуркова Н.Е. Педагогическая технология. М. : Педагогическое общество России, 2002. 224 с.

УДК 343.61

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ В СФЕРЕ ОКАЗАНИЯ САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ УСЛУГ

Л.В. Кудрявцева, кандидат юридических наук, доцент, заведующий кафедрой гражданского права и процесса ФГБОУ ВПО «Российский государственный социальный университет» филиал в г. Анапе, e-mail: larisa-k75@mail.ru

Аннотация: *в работе отмечается, что нормативная база, регулирующая договорные отношения в санаторно-курортной сфере, затрудняет применение многих норм на практике. Принятие закона устранит правовой вакуум в сфере санаторно-курортного обслуживания, которая, наконец, обретет свое правовое поле, и работникам правовых служб не придется прибегать к всевозможным аналогиям права и закона, а они будут исходить из непосредственного содержания юридических норм.*

Ключевые слова: *курорты, услуги, законодательство, право, договор.*

Анализ современного законодательства показывает, что комплексных нормативных актов, регламентирующих содержание договора на оказание санаторно-курортных услуг, в настоящий момент не принято [2, с. 56]. Отдельные законодательные акты – Федеральный закон от 23 февраля 1995 г. № 26-ФЗ «О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах» и Закон РФ № 2300-1 «О защите прав потребителей» – содержат лишь общие базисные моменты, не конкретизируя ряд обстоятельств, в том числе в сфере организации договорных отношений.

Вместе с тем политика государства, направленная на сохранение и развитие курортов, рациональное использование природно-лечебных ресурсов, укрепление материально-технической базы санаторно-курортных учреждений, позволяет постепенно повысить доступность и эффективность развития санаторно-оздоровительных услуг.

К примеру, в целях решения проблем развития санаторно-курортного и туристского комплекса Краснодарского края в 2011–2014 годах реализовались мероприятия долгосрочной краевой целевой программы «Развитие санаторно-курортного

и туристского комплекса Краснодарского края» на 2011–2017 годы, утвержденной Постановлением главы администрации (губернатора) Краснодарского края от 27 мая 2010 года n 400.

С 2012 года по 2014 год количество отдыхающих в Краснодарском крае возросло на 6,6 % и составило в 2014 году свыше 11,3 млн человек.

Общий объем услуг (доходов) санаторного и туристского комплекса за 2 года увеличился с 54,5 млрд рублей до 62,8 млрд рублей. Темп роста составил 115,2 %.

Объем налоговых поступлений в краевой консолидированный бюджет от предприятий санаторно-курортного и туристского комплекса в 2014 году составил 4,3 млрд рублей, что на 6,9 % больше, чем в 2012 году.

В 2012 году в крае функционировало 1355 предприятий санаторно-курортного и туристского комплекса (по данным территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Краснодарскому краю (Краснодарская). В 2014 году их количество возросло до 1583, темп роста составил 116,8 %. Увеличение количества средств размещения на территории Краснодарского края произошло в основном за счет строительства и постановки на статистический и налоговый учет малых предприятий и индивидуальных предпринимателей, оказывающих услуги размещения: гостевых домов, частных гостиниц [5].

На российском рынке туристско-рекреационных услуг кубанские курорты обладают важным конкурентным преимуществом: являясь фактически единственным в России приморским бальнеологическим и курортно-рекреационным местом отдыха, Краснодарский край готов предоставить широкий спектр услуг разной ценовой категории, в число которых входят санаторно-курортное лечение, детский отдых, деловой туризм, экстремальные виды туризма, экскурсии и прочее.

К примеру, на 1 января 2015 года в Анапе функционируют 100 предприятий отрасли, которые в среднем загружены более чем на 82,8 %. Малые объекты размещения неорганизованного сектора все шире переходят на круглогодичную работу, но еще недостаточно интенсивно. Расширение спектра курортных услуг в целом на курорте Анапа и более активное участие неорганизованного сектора размещения в рекламной кампании по продвижению Анапы, привлечет в малые объекты размещения еще больше туристов в период межсезонья.

Практически все объекты размещения Анапы строятся с учетом требований времени: в них предусмотрены конференц-залы, бассейны и т.д. Коечная емкость курорта составила 68 000 койко-мест.

В организованном секторе наиболее значимыми инвестиционными проектами являются реконструируемый санаторий «Нефтяник Кубани» и ДОЦ «Юнга».

Таким образом, в 2014 году приоритетным направлением развития муниципального образования город-курорт Анапа будет улучшение качества предоставляемых услуг, повышение качества сервиса обслуживания туристов, улучшение лечебной базы предприятий санаторно-курортного комплекса, а также развитие курортно-рекреационных территорий курорта Анапа.

Санаторно-курортный комплекс муниципального образования город-курорт Анапа является крупнейшей отраслью в городе и представляет собой совокупность следующих предприятий:

– санатории 38 (из них круглогодичных – 29);

– пансионаты 47 (из них круглогодичных – 17);

– базы отдыха 47;

– детские лагеря 43 (из них: круглогодичных – 18, с лечением – 19);

– гостиницы, отели 415 (из них круглогодичных – 203);

– автокемпинги 7.

Также в отрасли функционируют:

– экскурсионные фирмы 25;

– бюветы 5.

При этом коечная мощность курорта в 2014 году составляет 168 000 койко-мест:

– организованный сектор 68 140 койко-мест;

– неорганизованный сектор 99 860 койко-мест.

Ежегодно увеличивается количество отдыхающих, посетивших город-курорт Анапа. За период с 01.01.2014 по 01.01.2015 года на территории муниципального образования город-курорт Анапа зарегистрировано 4 557 061 человек. Этому в первую очередь способствует увеличение количества предприятий, имеющих технические возможности и возможности лечебной базы принимать отдыхающих круглый год.

Можно отметить значительное увеличение количества отдыхающих в малых средствах размещения. Сравнительно не дорогое проживание привлекает все больше и больше гостей.

В текущем году уже налажена система работы крупныхсанаторно-курортных предприятий с «частным сектором» (мини-гостиницами, гостиницами и пр.) в части размещения в них отдыхающих при отсутствии мест в здравницах. Это позволило существенно увеличить поток отдыхающих, не имеющих возможность приобрести полноценную путевку в коллективных средствах размещения.

Результаты реализации Программы экономического и социального развития Краснодарского края на 2011–2014 годы свидетельствуют о росте практически по всем показателям, характеризующим экономическое и социальное развитие края, сохранении позитивных тенденций в основных видах экономической деятельности региона.

Приоритетом развития должно стать создание круглогодичного курортного комплекса, предлагающего туристам современный и качественный отдых. Для этого ставится цель: увеличение доходов (объема услуг) и налоговых поступлений в краевой бюджет от организаций санаторно-курортного и туристского комплекса края, в том числе хозяйствующих субъектов, оказывающих услуги туристам.

Законодательство о природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах регулирует отношения, возникающие в связи с изучением, развитием, использованием, охраной и защитой лечебно-оздоровительных местностей и курортов, а также природных лечебных ресурсов как в пределах указанных особо охраняемых природных территорий, так и расположенных вне их границ.

Вместе с тем наблюдается отставание в правовом регулировании договоров по оказанию санаторно-курортных услуг: отсутствуют специальные нормы, учитывающие особенности указанных услуг.

В юридической литературе практически не исследуются правовые вопросы оказания санаторно-курортных услуг, нет монографических исследований.

В то же время в судах достаточно много споров, связанных с оказанием санаторно-курортных услуг.

Часто именно недоработка правовых норм вызывает двоякое их толкование, что недопустимо, особенно в сфере правового регулирования социальных услуг.

Свободу усмотрения в вопросах нормотворчества Правительства и отдельных министерств в этой сфере следует ввести в рамки, которые должны быть установлены в Конституции Российской Федерации.

Договор на оказание санаторно-курортных услуг представляет собой сложную, многогранную правовую конструкцию. По своей форме данный договор относится к группе так называемых смешанных договоров, так как включает элементы как договоров по возмездному оказанию услуг (медицинских и гостиничных услуг, услуг питания), так и договора подряда.

Сегодня отсутствует нормативная база, регулирующая договорные отно-

шения в санаторно-курортной сфере, что затрудняет применение многих норм на практике.

Признавая договор на оказание санаторно-курортных услуг смешанным, следует принять новый федеральный закон «О санаторно-курортной деятельности в Российской Федерации», в котором следует осветить все возникающие вопросы в рассматриваемой сфере, в том числе в области договорных отношений.

Принятие закона устранит правовой вакуум в сфере санаторно-курортного обслуживания, которая, наконец, обретет свое правовое поле, и работникам правовых служб не придется прибегать к всевозможным аналогиям права и закона, а они будут исходить из непосредственного содержания юридических норм.

Специального правового регулирования в предложенном выше Законе требуют следующие вопросы заключения и исполнения договора по оказанию санаторно-курортных услуг на возмездной основе.

К существенным условиям договора об оказании услуг санаторно-курортного характера следует отнести:

– размер финансового обеспечения, номер, дату и срок действия договора страхования ответственности санаторно-курортной организации;

– общую цену оказываемых санаторно-курортных услуг;

– информацию о потребительских свойствах санаторно-курортной услуги – программе пребывания, маршруте, характеристике лечебных процедур и т.д.;

– сведения о сроках предъявления заказчиком претензий санаторно-курортной организации в случае нарушения данной организацией условий договора;

– сведения о порядке и сроках предъявления заказчиком требований о выплате страхового возмещения по договору страхования ответственности санаторно-курортного учреждения.

Специального правового регулирования в предложенном выше Законе требуют также многие вопросы заключения и исполнения договора по оказанию санаторно-курортных услуг на безвозмездной основе.

Все категории лиц, имеющих право на бесплатное санаторно-курортное обслуживание, должны иметь право на получение денежной компенсации при отказе от использования своего права. Размер компенсации должен быть реальным.

Реализация права на бесплатный проезд к месту лечения и обратно не должна ставиться в зависимость от того, каким органом предоставлена санаторно-курортная путевка. Удержание из назначенной ежемесячной денежной выплаты средств, направляемых на финансирование этой услуги, противоречит статьям 1 (часть 1), 2, 18, 19 (часть 2), 37, 54 (часть 1), 55 (часть 2) и 57 Конституции Российской Федерации [1].

Стоимость одного дня пребывания в санаторно-курортных учреждениях на каждый грядущий год не должна устанавливаться в несколько раз ниже себестоимости санаторно-курортных услуг, в связи, с чем региональные отделения фонда социального страхования РФ не обеспечивают инвалидов ежегодной путевкой на санаторно-курортное лечение, объясняя причины отказа в ежегодном санаторно-курортном лечении недостаточностью средств, выделяемых на эти цели.

Следует предусмотреть материальную ответственность органов государственной власти РФ в случае, если они не обеспечили финансированием реализацию льгот, в том числе, по санаторно-курортному обслуживанию.

В особенности это касается льгот, предусмотренных Законом РФ «О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС», которые должны осуществляться неукоснительно.

В настоящее время в Российской Федерации наблюдается отставание в правовом регулировании договоров по оказанию санаторно-курортных услуг: отсут-

ствуют специальные нормы, учитывающие особенности указанных услуг.

Этот пробел может восполнить Федеральный закон «О санаторно-курортной деятельности в Российской Федерации», который учтет перечисленные в настоящей работе недостатки правового регулирования в сфере оказания санаторно-курортных услуг.

Список литературы:

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 № 7-ФКЗ, от 05.02.2014 № 2-ФКЗ, от 21.07.2014 № 11-ФКЗ) // Российская газета. № 7. 21.01.2009; Российская газета. 1993. 25 декабря.

2. Нуждин Т.А. Договор на оказание санаторно-курортных услуг в системе гражданского законодательства Российской Федерации // Право и экономика. 2009. № 1. С. 56.

3. О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах: Федеральный закон от 23 февраля 1995 г. № 26-ФЗ (в ред. от 28.12.2013) // Собрание законодательства РФ. 1995. № 9. Ст. 713.

4. О защите прав потребителей: Закон РФ от 07.02.1992 г. № 2300-1 (ред. от 23.07.2008, с изм. от 05.05.2014) // Ведомости СНД РФ и ВС РФ. 1992. № 15. Ст. 766.

5. Об утверждении государственной программы Краснодарского края «Развитие санаторно-курортного и туристского комплекса» на 2014–2017 годы»: постановление Главы администрации (губернатора) Краснодарского края от 11.10.2013 № 1168 (ред. от 30.06.2014) // Кубанские новости. 2013. № 217. 25 ноября.

УДК 343.61

ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА, НАСЕЛЕНИЯ – КАК ПРИОРИТЕТНЫЕ ОБЪЕКТЫ УГОЛОВНО-ПРАВОВОЙ ОХРАНЫ

Л.В. Кудрявцева, кандидат юридических наук, доцент, заведующий кафедрой гражданского права и процесса ФГБОУ ВО «Российский государственный социальный университет» филиала в г. Анапе, e-mail: larisa-k75@mail.ru,

С.П. Ставило, кандидат юридических наук, доцент, доцент кафедры гражданского права и процесса ФГБОУ ВО «Российский государственный социальный университет» филиала в г. Анапе, e-mail: Stavilodallad@yandex.ru

Аннотация: *статья посвящена вопросам, связанным с рассмотрением здоровья человека и здоровья населения как приоритетных объектов уголовно-правовой охраны, анализируются изменения уголовного законодательства в данной сфере, отмечается необходимость установления соразмерной уголовно-правовой ответственности в целях защиты здоровья человека и населения – как приоритетных объектов уголовно-правовой охраны.*

Ключевые слова: *здоровье человека, здоровье населения, объект преступления, уголовная ответственность.*

Во второй половине XIX века автор первого отечественного учебника по уголовному праву В.Д. Спасович писал о том, что «преступление есть противозаконное посягательство на чье-либо право, столь существенное, что государство, считая это право одним из не-

обходимых условий общежития, при недостаточности других средств охранительных ограждает ненарушимость его наказанием» [3, с. 84].

Нельзя не согласиться с мнением, что объект преступления – это общественные отношения, являющиеся связующим звеном между индивидом и обществом, позволяющие человеку жить по-человечески и ощущать себя человеком [4, с. 92]. По нашему мнению, социальные ценности, интересы и блага, не являются объектом преступлений, как утверждает д.ю.н., профессор Н.Ф. Кузнецова [1, с. 202], но они выступают объектом общественных отношений. Хотя, хочется подчеркнуть, что этот вопрос носит философский характер. Для его решения необходимо определить, например, являются ли такие, на первый взгляд, незыблемые, блага, как право на жизнь, на здоровье, на труд, на свободу, на владение, пользование и распоряжение собственностью и др., прирожденными или они обеспечиваются именно социальным фактором, т.е. конструктивными общественными отношениями, которые поддерживаются благодаря потребности людей в существовании таких отношений.

Можно с определенной долей уверенности сказать, что блага человек может реализовывать лишь будучи существом социальным, включенным в общественную жизнь. Да и само преступление – феномен социальный, способный существовать только в обществе людей, ведь преступное посягательство совершается другим человеком. Вне общества действуют лишь законы «дикой» природы, а предъявлять претензии природе по поводу жестокости – дело бессмысленное, ибо это часть ее сути – борьбы за существование.

В работе А. Чашина «Проблемы правового государства» [6, с. 52–64] рассматриваются вопросы единства и антагонизма правового и социального государства, однако в вопросе охраны здоровья человека, здоровья населения с позиций как правового, так и социального государства противоречий нет.

Таким образом, объект преступления – это охраняемые уголовным законом общественные отношения, которым общественно опасным посягательством (преступлением) причиняется вред или создается угроза причинения вреда. При этом, под общественными отношениями следует понимать типизированные социальные связи, возникающие по поводу определенных благ (ценностей). Социальные блага, выступающие объектом общественного отношения, проявляются как законные интересы, субъективные права.

Фактически посягая на конкретное социальное благо (право на жизнь и здоровье личности, право на владение, пользование и распоряжение собственностью, общественную безопасность и общественный порядок) юридически субъект преступления посягает на определенное общественное отношение, поскольку причинение вреда социальному благу (объекту общественного отношения) приводит к разрушению либо модификации (изменению) самой социальной связи.

Самыми опасными преступлениями уголовный закон считает преступления, посягающие на жизнь и здоровье, именно с этих преступлений начинается Особенная часть уголовного законодательства. Шкала ценностей, которая отражается в структуре УК РФ представлена следующим образом: «личность – общество – государство», а значит жизнь и здоровье человека, здоровье населения в целом являются приоритетными объектами уголовно-правовой охраны.

В уголовном законодательстве содержится сразу две главы, которые прямо посвящены защите рассматриваемых объектов – это глава 16 «Преступления против жизни и здоровья» и глава 25 «Преступления против здоровья населения и общественной нравственности». Но и во многих статьях других глав здоровье человека, здоровье населения выступают в качестве дополнительного или факультативного объекта преступления, например, в статье 162 УК РФ

«Разбой» – нападение, совершенное с применением насилия, опасного для жизни или здоровья, либо с угрозой применения такого насилия. Основным же объектом данного преступления являются общественные отношения, связанные с владением, пользованием или распоряжением собственностью.

Вред, причиненный здоровью человека, определяется в зависимости от степени его тяжести и подразделяется на тяжкий вред, средней тяжести вред и легкий вред здоровью. В основе такой классификации лежат два критерия – «общая трудоспособность» и «профессиональная трудоспособность». Общая трудоспособность по сути показывает «какой процент здоровья» утратил потерпевший в результате преступления (при этом до преступления здоровье человека берется за 100 %), а профессиональная трудоспособность определяет способность человека трудиться по профессии, специальности, и по сути говорит об определенной степени инвалидности (тяжкий вред здоровью) или о нахождении на амбулаторном или стационарном лечении (средней тяжести вред здоровью – свыше 21 дня, легкий вред – до 21 дня). Данные параметры отражены в приказе Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 194н от 24 апреля 2008 года «Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» [2].

Охраняя здоровье населения законодатель, прежде всего, стремится ограничить увеличение среди населения наркотизма – то есть распространенности употребления наркотиков в социальной среде (см. ст.ст. 228, 228^1,228^2, 228^3, 228^4, 229, 229^1, 230, 231, 232, 233), что вполне оправдано, учитывая реально причиняемый данными преступлениями вред здоровью населения. Раньше нами отмечалась неблагополучная ситуация с употреблением наркотиков в нашей стране – ежегодно россиянами потребляется 80 тонн героина, что выше, чем в Китае (45 тонн), в США и Канаде вместе взятых (20 тонн) [5, с. 260–270].

Анализируя изменения уголовного законодательства в сфере охраны здоровья человека можно отметить определенную декриминализацию, связанную с устранением уголовной ответственности за причинение средней тяжести вреда здоровью человека по неосторожности, а также недостаточные санкции уголовно-правовых норм, предусматривающих охрану данного объекта, по сравнению с другими уголовно-правовыми нормами. Нами отмечается необходимость установления соразмерной уголовно-правовой ответственности в целях защиты здоровья человека и здоровья населения – как приоритетных объектов уголовно-правовой охраны.

Список литературы:

1. Курс уголовного права. Общая часть / Под ред. Н.Ф. Кузнецовой, И.М. Тяжковой. М.: Зерцало, 1999. Т. 1.

2. Российская газета. № 188. 05.09.2008.

3. Спасович В.Д. Учебник уголовного права. Часть Общая. СПб., 1863.

4. Российское уголовное право. Общая часть / Под ред. В.Н. Кудрявцева и А.В. Наумова. М. : СПАРК, 1997.

5. Ставило С.П. Экзистенция общественных отношений, уголовной политики и преступности на рынке ценных бумаг: научное эссе. // Экономическая эффективность права: состояние проблемы и направления ее решения в условиях преодоления последствий финансового кризиса, воссоздания и наращивания материального, интеллектуального, образовательного и культурного потенциала страны, формирования и развития процессов ее модернизации и устремленности к обретению статуса мировой державы на принципиально новой основе. Материалы всероссийской научно-практической конференции 12 апреля 2011 года. / Под ред. П.Н. Панченко, А.В. Козлова. Нижний Новгород : НИУ ВШЭ, 2011.

6. Чашин А.Н. Проблемы правового государства // Советник юриста. 2014. № 10.

УДК 616.89-008.447-052:616. 34.002

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ ЗДОРОВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Е.Ю. Лазарева, аспирант кафедры социальной и клинической психологии, ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова» г. Чебоксары,

Э.В. Рыбаков, врач психотерапевт, БУ ЧР «Республиканская психиатрическая больница» МЗ и СР г. Чебоксары

Аннотация: *проведено исследование психологических и поведенческих особенностей личности пациентов с гастритом. Были обследованы пациенты с хроническим гастритом, средний возраст которых 36,5 ± 5,0 лет, средний стаж заболевания 3,4 ± 1,2 лет. Исследование субъективного ощущения симптомов заболевания проводилось с помощью «Гиссенского опросника соматических жалоб», исследование образа жизни и поведения пациентов с гастритом проводилось при помощи «Опросника нарушений здорового поведения» Е.Л. Луценко, О.Е. Габелковой, особенности ценностной ориентации пациентов определялись с помощью методики «Уровень соотношения «ценности» и «доступности» в различных жизненных сферах» Е.В. Фанталовой. В результате проведенного исследования были выявлены взаимосвязи характеристик нарушения здорового поведения с длительностью заболевания, интенсивностью давления соматических жалоб и степенью удовлетворенности основных потребностей.*

Ключевые слова: *личность, хронический гастрит, нарушение здорового поведения, психосоматические взаимоотношения.*

В основе нарушения здорового поведения исследователи называюттенденциюиндивидуума пренебрегать собственным телом, которая лежит в основе поведения, наносящего ему вред. При этом это отношение к собственному телу, к здоровью и болезни имеет глубокую социокультурную основуи может быть разным [6, 8].

Хронический гастрит относится к достаточно распространенным заболеваниям. На сегодняшний день исследователи выделяют аутоиммунные, бактериальные и химически опосредованные факторы в развитии хронического гастрита [5]. В то же время на развитие заболевания органов пищеварения оказывают значительное влияние психологические и профессиональные факторы, нарушение питания и нервной регуляции, прием алкоголя и злоупотребление курением. Проведенные исследования выявили, у пациентов с хроническим гастритом стойкую невротическую симптоматику [1], превышение нормативных показателей по уровню астении и депрессии [4]. Установлено, что психоэмоциональное перенапряжение, проявляющееся на фоне острого и хронического стресса, выступает способствующим фактором развития гастроэнтерологической патологии [3].

Поэтому в настоящее время при исследовании различных соматических заболеваний, в том числе и гастроэнтерологических, все чаще применяется комплексное изучение имеющихся соматических и психологических отклонений [2, 5].

Образ и уровень жизни, личностные особенности и выраженность соматического страдания у пациентов с соматическими заболеваниями непосредственно сказывается на отношении пациентов к заболеванию и приверженности к лечению, обуславливая эффективность проводимого лечения и течения заболевания [9].

В связи с чем, нами было проведено исследование психологических особен-

ностей нарушения здорового поведения у пациентов с хроническим гастритом, для определения специфики взаимоотношений поведенческих и мотивационно-личностных факторов у данных пациентов, для создания дифференцированного подхода психологического сопровождения пациентов в процессе профилактики и лечения заболевания.

В проведенном исследовании приняли участие 25 пациентов с хроническим гастритом, проходившие стационарное лечение. Средний возраст пациентов составил 36,5 ± 5,0 лет, средний стаж заболевания 3,4 ± 1,2 лет, из них 13 мужчин и 12 женщин. В работе использованы следующие методики: «Гиссенский опросник соматических жалоб» [7], «Опросник нарушений здорового поведения» Е.Л. Луценко, О.Е. Габелковой [6], методика «Уровень соотношения «ценности» и «доступности» в различных жизненных сферах» Е.В. Фанталовой [10]. Математико-статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью программы Excel 2003. Нормативные значения были взяты из данных обследования здоровых респондентов, приведенные в опросниках.

На первом этапе было проведено исследование интенсивности соматических жалоб у пациентов с гастритом при помощи Гиссенского опросника соматических жалоб. Выявлено, что пациенты с гастритом достоверно чаще локализуют свои жалобы в эпигастральной области ($p < 0,0001$). При этом у пациентов с гастритом отмечается высокая интенсивность данных жалоб. Чем длительнее течение заболевания, тем больше пациенты отмечают соматическую обусловленность испытываемых симптомов ($r = 0,56$; $p < 0,001$), которую они больше относят к ревматическим ($r = 0,40$; $p < 0,05$) и сердечным жалобам ($r = 0,43$; $p < 0,05$). Таким образом, пациенты с гастритом испытывают интенсивные соматические симптомы, обусловленные, по их мнению, соматическими изменениями.

Исследование особенностей нарушения здорового поведения у пациентов с гастритом при помощи опросника «Нарушений здорового поведения» Е.Л. Луценко, О.Е. Габелковой выявило, что пациенты с гастритом ограничивают прием алкоголя ($t = –6,6$; $p < 0,0001$) ине злоупотребляют курением ($t = –2,9$; $p < 0,004$), не стремятся соответствовать модным тенденциям в ущерб здоровью ($t = –4,6$; $p < 0,0001$), чаще используют эффективные стратегии борьбы со стрессом ($t = –6,1$; $p < 0,0001$), которые снижают формирование ипохондрического отношения к своему здоровью, депрессивное реагирование и концентрацию на негативных эмоциях.

При этом у пациентов с гастритом наблюдается низкий уровень самоконтроля поведения ($t = 2,35$; $p < 0,019$), по сравнению с нормативной группой. В поведении они гораздо чаще прибегают к импульсивным действиям при решении возникающих проблем, данным пациентам бывает сложно контролировать свое поведение, в некоторых случаях они неспособны воздерживаться от нездоровых привычек. Выявлено, что интенсивность желудочных жалоб у пациентов прямо взаимосвязана с тягой к алкоголю ($r = 0,38$; $p < 0,05$).

Результаты исследования мотивационно-личностной сферы у пациентов с гастритом при помощи методики «Уровень соотношения «ценности» и «доступности» в различных жизненных сферах» Е.В. Фанталовой показали, что все испытуемые имеют низкий уровень рассогласования в мотивационно-личностной сфере. Что свидетельствует о том, что на субъективном уровне для исследуемых пациентов характерно ощущение удовлетворенности, относительное совпадение желаемого и реального встречаются в мотивационно-личностной сфере в несколько раз чаще, чем их расхождение.

Удовлетворенность потребностей, отсутствие их блокады отмечается в таких сферах как «Активная жизнь», «Красота природы и искусства», «Нали-

чие хороших и верных друзей», «Творчество». Внутренние вакуумы, означающие снижение мотивации или отсутствие ее наблюдаются в таких сферах как «Любовь», «Уверенность в себе», «Свобода». Внутренние конфликты в значительной степени выражены в таких сферах как «Счастливая семейная жизнь», «Материально-обеспеченная жизнь», «Здоровье» и «Познание».

Выявленные взаимосвязи психологических характеристик у пациентов, показывают, что с увеличением длительности заболевания у пациентов с гастритом наблюдается снижение мотивации, направленной на борьбу с заболеванием ($r = –0,43$; $p < 0,05$). Отсутствие счастливых семейных взаимоотношений приводит к более частому рискованному поведению ($r = –0,47$; $p < 0,05$) и интенсивным сердечным жалобам ($r = 0,38$; $p < 0,05$).

Выраженная потребность в любви ($r = 0,46$; $p < 0,05$), материальной обеспеченности ($r = 0,55$; $p < 0,001$), ($r = 0,55$; $p < 0,05$), уверенности в себе ($r = 0,54$; $p < 0,01$), ($r = 0,57$; $p < 0,001$), обуславливает большую тягу к алкоголю и к курению. Нарушение питания у пациентов с гастритом взаимосвязано с увлеченностью интересной работой ($r = 0,44$; $p < 0,05$), и свободой от внутренних противоречий ($r = –0,5$; $p < 0,05$). Неуверенность в себе прямо взаимосвязана с само разрушительным поведением ($r = 0,39$; $p < 0,05$). Погоня за модным имиджем у пациентов с гастритом обусловлена ощущением внутреннего опустошения ($r = 0,49$; $p < 0,01$), потребностью в интересной работе ($r = 0,60$; $p < 0,001$), красоте природы и искусства ($r = 0,66$; $p < 0,001$), свободе от внутренних противоречий ($r = 0,41$; $p < 0,05$), неуверенностью в себе ($r = –0,46$; $p < 0,05$), недостатком близких дружеских отношений ($r = –0,51$; $p < 0,01$).

Подводя итоги исследованию, можем сделать следующие выводы:

Пациенты с гастритом испытывают высокую степень интенсивности жалоб, которые в большей степени локализуют в эпигастральной области. При этом, чем длительнее протекает заболевание, тем больше пациенты отмечают физическую обусловленность симптомов.

Нарушение здорового поведения у пациентов с гастритом можно охарактеризовать в большей мере как импульсивное с незнанием нормы, проявляющееся в нарушении питания, а также склонности пренебрегать основными нормами здорового поведения.

Мотивационно-личностная сфера пациентов с гастритом характеризуется ощущением, удовлетворенности, относительным совпадением желаемого и реального. Фрустрированными являются такие ценности, как счастливая семейная и материально-обеспеченная жизнь, здоровье и познание. При этом снижение мотивации и избыточность ценностей наблюдается в таких сферах как любовь, уверенность в себе и свобода.

Взаимосвязи психологических особенностей пациентов с гастритом, показывают, что с увеличением длительности заболевания у пациентов с гастритом наблюдается снижение мотивации, направленной на борьбу с заболеванием. Отсутствие счастливых семейных взаимоотношений приводит к более частому рискованному поведению и интенсивным сердечным жалобам.

Выраженная потребность в любви, материальной обеспеченности, уверенности в себе, недостаток близких отношений обуславливает большую тягу к алкоголю и к курению. Нарушение питания у пациентов с гастритом взаимосвязано с увлеченностью интересной работой и свободой от внутренних противоречий. Неуверенность в себе прямо взаимосвязана с само разрушительным поведением. Погоня за модным имиджем у пациентов с гастритом обусловлена ощущением внутреннего опустошения, потребностью в интересной работе, красоте природы и искусства, свободе от внутренних противоречий, неуверенностью в себе, недостатком близких дружеских отношений.

Список литературы:

1. Афанасенкова Т.Е. Оценка комплаентности и психического статуса у больных, страдающих эрозивным гастритом, в работе врача общей практики // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. 2012. № 1. С. 37–40.

2. Березин Ф.Б. Психологические механизмы психосоматических заболеваний // Российский медицинский журнал. 1998. № 2. С. 43–49.

3. Гветадзе Л.Г., Кавтарадзе Г.В., Квачадзе Т.К. Связь психологических и соматических нарушений на примере гастроэнтерологической патологии // Психические расстройства в общей медицине. 2006. № 1. С. 35–37.

4. Гуляева С.Ф., Мартусевич А.К., Помаскина Т.В.Депрессивные и астенические состояния у практически здоровых лиц и больных гастроэнтерологического профиля // Вятский медицинский вестник. 2004. № 2–4. С. 11–14.

5. Калмыков С.А., Урдина Г.С., Пелих И.В. Анализ эффективности применения средств физической реабилитации у больных хроническим гастритом // Педагогика, психология и медико-биологические проблемы физического воспитания и спорта. 2014. № 9. С. 30–34.

6. Луценко Е.Л., Габелкова О.Е. Опросник нарушений здорового поведения // Вопросы психологии. 2013. № 5. С. 142–153.

7. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: справочник практического психолога. М. : изд-во Эксмо, 2005. 992 с.

8. Николаев Е.Л. Кросскультуральное исследование копинг-стратегий в здоровой популяции // Вестник Чувашского университета. 2004. № 2.

9. Парахонский А.П. Исследование приверженности к лечению больных язвенной болезнью и эрозивным гастритом // Успехи современного естествознания. 2006. № 10. С. 54.

10. Фанталова Е.Б. Методика «Уровень соотношения Ценности и Доступности в различных жизненных сферах» // Журнал практического психолога. 1996. № 2. С. 20–24.

УДК 311(075.8)

СТАТИСТИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ СТРУКТУРЫ И ДИНАМИКИ НАЛИЧНОГО И ПОСТОЯННОГО НАСЕЛЕНИЯ НОВЫХ СУБЪЕКТОВ РФ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ И СЕВАСТОПОЛЯ

О.С. Лобачева, старший преподаватель кафедры «Экономики и предпринимательского права» АФ РГСУ, e-mail: oksana-1780@mail.ru

Аннотация: *в статье рассматривается структура и динамика изменения постоянного и наличного населения республики Крым и Севастополя. Приводиться цифровой материал динамики изменения постоянного и наличного населения с 2001 года и последние данные переписи населения проведенной Росстатом в Крыму в октябре 2014 года и структура распределения на городское и сельское население.*

Ключевые слова: *постоянное население, наличное население, динамика, структура, перепись населения.*

Статистическое изучение структуры и динамики новых субъектов РФ республики Крым и Севастополя является наиболее актуальной задачей для статистики населения РФ. В октябре 2014 года, в новых субъектах Российской Федерации – в Крыму и Севастополе, была проведена перепись населения. Аналогичное мероприятие в России проводилось в 2010 году, в то время как статистический учет населения в Крыму, проводился только в 2001 году.

Таблица 1.

Динамика численности наличного и постоянного населения республики Крым по данным переписи 2001 (на 5 декабря 2001 года) и по данным на 2013 год

2001	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
2033	2018	2005	1994	1983	1977	1971	1967	1965	1963	1963	1965
2024	2008	1996	1985	1975	1968	1962	1958	1956	1954	1956	1958

Таким образом, необходимость переписи населения является очевидной, а её результаты позволят более эффективно планировать социальную политику на полуострове.

В мае 2015 года будут подведены окончательные итоги переписи населения в территориальном разрезе (до уровня единиц административно-территориального деления и населённых пунктов): численность и размещение населения, его демографические, социально-экономические, этнолингвистические характеристики, жилищные условия, числе и составе домохозяйств и семейных ячеек. Полные итоги Переписи населения в Крымском федеральном округе будут опубликованы до конца 2015 года.

Предварительные итоги переписи населения, объявленные 16 декабря 2014 год, были получены до обработки переписных материалов на основе только ручного подсчёта переписных листов, заполненных временными переписными работниками, с учётом присоединения итогов переписи специальных контингентов населения.

На территории Крымского федерального округа численность постоянного населения составила 2284,4 тыс. человек, в том числе в Республике Крым проживает 1889,4 тыс. человек (82,7 %), в городе федерального значения Севастополе — 395 тыс. человек (17,3 %). Предварительные результаты переписи расходятся с данными текущего учёта населения, осуществляемыми территориальными органами Росстата. Так численность постоянного населения Республики Крым, исчисленная территориальными органами Росстата по данным текущего учёта населения на 1 ноября 2014 года, составляла 1 967,0 тысячи человек и была на 77,6 тысячи человек (на 4,1 %) выше той, что была получена в результате переписи. Территориальный орган Росстата по Городу федерального значения Севастополю по данным текущего учёта населения оценивал численность постоянного населения Города федерального значения Севастополя на 1 ноября 2014 года в размере 392,5 тысячи человек, то есть на 2,5 тысячи человек (0,6 %) меньше, чем по предварительным данным переписи.

Население Крымского федерального округа составляет 2 млн 284,4 тыс.чел. Из них в Республике Крым живут 1 млн 889,4 тыс. чел, в Севастополе – 395 тыс. чел. Такие предварительные итоги переписи в двух новых субъектах РФ. Согласно ее результатам, Республика Крым находится на 27 месте в РФ по населению, а город Севастополь – на 77 месте.

Крупнейшими крымскими городами признаны Симферополь проживают 350,6 тысяч человек, в Керчь – 147 тысяч человек, в Ялта – 133,6 тысячи человек, в Евпатория – 119,3 тысяч человек, в Феодосия – 101 тысяча человек.

В сравнении с данными текущей статистики, которые публиковались территориальными органами Росстата по Республике Крым и Городу федерального значения Севастополю, при обработке материалов переписи населения были учтены изменения в административно-территориальном устройстве указанных субъектов Российской Федерации. В Республике Крым в соответствии с Законом Республики Крым от 6 июня 2014 г. № 18-ЗРК «Об административно-территориальном устройстве Республики Крым» посёлки городского типа были отнесены

к сельским населенным пунктам, что привело к резкому статистическому сокращению численности и доли городского населения и росту численности и доли сельского населения.

Таблица 2.

Численность постоянного населения Республики Крым, исчисленная территориальными органами Росстата по данным текущего учёта населения на 1 ноября 2014 года

Категория населения	Всё население	в том числе	
		мужчины	женщины
Всего учтено, тыс. человек, в том числе:	2293,3	1056,8	1236,5
– постоянное население	2284,4	1052,6	1231,8
– лица, временно находившиеся на территории Крымского федерального округа, постоянно проживающие за пределами Российской Федерации	8,9	4,2	4,7

Таблица 3.

Распределение населения на городское и сельское

	тысяч человек		в процентах к общей численности населения	
	городское	сельское	городское	сельское
Республика Крым	958,2	931,2	50,7	49,3
Город федерального значения Севастополь	364,8	30,2	92,4	7,6
Крымский федеральный округ	1323,0	961,4	57,9	42,1

Так согласно данным текущего учёта населения Республики Крым на 1 ноября 2014 года численность городского населения составляла 1 миллион 224,4 тысячи человек (62,2 % всего населения), сельского населения — 742,7 тысячи человек (37,8 %), тогда как согласно предварительным итогам Переписи населения в Крымском федеральном округе численность городского населения Республики Крым на 14 октября 2014 года составила 958,2 тысячи человек (меньше, чем по оценке на 1 ноября, на 266,2 тысячи человек), а доля городского населения составляла 50,7 % (на 11,5 процентных пункта меньше, чем по оценке на 1 ноября), численность сельского населения составила по предварительным итогам переписи 931,2 тысячи (на 188,5 тысячи больше, чем по оценке на 1 ноября), а доля сельского населения составила 49,3 %, то есть на 11,5 процентных пунктов больше, чем по оценке на 1 ноября. В отношении Города федерального значения Севастополя текущие оценки на 1 ноября численности городского населения составляли 368,4 тысячи человек (93,9 % всего населения субъекта РФ), что на 3,6 тысячи человек (на 1,5 процентных пункта) больше, чем согласно предварительным итогам переписи, а численность сельского населения на 1 ноября оценивалась в размере 24,1 тыс. жителей (6,1 %), что меньше на 6,1 тысячи человек (на 1,5процентных пункта).

Поводя итог можно сказать, что на данный момент рано говорить об окончательной динамике в отношении численности крымского населения. Статистики завершат обработку данных лишь в апреле 2015 года, а в мае доложат об итогах

правительству России. Именно к этому моменту станут известны национальный и семейный составы крымчан, уровень их образования и многое другое.

Список литературы:

1. Распоряжение Правительства РФ от 17 июля 2014 года № 1330-р

2. Росстат сосчитал население Крыма // Российская газета. URL : http://www.rg.ru

3. Население Крыма составляет 2, 284 млн человек — результаты переписи // ИА Крыминформhttp. URL : www.c-inform.info

4. В Крыму завершена перепись населения РИА Новости. URL : http://ria.ru/

5. Предварительные итоги переписи населения Крымского федерального округа // Первые итоги переписи населения в Крыму. URL : http://news.allcrimea.net

6. https://ru.wiki2.org

УДК 537.8

ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНЫХ ПОЛЕЙ НА БИОЛОГИЧЕСКИЕ ОБЪЕКТЫ

Ю.Э. Лозыченко, старший преподаватель кафедры техносферной безопасности, математики и информатики, ФГБОУ ВО «Филиал Российского государственного социального университета в г.-к. Анапа Краснодарского края», e-mail: Uliya_l@mail.ru,

К.Ю. Яушева, старший преподаватель кафедры техносферной безопасности, математики и информатики, ФГБОУ ВО «Филиал Российского государственного социального университета в г.-к. Анапа Краснодарского края», e-mail: karinaker@mail.ru

Аннотация: *электромагнитное поле представляет собой совокупность электрического и магнитного полей, которы емогут, при определённых условиях, порождать друг друга, апосутиявляютсяоднойсущностью, формализуемойчерезтензор электромагнитного поля.*

Электрические и магнитные поля являются очень сильными факторами влияния на состояние всех биологических объектов, попадающих в зону их воздействия.

Ключевые слова: *электромагнитное поле; биологический объект; электрическое поле; электрический разряд; защита от электромагнитных полей.*

Электромагнитное поле (ЭМП) — фундаментальное физическое, взаимодействующее с электрическизаряженными телами, атакже стелами, имеющими собственные дипольные и мультипольные электрические и магнитные моменты. Представляет собой совокупность электрическогои магнитного полей, которые могут, при определённых условиях, порождать друг друга, апосутиявляютсяоднойсущностью, формализуемой черезтензорэлектромагнитного поля.

На протяжении миллиардов лет естественное магнитное поле Земли, являясь первичным периодическим экологическим фактором, постоянно воздействовало на состояние экосистем.

В ходе эволюционного развития структурно-функциональная организация экосистем адаптировалась к естественному фону. Некоторые отклонения наблюдаются лишь в периоды солнечной активности, когда под влиянием мощного корпускулярного потока магнитное поле Земли испытывает кратковременные резкие изменения своих основных характе-

ристик. Этот явление, получившее название магнитных бурь, неблагоприятно отражается на состоянии всех экосистем, включая и организм человека.

На нынешнем этапе развития научно-технического прогресса человек вносит существенные изменения в естественное магнитное поле, придавая геофизическим факторам новые направления и резко повышая интенсивность своего воздействия. Но нужно заметить, что на организмы оказывает влияние не только магнитные поля, но также электрические и электромагнитные.

Электрические и магнитные поля являются очень сильными факторами влияния на состояние всех биологических объектов, попадающих в зону их воздействия.

Например, в районе действия электрического поля ЛЭП у насекомых проявляются изменения в поведении: так у пчел фиксируется повышенная агрессивность, беспокойство, снижение работоспособности и продуктивности, склонность к потере маток; у жуков, комаров, бабочек и других летающих насекомых наблюдается изменение поведенческих реакций, в том числе изменение направления движения в сторону с меньшим уровнем поля.

У растений распространены аномалии развития – часто меняются формы и размеры цветков, листьев, стеблей, появляются лишние лепестки. Здоровый человек страдает от относительно длительного пребывания в поле ЛЭП. Кратковременное облучение (минуты) способно привести к негативной реакцией только у гиперчувствительных людей или у больных некоторыми видами аллергии. Например, хорошо известны работы английских ученых в начале 90-х годов показавших, что у ряда аллергиков по действием поля ЛЭП развивается реакция по типу эпилептической. При продолжительном пребывании (месяцы – годы) людей в электромагнитном поле ЛЭП могут развиваться заболевания преимущественно сердечно-сосудистой и нервной систем организма человека. В последние годы в числе отдаленных последствий часто называются онкологические заболевания.

Также ЭМП излучают и бытовые приборы. Все бытовые приборы, работающие с использованием электрического тока, являются источниками электромагнитных полей. Наиболее мощными следует признать СВЧ-печи, аэрогрили, холодильники с системой «без инея», кухонные вытяжки, электроплиты, телевизоры.

Реально создаваемое ЭМП в зависимости от конкретной модели и режима работы может сильно различаться среди оборудования одного типа. Все ниже приведенные данные относятся к магнитному полю промышленной частоты 50 Гц.

Человеческий организм всегда реагирует на электромагнитное поле. Однако, для того чтобы эта реакция переросла в патологию и привела к заболеванию необходимо совпадение ряда условий – в том числе достаточно высокий уровень поля и продолжительность облучения. Поэтому, при использовании бытовой техники с малыми уровнями поля и/или кратковременно ЭМП бытовой техники не оказывает влияния на здоровье основной части населения. Потенциальная опасность может грозить лишь людям с повышенной чувствительностью к ЭМП и аллергикам, также зачастую обладающим повышенной чувствительностью к ЭМП.

Кроме того, согласно современным представлениям, магнитное поле промышленной частоты может быть опасным для здоровья человека, если происходит продолжительное облучение (регулярно, не менее 8 часов в сутки, в течение нескольких лет) с уровнем выше 0,2 микротела.

К основным мерам защиты относят:

– предотвращение накопления зарядов на электропроводящих частях оборудования, что достигается заземлением оборудования и коммуникаций, на

которых могут появиться заряды (аппараты, резервуары, трубопроводы, транспортеры, сливоналивные устройства, эстакады и т.п.); уменьшение электрического сопротивления перерабатываемых веществ; снижение интенсивности зарядов статического электричества. Достигается соответствующим подбором скорости движения веществ, исключением разбрызгивания, дробления и распыления веществ, отводом электростатического заряда, подбором поверхностей трения, очисткой горючих газов и жидкостей от примесей;

– отвод зарядов статического электричества, накапливающихся на людях. Позволяет исключить опасность электрических разрядов, которые могут вызвать воспламенение и взрыв взрыво- и пожароопасных смесей, а также вредное воздействие статического электричества на человека. Основными мерами защиты являются: устройство электропроводящих полов или заземленных зон, помостов и рабочих площадок, заземление ручек дверей, поручней лестниц, рукояток приборов, машин и аппаратов; обеспечение работающих токопроводящей обувью, антистатическими халатами.

Защита от электромагнитных полей и излучений в нашей стране регламентируется Законом РФ об охране окружающей природной среды, а также рядом нормативных документов.

Список литературы:

1. Гольдштейн Л.Д. Электромагнитные поля и волны. М., 2012. 663 с.

2. Кузовкин В.А., Филатов В.В. Электротехника и электроника. Учебник. М. : Юрайт, 2012. 432 с.

3. Кукушин В.С. Биоэнергетика вашего дома, квартиры, офиса. М. : Феникс, 2009. 192 с.

УДК 613

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ В РЕГИОНАХ С ЭКОЛОГО-БИОГЕОХИМИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ РИСКА

Ю.Г. Максимов, доктор медицинских наук, кафедра социальной работы, психологии и социального права филиала РГСУ в г. Анапе,

Е.А. Энис, преподаватель кафедры социальной работы, психологии и социального права филиала РГСУ в г. Анапе

Аннотация: *изучены водно-почвенные характеристики региона, заболеваемость и смертность населения от ишемической болезни сердца и установлена связь биогеохимических факторов с уровнем заболеваемости и смертности населения от инфаркта миокарда*

Ключевые слова: *биогеохимические факторы, инфаркт миокарда, атеросклероз.*

Наблюдающиеся в последнее десятилетие изменения в структуре и уровнях заболеваемости населения ставят проблему гигиенического изучения особенностей влияния факторов окружающей среды на здоровье населения в ранг важнейших общегосударственных не только для дальнейшего совершенствования гигиенического нормирования, но и для объективной оценки риска здоровью различных эколого-биогеохимических факторов в целях определения конкретных путей к укреплению здоровья населения.

В зарубежной и в отечественной научной литературе накопилось значительное количество работ, в которых показано влияние тех или иных факторов

окружающей среды на здоровье населения (В.Л. Сусликов, 2013, М.Г. Шандала, 1988; Г.И. Румянцев, 1995; Г.И. Сидоренко, 1999; Wolfe H.R., 1961; Woodwell G.M., 1971; Tulor G., 1974; Castro L.C., Fzen C., Hoben C.J., 1993 и др.). Здоровье населения является интегральным показателем качества среды обитания. Решение этого «интеграла» – как отмечает М.Г. Шандала (1988) – это прежде всего определение роли отдельных факторов и их наиболее часто встречающихся совокупностей во влиянии на здоровье населения, есть важнейшая задача гигиенической науки. Большая чувствительность показателей функционального состояния организма практически здоровых жителей определенных эколого-биогеохимических регионов свидетельствует о том, что их использование при изучении особенностей влияния факторов окружающей среды на здоровье населения является более перспективным, чем использование показателей смертности, заболеваемости и демографических данных. Именно на это обращали внимание Г.И. Сидоренко и С.М. Новиков (1999) когда отмечали, что для гигиенической оценки среды обитания населения следует определять непосредственные эффекты действия до наступления патологии, осуществлять гигиеническую диагностику здоровых людей. До сих пор остаются спорными многие методологические вопросы причинно-следственных связей формирования наиболее распространенных заболеваний (сердечно-сосудистых) с эколого-биогеохимическими факторами.

Сердечно-сосудистые заболевания занимают ведущее место среди причин, инвалидности и смертности населения во всем мире. Наиболее распространенной из этой группы заболеваний является ишемическая болезнь сердца, особенно инфаркт миокарда, который по праву называют эпидемией XX века. Современные методы исследования позволили изучить этиологию, патогенез и разработать мероприятия по вторичной профилактике ишемической болезни сердца. Проводимая работа по вторичной профилактике ишемической болезни сердца не позволила достичь ожидаемых результатов в связи с тем, что она направлены на снижение только эндогенных факторов риска (гиперхолестеринемии, артериальной гипертензии и курения). В виду отсутствия научных доказательств появления «пускового» причинного фактора в развитии атеросклероза и ишемической болезни сердца невозможно научно обосновать рекомендации по первичной профилактике этих заболеваний.

В связи со сказанным, особую актуальность приобретает поиск научных доказательств наличия главного «пускового» причинного фактора в развитии атеросклероза и ишемической болезни сердца.

При проведении ретроспективного и проспективного анализов показателей смертности по причине острого инфаркта миокарда (ОИМ) в целом по региону и по административно-территориальному ее делению выявлены следующие особенности:

1) динамика показателей смертности от ОИМ по годам, свидетельствует о постепенном и постоянном росте этих показателей;

2) распространение ОИМ по показателям смертности на территории региона имеет выраженную неравномерность.

При изучении распространенности ОИМ на территории региона в связи с почвенными характеристиками было установлено, что в юго-западной ее части преимущественно распространены песчано-подзолистые почвы, только на небольшой площади встречаются выщелочные черноземы. В юго-восточной части преобладают черноземы и серые лесные почвы.

В химическом составе песчано-подзолистых почв. Содержание магния, кальция, молибдена и цинка в песчано-подзолистых почвах, по сравнению с черноземными почвами, было ниже, однако, разница оказалась статистически не достоверной ($P > 0,05$). Вместе с тем пес-

чано-подзолистые почвы содержат значительно более высокие концентрации кремния, марганца и меди ($P < 0,05$).

Результаты расчетов корреляционных связей между показателями смертности от ОИМ и уровнями содержания исследованных нами микроэлементов в почвах приведены в таблице 1.

Таблица 1.

Коэффициенты корреляции (r) между содержанием микроэлементов в почвах (в мг/кг) и показателями смертности от ОИМ

№ п/п	Элементы	Содержание в песчано-подзолистых почвах	r	Содержание в черноземной почве	r
1	Йод	0,55 ± 0,07	–0,54	0,613 ± 0,05	–0,64
2	Кобальт	2,6 ± 0,9	–0,59	4,65 ± 0,7	–0,98
3	Медь	6,35 ± 1,9	+0,33	2,65 ± 0,9	–0,37
4	Молибден	2,73 ± 0,8	–0,37	2,05 ± 0,7	–0,98
5	Цинк	20,35± 3,3	+0,37	68,55 ± 8,6	–0,65
6	Марганец	722,6± 59,9	–0,97	410,0 ± 43,3	–0,84
7	Бор	33,3 ± 2,7	–0,53	30,3 ± 1,1	–0,71
8	Стронций	5,92 ± 1,3	+0,35	3,90 ± 1,3	–0,60
9	Кремний	98000 ± 123,2	+0,78	35550 ± 78,6	+0,54
10	Железо	75000 ± 44,5	–0,45	60000 ± 51,1	–0,77
11	Алюминий	не иссл.		114000 ± 159	
12	Кальций	15000 ± 25,8	–0,46	28000 ± 42,3	+0,33
13	Магний	7000 ±17,9	–0,62	9000 ± 15,5	+0,65
14	Фосфор	600 ± 33,1	+0,45	1000 ± 23,5	+0,88

Установлена тесная положительная связь между показателями смертности от ОИМ и содержанием в почвах кремния, фосфора, магния и тесная отрицательная связь, связанная с содержанием железа, бора, марганца, молибдена, кобальта и йода. О биологической роли исследованных нами макро- и микроэлементов в разнообразных обменных процессах человека уже известно, что же касается связи их с острым инфарктом миокарда, то можно привести только данные Л.Р. Ноздрюхиной, которая на большом клиническом материале доказала влияние марганца, йода и железа на развитие сердечно-сосудистых заболеваний. Наши исследования обнаружили четкую зависимость между показателями смертности населения от ОИМ с макро- и микроэлементным составом почв и воды.

Известно, что отдельные химические элементы питьевой воды играют определяющую роль в развитии ИБС. Изучая связи распространенности ОИМ с гидрогеологическими характеристиками территории региона, мы обнаружили, что наибольшая частота смертности от ОИМ приходится на районы, в которых протекают подземные воды, где имеются отложения меловой и юрской систем. Наименьшая частота встречаемости случаев смерти от ОИМ приходится на районы распространения подземных вод, в которых нет соединений кремния.

В ходе биогеохимического районирования территории региона были выделены 3 субрегиона биосферы.

Изучением особенностей распространения ОИМ в связи с биогеохимическими характеристиками территории было установлено полное совпадение очагов сверхвысокой и повышенной смертности от ОИМ с субрегионом биосферы с кремниевыми соединениями, что дает нам ос-

нование для более детального изучения причинно-следственных связей заболевания с биогеохимическими особенностями территории проживания населения.

По предварительным данным можно предположить, что ведущее значение в особенностях распространения острого инфаркта миокарда на территории региона имеют аномальные соотношения микроэлементов.

Известно, что состояние окружающей среды определяется суммой факторов как природных, так и антропогенных химических, физических и биологических. Нами были проведены работы по определению реальной нагрузки (РН) для населения каждого административно-территориального района с использованием ежегодных отчетов и протоколов исследований центров Госсанэпиднадзора и лабораторий Министерства охраны окружающей среды.

Для эколого-биогеохимической оценки территории региона были использованы официальные материалы министерств здравоохранения, охраны окружающей среды, а также данные о биогеохимическом районировании территории. Этот показатель вычислялся в соответствии с «Методическими рекомендациями по определению реальной нагрузки на человека химических веществ, поступающих с атмосферным воздухом, водой и пищевыми продуктами» (М., 1995) по формуле:

$$РН = \sum \frac{Своздуха}{ПДК} + \sum \frac{Своды}{ПДК} + \sum \frac{Спищи}{ПДК} \cdot$$

Кратность превышения ПДК устанавливалась путем деления фактической концентрации (С) на величину предельно-допустимой концентрации веществ, утвержденных документами: № 3086-84, САНПиН 2.1.4.544-96, САНПиН 2.1.4.559-96.

Многофакторный анализ заболеваемости населения в зависимости от факторных нагрузок по 52 показателям позволил установить 9 групп, в каждой из которых третий фактор имел значения от 0,0 до 1,0, а величины первого и второго соответствовали одному из трех классов

Методика многофакторного математического анализа показателей здоровья населения в зависимости от факторных нагрузок по 52 показателям позволила установить общность причинных факторов, определяющих высокую заболеваемость и смертность населения. Эта общность имеет наиболее тесную корреляционную связь с биогеохимическими характеристиками субрегиона. Таким образом, можно констатировать, что метод биогеохимического районирования ограниченных территорий является наиболее объективным критерием эколого-биогеохимической оценки влияния факторов окружающей среды на здоровье населения.

Список литературы:

1. Репродуктивно-демографические показатели Междунар. фонд охраны здоровья матери и ребенка. Казань, 1994. 195 с.

2. Организация экстренной медицинской помощи населению на госпитальном этапе в чрезвычайных ситуациях // Известия инж.-технол. академии ЧР. Чебоксары, 1997. С. 332–335.

3. К вопросу об особенностях управлением здравоохранением на территориях с различными эколого-биогеохимическими характеристиками. Управленческие, экономические и информационные технологии в здравоохранении в условиях внедрения медицинского страхования // Мат-лы научно-практ. конференции республик и областей Поволжья и Волго-Вятского региона. Казань, 1997. С. 168–170.

4. К вопросу о стратегии Российской медицины в XXI веке. Повышение эффективности служб здравоохр. РФ. М., 1998. С. 137–142.

УДК 159.9

НАСЛЕДИЕ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ПЕДАГОГОВ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ ВОСПИТАНИЯ ЛИЧНОСТИ РЕБЕНКА В СОВРЕМЕННОЙ ШКОЛЕ

А.С. Мараховец, магистрант 2 курса КубГУ г. Славянск-на-Кубани специальность «Традиционная и православная культура в образовании», e-mail: Aniytka_27@mail.ru

Аннотация: *в статье рассматриваются острые проблемы воспитания ребенка в современной школе и семье, пути их решения. Автор ставит своей целью проанализировать передовой опыт отечественных педагогов и рассмотреть целесообразность применения его в современных условиях.*

Ключевые слова: *личность, проблемы, воспитание, педагогическое наследие.*

В отечественной традиции детские годы считаются самыми важными в человеческой жизни. Поэтому, для гармоничного воспитания личности, пространство, окружающее ребенка, должно быть содержательным и наполненным ценностными духовными, и нравственными смыслами. Но, к сожалению, в настоящее время школьники, зачастую, в качестве жизненных приоритетов на первый план выдвигают материальные ценности. Современные «модернизированные» формы мышления на фоне отсутствия ценностных оснований для национально-культурной идентичности, внедряемые в сознание российской молодежи, имеют весьма отдаленное отношение к национальным традициям и менталитету. К примеру, формирование лидерских качеств, традиционно являющихся задачей американской педагогики, которые, по результатам исследований, присущи американской модели сознания и отсутствуют в ментальном мировоззрении русского человека. Духовные, общественные и нравственные ориентиры теряют всознании детей привлекательность. Ряд учреждений, которые раньше помогали в воспитательном процессе, сегодня отошли на второй план, а то и совсем перестали оказывать какое-либо влияние на формирование личности. Так, библиотеки с приходом в нашу жизнь интернета и электронных книг утратили свое первоначальное значение. ДДЮТ, музыкальные школы, спортивные секции, объединяя в группы по интересам, помогают детям не только реализовать свои способности, но и дают возможность общения. Однако, как правило, общение происходит только в рамках занятия.

Таким образом, основная нагрузка в борьбе с возникающими в процессе воспитания проблемами ложится на плечи школы, учителя, классного руководителя. Но зачастую, по причине большой трудовой нагрузки родителей и педагогов, ребенок испытывает в отношении себя недостаток их внимания. И этот дефицит общения очень часто приводит ребенка в компании с сомнительным поведением. Зачастую, внешне благополучный ученик, приобщаетсяк пагубным привычкам, оказывается членом той или иной агрессивной неформальной группировки. Ещё совсем недавно грубость, ненормативная лексика в школе были не просто редким, а экстраординарным событием. А сегодня они раздаются уже из уст детей начальной школы. Бездуховность, леность, нежелание трудиться, безразличие к чужой беде, агрессия – эти пороки все больше и больше калечат детские души. Ученый Б.Т. Лихачев, исследуя особенности отечественной национальной идеи, констатирует полное разрушение ее по всем направлениям. По его мнению, в системе российского государственно-общественного воспитания подрастающего поколения сегодня «берут верх молодежные организации антирусской и антигосударственной направленности, пропаганди-

руются и навязываются худшие образцы массовой американизированной антикультуры. В результате процессы интернационализации становятся первопричиной обострения проблемы наполнения учебно-воспитательного процесса национальным содержанием» [5, с. 11].

Все перечисленные проблемы в современной педагогике стоят достаточно остро, никто не будет оспаривать, что в социокультурном плане проблема воспитания уже давно приняла ужасающий характер. Собственных ресурсов развития в этом направлении в образовании либо нет, либо оно так запутано в новой либеральной и Западной идеологии, что фактически бессильно. Чаще всего школа заменяет воспитание пристойным проведением досуга. Этим в основном и занимаются классные руководители, завучи по воспитательной работе.

Мы видим, что в «Концепции модернизации российского образования» в качестве важнейших качеств, которыми должен обладать современный выпускник общеобразовательной школы, названы «духовность, нравственность, самостоятельность, инициативность, предприимчивость, толерантность, мобильность» [3, с. 35]. Показательно, что на первое место поставлены такие качества, как духовность и нравственность. По определению В.И. Даля, духовность – все относящееся к человеческой душе, духу, Богу, а нравственность – это внутренние духовные качества, этические нормы, правила поведения, которыми руководствуется человек. Эти качества в русском сознании всегда почитались как главные.

Бесспорно, проблемы воспитания существовали во все времена. О них написаны труды таких великих педагогов-практиков, как В.А. Сухомлинский, А.С. Макаренко, К.Д. Ушинский, Ш.А. Амонашвили и др. Их педагогический опыт поистине бесценен. Если проанализировать их труды, то для современного воспитательного процесса можно позаимствовать очень много важного и полезного. Так мы увидим, что в основе российской педагогической традиции до недавнего времени лежали не стремление к лидерству и индивидуальному самовыражению, а помощь более слабому (влияние традиций христианства) – гуманность данных принципов ни у кого не вызовет сомнений. В российском учебно-воспитательном процессе традиционно большое внимание отводилось формированию нравственной личности, одним из элементов такой подготовки являлась работа в коллективе, трудовая помощь и постоянная взаимозависимость, воспитывающая, по словам А.С. Макаренко, «правильные взаимоотношения между людьми» [6, с. 145]. Опыт создания детских коллективов, по оценкам многих исследователей, является несомненным достижением советской школы. В советской культуре существовал строгий учет положительных координат для выживания общества и человека, которые в настоящее время утрачиваются.

Великий русский педагог-новатор К.Д. Ушинский считал, что не может быть универсальной и пригодной для всех стран системы воспитания, основанной на соединении лучших образцов мирового опыта. Он выделял, в первую очередь, национальный характер, и только в последнюю – зарубежные влияния. Он по праву признан создателем русской народной общеобразовательной школы и основоположником отечественной педагогической науки. Как сказано во вступительной статье к собранию сочинений К.Д. Ушинского, «по глубине проникновения в сущность процессов воспитания и обучения, по силе влияния на последующее развитие русской школы и педагогической мысли, по степени научной обоснованности его педагогическая концепция не имеет себе равных» [7, с. 105].

Он четко сформулировал теоретические принципы содержания общего образования, разработал методы развивающего обучения. Его фундаментальный труд «Педагогическая антропология» не имеет аналогов в мировой педагогической лите-

ратуре. Этот главный труд всей его жизни вместе с учебником и пособиями по русскому языку для начальной школы вошли в золотой фонд не только отечественной, но и мировой педагогики. Ушинский понимал необходимость всестороннего изучения личности. Он утверждал: «Если педагогика хочет воспитывать человека во всех отношениях, то она должна прежде узнать его тоже во всех отношениях» [8, с. 228]. Ушинский определял воспитание как сознательный процесс создания гармоничной личности. Важную роль в педагогике, по его мнению, играет воспитание нравственности. Он утверждал, что влияние нравственное есть основная задача воспитания, более важная, чем развитие ума и наполнение головы знаниями. Константин Дмитриевич полагал, что воспитание нравственности должно развивать в человеке дисциплинированность, гуманность, честность и трудолюбие. И, кроме того, чувство собственного достоинства в тандеме со скромностью.

Таким образом, Ушинский осуществил педагогический синтез научных знаний о человеке, поднял педагогику на качественно новый уровень. Известный ученый и советский психолог Борис Герасимович Ананьев, оценивая целостный подход Ушинского к человеческой личности, справедливо отмечает силу его теоретического мышления и педагогического убеждения, сумевшего столетие назад обосновать проблему, которую современная наука считает фундаментальнейшей проблемой философии, естествознания и психологии. Доминантной чертой личности он считал целостность духовно-нравственных, волевых, интеллектуальных качеств. «Личность – продолжал он, – есть категория религиозно-духовная». «Влияние нравственное, – считал великий педагог, – составляет главную задачу воспитания, гораздо более важную, чем наполнение головы познаниями и разъяснение каждому его личных интересов… нравственность не есть необходимое последствие учености и умственного развития» [8, с. 229]. Сущность нравственного воспитания он видел в формировании патриотизма, любви к родине, в необходимости воспитания в человеке стремления к проявлению желания бороться со злом, честности, справедливости, искренности, трудолюбии, дисциплинированности, чувства ответственности и долга, скромности, чувства стыда, без которого личность не может быть нравственно-совершенной. Худшие и лучшие человеческие чувства К.Д. Ушинский выводил из единого основания – стремления к совершенству. Духовные особенности, которыми обладает человек, делают его человеком, и этим отличают его от животного.

Отечественные педагоги огромное значение придавали деятельности и общению ребенка с взрослыми и товарищами, в котором у детей формируются нравственные нормы. «Образцовое» поведение взрослого человека имеет важное значение в формировании нравственного поведения ребенка. На всех этапах формирования личности стоит острая необходимость совместной продуктивной, творческой деятельности между учителем/родителем и ребенком, направленная не только на интеллектуальное, но и нравственное, духовное развитие его личности.

В заключении хотелось бы отметить, что снижение градуса напряженности данной проблемы мы видим в реорганизация воспитательной системы в российских общеобразовательных учреждениях путем возвращения ее в русло национальной идеи с применением передового опыта отечественных педагогов прошлых столетий. Это позволило бы уберечь наших детей от многих негативных воздействий чуждой нашим традициям Западной модели образования и воспитать нравственно и духовно здоровое поколение нашей страны.

Список литературы:

1. Асмолов А.Г. Стратегия социокультурной модернизации образования: на пути к преодолению кризиса идентичности и построению гражданского общества // Вопросы образования. 2008. № 1. С. 65–86.

2. Кондаков А.М. Духовно-нравственное воспитание в структуре Федеральных государственных стандартов общего образования // Педагогика. 2008. № 9. С. 15.

3. Концепция модернизации российского образования на период до 2010 года // Вестник образования России. 2002. № 6. С. 35.

4. Леднев В.С. Духовно-нравственная культура в образовании человека // Стандарты и мониторинг в образовании. 2002. № 6. С. 4–5.

5. Лихачев Б.Т. Национальная идея и содержание гражданского воспитания // Педагогика. 1999. № 4. С. 11–13.

6. Макаренко А.С. Воспитание гражданина. М., 1989. С. 145.

7. Ушинский К.Д. О народности в общественном воспитании // Журнал для воспитания. 1857. № 7. С. 9–60; № 8. С. 105–149.

8. Ушинский К.Д. Педагогические сочинения. В 6 т. Т. 1. / Сост. С.Ф. Егоров. М., 1998. 416 с.

9. Чернова, Л.В. К.Д. Ушинский и современная школа // Ушинский К.Д. Родное слово: книга для детей и родителей. М., 2000. 260 с.

УДК 796.032.2

ОЛИМПИЙСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ КАК СРЕДСТВО ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОГО ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ И ИХ ПРИОБЩЕНИЯ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ: НАУЧНО-ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Н.М. Мартыненко, преподаватель кафедры физвоспитания, ФГБОУ ВПО «КубГУ» г. Краснодар, e-mail: martn2010@mail.ru

Аннотация: *в статье дается научно-теоретическое обоснование необходимости расширенного использования олимпийского образования как действенного средства личностно-ориентированного физического воспитания и приобщения студентов педагогических вузов к ценностям здорового образа жизни.*

Ключевые слова: *здоровый образ жизни, олимпийское образование, личностно-ориентированное физическое воспитание.*

Организация и проведение XXII Олимпийских зимних игр и XIIПараолимпийских зимних игр 2014 года в городе Сочи дали мощный толчок развитию многоуровневой системы олимпийского образования, обеспечив ее реализацию на всех уровнях социума и став одним из важнейших элементов Наследия этого величайшего в истории события и средством формирования здорового образа жизни подрастающего поколения. Олимпийское образование, реализуемое на всех уровнях обучения индивида – это реальный шанс использовать гуманистический потенциал олимпизма для того, чтобы поднять уровень духовной, нравственной и физической культуры Кубанской молодежи, чтобы отвлечь ее от наркомании, алкоголизма, и использовать в качестве проводников олимпийских ценностей. [6]

Вместе с тем, в контексте проведенного исследования, в системе высшего профессионального образования в

нашей стране имеют место следующие явления:

– несмотря на острую необходимость внедрения олимпийского образования в учреждениях высшего профессионального образования оно недостаточно используется в системе физического воспитания студентов педагогических вузов и формирования здорового образа жизни;

– многообразие форм и средств олимпийского образования, а также меж предметных связей при его реализации, не находят своего применения в большинстве учреждений высшего профессионального образования педагогического профиля ввиду устоявшихся стереотипов организации физического воспитания;

– удовлетворение потребности студентов и молодых специалистов в практических знаниях о прикладных характеристиках олимпийского движения ограничена не только узкими рамками учебного процесса по физическому воспитанию, но и форматом организации профессиональных практик и повседневной деятельностью. [2]

Вышеперечисленные аспекты обусловили необходимость разработки и научного обоснования организационно-педагогических условий реализации системы личностно-ориентированного физического воспитания студентов педагогических вузов Краснодарского края на основе ценностей олимпийского движения и здорового образа жизни с учетом специфики будущей профессиональной деятельности.

Между тем олимпизм, олимпийская педагогика и спорт, находятся в несомненном воздействии. Использование системно – целостного подхода в ситуации развития олимпийской педагогики, поиск новых форм педагогического воздействия, позволит рассмотреть олимпийское воспитание во всех его измерениях. Используя педагогическую модель физического воспитания на основе знаний олимпизма, можно выйти на новый уровень духовной, нравственной и физической культуры молодежи, оптимизировать педагогическую деятельность.

Основываясь на данных положениях, мы предположили, что процесс олимпийского образования будет успешным, если будут реализованы ряд организационно-педагогических условий, учитывающих индивидуальные особенности занимающихся и направленных на освоение комплекса субъективно значимых олимпийских знаний, включая возможность практического применения в будущей профессиональной деятельности.

Анализ научной литературы и специализированных Интернет-ресурсов позволил определить, что олимпийское образование в России прошло несколько ступеней развития: зарождение (1980–1989), развитие (1990–2009) и модернизацию (с 2010 года по настоящее время). Каждый период имеет свои особенности, к которым можно отнести:

– создание многоуровневой общественно-государственной системы региональных олимпийских академий на базе высших учебных заведений физической культуры и спорта на первом этапе;

– разработку и внедрение более чем 100 образовательных программ и методических рекомендаций в работу дошкольных учреждений, школ, ссузов и вузов на втором этапе;

– реформирование имеющегося опыта для формирования стабильного, устойчивого олимпийского наследия на третьем этапе.

Ведущая роль в координации развития олимпийского образования в нашей стране принадлежит Олимпийскому комитету России, который является основоположником и основным центром его развития с 1987 года, когда было образовано специализированное Управление, отвечающее за данную работу. [5]

В сотрудничестве с Министерством образования и науки Российской Федерации, специалистами Управления олимпийского образования Олимпийского комитета проводится следующая работа:

– разработка специальной образовательной программы для школьников «Основы олимпийских знаний» на базе сочетания философии олимпизма с раз-

личными формами двигательной активности;

– поддержка развития движения «FairPlay» в России как действенного средства борьбы с негативными проявлениями в спорте, такими как агрессивность, насилие, допинг, нечестность и т.д.;

– организация различных конференций, конкурсов и соревнований для школьников, студентов, аспирантов, ученых и спортсменов, направленных на продвижение олимпийских ценностей в обществе;

– ежегодное издание учебных пособий «Твой олимпийский учебник», «Олимпийский учебник студента» и «Книга олимпийских знаний» изучение которого обязательны во всех российских школах и вузах;

– стимулирование и поддержка научных исследований в сфере олимпийского движения и олимпийского образования, проводимых как в России, так и за ее пределами.

Олимпийский комитет России развивает олимпийское образование через систему региональных олимпийских академий, которых сейчас насчитывается тринадцать:

- Центральная ОА (Москва);
- ОА Северо-Запада (Санкт-Петербург);
- ОА Запада (Смоленск);
- Поволжская ОА (Волгоград);
- ОА Юга (Краснодар);
- Уральская ОА (Челябинск);
- Сибирская ОА (Омск);
- ОА Дальнего Востока (Хабаровск);
- Великолукская ОА (Великие Луки);
- ОА «СПАРТ» (Воронеж);
- Московская ОА (Малаховка);
- ОА Прикамья (Чайковский);
- Северная ОА (Якутск).

Все академии действуют в соответствии с общим координационным планом работы, а все их мероприятия соответствуют образовательной, спортивной или научной направленности. Данная система способствует созданию информационного пространства олимпийского движения в России, чтобы информировать подрастающее поколение об истории и особенностях его развития. Основным результатом данной работы стало создание нового сайта олимпийского комитета России. [4]

Когда в 2007 году Сочи получил право организации и проведения XXII Олимпийских зимних игр и XIпараолимпийских зимних игр 2014 года, появилась обновленная концепция олимпийского образования, включавшая вдохновение молодежи примерами из спортивной жизни, обучение соответствующим знаниям и привитие навыков поведения, отвечающих ценностям олимпизма и здорового образа жизни для того, чтобы впоследствии реализовать данный опыт на Играх.

Данная концепция была преимущественно реализована при подготовке персонала Игр. Специалисты Оргкомитета изучили опыт олимпийского образования, накопленный Олимпийским комитетом России, модернизировали его, предложив альтернативно развивать его на трех уровнях – популярном, через средства массовой информации, академическом – через учебные программы образовательных учреждений, и профессиональном – через работу Российского международного олимпийского университета. [1, 3]

В настоящее время олимпийское образование является ключевым в стратегии развития Олимпийского комитета России, поскольку является не только ключевым фактором формирования Наследия Игр-2014, но и мощным инструментом приобщения молодежи к здоровому образу жизни и гуманистическим ценностям.

Проанализировав накопленный опыт можно с уверенностью утверждать, что использование олимпийского образования в системе физического воспитания педагогических вузов будет более эффективным, если будет носить личностно-ориентированных характер, то есть строиться с учетом не только региональной специфики, но и направления профессиональной подготовки, чтобы:

– определить организационно-педагогические условия его внедрения в процесс физического воспитания сту-

дентов учреждения высшего профессионального образования;

– интегрировать модель личностно-ориентированного физического воспитания студентов на основе освоения профессионально значимых ценностей олимпийского движения и здорового образа жизни.

Результаты данной работы могут иметь прикладное значение для системы подготовки кадров по различным направлениям, что позволит:

– сформировать базовые знания по организации олимпийского движения на занятиях по физическому воспитанию;

– повысить мотивацию к занятиям по физическому воспитанию на основе освоения профессионально значимых ценностей олимпийского движения;

– достоверно повысить качество содержания и эффективность организации учебного процесса студентов по физическому воспитанию.

Список литературы:

1. Арзамасцева Н.А., Кружков Д.А., Коренева М.В., Мовсесян Г.Г. Опыт Волонтерского центра ФГБОУ ВПО КГУФКСТ по вовлечению молодежи в добровольческую деятельность через социальное проектирование // Опыт организации деятельности социальных служб, состояние, региональные особенности, перспективы развития: материалы Международной научно-практической конференции (Таганрог, 30 мая 2014 г.). Таганрог : РГСУ, 2014. С. 45–50.

2. Дивинская Е.В. Олимпийское образование будущих специалистов физической культуры и спорта на основе личностно ориентированного подхода : Дис. … канд. пед. наук. Волгоград, 2003.

3. Кружков Д.А., Коренева М.В., Арзамасцева Н.А. Организация и обслуживание Олимпийских игр. Краснодар, 2013.

4. Мельникова Н.Ю. Роль Центральной олимпийской академии в развитии олимпийского образования в России // Олимпийский бюллетень. 1997. № 3. С. 12–14.

5. Нестеренко Т.В., Кружков Д.А. Содержательные аспекты процесса повышения готовности кадров к участию в проведении крупных спортивных форумов // Физическая культура, спорт – наука и практика. 2012. № 1. С. 46–51.

6. Родиченко В.С. Олимпийское образование в новой России. М. : Физкультура и спорт, 2005. 48 с.

УДК 316.35

СОЦИАЛЬНОЕ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВО КАК ИНСТРУМЕНТ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ПРОСТРАНСТВА РЕГИОНА

Е.А. Милета, кандидат экономических наук, доцент, заведующий кафедрой экономики и предпринимательского права, Российский государственный социальный университет, Анапа, e-mail: mileta_lena@mail.ru

Аннотация: *в статье анализируется история социального предпринимательства, как современного инструмента развития и совершенствования предпринимательской деятельности.*

Ключевые слова: *экономика, социальное предпринимательство, система, анализ, развитие.*

Социальное предпринимательство сочетает в себе социальную направленность деятельности и предпринимательский подход, то есть находится как бы на стыке предпринимательства и благотворительности.

Проще говоря, социальное предпринимательство – это бизнес-решение социальной проблемы.

Социальная проблема, которую пытается своей деятельностью решить социальный предприниматель, это отправная точка его бизнеса. Нет проблемы – нет социального предпринимателя. Социальное предпринимательство – это баланс социальных целей и коммерческой составляющей, где деньги – не цель, но средство достижения этих социальных целей, позволяющее предпринимателю оставаться устойчивым и не зависимым от постоянных донорских вливаний.

Критерии социального предпринимательства:

– социальная миссия;

– предпринимательский подход;

– инновационность (новаторство в решение социальной проблемы, новая комбинация ресурсов, новая услуга для региона);

– самоокупаемость и финансовая устойчивость.

С точки зрения всемирной истории социальное предпринимательство – явление очень молодое. За океаном оно существует порядка 30 лет, в России – меньше десятилетия. Несмотря на столь юный возраст, социальное предпринимательство уже сегодня занимает место в одном ряду с некоммерческими инициативами, благотворительностью, венчурной филантропией и корпоративной социальной ответственностью. И, конечно же, у него уже есть своя история и свои герои, некоторые из которых успели добиться вполне заслуженного мирового признания.

В Россию социальное предпринимательство пришло с Фондом региональных социальных программ «Наше будущее». Фонд, основанный Вагитом Алекперовым в 2007 году, стал первой отечественной организацией, всецело специализирующейся на поддержке социального предпринимательства.

Часто социальное предпринимательство путают с благотворительностью. Конечно, что-то тут есть некие его элементы. Но все же, это не совсем благотворительность. Социальные предприниматели – это предприниматели, действующие на стыке благотворительности и традиционного бизнеса, решая социальные проблемы, популяризируя благотворительность и филантропию, и придавая бизнесу человеческое лицо.

Социальные предприниматели улучшают мир, придумывая и распространяя новые подходы для решения социальных проблем, используя как традиционные бизнес-практики, так и инновации, изобретая новые формы бизнеса, или нетрадиционно адаптируя традиционные бизнес подходы к социальным задачам.

В основном эксперты выделяют четыре признака социального предпринимательства. Во-первых, это социальное воздействие, то есть деятельность предприятия должна быть направлена на смягчение существующих социальных проблем. Во-вторых, ему должна быть присуща инновационность, то есть в своей работе предприятие должно применять новые уникальные методы работы. В-третьих, оно должно обладать признаками финансовой устойчивости, то есть решать социальные проблемы за счёт доходов, получаемых от собственной деятельности. Наконец, четвёртый признак – это масштабируемость, то есть возможность передать полученные навыки другим компаниям, рынкам и даже странам. За счёт такого предпринимательского подхода социальное предпринимательство серьёзно отличается от традиционной благотворительности, так как, помимо социального эффекта, направлено прежде всего на зарабатывание денег.

В России социальное предпринимательство не получило пока такого серьёзного развития, как за границей. «Социальное предпринимательство – недавно возникший сектор экономики, многое здесь дискуссионно: социальное предпринимательство пытаются отнести либо к коммерческой, либо к некоммерческой сфере. Мы же полагаем, что оно существует и развивается по своим собственным законам», – говорит стратегический директор Лаборатории социальных инно-

ваций Cloudwatcher Руслан Абдикеев. По его словам, социальным предпринимателем принято считать любого предпринимателя, имеющего оформленные обязательства регулярно осуществлять определённый набор социальных действий для решения общественно значимых задач.

На практике развитие социального предпринимательства в России оказалось не таким простым. Во-первых, по словам экспертов, наиболее востребованным социальное предпринимательство оказалось в странах третьего мира, страдавших от острых социальных проблем и одновременно сохранивших в запасе культуры неизжитые моральные ценности традиционного общества. Эти условия мало походили на условия России и тем более – развитых индустриальных стран Запада. Во-вторых, традиционные для социального предпринимательства НКО, с которыми предлагал сотрудничать, не получили в России популярного развития. В-третьих, в России практика корпоративной социальной ответственности слишком часто при ближайшем рассмотрении обнаруживала корыстные интересы бизнеса либо государственное давление. В-четвёртых, долго время не только бизнес, но и сами граждане не демонстрировали большой приверженности социальной солидарности. Несмотря на наличие серьёзных сложностей, в России социальное предпринимательство есть, и, более того, по инновационному потенциалу и социальным ориентирам оно ничуть не уступает западным аналогам. Однако основная разница определяется скорее масштабами деятельности предприятий, а главное – отличиями российской социальной и институциональной среды.

Социальное предпринимательство сегодня активно набирает темпы своего развития в городе – курорте Анапа. На базе филиала РГСУ студентами под руководством профессорско-преподавательского состава кафедры экономики и предпринимательского права разрабатываются новые социальные проекты, необходимые для населения города и его гостей. В сентябре 2014 года в рамках работы студенческого круглого стола в области социального предпринимательства, который проходил в г. Сочи студенческие научные проекты занятии первое место объединенные единым девизом: «Анапа – город здоровья». Концепция проектов – системно-целостное формирование здоровье сберегающего пространства города-курорта Анапа.

Список литературы:

1. Барков А. В. Социальное предпринимательство в условиях формирования правовой модели рынка социальных услуг // Предпринимательское право. 2012. № 2. С. 28–32.

2. Восколович Н.А. Социальное предпринимательство как инновационное направление развития услуг // Вестник УГАЭС. Сер: Экономика. 2013. № 1 (3). С. 52–55.

3. Гайдаренко В.А. Концепт «социальное предпринимательство» // Научное обозрение: гуманитарные исследования. 2014. № 7. С. 86–89.

4. Поаншваль Н.С. Социальное предпринимательство как инновационный инструмент решения социальных проблем в рыночной экономике // Современные тенденции в экономике и управлении: новый взгляд. 2014. № 25. С. 170–176.

УДК 613

БОЛЕЗНЬ КАК НАРУШЕНИЕ РЕАЛИЗАЦИИ ПОТРЕБНОСТЕЙ ОРГАНИЗМА

В.С. Науменко, студент IV курса 41-Ф группы специальности «Лечебное дело», Государственное бюджетное образовательное учреждение среднего профессионального образования «Новороссийский медицинский колледж» Министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Новороссийск, e-mail: naumvs@ro.ru,

Э.Х. Исламова, канд.псих.наук, доцент кафедры социальной работы, психологии и социального права филиала РГСУ в г. Анапа

Аннотация: *жизнь, здоровье, счастье человека зависит от удовлетворения потребностей в пище, воздухе, сне. Обеспечиваются они функцией различных органов и систем организма. Заболевание, вызывая нарушение функции того или иного органа или системы, мешает удовлетворению потребностей, приводит к дискомфорту.*

Ключевые слова: *здоровье, болезнь, ценности, потребности, ценностные ориентации, мотивационно-потребностная сфера.*

Проблема личности является одной из центральных проблем в теоретической и прикладной психологии; различным аспектам проблемы посвящены многочисленные исследования отечественных и зарубежных психологов (Ж. Пиаже, К. Юнг, З. Фрейд, К. Роджерс, Ананьев Б.Г., Бодалёв А.А. и другие). В то же самое время представляется, что в психологии пока недостаточно изучены основные факторы, условия функционирования личности в особых ситуациях, одной из которых может быть наличие заболевания.

Всякая деятельность человека побуждается мотивом. Совокупность всех мотивов к данной деятельности называется мотивацией деятельности данного индивида. Мотивация определяется как процесс, увязывающий воедино личностные и ситуационные параметры на пути регуляции деятельности, направленной на преобразование предметной ситуации для реализации соответствующего мотива, для осуществления определённого предметного отношения личности к окружающей ситуации. Можно говорить не только о мотивации какой-либо деятельности, но и об общей мотивации, характерной для данного человека, имея в виду совокупность стойких мотивов [14].

Совокупность устойчивых мотивов, определяющих избирательность отношений и активности человека и относительно независимых от наличных ситуаций, называется направленностью личности. Направленность как подструктура личности включает в себя различные побуждения: её мотивы, ценности, потребности, диспозиции, интересы, стремления, намерения, идеалы, нормы, самооценки, оценки других людей, уровень притязаний, установки и т.п. Одни из её компонентов являются доминирующими, другие выполняют второстепенную роль.

Ценности – важнейший элемент внутренней структуры личности, закреплённые жизненным опытом индивида, всей совокупностью его переживаний и отграничивающие значимое, существенное для данного человека от незначимого, несущественного [2].

Потребность побуждает человека к действию, к деятельности, к активности. В настоящее время существует много различных точек зрения на сущность потребности. Большинство учёных сходится только в том, что почти все признают потребность как основную побудительную силу человеческой деятельности.

Споры об определении понятия «болезнь» не прекращаются и по сей день; до сих пор имеет место даже такое крайнее представление по И.В. Давыдовскому, согласно которому нет болезни, а есть крайняя степень нормы. Однако большинство учёных (и не только медиков, но и философов) сходится на том, что болезнь представляет

собой отличное от здоровья состояние организма, характеризующееся новыми качественными особенностями [3].

Болезнь – это качественно новое состояние организма, возникающее при воздействии на него патогенного раздражителя, проявляющееся в нарушении равновесия организма с окружающей средой (для человека – и со средой социальной) и приводящее к снижению его работоспособности [21].

Болезнь проявляется в нарушении равновесия организма с окружающей средой. В этой части определение болезни пересекается с определением здоровья. Здоровье – это состояние оптимальной адаптации организма к окружающей среде, а болезнь – нарушение этой оптимальной адаптации [13].

Болезнь – это стеснённая в своей адаптации жизнь. Снижение способности к адаптации связано, прежде всего, с тем, что организм вследствие возникающих в нем «поломов» начинает либо получать недостаточное количество информации, либо неполноценно её обрабатывать и использовать [19].

Болезнь – это патологический процесс. Больной человек теряет активную самостоятельность в реализации своей жизненной установки, теряет оптимальный связь со средой и окружающим её социумом.

Известно, что болезнь как категория медицины имеет конкретное, доступное описание: название, особенности развития, симптоматика, диагностика, распространённость, лечение и т.д. Этого нельзя сказать относительно здоровья.

Здоровье – абстрактно-логическая категория, которая может быть описана различными модельными характеристиками. Правомерно говорить о здоровье как динамическое состояние, что позволяет проявиться как можно большему количеству видоспецифических функций при экономном расходе биологического субстрата, т.е. здоровье – это способность индивида проявлять свои биологические и социальные функции [16].

М.М. Амосов ввёл понятие «количество здоровья», здоровье – это максимальная мощность органов и систем при сохранении качественных физиологических пределов их функций [7].

Врач-натуропат Герберт Шелтон даёт такое определение здоровья: «Здоровье – это состояние целостного и гармоничного развития при адаптации каждого из органов друг к другу. При этом каждый орган более эффективно работает в интересах целого (организма), чем в свою пользу. Любая болезнь – это нарушение законов жизнедеятельности организма, законов природы» [13].

Известный учёный и теоретик медицины А.И. Струков взаимосвязывал понятия здоровья и свободы человека. Согласно его учению, болезнь – это нарушение нормального (оптимального) способа реализации потребностей (материальных, духовных) [7].

Болезнь возникает вследствие реализации унаследованного дефекта генетической программы или действия на организм повреждающего фактора. Это положение означает, что каждая болезнь имеет свою причину. Болезнь не «зарождается» сама по себе. Причиной болезни может быть либо дефект генетической программы, наследуемый от родителей, либо, чаще, повреждающий (патогенный, чрезвычайный), фактор, действующий на организм.

Болезнь ограничивает диапазон биологических и социальных возможностей человека. При болезни наблюдается разной степени выраженности ограничение возможностей организма по реализации его биологических и социальных потребностей, большее или меньшее снижение его приспособляемости к меняющимся условиям жизнедеятельности [1].

Современные представления о сущности концепции болезни предполагают учёт всей совокупности изменений, затрагивающих как биологический уровень нарушений (соматические симптомы и синдромы), так и социальный уровень функционирования пациента со сменой ролевых позиций, ценностей, интересов, круга общения, с переходом в принципиально новую социальную ситуацию со своими специфическими запретами, предписаниями и ограничениями [12].

Из-за этих ограничений человек нередко оказывается в противоречии с тем, что он ожидает от себя сам, и с тем, что ожидают от него другие. Хроническому больному в силу психосоциальных последствий его функциональных ограничений (реакция семьи, уменьшение социальной сферы активности, ущерб профессиональной работоспособности и т.д.) грозит превращение в «неполноценного» человека, в инвалида.

Практическая часть данной работы направлена на исследование потребности личности как ценности во время болезни у военнослужащих контрактной службы одной войсковой части г. Новороссийска.

Цель исследования: изучение нарушения реализации потребностей организма вследствие болезни у военнослужащих контрактной службы.

Конкретные задачи практической работы заключаются в том, чтобы с помощью методик выявить: изменение в мотивационно-потребностной сфере личности в ходе болезни.

В начале исследования была выдвинута гипотеза о различии ценностных ориентаций между здоровыми и заболевшими респондентами.

В состав групп вошли респондентыв количестве двадцати человек (10 здоровых и 10 заболевших), одного пола, в возрасте от 25 до 30 лет.

Применялись методики, взятые из Аппаратно-программного комплекса «Гранит»:

- Уровень соотношения «ценности» и «доступности» в различных жизненных сферах (Е.Б. Фанталова) [20];
- Опросник ценностных портретов Ш. Шварца (за основу был взят вариант методики, описанный В. Карандашёвым) [10].

При статистической обработке полученных результатов использовался Метод Стьюдента (t-критерий) [6].

В ходе тестирования по методике «Уровень соотношения «ценности» и «доступности» в различных жизненных сферах» Е. Фанталовой были получены следующие результаты:

Наиболее предпочитаемые респондентами ценности обеих групп – аффилиативные (АЦ) (любовь счастливая семейная жизнь). При этом принимаемой ценностью у здоровых респондентов являются гностические ценности (ГЦ) (познание творчество).

Практические ценности (ПЦ) (эмоциональное отношение к процессу и результату труда самореализация) наиболее важны для заболевших респондентов.

По результатам тестирования мы выяснили, что VV (внутренний вакуум), т.е. неудовлетворённость в конкретной жизненной сфере. Внутренний вакуум (VV) – это превышение «доступности» над «ценностью», то есть на «избыточность» присутствия чего-либо при отсутствии интереса к этому в жизни, в конкретной ситуации и в группе заболевших респондентов находится на высоком уровне.

Также оказалось, что внутренний конфликт у заболевших респондентов – выше. Внутренний конфликт – столкновение противоположных ценностных ориентации личности, её потребностей, интересов, стремлений. Основными причинами внутреннего конфликта являются трудности при выборе решения, неадекватное представление о себе, непомерные претензии, противоположно направленные мотивы самоутверждения вызывается также несоответствием между высокой самооценкой личности и низкой се оценкой окружающими, между потребностями и невозможностью их удовлетворения, между высокими требованиями в учёбе, работе и недостаточно развитыми для успеха личностными качествами (умственными, волевыми и др.).

Всё это указывает на отдельные аспекты социально-психологической дезадаптации в плане внутренней (VK) и внешней (VV) конфликтности, общей психической напряжённости, социальной нестабильности, сопровождающихся более высоким уровнем общей мотивации вернуться к полноценному труду в группе заболевших респондентов. А у здоровых респондентов более ценными является стремление к новым познаниям и творчеству.

Была применена методика «Опросник ценностных портретов» Ш. Шварца и получены следующие данные:

По результатам оценки различия величин средних значений двух выборок, мы выявили, что Уни (универсализм), Сам (самостоятельность), Доб (доброта), Кнф (конформизм), Дст (достижения) как ценности в обеих выборках почти одинакова.

У заболевших респондентов наиболее значимыми оказались такие ценности, как Сти (стимуляция), Гед (гедонизм) и Бзп (безопасность).

Исходя из результатов проведённого тестирования, мы можем сделать следующие выводы: для заболевших респондентов ценны ориентация на получение разнообразными способами наслаждения, чувственного удовольствия; и потребность в разнообразии новых, возбуждающих переживаниях. Когда человек заболевает, он лишается гармоничных и стабильных взаимоотношений с обществом.

Выводы:

Проведя исследование групп здоровых и заболевших респондентов по двум методикам, мы пришли к выводам, что социально-психологическая дезадаптация в плане внутренней и внешней конфликтности, общей психической напряжённости, социальной нестабильности, сопровождающихся более высоким уровнем общей мотивации вернуться к полноценному труду в группе заболевших респондентов выше. А у здоровых респондентов более ценными является стремление к новым познаниям и творчеству. В обеих группах потребность в гармоничных семейных отношениях и любви одинакова.

Для заболевших респондентов ценна потребность получения разнообразными способами наслаждения, чувственного удовольствия; и ценность получения разнообразных новых, возбуждающих переживаний. Когда человек заболевает, он лишается гармоничных и стабильных взаимоотношений с обществом и становится ценной потребность в безопасности.

Для подтверждения гипотезы о различии ценностных ориентаций между здоровыми и заболевшими респондентами был использован t-критерий Стьюдента. Эмпирическое значение tКр попадает в зону значимости и поэтому подтверждается гипотеза, что в ходе заболевания у личности изменяется мотивационно-потребностная сфера.

Список литературы:

1. Болезнь. Статьи [электронный ресурс]. URL : http://medicalplanet.su

2. Вакуров А. Многослойность наших ценностей [электронный ресурс]. URL : http://vakurov.ru/site/index

3. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Фёдорова В.Л. Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных с соматической патологией // Сибирский психологический журнал. 2008. № 27. С. 67–71.

4. Волков В.Т. Личность пациента и болезнь. Томск : Класс, 2011. 144 с.

5. Выготский Л.С. Психология развития человека. М. : Издательство «Смысл»; Издательство «Эксмо», 2010. 1136 с.

6. Госсет В. Автоматический расчёт t-критерия Стьюдента [электронный ресурс]. URL : http://www.psychol-ok.ru/statistics /student/

7. Здоровье и болезнь. Статьи [электронный ресурс]. URL : http:// www.valeologija.ru/valeologija-russkij/13/85-zdorove-i-bolezn

8. Здравомыслов А.Г. Потребности. Интересы. Ценности. М. : Просвещение, 2010. 211 с.

9. Зубова Л.В. «Обоснование системы критериев, способствующих определению уровней сформированности ценностностных ориентаций личности» // Вестник ОГУ. 2008. № 8. 125 с.

10. Карандашёв В.Н. Методика Шварца для изучения ценностей личности. Концепция и методическое руководство. СПб. : Речь, 2009. 154с.

11. Карандашёв В.Н. Концепция ценностей культуры Ш. Шварца // Вопросы психологии. 2009. № 1. С. 81.

12. Карвасарский Б.Д. Медицинская психологии. СПб. : Издательство «Медицина», 2012. 272 с.

13. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и патогенные заболевания. 4-е

изд. М. : Издательство «Медицина», 2012. С. 37–52.

14. Мотивация поведения человека в сфере труда. М. : ВЛАДОС, 2013. 180 с.

15. Николаева В.В. Психологические аспекты рассмотрения внутренней картины болезни // Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской психологии. СПб. : Питер, 2008. С. 95–98.

16. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М. : Издательство Московского университета, 2012. 168 с.

17. Психология изучения личности: Учеб. пособие / Под редакцией А.А. Реан. СПб. : Изд-во Михайлова В.А., 2012. 288 с.

18. Психология мотивации и эмоций / Под редакцией Ю.Б. Гиппенрейтер и М.В. Фаликман. М. : ЧеРо, 2011. 752 с. (Серия: Хрестоматия по психологии).

19. Смирнов В.М., Резникова Т.Н. Основные принципы и методы психологического исследования внутренней картины болезни // Методы психологической диагностики и коррекция в клинике/ Под редакцией М.М. Кабанова, А.Е. Личко, В.М. Смирнова. СПб. : Издательство «Медицина», 2009. С. 38–61.

20. Сосновский Б.А. Лабораторный практикум по общей психологии. М. : Наука, 2013. 256 с.

21. Стукалина О.П. Прогностическое значение субъективного представления о болезни [электронный ресурс] // Журнал «Медицина и образование в Сибири» электронное научное издание НГМУ. 2008. № 4. URL: http://www.ngmu.ru/department/1835.

УДК613.21: 614.2

ТЕНДЕНЦИИ ДОСТИЖЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ И КУЛЬТУРА ПИТАНИЯ

А.С. Нехорошев, доктор медицинских наук**,** профессор кафедры профилактической медицины и охраны здоровья ФБОУ ВПО «СЗГМУ им. И.И.Мечникова», Санкт-Петербург, e-mail: nekhoroshev@list.ru,

Н.Н. Шубникова, главный врач филиала № 2 ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в г. Санкт-Петербург»,

А.П. Захаров, кандидат технических наук, доцент кафедры профилактической медицины и охраны здоровья ФБОУ ВПО «СЗГМУ им. И.И.Мечникова», Санкт-Петербург,

О.Л. Чикова, аспирант ФБОУ ВПО «СЗГМУ им. И.И.Мечникова», Санкт-Петербург

Аннотация: *предложена новая технология профилактики атеросклероза, основная на изменение структуры питания. Обосновано с учетом разрушения холестериновых микротромбов введение в организм существенного количества гидрофильных незаменимых аминокислот, позволяющих с учетом гидрофобности и реакционной способности восстановить здоровье населения.*

Ключевые слова: *гидрофильно-липофильный баланс. Реакционная способность аминокислот. Профилактическое питание населения. Инсульты.*

Одной из тенденций достижения здоровья населения является риск-ориентированный подход к оценке качества жизни в большом мегаполисе. В настоящее время современная система оценки уровней вредного влияния вредных факторов на здоровье населения основана на регистрации для населения СПб на различных уровнях следующих

показателей: – смертности, заболеваемости в социально-гигиеническом мониторинге, – физиологических сдвигах организма, нарушении гомеостаза внутренней среды организма и кумуляции загрязнений среды обитания в органах и тканях в процессе диспансеризации населения. Одним из ведущих трендов в СПб является изучение возможности всесторонней оценки здоровья населения с использованием анамнестических и диагностических комплексов с использованием компьютерных технологий. В результате подобных эпидемиологический исследований выявлены факторы риска и клинические признаки донозоологии сердечно-сосудистых заболеваний, в частности, инфарктов или инсультов. Для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (СОЗ) часто рекомендуют биологически активные добавки к пище, качество и безопасность которых контролируют методами оценки химических факторов согласно руководству Р 4.1.1672-03. сердечно-сосудистых заболеваний. Методы определения таких макронутриентов, как азотистые соединения, липиды и углеводы позволяют оценить качество и сбалансированность питания населения, но не позволяют сделать научно обоснованные рекомендации по снижению риска возникновения и прогрессирования СОЗ.

Целью проведенной работы являлась разработка гигиенически обоснованной технологии снижения риска возникновения инсультов вследствие потери агрегативной устойчивости вследствие ассоциации холестерина. Часто рассматривают коагуляцию частиц крови с последующей агрегацией клеток, ведущей к нарушению циркуляции и структуры биологических систем. Так патологическое нарушение скорости осаждения эритроцитов, при котором возникают тромбы, рассматривают как синдром дессименированного внутрисосудистого свертывания (ДВС) крови [1] в лечебной практике с учетом локализации и пространственного нахождения окклюзированных тромб рассматривают ихимическуюдистрофию миокарда, и различные нарушения мозгового кровообращения. Непосредственным признаком заболевания является наличие, например, эритроцитарного микротромба, образование которого обусловлено изменением защитной структуры белковой составляющей гемоглобина. Больший интерес представляют микротромбы в сосудах головного мозга, которые в большей степени являются не только агглютинатами эритроцитов, а агрегатами холестерина (ХОС). Можно отметить связь повышенного уровня общего холестерина с ростом риска инсульта, установленные методом «случай-контроль» [2]. В клинической лабораторной диагностике фиксируют высокий уровень ХОС (более 240 мг %) и липопротеинов низкой плотности (ЛНП > 160мг %). Из совокупности липидов плазмы крови: – алифатические кислоты, сложных эфиров глицерина, фосфолипидов и холестерина, и его эфиров для профилактики инсультов важное значение имеет увеличение агрегативной устойчивости мицелл с ядром из ХОС и белковой или фосфолипидной защитной оболочкой. Для выявления корреляционной связи между гидрофильно – липофильным балансом и реакционной способностью биологических предшественников в процессе образования холестерина нами исследованы мевалоновая кислота, фарнезол (сесквитерпен), сквален, ланостерин и холестерини определены соответствующие показатели этих биологических свойств. Поскольку ХОС может поступать в результате сорбции из пищи, а также в результате метаболизма жиров культура питания населения играет чрезвычайную роль.

Нами ранее разработан и апробирован метод обращенной хроматографии (ОГХ), используемый для прогнозирования реакционной (комплексообразующей) способности химических соединений, находящихся в жидком или твердом состоянии [3]. Для проведения процесса ОГХ применяли газовый хроматограф для определения физико-химических характеристик вещества «ЛХМ – 8МД». В газо-абсорбционной хроматографии для ее обращенного варианта, когда тест-

система является смесью полярного и неполярных компонентов, а в качестве сорбента применяют твердое или мало летучее вещество в диспергированном состоянии удельный объем удерживания является кинетической термодинамической характеристикой равновесия фермент-субстрат. Донорно-акцепторные межчастичные связи лежат в основе металлигандного гомеостаза организма, естественно, что они влияют на хроматографические параметры удерживания (ХПУ). Из основных липидов триглицериды стеариновой кислоты имеют ГЛБ, который выражают логарифмом константы распределения в системе масло (октанол) – вода, равный 27,0. Реакционная (комплексообразующая) способность для них составляет 0,05 в тест-системе гексан-бензен. Фосфолипиды (лецитин) характеризуются ГЛБ, равным 16,6, а комплексообразующая способность – 0,2; Низкая реакционная способность липидов не позволяет восстанавливать электрокинетический потенциал микротромбов, позволяющий благодаря расклинивающему давлению пептизировать их до мицеллярного размера и удалять из пространства, которое обуславливает заболевание. Мы провели анализ зависимости ХПУ от ГЛБ для предшественников образования холестерина, который при агрегации образует тромбы, вызывающие увеличение риска инсульта. Вид уравнение ХПУ = –0,116ГЛБ + 1,419 с коэффициентом корреляции r, равным 0,95, определен характеристиками мевалоновой кислоты, для которой ХПУ = 1,67; ГЛБ = –1,34; Этот факт предопределил необходимость детального рассмотрения реакционной способности и гидрофильности аминокислот для использования их в питании и возможности снижения при этом риска образования холестеринового тромба. Зависимость реакционной способности и гидрофильности аминокислот превосходно описывается уравнением ХПУ = –0,251ГЛБ + 1,327, из которой следует отметить большую реакционную способность изолейцина, как одной из незаменимых аминокислот (НАК). Корреляционно- регрессионным анализом исследуемой зависимости для всех аминокислот, кроме НАК и предшественников холестерина, получено уравнение ХПУ = –0,121ГЛБ + 1,449; r = 0,975. Для НАК зависимость реакционной способности и гидрофильности можно описать уравнением ХПУ = – 0,232ГЛБ + 1,317; r = 0,983. С учетом предшественников холестерина для НАК уравнение имеет вид: ХПУ = 0,838 ГЛБ – 3,560; r = 0,75. Графическое отображение этой зависимости позволяет выделить две совокупности соединений: гидрофобных предшественников и гидрофильных незаменимых аминокислот, в частности, аланин, валин, лейцин, изолейцин, тронин, которые согласно закономерности Ребиндера позволят восстановить электрокинетический потенциал на поверхности ядра холестериновой мицеллы и приобрести необходимую агрегативную устойчивость для последующей пептизации холестеринового тромба.

Таким образом, в результате проведенных санитарно-гигиенических лабораторных исследований можно предложить вводить в структуру питания населения с ориентированным риском тромбообразования существенное количество гидрофильных незаменимых аминокислот.

Список литературы:

1. Альфонсов А.А., Альфонсова Е.В. Механизмы развития морфологического эквивалента ДВС- синдрома // Тромбоз, гемостаз и реология. 2010. № 1. С. 44.

2. Лагода О.В. Особенности структуры атеросклеротических бляшек и риск развития ишемического инсульта // Патология сонных артерий и проблема ишемического инсульта / Под ред. Джибладзе Д.Н., 2002. С. 8.

3. Маймулов В.Г., Захаров А.П., Нехорошев А.С., Ивагова Е.Г. Способ совместного определения токсичности анилина и нитробензола в воздухе // Изобретения стран мира. Бюлютень № 22 от 10.08.04 г. Патент № 2234082.

УДК159.9

ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ В ФОРМИРОВАНИИ И ОЦЕНИВАНИИ ЛИЧНОСТНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОСВОЕНИЯООП В УСЛОВИЯХ РЕАЛИЗАЦИИ ФГОСНОО И ООО

В.В. Нагнибеда, учитель начальных классов МБОУ СОШ № 9 муниципального образования город-курорт Анапа, e-mail: nagnibeda.viktor@yandex.ru

Аннотация: *в статье рассматриваются особенности формирования и оценивания личностных результатов освоения основной образовательной программы начального и основного общего образования. В условиях реализации ФГОС формирование личностных результатов основано на принципе преемственности методов и приёмов, т.к. только этот принцип может дать ожидаемые результаты.*

Личностные результаты освоения ООП НОО и ООО выходят на первое место и являются основными по новым стандартам. Однако, предметом итоговой оценки освоения обучающимися ООП должно быть достижение предметных и метапредметных результатов необходимых для продолжения образования. К результатам индивидуальных достижений обучающихся, не подлежащим итоговой оценке качества освоения основной образовательной программы начального общего основного образования, относятся:

– ценностные ориентации обучающегося;

– индивидуальные личностные характеристики, в том числе патриотизм, толерантность, гуманизм и др.

Обобщенная оценка этих и других личностных результатов учебной деятельности, обучающихся в МБОУ СОШ № 9 осуществляется в ходе различных мониторинговых исследований на основе критерия личностного роста школьников и производитсяпо следующим показателям:

– накопление школьниками основных социально-значимых знаний;

– развитие социально-значимых отношений школьников и приобретение школьниками опыта социально-значимого действия.

Основанием для оценки качества воспитания школьников являются результаты педагогических наблюдений и применения иных методик изучения личностного роста школьников. В 2013–2014 учебном году в нашей школе прошёл первый выпуск учащихся начальной школы по новым стандартам. Внеурочная деятельность в рамках ФГОС – одна из составляющих образовательного процесса, «работающая» на единый результат наряду с урочной и внешкольной деятельностью. Поэтому нам так важна оценка ее результатов, которая началась уже сейчас, так как это процесс не одного дня В течение всего периода в пилотных классах велось педагогическое наблюдение за сформированностью активной позиции учащихся во внеурочной деятельности. В начале 2013–2014 учебного года с помощью модификации методики М. Куна «Кто Я?» Был выявлен уровеньсформированности Я-концепции и самоотношения. Выявить нравственную воспитанность школьников позволил тест «Размышляем о жизненном опыте» (методика Н.Е. Щурковой), проводимый нами в начале учебного года. Для определения изменений, происшедших в личности учащегося в течение учебного года мы использовали методику «Репка», разработанную преподавателями кафедры общей педагогики РГПУ им. А.И. Герцена. Удовлетворенность школьников участием во внеурочной деятельности, сформированность у родителей чувства удовлетворенности посещением ребенком внеурочных занятий выясняется в ходе бесед и анкетирования. Одной из перспективных методик оценивания лич-

ностных результатов освоения ООП НОО и ООО, на наш взгляд, является портфолио ученика. На собственном опыте мы убедились, что портфель достижений — это не только современная эффективная форма оценивания, но и действенное средство для решения ряда важных педагогических задач, позволяющее:

– поддерживать высокую учебную мотивацию обучающихся;

– поощрять их активность и самостоятельность, расширять возможности обучения и самообучения;

– развивать навыки рефлексивной и оценочной (в том числе самооценочной) деятельности обучающихся;

– формировать умение учиться — ставить цели, планировать и организовывать собственную учебную деятельность.

В 2014–2015 учебном году эти учащиеся перешли в основную школу. Все методики изучения развития личности, которые были применены в начальной школе, были использованы и в основной. Учителя-предметники, уже третий год реализующие ФГОС ООО, отметили высокий уровень сформированности УУД у этих пятиклассников (по сравнению с теми, кто не обучался по ФГОС в начальных классах). В течение года за детьми велось педагогическое наблюдение и психологическое сопровождение. Сейчас проводятся диагностики уровня достижения планируемых результатов освоения ООП на уровне пятого класса. Первые результаты позволяют сделатьположительныевыводы об уровне личностных УУД учащихся, пятый год обучающихся по новым стандартам.

Список литературы:

1. Основная образовательная программа начального общего образования МБОУ СОШ № 9. URL : http://anapaschool9.narod.ru/pilot.htm

2. Федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования. М. : Просвещение, 2012.

3. Методические рекомендации по оценке результатов внеурочной деятельности. Краснодар : ККИДППО, 2012.

УДК616-053.5-007 (470.46)

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ (0–14 ЛЕТ) АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

А.С. Нимгирова, ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом последипломного образования ГБОУ ВПО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Астрахань, e-mail: alenaast@mail.ru,

А.Г. Сердюков, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения с курсом последипломного образования ГБОУ ВПО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Астрахань, e-mail: agmaozz@mail.ru

Аннотация: *проанализированы данные динамического исследования заболеваемости врожденными пороками развития среди детей (0–14 лет) Астраханской области за период 1992–2014 годы. Установлен значительный рост показателей заболеваемости на всей территории области.*

Ключевые слова: *первичная заболеваемость, распространенность, врожденные пороки развития, детское население (0–14 лет).*

Дети являются наиболее чувствительной и объективной моделью при изучении влияния на здоровье населе-

ния химического загрязнения окружающей среды в силу особенностей обменных процессов растущего организма, отсутствия влияния профессионального фактора и вредных привычек, относительно высокого уровня медицинского обслуживания. [2, 7, 8, 9]

Заболевания, связанные или вызванные воздействием окружающей среды – это, прежде всего, врожденные пороки развития (ВПР), аллергические заболевания и хронические нервно-психические заболевания. [3, 13]

На сегодняшний день в мировых классификаторах насчитывается более шести тысяч нозологических форм болезней, причем более 80 % из них являются производными от экологического напряжения. [5, 12, 14] Отрицательные антропогенные факторы воздействуют не только на экосистемы, но и способствуют снижению здоровья на индивидуальном и популяционном уровнях, росту специфической патологии и появлению новых форм болезней, к нарастанию явлений депопуляции по отдельным регионам. [4, 10]

В настоящее время среди каждого миллиона детей 100000 рождается с разного рода генетическими отклонениями, т.е. 10 % популяции уже сейчас имеют совокупность болезней, передающуюся по наследству. [1, 6, 11]

Первичная заболеваемость ВПР у детей 0–14 лет Астраханской области изучена в интервале с 1992 по 2014 гг. В среднем по области он составил 7,9 ‰, в сельских районах – 5,2 ‰, в г. Астрахани – 11,0 ‰. За изученный период число впервые выявленных заболеванийвыросло целом по области на 50,0 % (с 8,6 до 12,9 на 1000 детей 0–14 лет; $p < 0,05$), в сельской местности – на 144,4 % (с 2,7 до 6,6 на 1000 детей 0–14 лет; $p < 0,05$), в г. Астрахани – на 30,1 % (с 15,3 до 19,9 на 1000 детей 0–14 лет; $p < 0,05$).

Заболеваемость ВПР детей в возрасте до 14 лет в сельской местности имела достоверно ($p < 0,05$) более низкие показатели, чем в городской.

Одновременно регистрировалось увеличение пороков развития сердечно-сосудистой системы и системы кровообращения (ВПС), как ведущей причины в структуре заболеваемости ВПР. Показатель впервые зарегистрированной заболеваемости ВПС у детей 0–14 лет в среднем по области составил 2,8, в сельских районах – 2,2, в г. Астрахани – 3,5 на 1000 детей 0–14 лет. Рост показателя первичной заболеваемости ВПС с 1992 г. к уровню 2014 года составил 1040, 0 % (с 0,5 до 5,7 на 1000 детей 0–14 лет; $p < 0,05$), по сельским районам – на 780,0 % (с 0,5 до 4,4 на 1000 детей 0–14 лет; $p < 0,05$), по г. Астрахани на 1320,0 % (с 0,5 до 7,1 на 1000 детей 0–14 лет; $p < 0,05$).

Одновременно с ростом первичной заболеваемости врожденной патологией в области наблюдается рост распространенности ВПР среди детей 0–14 лет.

Анализ распространенности ВПР среди детей Астраханской области в возрасте 0–14 лет за период с 1992 по 2014 гг. выявил ее увеличение в целом по области на 57,2 % (с 32,7 до 51,4 на 1000 детей 0–14 лет; $p < 0,05$), по сельским районам – на 228,7 % (с 8,7 до 28,6 на 1000 детей 0-14 лет; $p < 0,05$), в г. Астрахани – на 27,2 % (с 60,6 до 77,1 на 1000 детей 0–14 лет; $p < 0,05$). Линия тренда значений распространенности ВПР отчетливо указывает на рост, хотя показатели были подвержены колебаниям как в целом по области, так и в г. Астрахани и в сельской местности.

После введения в 1992–1993 гг. обязательного ультразвукового скрининга всех беременных женщин частота пороков снизилась. С 1992 по 1994 гг. среди детей Астраханской области отмечалось снижение показателя болезненности на 42,8 % (с 32,7 до 18,7 на 1000 детей 0–14 лет; $p < 0,05$), далее к 1996 г. отмечается рост показателя на 8,8 % ($p < 0,05$), затем вновь снижение болезненности к 1997 г. на 4,7 % ($p < 0,05$). С 1998 г. вновь наблюдается рост распространенности заболеваемости ВПР. К 2014 г. уровень болезненности ВПР был максимальный и составил 51,4 на 1000

детей 0–14 лет ($p < 0,05$). Распространенность, как и заболеваемость ВПР детей в возрасте до 14 лет в сельской местности имела достоверно ($p < 0,05$) низкие показатели, чем в городской.

Показатель распространенности заболеваний ВПР среди детей 0–14 лет за исследуемый период в среднем составил 32,6 ‰, в г. Астрахани – 46,5‰, в сельских районах – 20,4‰.

В структуре болезненности пороков развития на первом месте врожденные пороки сердца и системы кровообращения.

Исследование, проведенное нами, показало рост показателя болезненности ВПС среди детей 0–14 лет. С 1992 по 1993 гг. среди детей 0-14 лет Астраханской области отмечалось снижение показателя болезненности на 2,5 % (с 3,9 до 3,8 на 1000 детей 0–14 лет; $p < 0,05$). С 1993 по 1994 гг. наблюдался рост показателя болезненности ВПС на 7,9 % ($p < 0,05$), затем вновь снижение на 4,9 % ($p < 0,05$). С 1996 по 2014 гг. в течение всех лет отмечается рост показателя болезненности ВПС у детей 0–14 лет. К 2014 году уровень болезненности ВПС был максимальный и составил 26,3 ‰.

Распространенность ВПС выросла по Астраханской области на 574,4 % (с 3,9 до 26,3 на 1000 детей 0–14 лет; $p < 0,05$), по сельским районам – на 370,0 % (с 4,0 до 18,8 на 1000 детей 0–14 лет; $p < 0,05$), по г. Астрахани – на 837,8 % (с 3,7 до 34,7 на 1000 детей 0–14 лет; $p < 0,05$).

В 1996–1997 гг. и начиная с 2006 года отмечается преобладание болезненности ВПС в городской местности по сравнению с сельской.

Показатель распространенности заболеваний пороками сердца и системы кровообращения среди детей 0–14 лет области за исследуемый период в среднем составил 12,5‰; в сельской местности – 10,2 ‰, в г. Астрахани – 15,3 ‰.

Вывод:

За исследуемый период в Астраханской области наблюдается рост первичной и общей заболеваемости ВПР и ВПС среди детского населения, который обусловлен, очевидно, теми же причинами, что и в целом по Российской Федерации. По нашему мнению, свой вклад вносит и улучшение диагностики врожденной патологии, в частности пороков сердца, в связи с развитием в последние годы специализированной кардиохирургической помощи детям.

Преобладание болезненности ВПР и ВПС в городской местности по сравнению с сельской с одной стороны может свидетельствовать об ухудшении здоровья городских детей, с другой – улучшение диагностики врожденной патологии, в частности пороков сердца, в связи с развитием в последние годы специализированной кардиохирургической помощи детям.

Список литературы:

1. Агаджанян Н.А. Экология человека: современное состояние и перспективы развития. // Вестник АМН РФ. 1999. № 8. С. 4–14.

2. Адо А.Д. Философские и социально-гигиенические аспекты учения о здоровье и болезни // Под ред. Г.И. Царегородцева. М. : Медицина, 1975. 352 с.

3. Андрианов В.Л. и др. Особенности состояния опорно-двигательного аппарата детей из зоны, загрязнённой радионуклидами // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. 1993. Т. 38. № 6. С. 24–25.

4. Андрианов В.Л. Дедова В.Д., Колядицкий В.Г., Кузьменко В.В. Врождённые деформации верхних конечностей. М. : Медицина, 1972. 104 с.

5. Баранов А.А. Состояние здоровья детей в современных социально-экономических условиях // Экологические проблемы педиатрии (сб. лекций). М. : 1997. С. 5–15.

6. Барашнев Ю.И., Бахарев В.А., Новиков П.В. Диагностика и лечение врожденных заболеваний у детей (путеводитель по клинической генетике). М. : «Триада-Х», 2004. 560 с.

7. Беженарь В.Ф., Гребенюк А.Н., Антушевич А.Е., Филлиповский А.С.

Специфические функции женщины при воздействии факторов промышленного производства // Журнал акушерства и женских болезней. Выпуск 4. Том XLVIII. 1999. С. 65.

8. Беляев Н.В. с соавт. Социально-гигиенический мониторинг в укреплении состояния здоровья детей и подростков // Здоровые дети России в XXI веке. М., 2000. С. 63–73.

9. Беляев Н.В. с соавт. Социально-гигиенический мониторинг состояния здоровья детей и подростков // Материалы научно-практической конференции, посвященной 60-летию профессора Н.Г. Вялова. СПб. : ГПМА. 2000. С. 63–73.

10. Бочков Н.П. Экологические изменения и наследственность человека // Врач. 1991. № 10. С. 11–14.

11. Бочкова Д.Н., Плотникова Л.Р. Наследственный глазо-зубо-пальцевой синдром // Клинич. медицина. 1981. № 10. С. 102–103.

12. Лисицын Ю.П. Социальная гигиена и организация здравоохранения // Проблемные лекции. М. : Медицина, 1992.

13. Чеботарев П.А. Оценка состояния здоровья детского населения, проживающего в городах с различным загрязнением атмосферного воздуха // Проблемы соц. гигиенич., здравоохр. и истории медицины. 2007. № 7. С. 76–78.

14. Щепин О.П. Изучение здоровья населения на современном этапе развития общества // Проблемы соц. гигиенич, здравоохр. и истории медицины. 2005. № 5. С. 3–6.

УДК 796.1

ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕМЕНТОВ РЕАБИЛИТАЦИИ В ОЗДОРОВЛЕНИИ ДЕТЕЙ, ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ БРОНХИТОМ

Н.А. Петухов, кандидат педагогических наук, доцент, доцент кафедры физического воспитания ФГБОУ ВПО «ТГАСУ», e-mail: napetukhov2009@mail2000.ru,

В.Н. Иваницкий, кандидат педагогических наук, профессор, зав. кафедрой физического воспитания ФГБОУ ВПО «ТГАСУ», e-mail: sport-tgasu@yandex.ru,

О.В. Петухова, старший преподаватель кафедры иностранных языков ФГБОУ ВПО «СибГМУ», e-mail: ovpetukhova2010@yandex.ru,

В.Э. Бельц, кандидат педагогических наук, доцент кафедры физического воспитания ФГБОУ ВПО «ТГАСУ», sport-tgasu@yandex.ru

Аннотация: *оздоровление детей, часто болеющих бронхитом, должно выполняться комплексно с применением специальных упражнений лечебной физической культуры, дыхательной гимнастики и самомассажа грудной клетки. Комплексное применение базовых лечебных элементов в сочетании с упражнениями физической реабилитации имеет значительный эффект оздоровления детей с бронхитом. Результаты педагогического эксперимента показывают, что изменения показателей веса, роста, окружности грудной клетки на вдохе, на выдохе, жизненная ёмкость лёгких (ЖЕЛ) и, самое главное, количество обострений бронхита были достоверно лучше у детей экспериментальной группы по сравнению с контрольной.*

Ключевые слова: *элементы, виды дыхательных упражнений, гимнастика и самомассаж.*

Более 30 % детей дошкольного и младшего школьного возраста относятся к категории часто болеющих [1]. По сводке данных профилактических медо-

смотров, в республике Алтай за время пребывания в детских дошкольных учреждениях (ДДУ) удельный вес детей с нарушениями физического развития увеличивается в 2 и более раз, в школе уровень здоровья учащихся снижается в 3 и более раз [2]. В связи с этим исследования, предусматривающие повышение эффективности физкультурно-оздоровительной работы среди детей дошкольного и младшего школьного возраста особенно актуальны [4, 5].

Объект исследования: процесс физической реабилитации часто болеющих детей

Предмет исследования: методика применения лечебной физической культуры, дыхательной гимнастики и массажа у детей, часто болеющих бронхитом.

Цель исследования: разработать эффективную методику оздоровления детей, часто болеющих бронхитом, с использованием средств лечебной физической культуры, дыхательной гимнастики и самомассажа.

В работе был применён комплекс оценки функционального состояния детского организма. Были проведены следующие исследования:

1. Оценка общего физического развития и соответствие его возрастной норме:

– рост стоя (медицинский ростомер, точность ±1 см);

– масса тела (медицинские весы, точность ±10 г);

– сила кисти правой и левой руки (динамометр, точность ±10 г);

– окружность грудной клетки (точность ±1 см) при вдохе и выдохе

Все показатели анализировались в сравнении с возрастными нормативами.

2. Оценка параметров системы дыхания. Оценивалась жизненная емкость легких. Измерения ЖЕЛ проводилось с помощью сухого спирометра. Полученные величины сопоставлялись с должными величинами ЖЕЛ по специальным таблицам (номограммам) с учетом пола, возраста, массы тела и роста ребёнка.

Фиксировалось количество обострений заболевания в течение учебного года.

По многочисленным литературным данным, перечисленные выше методы являются общепринятыми и широко используются в медико-биологических исследованиях для оценки здоровья детей и уровня физического развития [1]. Исследование проводилось в муниципальном образовательном учреждении детский сад-школа № 2 города Анжеро-Судженск. Под наблюдением в ходе эксперимента находилось 20 детей, часто болеющих бронхитом. Длительность заболевания составляла от 4 до 5 лет. Все дети состояли на диспансерном учёте у врача-пульмонолога своей по месту жительства детской поликлиники. Все учащиеся первых классов были разделены на 2 группы. Первая группа контрольная (10 человек) получала стандартный комплекс мероприятий по оздоровлению. Вторая группа экспериментальная (10 человек) получала базовый оздоровительный комплекс, в котором применяли на занятиях разработанную методику по ЛФК. В неё входили упражнения лечебной физической культуры в сочетании с дыхательной гимнастикой и самомассажем. Занятия проводились 2 раза в неделю, использовался групповой метод. В течение учебного года проводились контрольные наблюдения как субъективного, так и объективного состояния детей. Наблюдение за ходом эксперимента позволили оценить отношение детей к лечебной физической культуре, к дыхательным упражнениям и самомассажу. Проведение наблюдения позволило впоследствии скорректировать разработанную методику, индивидуализировать физические нагрузки. При проведении исследования обращали внимание на изменение характера весоростовых показателей, дыхания, ЖЕЛ, количества случаев обострения заболеваний. Дыхательная гимнастика является хорошим средством профилактики заболевания верхних дыхательных путей [3]. Постановка правильного дыхания улуч-

шает подвижность грудной клетки, укрепляет дыхательную мускулатуру, способствует восстановлению нормального механизма дыхания. Различные виды дыхательных упражнений строились на прямой согласованности и направленном совпадении мышечных усилий с дыханием: разводим руки, разворачиваем грудную клетку – вдох, сводим руки, сжимаем легкие – выдох. Движения помогают дыханию. В занятия дыхательной гимнастикой необходимо включать самые простые, легко выполняемые физические упражнения в виде сгибаний, разгибаний, отведений, приведений, вращений конечностями, наклоны вперед, в стороны. Дыхательная гимнастика для детей с бронхитом выполнялась в течение 5–6 минут. Применялись подвижные игры. Например, «Часики»: встать прямо, ноги на ширине плеч, руки опустить. Размахивая вперед и назад прямыми руками, произносить «Тик – так» (8–10 раз). «Дудочка»: сесть на стульчик, кисти рук сжать, как будто в руках дудочка, поднести к губам. Сделать медленно вдох с произнесением звука п- ф -ф -ф (7–8 раз). «Петушок»: встать прямо, ноги слегка расставить, руки опустить. Поднять руки в стороны и вздохнуть, затем похлопать по бедрам со словами «ку – ка – ре – ку», выдох (7–8 раз) и др.

Самомассаж выполнялся в течение 6–8 минут. Кончиками пальцев обеих рук воздействовали на симметричные зоны грудной клетки одновременно с двух сторон. После этого оказывали давление на точки грудины в течение 3–5 секунд, выполняли вращательные круговые движения (как бы ввинчивая шуруп) по часовой стрелке и столько же по длительности против часовой стрелки. В конце занятия применялись подвижные игры, как поощрение за хорошее выполнение оздоровительных заданий [6].

Контрольная и экспериментальная группы до эксперимента были однородны (табл. 1). Анализ первичного обследования обеих групп показал, что по всем показателям морфо – функционального развития дети с бронхитом в первом классе отставали от нормы.

При повторном обследовании (табл. 2), после применения разработанной методики у детей с бронхитом в экспериментальной группе, отмечается значительная тенденция к улучшению ростовесовых показателей, ЖЕЛ и количество обострений заболевания. У них наблюдаются достоверные различия показателей, при обследовании до и после эксперимента. В контрольной группе при повторном обследовании был выявлен меньший сдвиг таких же показателей в сторону улучшения. Факт значительного увеличения показателей окружности грудной клетки на вдохе и выдохе, а также ЖЕЛ в экспериментальной группе объясняется применением разработанной методики. Очень важным было то, что количество возникновения обострений заболевания достоверно снизилось только в экспериментальной группе.

Таблица 1.

Морфо – функциональное состояние детей с бронхитом до эксперимента

Показатели	Контрольная группа п = 10	Экспериментальная группа п = 10	Р
Вес (кг)	19,9 ± 0,89	19,4 ± 0,65	Р > 0,05
Рост (см)	111,2 ± 1,76	112,3 ± 1,84	Р > 0,05
Окружность грудной клетки на вдохе (см)	59,4 ± 0,67	59,3 ± 0,6	Р > 0,05
Окружность грудной клетки на выдохе (см)	57,3 ± 0,58	57,7 ± 0,52	Р > 0,05
ЖЕЛ (л)	1,5 ± 0,05	1,5 ± 0,06	Р > 0,05
Количество заболеваний	6,2 ± 0,18	6,1 ± 0,22	Р > 0,05

Р > 0,05 – различия в группах не достоверны (W-критерий)

Таблица 2.

Морфо-функциональное состояние детей с бронхитом после эксперимента

Показатели	Контрольная группа n = 10	Экспериментальная группа n = 10	P
Вес (кг)	21,7 ± 0,93	21,9 ± 0,59	P > 0.05
Рост (см)	113,3 ± 1,86	114,5 ± 1,94	P >0,05
Окружность грудной клетки на вдохе (см)	60,8 ± 0,35	63,8 ± 0,53	P < 0,05
Окружность грудной клетки на выдохе (см)	58 ± 0,65	61,1 ± 0,48	P < 0,05
ЖЕЛ (л)	1,6 ± 0,06	2,1 ± 0,04	P < 0,05
Количество заболеваний	5,1 ± 0,12	3,2 ± 0,17	P < 0,05

Таким образом, сравнительная оценка динамики результатов исследования морфо – функционального состояния организма показывает, что разработанная комплексная методика оздоровления детей с бронхитом, включающая лечебную физическую культуру в сочетании с дыхательной гимнастикой и самомассажем, оказалась эффективной. Экспериментальная программа позволила улучшить морфо – функциональное состояние, приблизить величины дыхательной системы детей с бронхитом 7 – 8 лет к величинам здоровых детей сопоставимого возраста, уменьшить количество случаев обострения заболевания.

Список литературы:

1. Врачебный контроль в адаптивной физической культуре: учебное пособие / под ред. д.м.н. С.Ф. Курдыбайло. М. : Советский спорт, 2004. 184 с.

2. Мартынов С.М. Нетрадиционные методы реабилитации часто болеющих детей: книга для родителей / С.М. Мартынов. М. : ВЛАДОС, 2002. 223 с.

3. Нарзулаев С.Б. Специфика педагогической работыв процессе оздоровления детей с заболеваниями органов дыхания / С.Б. Нарзулаев, Н.А. Петухов, Н Д. Миллер, Е.Р. Бигбова. // Мир науки, культуры, образования. 2011. № 3(28). С. 45–49.

4. Нарзулаев С.Б. Методологические подходы к решению проблемы здоровье сберегающего обучения / С.Б. Нарзулаев, Н.А. Петухов, Н.Д. Миллер, З.И. Добрянская // Образование и общество. 2011. № 3(68). С. 50–54.

5. Нарзулаев С.Б. Методология формирования комплексной модели здоровье сберегающего обучения детей / С.Б. Нарзулаев, Н.А. Петухов, Н.Д. Миллер. // Известия Дагестанского государственного педагогического университета. Психолого-педагогические науки. 2012. № 1(18). С. 45–48.

6. Нарзулаев С.Б. Подвижные игры в системе физического воспитания детей специальных медицинских групп / С.Б. Нарзулаев, Н.А. Петухов, Р.Г. Ханов. // Мир науки, культуры, образования. 2012. № 6(37). С. 239–241.

УДК 613

СОХРАНЕНИЕ И УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ. ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

А.С. Пархоменко, учащаяся 9 класса МБОУ гимназия «Эврика» г-к Анапа, Краснодарский край,

Н.В. Филимонова, научный руководитель

Аннотация: *в статье рассмотрено, что для решения оздоровительных задач в практике школьной физической культуры главным является не повышение уровня подготовленности и без того физически сильных школьников, тем более, что здоровье им это не прибавит, а подтягивание до необходимого уровня ребят с низкими показателями здоровья и развития физических качеств. Это позволит укрепить их здоровье, повысить работоспособность и успеваемость, предупредить заболеваемость. Такое отношение должно рассматриваться в качестве главного критерия постановки физкультурно-оздоровительной работы в общеобразовательной школе.*

Ключевые слова: *оздоровительные задачи, работоспособность, успеваемость.*

Известно, что здоровье – один из важнейших компонентов человеческого благополучия и счастья, одно из неотъемлемых прав человека, одно из условий успешного социального и экономического развития любой страны. В Конвенции по правам ребёнка прописаны его законные права – право на здоровый рост и развитие.

Неправильно организованный труд школьников может принести вред здоровью. Поэтому большое значение имеет налаживание рационального образа жизни. Человек, умеющий со школьной поры правильно организовать режим своего труда и отдыха, в будущем надолго сохранит бодрость и творческую активность. Известно, что все знания, умения, навыки и привычки ребёнок получает в процессе обучения и воспитания, поэтому методам формирования собственного здоровья необходимо учить, как учат чтению, письму и счету. Настало время, когда жизненно важно научиться быть здоровым, выжить в столь сложных условиях, оздоровить среду обитания. Чёткое выполнение хотя бы в течение нескольких недель заранее продуманного и разумно составленного распорядка дня поможет школьнику выработать у себя динамический стереотип. Закрепившиеся привычки к регулярным занятиям, к разумно организованному распорядку дня помогают поддерживать в течение учебного года хорошую работоспособность. Организация рационального режима дня должна проводиться с учётом особенностей работы конкретного учебного заведения (расписания занятий), оптимального использования имеющихся условий, понимания своих индивидуальных особенностей, в том числе и биоритмов. В каждом из нас заложены своеобразные биологические часы – счётчики времени, согласно которым организм периодически и в определённых параметрах изменяет свою жизнедеятельность. Все биоритмы классифицируются на несколько групп. Особое значение имеют суточные ритмы.

Первостепенное значение для каждого из нас имеют наличие определённых целей, потребностей, интересной и полезной для общества деятельности, умение наладить правильный, рациональный режим дня. Помимо разумного распорядка дня выделим следующие составные части рационального образа жизни школьника, от соблюдения которых зависит успех в учёбе и хорошее здоровье: ги-

гиена умственного труда, правильное питание, сон, оптимальная двигательная активность, избавление от вредных привычек. Можно выделить три вида умственной деятельности: 1) лёгкая умственная работа: чтение художественной литературы, разговор с интересным собеседником. Такая деятельность может продолжаться длительное время без появления утомления. 2) оперативное мышление. У школьников – это повторение пройдённого материала, решение математических задач по известному алгоритму, перевод иностранного текста на русский язык. Эффективно подобная деятельность может продолжаться 1,5–2 ч. 3) работа, отличающаяся высокой интенсивностью (усвоение новой информации, создание новых представлений на базе старых). При такой деятельности происходит наиболее активное функционирование физиологических механизмов, осуществляющих процессы мышления и запоминания. Знание приведённой классификации должно помочь школьникам правильно организовать свой учебный труд. Следует подчеркнуть, что мыслительные процессы в мозгу затухают медленно. Поэтому 5–10-минутные паузы, отводимые для отдыха, не нарушат эффективность последующего выполнения умственной работы. Во время такого перерыва организму полезно давать физиологическую нагрузку в виде прогулки или небольшого комплекса гимнастических упражнений. Научными исследованиями доказана эффективность такого активного отдыха. Мышцы как бы «подзаряжают» мозг. Необходимо организовывать кратковременный отдых, активно включать в режим дня занятия физическими упражнениями. Рациональное питание – важное слагаемое здорового образа жизни. Оно обеспечивает правильный рост и формирование организма, способствует сохранению здоровья, высокой работоспособности и продлению жизни. Привычки – это форма нашего поведения. Полезные привычки помогают формированию гармонически развитой личности, вредные,- наоборот, тормозят её становление. Привычки чрезвычайно устойчивы.

Ещё Гегель подчёркивал, что привычки делают человека их рабом. Поэтому в школьном возрасте важно выработать у себя полезные привычки и решительно бороться с вредными, грозящими перейти в пороки.

Полезными привычками можно назвать стремление к регулярному повышению знаний, к занятиям физическими упражнениями. Однако в школьные годы возникает немало и вредных привычек. К ним можно отнести нерациональный режим дня, нерегулярную подготовку к занятиям. Но наиболее вредными являются курение и злоупотребление спиртными напитками. Эти привычки могут незаметно перерасти в порок, способный испортить жизнь человека.

Необходимо всегда помнить, что для решения оздоровительных задач в практике школьной физической культуры главным является не повышение уровня подготовленности и без того физически сильных школьников, тем более, что здоровье им это не прибавит, а подтягивание до необходимого уровня ребят с низкими показателями здоровья и развития физических качеств. Это позволит укрепить их здоровье, повысить работоспособность и успеваемость, предупредить заболеваемость. Такое отношение должно рассматриваться в качестве главного критерия постановки физкультурно-оздоровительной работы в общеобразовательной школе.

УДК 613

КУЛЬТУРА ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ: СУЩНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ, СТРАТЕГИЯ РЕШЕНИЯ

Н.Г. Попова, ведущий специалист МБОУ ЦРО г-к Анапа, e-mail: trops60@mail.ru

Аннотация: *в статье затронута серьезная проблема наличия гиподинамии у школьников и пути решения этой проблемы с помощью систематической работы по формированию у школьников мотивации укрепления собственного здоровья через все формы учебной и внеурочной деятельности. Определен механизм приобщения детей как субъектов этой деятельности к созиданию, проектированию своего собственного здоровья.*

Ключевые слова: *культура здоровья, школьники, здоровье охранная работа, гиподинамия, физическое воспитание.*

Культура здоровья – неотъемлемая часть общей культуры человечества. Многие это понимают, но не многим удается воплотить это понимание в действительности. Современные дети ведут малоподвижный образ жизни. Движение подменяют многочасовым сидением у телевизора, компьютера. Многие педагоги и родители учеников не обращают внимания на эту серьезную проблему, не считая гиподинамию угрозой для здоровья. Гиподинамия – это не просто недостаток движения, это своеобразная болезнь, определение которой звучит так: «Нарушение функций организма (опорно-двигательного аппарата, кровообращения, дыхания, пищеварения) при ограничении двигательной активности».

Дети и дома, и в школе большую часть времени проводят в статическом положении, что увеличивает нагрузку на определенные группы мышц и вызывает их утомление. Поэтому снижается сила и работоспособность скелетной мускулатуры, что влечет за собой нарушение осанки, искривление позвоночника, плоскостопие, задержку возрастного развития, быстроты, ловкости, координации движений, выносливости, гибкости, силы. Гиподинамия, вызывая развитие обменных нарушений, способствует заболеванию детей ожирением. Так, по данным большинства исследователей,70 % детей страдают от последствий гиподинамии, 30–40 % – имеют избыточный вес. У таких детей чаще регистрируются травмы, в 3-5 раз выше заболеваемость ОРВИ, у 43 % обнаружена близорукость, у 24 % – повышение артериального давления и т.д. [3].

В то же время на развитие организма негативно влияют и чрезмерные физические нагрузки, особенно у ослабленных детей, что приводит к перенапряжению всех систем организма, понижению сопротивляемости инфекциям. Следовательно, специалистам в области здравоохранения, физической культуры и спорта необходимо научиться определять индивидуальный двигательный режим школьника, способствующий повышению функционирования его организма как источника индивидуализации здорового образа жизни. Отсутствие индивидуального подхода к обучению учащихся на уроках физкультуры и во внеклассных формах спортивно-массовой работы, «втискивание» всех детей в рамки единых требований без учета предела их физических возможностей наносит колоссальный ущерб развитию личности школьника, дисгармонируют ее. У некоторых ребят на фоне неудач формируются защитные реакции протеста или избегания занятий физкультурой. Ребенок попадает в замкнутый круг: он не развивается гармонично физически, не накапливает собственное здоровье, часто подвергается насмешкам со стороны сверстников, что понижает его самооценку. Ребе-

нок болезненно переживает коллективные формы соревнований (кроссы, «Веселые старты» и. т.д.), в которых из-за своих слабых физических возможностей подводит весь класс и видит крайне негативное к себе отношение одноклассников. Усугубляет страдания ребенка негативное отношение родителей к отсутствию у него спортивных достижений, особенно на фоне нереализованных собственных родительских амбиций или неоправданных ожиданий от своего ребенка. Помочь такому школьнику обязаны прежде всего учителя физкультуры, родители, психологи, классный руководитель. Их задача – научить ребенка помогать самому себе, найти ту социально-психологическую нишу, в которой он чувствовал бы себя комфортно и гармонично, не забывая при этом про культуру движения. Необходимо создать такие условия, чтобы у ребенка появился аппетит заниматься физической культурой, спортом, чтобы он понимал полезность движения для своего здоровья. Движение – это жизнь. Еще в XVIII в. известный французский врач Тиссо писал: «Движение как таковое может по своему действию заменить любое лекарство, но все лечебные средства мира не в состоянии заменить действие движения».

К сожалению, мы не часто видим заинтересованность родителей в решении проблемы гиподинамии, развития физической культуры ребенка. Родители не используют своих резервов и воспитательных возможностей семьи, сами ведут нездоровый образ жизни: не занимаются спортом, имеют вредные привычки (табакокурение, употребление алкоголя и т.д.), не делают утренней зарядки и не требуют этого от своих детей, предпочитают сидеть дома, вместо того чтобы пробежаться или просто пойти на прогулку перед сном, выехать на природу.

Анализ массовой практики физического воспитания в образовательных учреждениях г-к Анапа позволяет сделать вывод: физическое воспитание сводится лишь к развитию физических кондиций учащихся (ловкости, силы, гибкости и т.д.) и компенсации недостаточной двигательной активности. В образовательных учреждениях ведутся дополнительные уроки физической культуры, открываются спортивные секции (к сожалению, в них занимаются в основном физически одаренные, способные дети). Однако это не создает предпосылок для формирования осознанного отношения учащихся к своему здоровью и ведению здорового образа жизни как нормы, так как школьник исключен из этого процесса как субъект деятельности. Мы убеждены, что человек является инициатором собственного поведения в отношении здоровья и эти процессы носят глубоко субъективный характер, поэтому педагог-наставник должен целенаправленно создавать такие условия обучения, в которых каждый ученик может стать субъектом своего развития, созидания своего здоровья.

Практика специалистов г-к Анапа убеждает в том, что целенаправленная работа по формированию у школьников мотивации укрепления собственного здоровья через все формы учебной и внеурочной работы обеспечивается следующими составляющими этого процесса:

– установкой на ценность собственного здоровья;

– приобретением знаний о своем здоровье и технологиях его индивидуального накопления;

– овладением способами поведения, сохраняющими и приумножающими здоровье;

– умением применить общие формы накопления здоровья к особенностям своего организма;

– созданием ситуации успеха в овладении навыками накопления собственного здоровья.

Нами определен механизм приобщения детей как субъектов этой деятельности к созиданию, проектированию своего собственного здоровья. Он заключается в следующем:

– отношение к собственному здоровью как к уникальной и непреходящей ценности;

– самостоятельный поиск школьником средств для достижения постав-

ленной цели – сохранить и улучшить собственное здоровье;

– определение препятствий при реализации поставленной цели;

– самостоятельный поиск резервов для преодоления препятствий на пути созидания здоровья, включая стимулирование, и т.д.

Осознание школьниками необходимости самостоятельного накопления, сохранения здоровья и создание наставниками всех необходимых условий для этого дают действенный, стойкий положительный эффект в формировании культуры здоровья детей и подростков.

В образовательных учреждениях г-к Анапы созданы благоприятные условия для обучения и повышения физической культуры детей на уровне технологий, подходов к организации образовательного процесса, направленных на саморазвитие и формирование здорового образа жизни, накопление и сохранение здоровья посредством таких компонентов:

– образовательного процесса, который обеспечивает индивидуальный подход к особенностям каждого ученика путем дифференциации учебных нормативов в соответствии с уровнем его развития;

– введения в учебный план обязательного ежедневного динамического часа на свежем воздухе после третьего урока; урока хореографии, на котором дети учатся созидать жизненную энергию, формировать культуру движения, взаимодействовать друг с другом;

– формирования мотивации физического самосовершенствования, накопления собственного здоровья через систему внешкольных и внеклассных мероприятий по физической культуре и спорту, пропаганду спортивных достижений учащихся школ, культивирование совершенствования физического развития;

– получения удовольствия и удовлетворения от процесса ведения здорового образа жизни, занятий физкультурой и спортом;

– создания оздоровительной системы физического воспитания с использованием *базовых форм:*

– уроков физической культуры;

– выполнения домашних заданий по физкультуре;

– самостоятельных тренировок любимым видом спорта;

– занятий ежедневной утренней гимнастикой

и *вариативных форм физического воспитания:*

– гимнастики в школе до учебных занятий;

– динамического часа на свежем воздухе;

– проведения подвижных игр на переменах;

– занятий в спортивных секциях в школах или учреждениях дополнительного образования;

– семейных занятий спортивными увлечениями (походов, семейных соревнований и т.д.).

Интегративным показателем результата здоровье сберегающей и здоровье охранной деятельности школьников является культура здоровья, под которой понимается ответственное отношение к своему здоровью и здоровью окружающих, стремление не только сохранить природный потенциал, но и приумножить его за счет волевых качеств, направленных на созидание своего организма, гармонии с самим собой и окружающим миром, способности создавать душевное равновесие у себя и окружающих, способности воспринимать и создавать прекрасное вокруг себя. «Никакое фантастическое лечение не дает плодов, если у человека нет культуры здоровья. Чтобы победить болезни и недуги, вначале надо одолеть врага более сильного и коварного – самого себя, свою леность и стереотипное мышление, изменить в себе потребительское отношение: если я буду болеть, то общество пусть меня лечит. Молодым людям, вступающим в жизнь, нужно показать путь к здоровью, но бороться за него человек должен сам» [2].

Система здоровье охранной работы, включающая комплексную реабилитацию школьников, интеграцию образовательной, развивающей и реабилитационной деятельности, валеологическое

сопровождение учащихся в условиях образовательного учреждения, доказывает эффективность нашей работы. Так, например, «индекс» здоровья с 2013 года возрос на 27,5 % и составил в 2014 году 68,0 %. С 2010 года по 2014 год (из 812 учащихся) 15,2 %перешли с положительной динамикой из одной группы учета в другую, с отрицательной – лишь 1,8 %. Показатели качественной успеваемости растут ежегодно. Так, если в 2012/13учебном году этот показатель был равен 62,5 %, то в 2013/2014 он возрос до 85,2 %.

Список литературы:

1. Голиков Н.А. Школа здоровья. Тюмень: Вектор Бук, 2010. 260 с.

2. Зискина М.А. Некоторые вопросы подготовки школьного валеолога. Теория и методология валеологического курс для средней и высшей школы / Тезисы доклада научно-практической конференции. Тюмень, 2006.

3. Чимаров В.И. О стратегических ориентирах формирования здоровья детей в образовательных учреждениях // Образование и наука. 2010. № 1(3).

4. Щедрина А.Г. Пропаганде физической культуры – научную основу // Теория и практика физической культуры. 2010. № 1.

5. Янсон Ю.А. Оздоровительные модели физического воспитания школьников // Валеология. 2007.

УДК 159.9

ГОРЕ КАК ПЕРЕЖИВАНИЕ: АНАЛИЗ ПОНЯТИЯ И ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

О.В. Радзивилова, магистрант социальной работы КубГУ, г. Краснодар

Аннотация: *в статье дается обзор научной литературы, посвященной проблеме переживания острого горя в период объективной или субъективной потери близкого человека. Анализируются этапы протекания и проживания горя.*

Ключевые слова: *острое горе, работа горя, проживание горя, «здоровое горе», «патологическое горе».*

Горе в словарях русского языка трактуется как «беда, бедствие, несчастие, напасть, печаль, тоска, злополучие, печаль, скорбь, кручина» [6]. В толковом словаре Ушакова поясняется как «скорбь, глубокая печаль; невзгода, несчастье» [7].

Общепринято под горем человека понимать сильные эмоции, переживаемые в результате потери близкого человека. Преобладающей эмоцией в горе, как правило, является печаль, хотя горе взаимодействует и с эмоциями страха, гнева, вины и стыда.

По мнению отечественного психолога Ф. Василюка горе – это не только чувство, но и человеческое состояние, и феномен [1]. Процесс переживания утраты во многих литературных источниках называют «работой горя». Работа горя – это естественный процесс, в котором организм стремится к равновесию, заживляя свои раны, как телесные, так и душевные.

Сегодня принято воспринимать «работу горя» как нормальную реакцию человека на любую значимую потерю, как объективного, так и субъективного характера. В любом возрасте потеря близкого связана, прежде всего, с осознанием собственной смертности и смертности самых близких и дорогих для тебя людей. При этом картина острого горя схожа у разных людей. Дж. Уильям Уорден отмечает, что индивидуальны, однако универсальные шаги, и предположил, что человеком, переживающим утрату, должны решаться определенные задачи, чтобы

вернуться к нормальной жизни. И, если задачи горя неизменны для, то формы и способы их решения индивидуальны и зависят от личностных и социальных особенностей переживающего человека [5]. Так Дж. У. Уорден разработал психотерапевтический подход для работы с теми, кто потерял близкого человека, описав в книгах в помощь психотерапевтам. Основная идея У. Уордена в том, что горевание – не пассивный, а достаточно активный процесс, не «время лечит», а люди на протяжении определенного времени что-то делают с переживанием утраты, как-то перерабатывают его. В этом смысле горевание в его концепции становится более социально осмысленным [5].

С точки зрения Л. Хедтке и Дж. Уинслэйда, этапы процесса горения («дорожные карты») не только описывают сам процесс, но и задают нормы его протекания [4].

Общепризнано, что человек после смерти переходит из биологической формы существования в нарративную, то есть не исчезает из жизни близких ему людей, продолжая оказывать влияние на их жизнь. В нарративной форме существования люди живут до тех пор, пока о них помнят. Поэтому под нарративом принято понимать повествование, историю или некий рассказ, созданные людьми для описания и организации их опыта и способа их жизни.

Единой общепринятой классификации периодов процесса горевания не существует, хотя многие исследователи (Л. Хедтке, Дж. Уинслэйд, А.О. Руслина, Ф.Е. Василюк, А.О. и др.) отмечают одни и те же стадии данного явления. Гореванию характерно развитие переживаний по нескольким стадиям с типичными симптомами и следующими характерными реакциями: появление периодических приступов удушья, спазм в горле, чувство пустоты в животе, потеря мышечной силы, страдание, описываемое как напряжение и душевная боль.

Длится, как правило, «острое горе» около 4-х месяцев и имеет несколько последовательных стадий (этапов): стадия шока, стадия произошедшего.

На стадии шока, когда человек получает трагическое известие, то это вызывает у него подчас внутренний взрыв (несогласие, не желание признать утрату), ужас, эмоциональную отстраненность, а порой и эмоциональный ступор, и ощущение нереальности происходящего. Психологи отмечают, что в этот период не только притупляется восприятие реальных событий, но и возникают «провалы» в памяти.

На стадии отрицания (поиска) поведение человека характеризуется неверием в реальность потери. Происходит отрицание не самого факта потери, а постоянства потери. Отрицание в данном случае выступает как защитный механизм психики, позволяющий воспринимать окружающий мир неизменным.

Стадия агрессии проявляется в форме враждебности к окружающим, обвинении в смерти близкого человека себя, родных, других людей (например, врача), негодовании на создавшуюся ситуацию и на саму жизнь. Находясь на стадии агрессии при столкновении со смертью (объективная потеря) или потерей близкого в результате развода (субъективная потеря), подросток чаще всего занимается самобичеванием, чувствуя свою вину в произошедшем. Но может и считать виновным других людей, вплоть до угроз им. Переживания человека на данной стадии характеризуется такими реакциями как панический страх, изменения сна, потерей аппетита, резкие смены настроения, желание уединиться и пр. Различные виды переживаний острого горевания могут привести к тому, что человек перестает контролировать себя – свои чувства и свои поступки.

Стадия депрессии (страдания, дезорганизации) характеризуется стремлением через тоску, депрессию искать смысл произошедшего, переосмыслением ценности собственной жизни. Типичным является идеализация умершего путем подчеркивания его достоинств, избегания воспоминаний о плохих поступках или каких-то чертах характера.

На стадии принятия произошедшего отмечается восстановление сна, аппети-

та, когда объективно или субъективно умерший близкий человек перестает быть главным средоточением жизни. Данный этап в жизни горюющего, как отмечают психологи, в среднем длится около года. Заканчивается данный этап годовщиной смерти.

В психологической практике принято различать признаки «здорового горя» и «патологического горя». Признак «здорового горя» на стадии «завершения» характеризуется тем, что образ умершего занимает определенное место в истории семьи и личной памяти горюющего. Болезненные. Выделяют несколько видов таких реакций:

- Человек себя ведет так, как будто ничего не произошло, но начинает заниматься делами (хобби, другие интересы), которыми в свое время занимался умерший.
- Испытывает симптомы последнего заболевания, умершего или психосоматическое состояние, проявляющееся в виде астмы, ревматического артрита, язвенного колита и пр.
- Избегание общения с друзьями, близкими родственниками, что приводит к социальной изоляции.
- Враждебное отношение к некоторым людям, по мнению горюющего, виновных в утрате.
- Сниженная социальная активность, характеризующаяся отсутствием инициативы, неуверенность, самообвинениями и пр.

Люди в этом состоянии могут совершать попытки самоубийства. В современной практике социальной работы применяется кризисное консультирование, в медицине психотерапия потерь, которые включают в себя такие направления работы, а точнее темы как, смерть близкого человека, умирание и сопровождение умирающего, горевание и прощание, развод и расставание. Самой болезненной принято считать тему потерь, нуждающуюся в «лечении» горя.

У разных народов мира, в разных конфессиях выработаны определенные отношения к смерти. Так, например, существуют свои ритуалы прощания с «ушедшим». Ритуалы, поминальные даты: 9 дней, 40 дней, годовщина – эти события психологически очень точно помогают проходить процессу горевания. Например, ритуал оплакивания в сельской местности предполагает приглашение «плакальщиц», которые оплакивают вместе с близкими покойного, с целью помощи родным и близким в проводах усопшего. Таким образом, они нагнетают эмоциональную обстановку, помогая лучше отреагировать близким их утрату, совершать горюющему работу горя, продвигая его с фазы шока на фазу реакций. В крупных городах этот обычай почти исчез. Данные обстоятельства препятствует нормальному «отреагированию горя».

В психологии принято считать плач, как реакцией на горе и одновременно лечением. Психиатры считают, что не следует останавливать, успокаивать человека, так как именно через плач происходит высвобождение. Как отмечают практические психологи (Н. Рубштейн, Д. Васильченко, Е. Мануковская и др.) внешние реакции горюющего чаще всего выражаются в следующем: постоянные вздохи, жалобы на потерю силы и истощение, отсутствие аппетита. Наблюдаются некоторые изменения в сознании: эмоциональной дистанции с другими, чувство нереальности происходящего связанное с тем, что горюющий не может смериться с потерей и тем, что жизнь идет своим чередом, а люди не ощущают свою смертность [2].

Из работ Вамик Д. Волкан и Элизабет Зинтл следует, что даже маленький ребенок переживает разлуку как утрату. Мы также знаем, что чем больше у ребенка было совместных переживаний с утраченным человеком и чем лучше ребенок способен хранить в себе психического двойника, тем больше скорбь ребенка будет похожа на скорбь взрослого.

Однако, чтобы понять, как будет реагировать на смерть конкретный ребенок, необходимо учесть множество обстоятельств: возраст ребенка и его врожденную жизнеспособность, надежность домашнего окружения, характер смерти,

умение взрослых обеспечить замену и утешение.

К субъектам процесса горевания принято 2) близких родственников (сиблингов) тяжело (смертельно) больных людей, так как процесс горевания начинается с обнаружения факта близкой утраты или с момента утраты; 3) близких людей, раннее связанных брачными узами, а в настоящий момент находящихся в разводе.

Таким образом, анализ научной литературы и других информационных источников позволили нам прийти к ряду выводов.

1. Горе – эмоциональное переживание объективной или субъективной потери близкого человека, близкое к печали и отчаянию.

2. Чувство утраты приводит к действию стереотипных моделей поведения и эти модели не исчезают с взрослением человека.

3. Процесс успешного горевания завершается формированием отстраненности с умершим человеком с одной стороны, а с другой – готовности снова стать «полноценным членом общества».

4. Процесс переживания острого носит индивидуальный характер и имеет множество личностных особенностей, хотя психологами выделены общие типы реагирования на острое горе», которое имеет несколько последовательных стадий (этапов): стадия шока, стадия отрицания, стадия агрессии, стадия депрессии и стадия принятия.

Список литературы:

1. Василюк Ф.Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций): Монография. М. : Издательство Московского университета, 1984.

2. Волкан В. Жизнь после утраты: психология горевания / В. Волкан, Э. Зинтл. М. : Когито-Центр, 2014. 160 с.

3. Как пережить потерю? [Электронный ресурс]. URL : http://www.planetapsy.ru/obsuzhdeniya-psihologov/kak-perezhit-poteriu (дата обращения: 10.11.2014).

4. Кутузова Д.А. Обзор книги Лоррейн Хедтке и Джона Уинслэйда / Д.А. Кутузова; Re-MemberingLives / L.Hedtke&J.Winslade. NewYork : BaywoodPublishingCompany, 2004.

5. Старжинская Н. Как пережить горе [Электронный ресурс]. URL : http://www.snmaster.com/kak-perezhit-gore (дата обращения: 16.11.2014).

6. Словарь В.И. Даля [Электронный ресурс]. URL: http://sldal.ru/dal/5823.html (дата обращения: 8.11.2014).

7. Толковый словарь Д.Н. Ушакова [Электронный ресурс]. URL : http://www.slovorod.ru/dic-ushakov/index.html (дата обращения: 8.11.2014).

УДК 378

ДОСТИЖЕНИЕ ДУХОВНОЙ ГАРМОНИИ И СТРЕССО УСТОЙЧИВОСТИ У ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ ВУЗОВ И СРЕДНЕ-СПЕЦИАЛЬНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ

М.И. Сафиуллина, кандидат культурологии, старший преподаватель кафедры теории и истории государства и права филиала РГСУ в г. Анапе, e-mail: safiullinamarina@mail.ru

Аннотация: *в статье изучается проблема достижения духовной гармонии и стрессоустойчивости у преподавателей ВУЗов и средне специальных заведений. При этом используется современный синергетический метод исследования. Ссылаясь на достижения в науке, автор, предлагает несколько вариантов решений данной проблемы.*

Ключевые слова: *синергетический метод, точка бифуркации, аттракторы, стрессоустойчивость, торсионное поле, сверхсознание.*

В мире существует две главные проблемы: здоровье нашей планеты и здоровье людей, живущих на ней. В настоящее время происходит сложнейший этап становления в государстве: нестабильность и состояние реформирования в экономике, образовании, медицине; деформации нравственных и моральных устоев, неэффективность управления во многих сферах общества. Особую роль в решении этих вопросов приобретают учебные заведения, где происходит становление и развитие личности – направленное развитие ее мировоззрения, характера, нравственных принципов, гражданских позиций, эстетических вкусов, приобщению к здоровому образу жизни, то есть систем ценностей. Поэтому педагогический процесс в ВУЗах и средне специальных заведений имеет первостепенное значение. Как всем известно, в данном процессе участвуют два субъекта – педагог (преподаватель) и обучающийся.

Предметом нашего изучения является преподаватель, поскольку именно он обеспечивает результат, именно он обусловливает – каким быть новому поколению, ибо тиражирует не только содержание своего предмета, но и свой тип мышления, общения, осознания происходящего.

Для изучения нашего предмета мы будем использовать современную синергетическую методологию как самый эффективный способ изучения различных систем. Этот метод мы уже рассматривали и использовали: «Синергетика представляет свои объекты в виде сложных систем, которые динамично изменяются в результате различных воздействий (аттракторов), самоорганизуются в точках бифуркации и имеют несколько направлений развития». [6, с. 82]. В нашем случае, система – это образовательный процесс, а профессиональная деятельность преподавателя, его духовная составляющая, будет рассматриваться как подсистема.

Начнем исследование с определения точки бифуркации. Если обратиться к мудрости Архимеда: «Дайте мне точку опоры, и я переверну весь мир». Так, где же эта точка опоры? Обратимся к древнейшей мудрости: «Если хочешь изменить мир – начни с самого себя» и «Познай самого себя». Эти избитые фразы могут стать искомой точкой бифуркации, только в том случае, когда каждый субъект (в нашем случае подсистема) начнет познавать себя и самосовершенствоваться.

В свою очередь, самоорганизация и самосовершенствование педагога также является «точкой опоры» (точкой бифуркации) в процессе обучения студентов: его духовная составляющая, внутренняя позиция, цели, содержание, методы преподавания способствуют созданию новых аттракторов (воздействий), которые формируют несколько направлений развития. При этом образуется не только набор возможностей, но и свобода создания новой возможности. Другими словами, преподаватель задает направление для саморазвития обучающихся как личностей и профессионалов, демонстрируя набор возможностей достижения поставленных целей. Хотя ВУЗы и заведения имеют различные цели, в силу подготовки специалистов разнообразных профессий и уровень образования будет отличаться высшего от средне специального, в образовательных стандартах всегда указывается, на то, что процесс изучения той или иной дисциплины направлен на формирование духовно – нравственные компетенций. Например, приведем несколько требований ФГОС ВПО к результатам освоения образовательных программ бакалавриата, для выпускников РГСУ:

– стремиться к саморазвитию, повышению квалификации и мастерства

– критически оценивать свои достоинства и недостатки, наметить пути

и выбрать средства развития достоинств и устранения недостатков

– готов принять нравственные обязанности по отношению к окружающей природе, обществу, другим людям и самому себе.

Действительно, духовно-нравственные ценности являются главной составляющей при формировании и развитии личности, в полном объеме этого слова. Соответственно, у преподавателей учебных заведений, духовно-нравственный аспект должен быть на высшем уровне – путем достижения духовной гармонии.

А как достичь этой самой гармонии, когда современного человека окружают бесконечные стрессы? Ведь с непрерывным ростом социальной, экономической, экологической, техногенной, личностной экстремальности нашей жизни проблема стресса приобретает научную и практическую актуальность. Кроме всего прочего, у преподавателей ВУЗов и средне специальных учреждений стрессогенный характер имеет их профессиональная деятельность. Чаще всего это происходит в результате ненормированного режима труда и отдыха и психического напряжения при работе с трудновоспитуемыми подростками. Хотя большинство педагогов имеют хорошую устойчивость к стрессу, известно, что постоянное переживание стресса кроме снижения эффективности осуществления их деятельности, так же может способствовать развитию ряду заболеваний. Следует отметить, что внешние факторы стресса, действующие в той или иной экстремальной ситуации, не имеют значения сами по себе, без соотнесения их с внутренними особенностями каждого человека, его физической и духовной подготовки.

Соответственно, для усиления стрессоустойчивости педагога необходимы новые аттракторы, которые будут формировать и физическое и духовное развитие. Физическое развитие преподавателя должно происходить благодаря его самоорганизации. Для этого педагог самостоятельно распределяет физические нагрузки, занимаясь любимым видом спорта, пешими прогулками или хотя бы делать элементарную зарядку. Здесь основными аттракторами являются собственная сила воли и интерес к тому или иному виду спорта, иногда это может быть имеющееся заболевание (например, остеохондроз или искривление позвоночника и т.д.). Главное, чтобы эти физические нагрузки были регулярными. Еще древнегреческий «отец медицины» Гиппократ утверждал: «Гимнастика, физические упражнения, ходьба должны прочно войти в повседневный быт каждого, кто хочет сохранить работоспособность, здоровье, полноценную и радостную жизнь» [9, с. 63]. Ведь всем известно, что «в здоровом теле – здоровый дух».

А вот каким должно быть духовное самосовершенствование, чтобы достигнуть духовной гармонии, рассмотрим подробнее. Традиционно душевное благополучие связывают с душой, духовным состоянием и психикой человека. Каким образом достичь психического спокойствия и равновесия более подробно исследуют психологи, изучая сознание человека. Специалисты рекомендуют использовать следующее всем известные методы:

– музыкотерапию с прослушиванием классической музыки;

– ароматерапию, используя эфирные масла и аромапалочки;

– природотерапию, приобщаясь к природе либо походами в лес, к озеру, морю, либо контактируя с домашними питомцами, либо прослушиванием звуков природы;

– аутотренинг применяя методики самовнушения;

– арттерапию, когда выражаются эмоции человека через рисунок;

– общение с родными и близкими;

– дыхательная гимнастика и т.д.

Более сложные варианты психических расстройств лечат с помощью медицинских препаратов. Да, все это способствует избавлению от нервного напряжения, но эти методы не являются аттракто-

ром, поскольку, отсутствует динамика духовного роста. Соответственно стрессоустойчивость не укрепляется.

А что может способствовать духовному росту человека? Конечно, отвечая на этот вопрос философская и религиозная точки зрения указывают, к чему стремиться. Личность учиться истине и развивает свои добродетели, самоконтроль, самосозерцание и самопознание. Как достигнуть духовной гармонии? Человеческая душа укрепляется силой воли, которая подчиняет помыслы, желания и поступки. Например, приведем фрагмент из Бхагавадгиты: «Тот, кто способен пребывая здесь, на земле, до освобождения от тела, противостоять соблазнам и гневу, – тот достиг гармонии, тот счастливый челок». [1, с. 386]. Теоретически все понятно, ведь все вышеизложенное – всем известные прописные истины. Исходя из этого, основным исследуемой подсистемы, снова является собственная сила воли личности. Остается не ясным следующее: «Почему же наша сила воли не способствует усилению стрессоустойчивости в практической жизни?

Зачастую мы лишь пытаемся ассоциировать себя, например, добрым, щедрым, любящим человеком, не будучи таковыми на самом деле. Очень сложно у себя обнаруживать недостатки. Даже народная пословица есть: «у соседа соломинку в глазу увидим, а у себя и бревна не заметим». Мы пытаемся изобразить «правильное» поведение, но при какой-нибудь стрессовой ситуации, реагируем и можем выразить нетерпение, раздражение, недовольство, гнев и прочее. Затем возникает чувство вины и разочарования, другими словами, возникают отрицательные мысли. Ранее, уже рассматривался данный вопрос: «В результате разрушается не только духовная, но и физическая составляющая человека – возникают болезни. Как гласит народная мудрость: «Все болезни от нервов» [5, с. 259].

Современная наука изучила механизм влияния отрицательных эмоций и мыслей на здоровье человека. Академик Российской Академии Естественных Наук Г.И. Шипов, создал теорию физического вакуума, утверждает, что все нас окружающее и мы сами обладаем тонкой энергией торсионных полей. А оно, в свою очередь, состоит из пары частиц, причем каждая пара представляет собой частицу и античастицу» [8, с. 54]. И когда человек, подумает о чем-нибудь отрицательном в своей жизни, то античастицы из общего торсионного поля начинают притягиваться и собираться у торсионного поля самого человека. При большом количестве таких частиц, возникают болезни человека. Таким образом, необходимо контролировать свои эмоции, чувства и мысли. Более того, укрепление торсионного поля человека, путем позитивного мышления, будет способствовать развитию стрессоустойчивости не только у преподавателей, но и у каждого человека. И точкой бифуркации для духовного роста может послужить создание позитивного мышления. И здесь напрашиваются вопросы: «позитивное мышление – это думать, что все хорошо? Смотреть на мир через «розовые очки»«? Конечно же, не так. Позитивное мышление – это эволюция нашего сознания. Согласно с теорией Академика Г.И. Шипова: «эволюция человека означает продвижение вверх по лестнице сознаний от грубо материального проявленного к тонкоматериальным мирам и мирам высшей реальности (Сверх сознание)» [8, с. 123].

Каким образом человек должен совершать данное продвижение, предлагалось индийским врачом-философом Нирмалой Шриваставой: «Это мета наука, она выше наук, потому что это касается единого целого… Примите это как гипотезу. Сахаджа Йога дает вам полную общую картину человеческого сознания …» [4].

Само слово «Сахаджа» в переводе с санскрита означает «спонтанно», а «Йога» – союз с самим собой, т.е. достижение Самореализации, которая является целью всех духовных традиций. Другими сло-

вами самореализация – это прямая связь сознания человека с Сверхсознанием.

Предложенная гипотеза, сформировало целостное учение и получило практические результаты. В основе учения лежит практическая медитация, в процессе которой сознание человека, соединятся с Сверхсознанием, и торсионное поле человека притягивает максимально большое количество положительных частиц торсионного поля. В результате этого, сознание человека постепенно изменяется, отрицательные мысли появляются все реже и реже (по теории должны совсем исчезнуть), соответственно меняется поведение человека в лучшую сторону и укрепляется здоровье, начинают развиваться творческие и профессиональные способности.

В процессе изучения влияния Сахаджа Йоги на различные сферы жизни человека, были получены научные результаты, доказывающие благотворное воздействие Сахаджа Йоги на физическое, эмоциональное и ментальное состояния человека.

Ряд исследований в настоящее время проводится в Австралии, России, Индии и Великобритании с целью показать терапевтический эффект Сахаджа Йоги на некоторые физиологические и психические заболевания и расстройства. Например, профессор *Умеш С. Раи, доктор медицинских наук, член совета Всемирной Организации здравоохранения, занимался исследованиями медицинских аспектов Сахаджа Йоги, в одной из работ констатирует: «практика* Сахаджа Йоги может помочь в ослаблении глубоко укоренившихся стрессов и напряженностей повседневной жизни, стать полезным методом в предупреждении, а также лечении психосоматических заболеваний» [7].

Другие исследовательские результаты, которые опубликовала Гостеева В.И. – заслуженный врач России и сделала заключение: «Занятия Сахаджа йогой дают неоспоримый эффект по всем исследованным проявлениям жизнедеятельности человека (психологическим, физиологическим и социальным)» [2].

Другими словами, человек, который практикует данное учение, становится психологически уравновешенным, здоровым, творческим и общественно-значимым. И точкой бифуркацией, в данном случае, будет желание человека получить соединение сознания Сверхсознанием, методом Сахаджа йоги: «Чтобы познать реальность, необходимо вступить в область мета науки, за пределы функций ума, что возможно только тогда, когда мы входим в коллективное сверхсознательное через самореализацию». [3, с. 242].

Таким образом, для достижения духовного роста, духовной гармонии, укрепления стрессоустойчивости, развития профессиональных способностей преподавателям мы рекомендуем: тренировать физическое тело и силу воли, учиться позитивно мыслить и демонстрировать свои полученные результаты студентам в ВУЗах и средне специальных заведений, с целью их приобщения к духовному равновесию.

Список литературы:

1. Всемирное писание. Сравнительная антология священных текстов / Индуизм. Бхагавадгита 5.23. Изд. «Республика». М., 1992.

2. Гостеева В.И. URL : http://www.metanauka.ru/ psi/index.html

3. Нирмала Шривастава. Мета современная эпоха. М. : Издательство «Известия», 2007. С. 242.

4. Развитие Сахаджа Йоги как мета науки в России. URL : http://russia-sahajayoga.ru

5. Сафиуллина М. И. Здоровье нации – основа процветания России: VIII Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием (24–25 апреля 2014 года. Анапа : Филиал Российского государственного социального университета в г. Анапе, 2014. С. 256–261.

6. Сафиуллина М.И. Современный методологический подход в гуманитар-

ном образовании // Эффективные инструменты современных наук. Материалы IX международной научно-практической конференции. Чехия. Прага, 2013. С. 82–85.

7. Умеш С. Раи Просветленная медицинская наука. М., 2004. URL : http://russia-sahajayoga.ru/metamodern-era/science/

8. Шипов Г.И. Теория Физического Вакуума в популярном изложении. М. : Кириллица-1, 2002. С. 54, 123.

9. Энциклопедия мудрости. Тверь : Издательство РООССА, 2013. С. 63.

УДК 614.1:616-053.71

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА ПРИ ОКАЗАНИИ СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ПЕНСИОННОГО ВОЗРАСТА

А.Г. Сердюков, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения с курсом постдипломного образования ГБОУ ВПО «Астраханский ГМУ», г. Астрахань, e-mail: camilla 79@rambler.ru»,

Е.В. Туровская, кандидат медицинских наук, старший преподаватель кафедры экстремальной медицины ГБОУ ВПО «Астраханский ГМУ», г. Астрахань,

О.И. Фоменко, кандидат медицинских наук доцент кафедры экстремальной медицины ГБОУ ВПО «Астраханский ГМУ», г. Астрахань

Аннотация: *представлен анализ качества жизни пациентов пенсионного возраста после стационарного лечения. В результате лечения улучшились физическая, возросла социальная активность, возрос эмоциональный статус, повысилась субъективная оценка эмоционального состояния, настроения и в целом, общего состояния здоровья, как у мужчин, так и у женщин. Достигнутые показатели (за исключением показателя психического здоровья) все же оказались ниже показателей здоровых людей, что, связано с возрастом пациентов, который не позволяет достигнуть им оптимального уровня качества жизни, даже на фоне лечения.*

Ключевые слова: *пенсионный возраст, лечение, качество жизни.*

Наиболее серьезной в настоящее время медицинской, социальной и экономической проблемой является старение населения России.

Перед государством стоит задача создать условия, при которых качественные услуги здравоохранения и социального обеспечения станут доступными во всех регионах и для всех социальных групп.

Здоровье населения России является одним из приоритетных условий роста экономического могущества государства. Вместе с тем, общество состоит из слоев и социальных групп, различающихся по политическим, социальным, экономическим, культурным, демографическим и иным признакам. [1, 2, 3, 4].

Астраханская область входит в зону демографического бедствия, так доля лиц пенсионного возраста превышает 21 % в общей структуре населения.

Последний отрезок их жизни характеризуется снижением социальной активности, отчуждением от прежних профессиональных и социальных обязанностей, физиологическими изменениями организма.

В последнее время были достигнуты определенные успехи в вопросах сохранения здоровья данного контингента населения не только в силу развития диагностики и лечения множества заболеваний, но и благодаря выделению гери-

атрии в самостоятельную область медицинского знания [1, 2, 3, 4].

Установлено, что события, происходящие в обществе, по-разному влияют на мужское и женское население, вызывая неодинаковые их реакции.

Гендер – совокупность социальных и культурных норм, которые общество предписывает выполнять людям в зависимости от биологического пола. Биологическая составляющая пола обусловливает специфические психофизиологические характеристики эмоциональной сферы и эмоционального реагирования, социально-психологическая – гендерные особенности поло ролевых отношений и стиля поведения, предписываемые социумом и культурой. Не биологический пол, а социокультурные нормы определяют, в конечном счете, психологические качества, модели поведения, виды деятельности, профессии мужчин и женщин.

Современный уровень социологических исследований позволяет получать достоверную информацию о состоянии здоровья и эффективности проводимого лечения отдельных социальных групп.

Цель настоящего исследования – оценка состояния и эффективности действующей системы организации стационарной медицинской помощи пациентам пенсионного возраста, разработка научно-обоснованных стратегических рекомендаций по ее оптимизации

Среди пациентов, поступивших на стационарное лечение:65,6 %составили мужчины (353 человека) и 34,4 % – женщины (185 чел.).

Исследование пациентов пенсионного возраста, поступивших на стационарное лечение, выявило их экономические, социальные, психологические характеристики.

Своему экономическому достатку пациенты дали следующую оценку: 67,1 % мужчин и 65,2 % женщин отметили, что живут бедно и вынуждены заботиться о дополнительном заработке; живут средне 17,2 % мужчин и 18,1 % женщин; ниже среднего – 14,1 % и 15,3 % (соответственно), только 1,6 %и 1,4 % (соответственно) отметили, что денег им хватает.

В целом же, своё здоровье пациенты пенсионного возраста оценивают весьма низко. Среди пациентов 72,4 % мужчин и 71,7 % женщин оценили здоровье как плохое или скорее плохое. 19,3 % мужчины 20,4 % женщин затруднились дать оценку.

На момент анкетирования лишь 54,3 % респондентов могли полностью обслуживать себя, а 45,7 % нуждались в помощи окружающих. На вопрос можете ли вы полностью обслуживать себя самостоятельно в повседневной жизни – 49,9 % мужчин и 50,6 % женщин ответили утвердительно, но без помощи окружающих близких, как правило, не обходится.

Уход осуществляли супруг/супруга – 51,1 %, дети – 23,3 %, внуки – 5,1 %, близкий друг – 3,9 %, соседи – 2,1 %. Услуги социального работника не очень популярны у изучаемой категории – их использовали только12,9 %.

Невысокий интерес к социальным услугам обусловлен также наличием больших очередей в Центрах социального обслуживания и их финансовой недоступностью – это отметили 10,2 %.

Значимость медицинской помощи они оценивают выше, чем социальной, т.к. квалификация социального работника и диапазон оказываемых им услуг существенно уже, чем в стационаре, а большая часть пациентов, по состоянию здоровья нуждается в оказании именно медицинских услуг.

Большинство пациентов пенсионного возраста отождествляют медицинскую и социальную помощь, отмечая в то же время, что в медицинской помощи они нуждаются в большей мере, чем в социальной.

Основной потребностью у них является установка на вызов скорой медицинской помощи (72,3 % мужчин и 81,9 % женщин) и на стационарное лечение (100 % независимо от пола).

Для оценки качества жизни [5] в настоящем исследовании использовали краткую форму опросника MedicalOutcomesStudyShortForm (SF-36).

Все пункты опросника сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100 баллами, где 100 баллов представляет полное здоровье.

Проведенное лечение в стационаре, как показало исследование, оказало положительное влияние на все показатели физического компонента качества жизни пациентов пенсионного возраста. Так, в результате проведённого стационарного лечения, показатель физического функционирования у пациентов увеличился в 1,6 раза – с 29,3 до 46,9 баллов у мужчин, у женщин пенсионного возраста в 1,5 раза – с 30,1 до 45,2 баллов.

Положительная динамика показателя указывает на расширение возможностей в переносе физических нагрузок, увеличения физической активности за счет улучшения здоровья у пациентов пенсионного возраста, независимо от пола.

На фоне лечения в стационаре уровень ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием, повысился у пациентов пожилого возраста с 6,9 до 9,3 баллов у мужчин и с 5,3 до 8,7 баллов у женщин.

Показатель интенсивности боли у пациентов пенсионного возраста увеличился с 46,3 до 56,5 баллов у мужчин и с 44,1 до 58,7 баллов у женщин, что характеризует снижение интенсивности боли.

Общая оценка состояния здоровья лиц пенсионного возраста к моменту выписки возросла в 1,37 раза у мужчин: с 34,2 до 47,0 баллов и в 1,3 раза у женщин с 32,7 до 42,5 баллов.

Лечение в стационаре позволило улучшить и все показатели, характеризующие психологический компонент здоровья.

У пациентов, как у мужчин, так и у женщин возросла жизненная активность, появилось определенное ощущение прилива сил и энергии. Показатель жизненной активности у мужчин увеличился с 32,9 до 43,1 баллов, у женщин с 33,3 до 44,1 баллов у пациентов пенсионного возраста. В то же время, уровень социального функционирования возрос у пациентов данной возрастной категории незначительно – с 51,2 до 56,1 баллов у мужчин и с 53,7 до 57,1 баллов у женщин.

Очевидно, это связано с тем, что лица пенсионного возраста в целом имеют, довольно низкий уровень социальных контактов, в большей степени обусловленный возрастом пациентов и в меньшей – плохим физическим и эмоциональным состоянием. Поэтому улучшение физического и эмоционального состояния положительно отражается на социальной активности больных.

Уровень ролевого функционирования, обусловленный эмоциональным состоянием, после стационарного лечения увеличился с 13,7 до 23,3 баллов у мужчин и с 15,3 до 24,4 баллов у женщин пенсионного возраста.

Положительная динамика данного показателя указывает на то, что в результате лечения у больных, за счет улучшения эмоционального состояния увеличились возможность и желание, выполнять хотя бы необходимую повседневную работу.

Показатель психического здоровья возрос незначительно у граждан пенсионного возраста – с 55,3 до 59,1баллов у мужчин и с 53,4 до 56,5 баллов у женщин; даже этот незначительный рост позволяет им приблизиться к уровню здоровых людей.

Проведенное лечение позволило улучшить все показатели, характеризующие как физические, так и психологические компоненты качества жизни пациентов пенсионного возраста. В результате улучшились физическая, возросла социальная активность, возрос эмоциональный статус, повысилась субъективная

оценка эмоционального состояния, настроения и в целом, общего состояния здоровья.

Как показало исследование, пациенты данной возрастной категории испытывают потребность в оказании медицинской помощи в большей степени, чем в социальной и склонны использовать стационарную медицинскую помощь, как универсальную для решения своих медико-социальных проблем.

Имеет место несоответствие получаемой медицинской помощи и потребностей пациентов данной возрастной категории. Необходимость в стационарной помощи они ассоциируют, в том числе и с социальной поддержкой (уход, общение, питание), то есть данный контингент нуждается не только в стационарной, но и социальной помощи.

Таким образом, их потребность в медицинской помощи латентно содержит в себе потребность в социальной помощи, хотя медицинские услуги являются более приоритетными для них.

Стационарную помощь данный возрастной контингент пациентов считает одновременно социальной поддержкой, что является основанием рассматривать расширение социальных услуг в условиях специализированного стационара (гериатрического) организационной моделью.

Считаем целесообразным организацию на базе одной из областных больниц региона областного клинического гериатрического центра.

Список литературы:

1. Арьев А.Л. Пожилой человек, его здоровье в контексте глобальных проблем современности, состояние и пути развития геронтологии/гериатрии // Состояние и тенденции социальной медицины и гигиены на рубеже XX–XXI веков: Сб. науч. тр. СПб., 2000. 187 с.

2. Валеева Р.М. Особенности клиники, диагностики и терапии инфаркта миокарда у лиц старшей возрастной группы / Р.М. Валеева, Л.А. Лещинский // Клиническая геронтология. 2001. № 5. С. 53–56.

3. Виноградова Р.Н. Социальные аспекты геронтопсихологической службы / Р.Н.Виноградова, А.М. Логунова, О.В. Лугинина, Н.А. Максимова // Социальная и клиническая психиатрия. 2002. № 2. С. 83–85.

4. Воробьев П.А. Изгои эры пенсионеров // Медицинский вестник. 2006. № 13. С. 19.

5. Решетников, А. В. Социология медицины: руководство. М. : Медицина, 2002. 976 с.

УДК 316.2

ПРОГРАММНЫЙ КОМПЛЕКС ДЛЯ АВТОМАТИЗАЦИИ РЕСТОРАННОГО БИЗНЕСА «EATONLINE»

Р.Р. Саакян, доктор технических наук, профессор, кафедра техносферной безопасности, математики и информатики Филиал Российского государственного социального университета в г. Анапа, ООО «Международная бизнес школа», г. Анапа, e-mail: rsahakyan@yahoo.com, shpekht@mail.ru, business@ibschool.biz,

И.А. Шпехт, кандидат технических наук, доцент, кафедра техносферной безопасности, математики и информатики, Филиал Российского государственного социального университета в г. Анапа, ООО «Международная бизнес школа», г. Анапа, e-mail: rsahakyan@yahoo.com, shpekht@mail.ru, business@ibschool.biz,

М.В. Соляник, Филиал Российского государственного социального университета в г. Анапа, кафедра техносферной безопасности, математики и информатики ООО «Международная бизнес школа», г. Анапа, e-mail: rsahakyan@yahoo.com, shpekht@mail.ru, business@ibschool.biz,

Т.А. Гасратов, Филиал Российского государственного социального университета в г. Анапа, кафедра техносферной безопасности, математики и информатики ООО «Международная бизнес школа», г. Анапа, e-mail: rsahakyan@yahoo.com, shpekht@mail.ru, business@ibschool.biz,

Ю.П. Тодарашко, Филиал Российского государственного социального университета в г. Анапа, кафедра техносферной безопасности, математики и информатики ООО «Международная бизнес школа», г. Анапа, e-mail: rsahakyan@yahoo.com, shpekht@mail.ru, business@ibschool.biz

Аннотация: *в статье рассмотрен принцип работы ПК АРБ «EatOnline» в едином информационном пространстве, поэтому вся информация о заказах по доставке готовых блюд доступна в реальном времени. Руководителю доступна оперативная отчетность по времени обслуживания, по причинам отказов, по задержкам в доставке, по работе персонала и т.п.*

За счет интеграции бизнес-процессов по доставке еды и заказа столиков в единую систему и исключения человеческого фактора ПК АРБ «EatOnline» позволяет существенно снизить издержки, обеспечивая бесперебойную работу на всех участках бизнеса, значительно повышает прозрачность и управляемость бизнеса в ресторанах с доставкой.

Ключевые слова: *интеграция бизнес-процессов, оперативная отчетность по времени обслуживания, издержки.*

В последнее десятилетие ресторанный бизнес в России является одной из самых динамично развивающихся сфер частного предпринимательства и переживает ощутимый подъем. Открывается множество заведений разной направленности, концепции и стиля. Но, как показывают исследования, ресторанный бизнес в целом связан с невероятным риском, занимая четвертое место в списке банкротств после магазинов одежды, мебельных и фотомагазинов. Каждый ресторатор заинтересован в укреплении своих позиций на рынке услуг в современных условиях развивающейся конкуренции. Требуется немало усилий, чтобы выделить свои преимущества перед клиентами в условиях широкого выбора.

В связи с этим, спрос на системы автоматизации ресторанов стабилен, а автоматизация стала здесь стандартом, необходимым условием конкурентоспособности бизнеса. Следует отметить, что в

среде русскоязычных рестораторов, поставщиков оборудования и ПО на сегодня сформировался устойчивый термин «автоматизация ресторанов». В нём заключаются сразу и обобщение, и наоборот, узкая трактовка смысла составляющих слов. В целом, сегодня в указанной сфере под термином «ресторан» подразумевается предприятие общественного питания, а «автоматизация» в данном случае, напротив, трактуется ограниченно и не затрагивает непосредственно производственные процессы (приготовление пищи), а касается только информационной составляющей бизнеса – формирование и оформление заказов, учёт, документооборот, продажи и другие процессы, связанные с обработкой данных в этой сфере.

Постановка задачи

В настоящий момент в России и странах СНГ количество автоматизированных предприятий общественного питания (ресторанов, кафе, фаст-фудов, корпоративных предприятий питания, их сетей и т.д.), исчисляется десятками тысяч и продолжает быстро расти. Во многом успех бизнеса определяют отличный сервис и оперативная работа персонала, а сочетание скорости и качества стало реальным благодаря возможностям автоматизации ресторана.

Многие рестораны, создав успешное заведение, задумываются об основании службы доставки готовых блюд, как дополнительного источника прибыли, а также возможности предоставления своим гостям дополнительного сервиса и средства для привлечения новых гостей. Доля доставки в обороте растет не только в фаст-фудах и демократичных ресторанах, но и в концептуальных ресторанах премиум-сегмента.

Оптимально организовать службу доставки в ресторане и обеспечить быстрый и эффективный сервис для клиентов поможет система автоматизации доставки еды, которая позволит автоматизировать процесс доставки готовых блюд собственного производства и других товаров клиентам ресторанов любого формата, от небольшого производства до крупной ресторанной сети.

Целью представленной работы является разработка программного комплекса для автоматизации ресторанного бизнеса «EatOnline» (ПК АРБ «EatOnline»), как интегрированной платформы организации единой службы доставки еды и заказа столиков кафе и ресторанов города. ПК АРБ «EatOnline» сделает работу службы доставки ресторанов эффективной, а скорость и качество обслуживания удобными и приятными для пользователей (гостей).

Система по управлению доставкой еды и заказа столиков в ресторанах

Программный комплекс АРБ «EatOnline» предназначен для автоматизации службы доставки блюд ресторанов, а также онлайн заказа столиков. Комплекс позволяет управлять процессом доставки на всех этапах – от приема заказа по телефону на доставку блюд до полного контроля его выполнения с момента поступления в производство и вручения клиенту [1].

ПК АРБ «EatOnline» может быть интегрирован как с существующей системой управления рестораном, так и быть реализован как сетевое автоматизированное рабочее место администратора, курьера и колл-центра. Основные справочники меню, список персонала, средства оплаты и другие объекты учета создаются и хранятся в ПК АРБ «EatOnline». Вся информация по реализации блюд через службу доставки попадает в отчеты ПК АРБ «EatOnline».

ПК АРБ «EatOnline» состоит из следующих модулей: «Администратор», «Клиент», «Курьер» и «Колл-центр». В системе предусмотрены все необходимые отчеты для контроля и планирования деятельность службы доставки и управления предприятием в целом.

Модуль «Администратор» предназначен для контроля выполнения заказа по доставке еды, бронированию столиков, поступившего от клиента. Модуль позволяет автоматически рассчитать

время реализации заказа, и разбить его по производственным цехам (по блюдам) используя разработанные авторами алгоритмы [2].

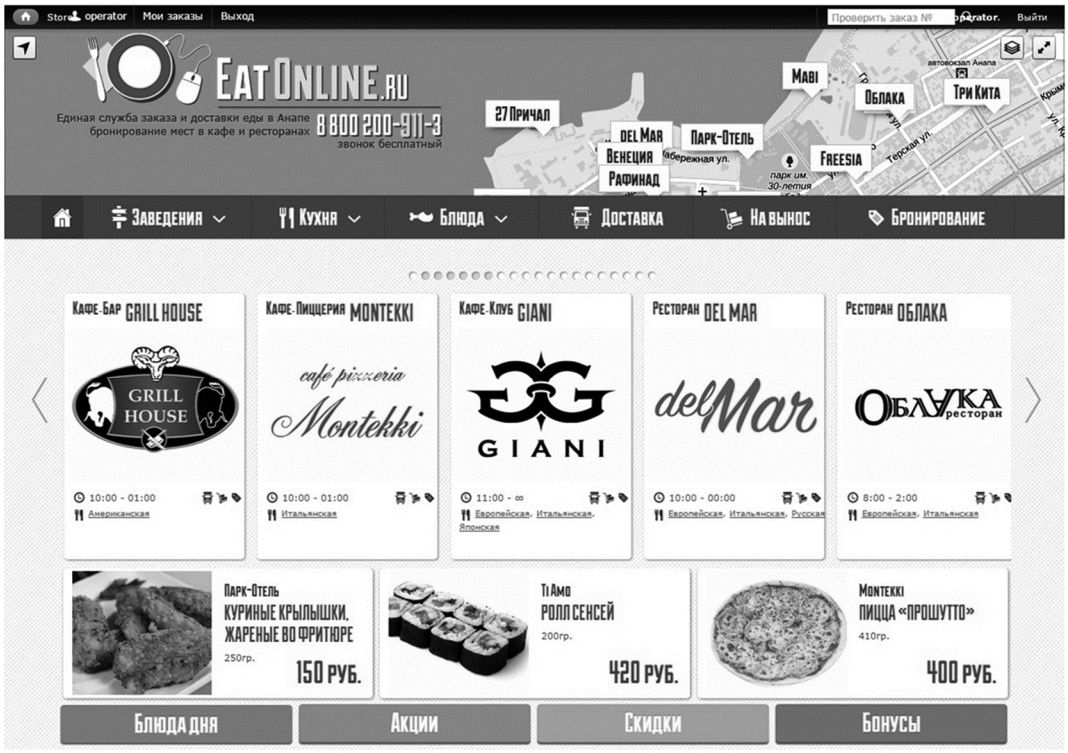


Рисунок 1 – Главная страница ПК АРБ «EatOnline»

Модуль обеспечивает выполнение следующих функций:

– оперативное отслеживание готовых к отправке заказов;

– назначение курьера;

– отметка о выполнении заказа;

– регистрация отказов клиентов.

Удобный графический интерфейс позволяет легко отслеживать заказы, готовые к отправке. Реализована возможность печати сопроводительных документов для курьера.

Модуль «Клиент» предназначен для оперативного оформления заказа по доставке еды, по бронированию столиков и передаче его на выполнение администратору заведения (модуль «Администратор»). Для упрощения оформления заказа в режиме реального времени реализовано формирование личного кабинета клиента.

Модуль обеспечивает выполнение следующих функций:

– ввод личных данных;

– выбор блюд из существующего меню;

– выбор типа заказа (на месте, самовывоз, доставка);

– выбор столика и даты посещения заведения.

После завершения оформления заказа реализована возможность отслеживания статуса заказа, как из личного кабинета, так и по номеру заказа из общедоступного ресурса.

Модуль «Курьер» предназначен для организации процесса распределения заказов между курьерами. Позволяет курьерам самостоятельно, без участия администратора, выбрать нужный заказ и распечатать накладную. Для персонализированного доступа сотрудников к данному приложению используется система аутентификации.

Модуль «Колл-центр «предназначен для приема заказов на доставку блюд в сети ресторанов. Прием и оформление заказов осуществляется оператором

центрального офиса. Затем заказ автоматически передается на ближайшее к клиенту производство. На каждом производстве процесс выполнения заказа контролируется своим администратором до момента вручения клиенту.

ПК АРБ «EatOnline» предусмотрены все необходимые отчеты, позволяющие руководителю контролировать и планировать деятельность предприятия в целом и службы доставки в частности:

– отчет по реализации на основе наряд-заказов;

– суммы заказов по клиентам;

– общий и частный отчеты по работе курьеров;

– отчет по времени работы курьеров.

Заключение

ПК АРБ «EatOnline» работает в едином информационном пространстве, поэтому вся информация о заказах по доставке готовых блюд доступна в реальном времени. Руководителю доступна оперативная отчетность по времени обслуживания, по причинам отказов, по задержкам в доставке, по работе персонала и т.п.

За счет интеграции бизнес-процессов по доставке еды и заказа столиков в единую систему и исключения человеческого фактора ПК АРБ «EatOnline» позволяет существенно снизить издержки, обеспечивая бесперебойную работу на всех участках бизнеса, значительно повышает прозрачность и управляемость бизнеса в ресторанах с доставкой.

Список литературы:

1. Симанков В.С., Шпехт И.А. Автоматизация системных исследований на основе неклассических подходов: монография. М. : Бином Пресс, 2012. 358 с.

2. Саакян Р.Р. Неклассические информационные технологии в управлении машинными агрегатами и производственными технологиями. Благовещенск : АмГУ, 2004. 216 с.

УДК 316.2

РАЗВИТИЕ РЫНКА ФИЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНЫХ УСЛУГ И ВОВЛЕЧЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН В МАССОВЫЙ СПОРТ

М.Х. Саидова, кандидат экономических наук, доцент, заведующая кафедрой физического воспитания ТГУКУл. Дехоти, ½, 734055, Душанбе, Республика Таджикистан, тел.: (+992)934444108, e-mail: Saidova-60@mail.ru

Аннотация: *в статье рассматриваются вопросы* развитие рынка физкультурно-спортивных услуг и вовлечение населения в массовый спорт. *Предложены рекомендации для дальнейшего* развития оказания физкультурно-спортивных услуг с учетом принятия дополнительных мер по финансированию со стороны государства, населением и предпринимателей.

Ключевые слова: *массовый спорт, управление, предпринимательство, рынок физкультурно-спортивных услуг, спортивные общества и федерации, финансирование.*

В современных условиях Республики Таджикистан большое значение придается развитию рынка физкультурно-спортивных услуг. Главным сегментом этого рынка является массовый спорт, который решает социально-экономические проблемы, такие как укрепление здоровья населения, отказ

от вредных привычек (курение, алкоголь), повышение уровня жизни и т.д.

Массовый спорт дает возможность миллионам людей совершенствовать свои физические качества и двигательные возможности, укреплять здоровье и продлевать творческое долголетие, а значит противостоять нежелательным воздействиям на организм современного производства и условий повседневной жизни [2, 3].

Важно заметить, что в Республике Таджикистан формируется современная система управления физической культурой и спортом, по сути подразумевающая разделение массового спорта и спорта высших достижений. Сравнивая практику управления физической культурой и спортом в Республике Таджикистан и за рубежом, можно проследить стремление внедрить в отечественную систему управления некоторые достижения зарубежного опыта, которые способствовали значительному развитию сферы спорта.

Использование на практике разделения компетенции органов исполнительной власти по вертикали и по горизонтали не дало того результата, который хотелось бы получить в отношении массового спорта.

Та система управления, которая действует в настоящее время, сохранила некоторые черты централизованной системы, но запросы социального характера, которые существуют, она не может удовлетворить. Кроме того, она не может четко и конкретно реагировать на их изменения [4, 5].

Мы считаем, что существующая система управления в настоящее время не в полную силу выполняет возложенные на нее функции и не способствует полному развитию физической культуры и спорта в стране и ее регионах.

Для решения этой проблемы необходимо создать научно-обоснованную систему управления массовым спортом, которая соотносилась бы с интересами государства, потребностями населения. Кроме того, ее функционирование должно способствовать экономической эффективности в деятельности всех организаций и учебных учреждений массового спорта.

В этом направлении основной целью государственной политики является создание благоприятных условий для развития разных отраслей физической культуры и спорта, а также привлечение населения к физическому воспитанию и спорту и более того – обеспечение массовости спорта и пропаганды здорового образа жизни. Массовый спорт – составная часть спорта, направленная на физическое воспитание и развитие граждан путем проведения физкультурных и спортивных массовых мероприятий.

После приобретения независимости в Республике Таджикистан большое внимание стало уделяться отрасли физической культуры и спорта как фактору, влияющему на воспитание людей.

Правительством Республики Таджикистан принят Закон «О физической культуре и спорте» № 243 от 5 марта 2007 года, цель которого создать все необходимые условия и средства для обеспечения эффективного функционирования и развития этой сферы [1].

Президент Республики Таджикистан Эмомали Рахмон 20 декабря 2010 года на встрече со спортсменами страны отметил, что предоставит льготы для предпринимателей, которые строят и безвозмездно передают в государственную собственность спортивные площадки и стадионы. Кроме того, предусмотрено увеличить в местных бюджетах финансирование сферы физической культуры и спорта и направлять часть перевыполненных бюджетных средств на развитие сферы физической культуры и спорта.

Комплексный анализ функционирования и развития спортивных организаций и федераций республики показал, что большой спрос у населения в Республике Таджикистан имеют не только виды мирового спорта, но и национальные виды спорта, которые укрепляют здоровье у населения. Таким образом, мы считаем, что существует необходимость привлечения населения к массовому спорту.

Несмотря на то, что в Республике Таджикистан имели место экономические и финансовые проблемы, для привлечения молодёжи к спорту и подго-

товки спортсменов международного класса Правительством страны были выделены финансовые ресурсы из имеющихся резервов [1].

В 2010–2014гг. в республике для этих целей Правительством страны было выделено более 680 млн сомони. Если в 2013 г. доля расходов сферы культуры и спорт в государственном бюджете составляли 3,7 %, то в 2014 г. они составляют 3,9 %. При этом общая сумма расходов за этот период возросла на 31,6 %. Важно то, что в республике с каждым годом увеличивается строительство спортивных комплексов и реконструкция действующих объектов, отвечающих мировым стандартам, за счет финансирования государством и развития государственно-частного предпринимательского партнерства. Только в 2014 г. были введены в строй новые спортивные комплексы в г. Душанбе, г. Кулябе, г. Худжанде, г. Хороге, г. Исфаре и др. [2].

Вместе с тем, несмотря на усилия со стороны государства направленные на развития физической культуры и спорта, для принятия участия наших спортсменов на мировой арене этой поддержки мало. Безусловно, нужно увеличить финансирование из государственного бюджета, а также финансирование со стороны предпринимателей.

Следует обратить особое внимание на то, что после приобретения независимости начальные годы были очень трудными из-за политического, экономического и социального положения в республике. Не хватало средств, а также факторы, которые отрицательно повлияли на физкультурно-спортивную отрасль. Население страны меньше стало заниматься физической культурой и спортом. В это время многие спортивные комплексы, залы и площадки были переданы в собственность предпринимателям, которые стали строить на этих местах жилые дома и другие объекты.

Анализ показал, что если в республике в настоящее время будут функционировать все спортивные объекты, то всего 15–23 % жителей будут охвачены физической культурой и спортом.

Для эффективного развития массового спорта необходимо стимулирование, т.е. привлечь в массовый спорт юридические и физические лица. Изучение зарубежной практики показало, чтобы вовлечь население в массовый спорт, нужно его заинтересовать с экономической точки зрения. Например, в зарубежных странах плата за детей, которые занимаются в спортивных секциях у родителей вычитывают эту сумму из доходов, которые подлежат обложению подоходным налогом. У нас в республике такая практика отсутствует. Руководители организаций и предприятий положительно относятся к тому, что их сотрудники занимаются физической культурой и спортом. В связи с этим перспективным является регулирование услуг массового спорта со стороны государства и эти услуги должны быть доступны для всего населения страны. Необходимо отметить, что отсутствует единый механизм управления ресурсами массового спорта, поэтому это приводит к неэффективному выделению финансовых средств, происходит злоупотребление чьих-либо интересов, т.е. не дают развиваться спортивной инфраструктуре в Республике Таджикистан.

С другой стороны, чтобы спортивные объекты, залы и площадки соответствовали международным стандартам, нужно в них разместить современные оборудования.

Другая проблема состоит в совершенствование системы управления отрасли физической культурой и спортом. В настоящее время в республике функционируют и развиваются 106 спортивных федераций, некоторые из них имеют свои возможности для того, чтобы развивать свою деятельность (например, национальная федерация джиу-джитсу, руководитель Давлатов Алиджон).

Многие федерации не хотят агитировать и привлекать молодёжь к массовому спорту. Потому что они ограничиваются спортивными достижениями, которые ими запланированы в их деятельности, а также принятие участий на международных соревнованиях, а чтобы развивать

свою деятельность в других спортивных видах, они даже не стремятся, т.е. они не принимают никаких мер для массового развития спорта в стране.

На сегодняшний день спортивные федерации стали самостоятельными и закрытыми организациями, но самая главная их задача – это массовый спорт, и те решения, которые ими были приняты, не отвечали спортивным нормам и требованиям времени.

В некоторых спортивных федерациях были выявлены непрозрачности в финансовой деятельности. Для того чтобы провести спортивное соревнование их финансировали государственные органы, международные федерации и предприниматели. Следовательно, мы считаем, что соответствующие органы должны проконтролировать финансовые средства, которые предназначены для организации и проведения спортивных соревнований.

Таким образом, для эффективного развития массового спорта, необходимо: во-первых – развивать олимпийские виды спорта, которые приемлемы для нашей республики, чтобы больше наших спортсменов принимали участие на олимпийских играх, а во-вторых – обеспечить полное финансирование в рамках отраслевых программ.

Для подготовки спортсменов международного класса, и для завоевания призовых мест на олимпийских играх, необходимо чтобы Комитет по делам молодежи, спорту и туризму и Национальный олимпийский комитет занимались не только финансовыми вопросами, но также решали вопросы по привлечению спонсоров, а также находили пути по привлечению внебюджетных средств.

Средства массовой информации должны больше освещать темы физической культуры и спорта, должны больше вести агитацию и пропаганду [7, с. 135].

Также необходимо соответствующим структурам вести контроль по качественному строительству спортивных комплексов, спортивных залов и площадок в городах, районах, особенно в сельской и горной местности [6, с. 208].

В целом успешное решение о вышеуказанных проблем позволяет значительно повысить эффективность оказываемых физкультурно-спортивных услуг и обеспечить необходимые условия для привлечения населения Республики Таджикистан в массовый спорт.

Список литературы:

1. Закон Республики Таджикистан «О физической культуре и спорте» № 243 от 5 марта 2007 года. Постановление Маджлиси намояндагони Маджлиси Оли Республики Таджикистан, г. Душанбе, 20 декабря 2006 года № 429.

2. Бальсевич В.К. Актуальные проблемы модернизации системы массового физического воспитания детей, подростков и молодежи России на основе интенсивного освоения педагогической практикой ценностей национальной и мировой спортивной культуры // Дети России образованны и здоровы: Материалы научно-практич. конф. г. Кировск (Мурманской обл.) 28–29 окт. 2004 г. М. С. 21–25.

3. Вапнярская О.И. Зарубежный опыт управления массовым спортом // Менеджмент в России и за рубежом. 2003. № 3. С. 30–35.

4. Галкин В.В. Экономика и управление физической культурой и спортом. Ростов на Дону : Феникс, 2006. 44 с.

5. Кузин В.В., Золотов М.И. Менеджмент и экономика физической культуры и спорта: Учебное пособие для студ. вузов. М. : Академия, 2004. 432 с.

6. Раджабов Р.К., Саидова М.Х., Дусматов Б. Совершенствование механизма государственной поддержки инновационного предпринимательства в сфере услуг Республики Таджикистан // Вестник Таджикского национального университета № 2/7(124). Душанбе «Сино», 2013. С. 203–210.

7. Степанова О.Н. Маркетинг в сфере физической культуры и спорта. 2-е изд. стереотип. М. : Советский спорт, 2005. 256 с.

УДК 159.9

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ

С.Б. Селезнёв, доктор медицинских наук, доцент, доцент кафедры социальной работы, психологии и социального права филиала ФГБОУ ВО РГСУ в г. Анапе, e-mail: selsb2@mail.ru,

Г.И. Золотова, кандидат педагогических наук, доцент, заведующий кафедрой социальной работы, психологии и социального права филиала ФГБОУ ВО РГСУ в г. Анапе,

Т.М. Матвеева, старший преподаватель кафедры социальной работы, психологии и социального права филиала ФГБОУ ВО РГСУ в г. Анапе,

Е.А. Энис, магистрант РГСУ в г. Анапе направления «Социальная работа», преподаватель кафедры социальной работы, психологии и социального права филиала ФГБОУ ВО РГСУ в г. Анапе

Аннотация: *в статье рассматриваются медико-социальные аспекты суицидального поведения детей и подростков Краснодарского края, анализируются основные факторы его формирования, мотивационные и динамические аспекты суицидальной активности с целью разработки и организации эффективных мероприятий, направленных на профилактику суицидов в молодёжной среде региона.*

Ключевые слова: *суицидальное поведение, суицидальные попытки, дети и подростки, завершённый и незавершённый суициды, причины и динамика суицидов.*

Среди многочисленных проблем современного человечества особое место занимают проблемы суицидального поведения человека. Суицидальная проблематика во все времена вызывала неизменно высокий интерес, как у рядовых граждан, так и у различных исследователей и специалистов от религиоведческих и гуманитарных до медико-биологических научных направлений. Эта же тематика через инстинктивное «стремление к смерти» («Бог Смерти – Танатос» З. Фрейда) наряду со «стремлением к любви» (репродукция) дополняет и делает завершённым психологическую теорию личности в психоанализе. Тема смерти и суицида уходит корнями в глубокое доисторическое прошлое человеческих цивилизаций, и находит своё отражение в многочисленных мифах, легендах, религиозных культах, ритуалах, храмовых и духовных практиках (древнегреческий эпос, жертвоприношения язычников, древних иудеев, индейцев Майя и Ацтеков, духовные практики индийских йогов, японских самураев, и др.). Даже добровольное принесение себя в жертву за «грехи человеческие» Иисуса Христа в определённой мере также отражает данную проблематику, но с точки зрения христианской морали трактуется как религиозный подвиг, укрепивший христианскую веру в бессмертие души и возможность воскрешения из мёртвых.

Между тем, добровольный уход из жизни, какими бы мотивами он не объяснялся, в настоящее время расценивается далеко неоднозначно, и в основном трактуется специалистами, по меньшей мере, как отклоняющееся поведение. В случаях же с недостаточно выясненными мотивами суицида или же при его реактивном (аффективном, депрессивном) запуске речь чаще идёт о болезненном изменении психического здоровья. Недаром практически во всех основных религиях (кроме известных радикальных экстремистских направлений) суицид сегодня рассматривается как тяжкий грех, указывающий на

потерю веры в промысел Божий и нарушение его замысла.

В настоящее время, относительно свободное от влияния культовых и религиозных воззрений, практически во всех странах мира самоубийство рассматривается как одна из ведущих причин смерти населения, что негативно отражается на социально-экономическом благосостоянии общества и характеризует уровень его психического здоровья. Несмотря на эту негативную оценку, по данным международных организаций ежегодно из жизни посредством суицида уходят более 1 миллиона землян, а к 2020 году по прогнозам ВОЗ эта цифра может возрасти до 1,5 миллионов. При этом в результате самоубийств в единицу времени людей умирает больше, чем в результате войн и насильственных убийств, вместе взятых. Сегодня средний показатель завершённых самоубийств в мире составляет 15,1 на 100 000 населения. При этом низким уровнем принято считать до 10 суицидов, средним – 10–20 суицидов, высоким – более 20 на 100 000 населения [1; 2].

По распространённости (частоте) случаев суицида, как бы этот не показалось парадоксальным, в последние 50 лет уверенно лидируют развитые страны. В частности, до начала 90-х годов XX века в мировой суицидальной статистике традиционно лидировала Венгрия (до 37 суицидов на 100 000), а к началу XXI века стабильное первенство перешло к странам Балтии и Восточной Европы, где наивысший уровень суицидов был зафиксирован в Литве (46,5 на 100 000). Сегодняшним мировым лидером по суицидам является Швеция – одна из самых социально благополучных стран мира (более 40 на 100 000). Наиболее низкий суицидальный рейтинг у развивающихся стран: Гватемала и Филиппины (по 0,5 на 100 000). Однако из-за относительно низкого уровня развития в этих странах медицины и судебно-медицинской экспертизы нельзя исключить заниженного уровня выявления суицидов, как истинной причины смерти и дифференциации его от других причин (несчастный случай в быту или на производстве и др.)

Общероссийские показатели по завершённым суицидам за последние 20 лет также были весьма высокими (на уровне 30–40 на 100 000 населения), а в Краснодарском крае в определённые годы даже превышали средние по России значения (42,2 на 100 000 населения) [3; 4].

Пик суицидальной активности в РФ пришёлся на середину 90-х, когда средние значения умерших в результате суицида лиц находились на уровне 40–42 на 100 000 населения. При этом, у российских граждан практически постоянно наиболее высокие показатели суицидальной активности наблюдались среди сельского населения (до 52–54 на 100 000 – 1994–1996 г. и до 54–55 на 100 000 – 2001–2002 гг.). Однако, в последние годы в РФ наметилась отчётливая тенденция к снижению уровня суицидов. Так, если в период 2004–2005 гг. в среднем регистрировалось от 36 до 38 суицидов на 100 000 населения, то в 2006–2008 гг. этот уровень уже не превышал 30 на 100 000. В последние 5 лет в России в среднем регистрируется 20–25 суицидов на 100 000 населения с продолжающейся тенденцией к снижению. Более того, по данным ВОЗ в России в период 2013–2014 гг. приходилось не более 19,5 случаев самоубийств, что фактически переводит нашу страну из «зоны высокого суицидального риска» (20 случаев) в «зону суицидального риска среднего уровня» (10–20 случаев).

Несмотря на эти в целом положительные изменения, проблема суицидов в России не перестаёт быть актуальной, что связано с её небывалым «возрастным дрейфом» в сторону молодёжи, детей и подростков.

До недавнего времени считалось, что наиболее суицид опасными являются три возрастных периода: юношеский (15–24 года), средний (45–50 лет) и особенно старческий (после 70 лет). И в этом рейтинге традиционно преоблада-

ли более старшие возрастные периоды. Но за последние 20 лет учёные-суицидологи всего мира стали отмечать отчётливое «омоложение суицида»: самоубийство становится второй-третьей ведущей причиной смерти среди молодых людей в США, Швеции, Австрии, Швейцарии, Германии, Голландии, Англии, Австралии, Японии, Кореи и других развитых странах [3; 4].

Современная Россия в этом плане не только не является исключением, но и даже лидирует по количеству детских и подростковых самоубийств в Европе. По данным ВОЗ, в нашей стране ежегодно заканчивают жизнь самоубийством около 200 детей и 1,5 тысячи подростков. Суициды обусловливают примерно 12 % общей летальности в детско-подростковой возрастной группе. Уточнённые данные государственной статистики в России свидетельствуют, что частота суицидальных действий среди молодежи за последние 20 лет удвоилась и составляет сегодня 12,7 % от общего числа умерших от неестественных причин. Однако, эти официальные статистические данные могут оказаться и существенно заниженными, в связи с тем, что далеко не всегда экспертам-медикам удается отличить самоубийства от несчастного случая или преднамеренного убийства. Особенно если смертельным орудием являются современные синтетические наркотические средства: в этом случае (если нет «предсмертной записки» или дополнительной следственной информации) отличить случайную передозировку от целенаправленного обдуманного суицида или насильственной смерти крайне затруднительно.

Не случайно, что данный вопрос стал сегодня предметом пристального профессионального внимания Следственного комитета РФ. В частности, по данным СК РФ в 2013 году в РФ было официально зафиксировано 461 случай суицидов среди детей и более 1,5 тысяч среди подростков – т.е. в РФ ежедневно кончают жизнь самоубийством 1–2 ребёнка и 4–5 подростков. По мнению официального представителя СК РФ Владимира Маркина, главная причина детско-подростковых суицидов – «банальное безразличие и безучастие окружения к детским переживаниям» и проблемам подростков, а в целях профилактики необходима «не только социально-психологическая поддержка в учебно-воспитательных учреждениях, но и комплекс целенаправленных мер в отношение, как самих детей, так и их родителей».

Вместе с тем, по мнению руководителя отдела экологических и социальных проблем психического здоровья ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, проф. Б.С. Положего, частота подростковых суицидов в России на протяжении последних 7–8 лет стабилизировалась и находится на одном уровне (19–20 на 100 000 чел.). При этом, различия в суицидальной смертности подростков на территории РФ существенно разняться. В частности, по статистке 2010 г. их максимальная частота была характерна для Чукотского АО (255,4 на 100 000), а минимальная – для Чеченской республики (2,3 на 100 000). Низкие показатели подростковых суицидов в 2010г. зафиксированы также в Дагестане (3,1), Ставропольском крае (3,2), Рязанской области (3,2), Москве (3,4), а наиболее высокие, помимо Чукотского АО, на Алтае (70,9), в Бурятии (70,4), Читинской области (70,4), Калмыкии (61,2), Якутии (55,1), Тыве (54,8) и Хакасии (49,1).

В большинстве случаев суициды совершают вполне нормальные, психически здоровые дети и подростки – 80 %, и лишь 20 % – относятся к группе психически больных. Анализ обстоятельств и причин самоубийств несовершеннолетних, проведенный Генеральной Прокуратурой России, показывает, что 62 % этих суицидов связано с семейными конфликтами и неблагополучием, боязнью насилия со стороны взрослых, бестактным поведением педагогов, конфликтами с учителями, друзьями, одноклассниками,

черствостью и безразличием окружающих. Единственным «утешительным» обстоятельством является то, что по статистике лишь 10–15 % суицидальных попыток детей и подростков являются завершёнными, и в большинстве случаев имеют целью лишь привлечь внимание окружающих (друзей, родителей, педагогов) к своим психологическим проблемам.

Специальные комплексные социально-психологические исследования, проведённые в конце 90-х годов в РФ указывают на преобладание у молодых людей следующих суицидальных мотивов: 1) переживание обиды, одиночества и непонимания; 2) действительная или мнимая утрата любви родителей, неразделённое чувство и ревность; 3) чувство вины, стыда, оскорблённого самолюбия; 4) боязнь позора, насмешек, унижения; 5) страх наказания, нежелание извиниться; 6) любовные неудачи, нелепые вспышки разочарования; 7) чувство мести, злобы, протеста, угроза, вымогательство; 8) желание привлечь к себе внимание, вызвать сочувствие, уйти от трудной ситуации; 9) сочувствие или подражание товарищам, героям книг или фильмов [1; 4].

Главный психиатр МЗ России Зураб Кекелидзе указывает ещё на одну причину детского (подросткового) суицида. Нельзя не огласиться с его мнением, отражающим основополагающие каноны пренатальной психологии, что проблем детским психиатрам прибавляют ещё и «успехи акушерства»: сейчас выхаживают детей не только с выраженной недоношенностью, у которых имеются значительные проблемы с формированием ЦНС, но и нежеланных «нелюбимых» детей. Родители должны заботиться о будущем ребёнка ещё на стадии беременности. Если ребёнка (как до рождения, так и после него) в семье не любят, то, попадая во взрослый мир, он испытывает эмоциональные супернагрузки, справиться с которыми без навыка получения искренней любви и поддержки ближайшего окружения он не может. В результате это формирует у него эмоциональную безысходность и побудительный мотив суицида.

Проблема молодёжных суицидов не обошла стороной и относительно благополучный в социально-экономическом плане Краснодарский край. Сегодня Краснодарский край (Кубань) занимает третье по численности проживающего населения среди субъектов Российской Федерации (после Москвы и Московской области). По данным Росстата на его территории проживает около 5,5 млн человек, из которых 53 % составляет городское, а 47 % – сельское население. Плотность населения приближается к 70 человек на 1 кв. км., что значительно превосходит средний показатель по РФ.

По данным современных краевых исследований, ведущими факторами, приводящими к реализации суицидальных намерений у проживающих здесь детей и подростков явились: длительные стрессовые условия жизни большинства семей, жестокое обращение с детьми, физическое и моральное насилие, социальное сиротство, авторитарная педагогика (дидактогении) [3].

В относительно более старшей возрастной группе молодёжи (14–35 лет) по данным родственников и ближайшего социального окружения ведущими факторами формирования суицидального поведения были злоупотребление алкоголем (46,4 % случаев), наркотическими и другими психоактивными веществами (7,3 %), а также их сочетанное употребление. При этом, 6,1 % молодых людей состояли на учёте в наркологическом диспансере. У 17,3 % суицидентов имелись признаки наличия психической патологии и чуть более половины из них состояли на учёте у психиатра. Непосредственной причиной суицида в 30,2 % случаев стало изменение психического состояния вследствие употребления алкоголя, а в 28,5 % случаев их ведущей причиной было конфликтное поведение (ригидные установки близких, педагогов,

круг общения, молодёжная, социальная среда). При этом обращает на себя внимание высокий удельный вес (18,4 %) внутри личностной конфликтности. В определённой причинно-следственной связи наряду с указанными причинами находятся различные материальные потери и неудачи (10 %). Помимо этого, у исследователей вызывает глубокую озабоченность, что 44,1 % суицидентов ранее заявляли о своих намерениях покончить жизнь самоубийством, а для 31,8 % суицидальная попытка была уже не первой. Обращает на себя внимание и тот факт, что 30 % суицидентов-учащихся (школы, ССУЗы, ВУЗы) имели те или иные соматические заболевания, а 2,8 % являлись инвалидами по психическому заболеванию [6].

Мы проанализировали основные причины и динамические аспекты суицидальной активности у детей и подростков Краснодарского края и отдельного муниципального образования города-курорта Анапы за последние 10 лет. Главная особенность этой динамики по Краснодарскому краю заключается в следующем: в 2004 году было зафиксировано лишь 93 суицида (30 – завершённых и 63 – незавершённых); в 2005г. – 127 (33 – завершённых и 94 – незавершённых). С этого периода до начала 2012 года количество завершённых суицидов в крае находилось на уровне 25-30 в год, а количество незавершённых неуклонно увеличивалось (до 200 случаев в год). При этом, соотношение завершённых и незавершённых суицидов в динамике изменялось в сторону относительного увеличения последних: от 1 : 3 до 1 : 6. Максимальное количество официально зафиксированных завершённых и незавершённых суицидов среди кубанской молодёжи пришлось на период 2007–2011 гг.

В частности, за период 2007 года в Краснодарском крае было зафиксировано 196 суицидальных попыток у детей и подростков, среди которых 26 (13,3 %) завершённых и 170 (86,7 %) незавершённых суицидов. Среди завершённых суицидов было 4 детей (15,4 %) и 22 подростка (84,6 %). Большинство смертей в результате завершённых суицидов было зарегистрировано в Темрюкском районе (3 случая), а также в Анапе, Брюховецком, Лабинском, Мостовском, Новокубанском районах и г. Сочи (по 2 случая). Типология завершённых суицидов была представлена в основном повешением 22 (84,6 %), падением с высоты – 2 (7,7 %), медикаментозным отравлением и огнестрельным ранением в грудь – по 1 чел.

Среди незавершённых суицидов превалировали медикаментозные отравления – 141 (82,9 %), реже наблюдались вскрытие вен – 20 (11,7 %), отравление алкоголем и наркотиками, попытки повешения – по 3 чел. (1,8 %).

Среди суицидентов 2007 года по возрасту значительно преобладали подростки 15–17 лет – 160 человек (81,6 %), что было характерно как для завершённых – 22 (84,6 %), так и для незавершённых суицидов – 138 (86,3 %). Необходимо отметить, что среди незавершённых суицидов преобладали девочки – 139 чел. (81,8 %), а среди завершённых мальчики – 18 чел. (69,2 %).

Основными причинами их суицидального поведения были: конфликтные отношения в семье, школьные конфликты, авторитарные методы воспитания родителей, педагогов, насилие, отвержение, пьянство родителей, ссоры с друзьями, неразделённая любовь, унижение и другие.

Вместе с тем, в последние 2–3 года в Краснодарском крае наблюдается позитивная динамика снижения суицидальной активности населения. В частности, по сравнению с 2012 годом смертность населения от суицидов снизилась на 4,7 %, а среди детей и молодёжи (до 35 лет) этот показатель уменьшился на 3,2 %. Однако, в отдельно взятой группе несовершеннолетних (до 18 лет) зафиксирована, напротив, негативная тенденция 2–3 %-го роста. И большая часть этих детей и подростков из вполне благополучных и материально обеспеченных се-

мей. Среди относительно новых причин суицидов чаще всего фигурируют конфликты с преподавателями (дидактогении), проблемы с подготовкой и сдачей ЕГЭ, негативное влияние суицидально ориентированной телевизионной и интернет-информации. И это несмотря на то, что в 2012 году был принят Федеральный закон № 139-ФЗ, запрещающий распространение в Интернете информации о способах совершения самоубийства, а так же призывов к его совершению.

Сопоставимые с краевыми тенденции суицидальной активности детей и подростков в целом были характерны и для города-курорта Анапы, где показатели завершённых и незавершённых суицидов до 2011 года имели схожую динамику. Количество незавершённых суицидов в этот период находилось на уровне 7–10 случаев в год, а завершённых – 1–2 случая.

Анализ типологии завершённых суицидов указывает на преобладание повешения (до 100 %) и падения с высоты (до 50 %), а незавершённых – на преобладание медикаментозных и смешанных отравлений (до 80–85 %). Пик молодёжной суицидальной активности в Анапе, как и по краю в целом, пришёлся на период 2008–2011 гг., а с 2012 г. стала наблюдаться отчётливая тенденция к её снижению. На протяжении последнего 2014 года было официально зафиксировано лишь 4 суицидальных попытки среди несовершеннолетних: 1 – юноша завершённый суицид и 3 девушки – незавершённые (демонстративные) суициды. Все случаи незавершённого суицида были связаны с попыткой отравления лекарственными средствами и средствами бытовой химии (яды для борьбы с грызунами и насекомыми). Мотивами суицидальных попыток явились конфликтные отношения с друзьями, родными и близкими, а также «безответная любовь».

Резюмируя сказанное выше, следует подчеркнуть, что в отношении суицидальной активности детей и подростков Краснодарского края в последние годы наметились позитивные изменения в виде отчётливой тенденции к снижению её уровня. По-видимому, это является отражением активно проводимой с 2007 года руководством края комплексной молодёжной политики, направленной на сохранение здоровья детей и подростков, защиту их прав и свобод, борьбу с беспризорностью и безнадзорностью, алкогольной и наркотической зависимостью, семейным насилием и социальным сиротством, развитие детского и юношеского спорта и туризма. Вместе с тем, сделанного в этом направлении ещё явно недостаточно, что требует дальнейшего развития этой работы с более активным вовлечением в неё максимального количества участников, входящих в состав непосредственного социального окружения наших детей и подростков (семья, школа, друзья, спорт), с обязательным привлечением к её реализации опытных высококвалифицированных специалистов помогающих профессий (социальных и клинических психологов, социальных педагогов, детских и подростковых врачей-психиатров и психотерапевтов).

Список литературы:

1. Амбрумова А.Г. Клинико-психологическое исследование самоубийств // Социальная и клиническая психиатрия. 1998. № 4. С. 65–72.

2. Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. Этно-культуральные особенности суицидального поведения // Этнокультуральная психиатрия. М., 2003. С. 269–371.

3. Косенко В.Г., Вакула И.Н., Васянина Ю.Ш. Проблемы суицидального поведения детей и подростков Краснодарского края // Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья. III Международный конгресс. Казань, 2006. С. 342–343.

4. Красильников Г.Т., Косенко Н.А., Мишин Н.А. Нить Ариадны: профилактика суицидов в молодом возрасте.

Ейск – Краснодар : Изд-во «Советская Кубань», 2011. 133 с.

5. Письмо Департамента здравоохранения Краснодарского края главам муниципальных образований от 19.03.2008 г. № 48.04-111-1/08-14.

6. Редько А.Н., Хан В.В., Пильщиков В.В., Кравцова М.С., Губарев С.В. К вопросу о самоубийствах в молодёжной среде // «Здоровье населения – основа процветания России»: Материалы VI Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, 25–26 апреля 2012 года. Анапа : Изд-е филиала РГСУ в г. Анапе, 2012. С. 238–240.

УДК 658.155

АНАЛИЗ КАК НЕОТЪЕМЛИМАЯ МЕРА ПРЕВЕНТИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЧЕЛОВЕКА И ПРЕДПРИЯТИЯ ДЛЯ ПОСЛЕДУЮЩЕГО ОЗДОРОВЛЕНИЯ

Е.В. Сатина, магистрант 2 курса кафедры экономики филиала РГСУ в г. Анапа, e-mail: ex-pozitt@mail.ru,

Е.В. Винникова, кандидат экономических наук, доцент кафедры экономики и предпринимательского права филиала РГСУ в г. Анапа, e-mail: ele_68@mail.ru

Аннотация: *в статье рассмотрены понятия превентивной диагностики предприятия, как основного метода, состоящего из множеств видов анализов финансовой устойчивости предприятия для выявления «болевых точек» слабых сторон и последующего его оздоровления.*

Ключевые слова: *финансовая устойчивость, финансовый анализ, финансовое оздоровление, превентивная диагностика.*

Бухгалтерия привыкла оперировать главным образом абсолютными показателями. Но только по ним даже при самом пристальном «разглядывании» чрезвычайно сложно судить о том, успешно ли работает предприятие. Здесь на помощь руководителю приходят методики, позволяющие с помощью системы относительных показателей, вычисляемых на базе данных стандартной отчетности, получить картину финансового состояния своего предприятия и на основе мониторинга этих показателей в течение определенного промежутка времени принимать правильные управленческие решения [6].

Если мы исходим из того, что предприятие должно рассматриваться как механизм, пребывающий в состоянии непрерывного совершенствования своей деятельности, то естественно возникает вопрос, с чего начать этот процесс. Комплекс диагностических процедур является очевидной стартовой фазой любого процесса реструктуризации. Подобно тому, как больной человеческий организм нуждается в основательной диагностике перед началом лечения, предприятие должно пройти не менее основательную диагностику прежде, чем приступить к трансформации. Данная аналогия является весьма уместной, многие западные финансовые менеджеры используют термин «финансовое здоровье» (Financial Health), финанс диагностика предприятий [5].

Отличительной чертой надежного и устойчивого предприятия является его способность отвечать по своим обязательствам вовремя и в полном объеме. Платежеспособность означает наличие у предприятия денежных средств и их эквивалентов, достаточных для расчетов по кредиторской задолженности, требующей немедленного погашения. Оценить пла-

тежеспособность и надежность и спрогнозировать изменение его платежеспособности в будущем можно на основании данных финансовой отчетности. Для этой цели можно использовать так называемый экспресс-анализ. Исходной информацией для анализа являются данные бухгалтерского учета. Используются всего две основные формы – баланс (отчет о финансовом положении) и отчет о прибылях и убытках (отчет о совокупном доходе) [4].

Экспресс-анализ позволяет предприятиям обнаружить свои «болевые точки». Но чтобы разобраться в причинах их возникновения, необходимо использовать расширенный набор финансовых данных. Поэтому для глубокого анализа в качестве источника информации предприятию полезно использовать не только баланс и отчет о прибылях и убытках, но и отчеты о движении денежных средств и капитала, данные дебиторской и кредиторской задолженности, расшифровки прибылей и убытков [6].

Получить информацию о качественных изменениях в структуре средств предприятия и их источников, а также об их динамике возможно с помощью вертикального и горизонтального анализа отчетности.

Горизонтальный анализ (анализ динамики) заключается в сравнении показателей финансовой отчетности с показателями предыдущих периодов. Под прицелом – анализ резких изменений статей в динамике и сравнение изменений разных статей отчетности. Вертикальный анализ проводится в целях выявления удельного веса отдельных статей отчетности в общем итоговом показателе и последующего сравнения результата с данными предыдущего периода. В качестве первого этапа рекомендуется визуальное сравнение показателей статей баланса текущего периода с прошлыми. Это может сказать о многом [4].

Анализ финансовой устойчивости:

Одной из основных задач анализа ликвидности и платежеспособности предприятия является оценка степени близости предприятия к банкротству – экономической несостоятельности. Предприятия, у которых показатели ликвидности и платежеспособности ниже установленных норм и имеют тенденцию к ухудшению, могут быть признаны финансово неустойчивыми. Ликвидность – это скорость превращения в денежные средства активов компании.

Коэффициент текущей ликвидности покажет, способна ли теоретически компания покрыть свои текущие обязательства, если все активы (дебиторская задолженность + товарно-материальные запасы + денежные средства всех категорий) будут направлены на покрытие задолженности.

Коэффициент быстрой ликвидности поможет определить, способна ли компания сделать то же самое, не используя товарно-материальные запасы, на реализацию которых нужно больше времени, чем на «обналичивание» всех других видов активов.

Коэффициент абсолютной ликвидности рассчитывается аналогично предыдущему показателю, но с использованием лишь денежных средств и при задействовании депозитов.

Чистый оборотный капитал – индикатор, указывающий на превышение текущих активов к текущей задолженности в абсолютном значении. Используется как самостоятельный показатель, а также для оценки эффективности создания «добавленной стоимости».

Коэффициент обеспеченности собственными средствами покажет, хватает ли собственных средств компании, то есть чистых активов (иначе говоря, собственный капитал предприятия, состоящий из уставного капитала + резервов (нераспределенная прибыль либо непокрытый убыток) за минусом стоимости основных средств), на обеспечение как минимум 10 % текущих активов.

Чистые активы несложно вычислить с помощью данных из бухгалтерского баланса. Для этого из суммы активов вычитают сумму пассивов. Правда, в расчете участвуют не все показатели баланса. Так, из состава активов надо исключить стоимость собственных акций, выкуп-

ленных у акционеров, и задолженность учредителей по взносам в уставный капитал. А в составе пассивов не учитывают капитал и резервы, доходы будущих периодов. Размер чистых активов у финансово-стабильной компании должен превышать величину уставного капитала. К собственным финансовым ресурсам, которыми располагает предприятие, относят прежде всего чистую (нераспределенную) прибыль и амортизационные отчисления.

Чем больше степень способности исполнения обязательств по платежам, тем выше уровень ликвидности организации. Чем выше уровень платежеспособности, тем выше уровень надежности компании как партнера[4].

Удовлетворительную платежеспособность предприятия определяют такие формальные параметры, как:

– наличие свободных денежных средств на расчетных, валютных и иных счетах в банках;

– отсутствие длительной просроченной задолженности поставщикам, подрядчикам, банкам, персоналу, государству по налогам и сборам, и иным партнерам;

– наличие собственных оборотных средств (чистого оборотного капитала) на начало и конец отчетного периода.

Низкая платежеспособность может быть случайной, временной и длительной (хронической). Последний ее тип может привести предприятие к банкротству.

Таким образом, содержание финансовой устойчивости характеризуют эффективным формированием и использованием денежных ресурсов, необходимых для нормальной производственно-коммерческой деятельности.

Высший тип финансовой устойчивости – способность предприятия развиваться преимущественно за счет собственных источников финансирования. Для этого оно должно иметь гибкую структуру финансовых ресурсов и возможность привлекать при необходимости заемные средства, т.е. быть кредитоспособным. Кредитоспособным считают предприятие при наличии у него предпосылок для получения кредита и способности своевременно возвратить кредитору взятую ссуду с уплатой причитающихся процентов за счет собственных финансовых ресурсов. За счет внутренних финансовых источников предприятие не только погашает ссудную задолженность перед банками, обязательства перед бюджетом по налогу на прибыль, но инвестирует средства на капитальные затраты. Для поддержания финансовой устойчивости необходим рост не только абсолютной массы прибыли, но и ее уровня относительно вложенного капитала или текущих издержек, т.е. рентабельности. Следует помнить, что высокая доходность связана со значительным уровнем риска. На практике это означает, что вместо прибыли предприятие может понести значительные убытки и даже стать несостоятельным (неплатежеспособным) [1].

На финансовую устойчивость хозяйствующего субъекта влияет множество факторов:

– положение предприятия на товарном и финансовом рынках;

– выпуск и реализация конкурентоспособной и пользующейся спросом у покупателей продукции;

– его рейтинг в деловом сотрудничестве с партнерами;

– степень зависимости от внешних кредиторов и инвесторов;

– наличие неплатежеспособных дебиторов;

– величина и структура издержек производства, их соотношение с денежными доходами;

– размер оплаченного уставного капитала;

– величина резервного капитала;

– эффективность коммерческих и финансовых операций;

– состояние имущественного потенциала, включая соотношение между внеоборотными и оборотными активами;

– степень профессиональной подготовки производственных и финансовых менеджеров, их умение постоянно учитывать изменения во внутренней и внешней среде и др. [1]

Неспособность отвечать по своим финансовым обязательствам связывает руки любому, будь то индивид, компания или целый город. В экономике такое состояние субъекта принято называть финансовым бедствием или финансовой несостоятельностью. В подобной ситуации долговые обязательства субъекта растут как снежный ком, свободный денежный поток стремительно тает, а возможности изменить положение уменьшаются с каждым днем. Западные экономисты большое внимание уделяют своевременному предупреждению финансовой несостоятельности. Но даже если эта «болезнь» все же настигла, не стоит отчаиваться – необходимо срочно принимать меры по финансовому оздоровлению, реструктурируя собственную экономическую модель, изыскивая скрытые ресурсы и туже затягивая пояс финансовых возможностей. О вариантах финансового оздоровления различных экономических субъектов на примере западных компаний и городов. Западные ученые рассматривают финансовое бедствие компании зачастую не только как источник убытков, но также как источник дополнительных преимуществ для предприятия. Исследования показывают, что бедственное финансовое положение часто приводит к всесторонним организационным изменениям в управлении и структуре бизнеса, которые, в свою очередь, оптимизируют использование корпоративных ресурсов и делают саму компанию более эффективной в целом. Наступившее финансовое бедствие вынуждает руководство компании вносить изменения в стратегическом и оперативном управлении, в активах и обязательствах компании. Без принудительной встряски такие изменения происходят очень редко. Избегая состояния, при котором юридическая реорганизация становится неизбежной, компании зачастую успешно предпринимают необходимые меры, которые позволяют им вернуть себе финансовое здоровье и расплатиться по обязательствам. Существуют, однако, различные точки зрения на то, какие именно стратегии предпочтительней всего использовать для гарантированного восстановления финансовой стабильности компании. Некоторые ученые считают, что ключом к успеху на развитых или уменьшающихся рынках является приобретение дополнительных бизнесов, за счет доходов от которых уравновешивается финансовое положение компании и создается задел для дальнейшего роста. Иные полагают, что в случае возникновения финансовой несостоятельности компании, наоборот, необходимо избавляться отчасти наиболее обременительных активов. Более того, существует проблема с определением самого финансового бедствия. Часть исследователей определяет финансовое бедствие как невозможность компании рассчитаться по своим текущим обязательствам из-за отсутствия свободного денежного потока, в то время как другая часть фактически приравнивает понятие финансового бедствия к банкротству [3].

Последняя процедура носит название «мониторинга» деятельности предприятия. В процессе мониторинга осуществляется контроль показателей, которые характеризуют оперативные результаты деятельности. В частности, в состав показателей мониторинга не имеет смысл вводить показатель прибыльности активов или собственного капитала. Данный показатель является интегральным, он формируется в течение всего года. В то же время в состав показателей мониторинга следует обязательно включить показатель валовой прибыльности (отношение валовой прибыли к выручке). Эту характеристику следует «мониторить» как можно чаще, чтобы вовремя обнаружить негативную тенденцию ухудшения операционной эффективности предприятия. В качестве последнего положения финансовой диагностики выступает принцип законченности, суть которого состоит в том, что когда рассчитаны все финансовые коэффициенты, сделан горизонтальный и вертикальный анализ финансовой отчетности и описаны ее особенности характерные для анализируемого периода, необходимо сделать выводы, ради которых, собственно, и были выполнены все указанные выше работы. Представление

таких выводов должно быть лаконичным и конструктивным, т.е. направленным на поиск путей улучшения деятельности компании. В качестве такого представления может быть рекомендован формат так называемого SWOT-анализа. Все множество факторов деятельности компании группируется по четырем областям:

- S (Strengths) – сильные стороны деятельности предприятия,
- W (Weaknesses) – слабые стороны деятельности предприятия,
- O (Opportunities) – возможности предприятия, позволяющие ему улучшит свое положение,
- T (Threats) – угрозы (опасности), с которыми может столкнуться предприятие на пути улучшения своей деятельности.

В рамках каждой группы необходимо сформулировать несколько (не более десяти) лаконичных утверждений – выводов по результатам диагностики. Эти утверждения должны быть связаны с какими-либо показателями или свойствами предприятия. Например, «за текущий период ухудшились показатели оборачиваемости, о чем свидетельствует увеличение длины финансового цикла», или «показатели маржинальной прибыли стабильны». Важно различать сферы ответственности отмеченных выше групп. Первые две буквы S и W «отвечают» за текущее состояние предприятия, в то время как две другие O и T связаны с прогнозом состояния предприятия на ближайшую перспективу.

Прагматическая целесообразность SWOT-анализа заключается в том, что он делает попытку конструктивного улучшения результативности деятельности предприятия. На основе этих основных позиций SWOT-анализа менеджмент предприятия должен сформулировать рекомендации по основным направлениям улучшения деятельности. Только тогда процесс диагностики можно считать законченным [5].

«Финансовое оздоровление» в широком смысле предполагает в отличие от «финансового оздоровления» в узком смысле не только оценку финансового состояния предприятия, но и разработку стратегии обеспечения его финансовой безопасности [2, 9].

Предположим, что диагностика проведена, найдены «болевые точки» бизнеса, проведен комплекс мер по улучшению состояния предприятия и, казалось бы, цель достигнута. Но успокаиваться рано. Каждый врач знает, что любой его выздоровевший больной нуждается в постоянном контроле здоровья, основательном, скажем раз в году (это, кажется, называется диспансеризацией) и менее основательном, ежемесячно. Точно также следует контролировать финансовое здоровье предприятия. По меньшей мере, раз в году предприятие должно «сдавать по возможности» все анализы, а ежемесячно – только часть из них, которые являются наиболее важными с точки зрения последующего возможного ухудшения состояния.

А что делать, если предприятие имеет сравнительно хорошее финансовое здоровье? Нужно ли о нем беспокоиться? Каждые человек, особенно в возрасте, взяв на вооружение медицинскую аналогию, понимает, что данный вопрос является глупым. В условиях современной конкуренции сохранить финансовое здоровье чрезвычайно нелегко. Если предприятие постоянно не следит за основными показателями, то очень скоро выяснится, что финансовые результаты компании стали существенно хуже, чем в прошлом периоде. Операционный механизм предприятия становится менее эффективным с точки зрения получения конечного результата.

Понимая важность данного тезиса, у менеджера возникает вопрос, что и как следует контролировать? Обратимся опять к медицинской аналогии. Когда врач получит результаты Ваших анализов, он обязательно начнет выяснять, каков Ваш образ жизни? Другими словами, что же в образе жизни пациента привело к такому его состоянию. Говоря языком более характерным для менеджмента, врач начинает изучать основные процессы жизнедеятельности пациента. Сейчас очень популярен термин «бизнес-процесс». В самом деле, чтобы лучше по-

нять причины «финансового нездоровья» предприятия необходимо глубоко изучить основные бизнес-процессы с тем, чтобы потом попытаться их изменить.

На этом можно прекратить проведение простых популярных сравнений. Говоря более профессиональным языком, в диагностике предприятия существуют два основных объекта анализа:

– результаты деятельности предприятия за период и его состояние на текущий момент времени;

– основные бизнес-процессы предприятия.

В заключение подчеркнем, что сформулированные выше принципы имеют отчетливый практический смысл. Этим принципам должен следовать любой финансовый аналитик. В противном случае результаты диагностики будут бесполезными с точки зрения последующих управленческих решений, направленных на улучшение деятельности компании [5].

Список литературы:

1. Бочаров В.В. Абсолютные показатели финансовой устойчивости.

2. URL : www.elitarium.ru/2011/05/05/pokazateli_finansovojj_ustojjchivosti.html

3. Винникова Е.В. Финансовое оздоровление учреждений санаторно-курортной сферы (на примере Краснодарского края): автореф. … канд. экон. наук. С. 26.

4. Как поправить финансовое здоровье. URL : info.e-c-m.ru/magazine/83/eau_83_278.htm

5. Оцениваем финансовое здоровье контрагента // Консультант. 2013. № 13. URL : nalogooblozhenie.blogspot.ru/2013/08/blog-post_6730.html?m=1

6. Савчук В.П. Финансовая диагностика предприятия и поддержка управленческих решений.

7. URL : www.executive.ru/wiki/index.php/

8. Ступакова М. Пациент скорее жив, чем мертв, или как оценить финансовое состояние предприятия. URL : www.aup.ru/articles/finance/6.htm, «ПроИнвест-ИТ».

УДК 658.155

ФИНАНСОВАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ КАК НЕПРИЛОЖНЫЙ КРИТЕРИЙ ЗДОРОВЬЯ

Е.В. Сатина, магистрант 2 курса кафедры экономики филиала РГСУ в г.Анапе, e-mail: ex-pozitt@mail.ru,

Е.В. Винникова, кандидат экономических наук, доцент кафедры экономики и предпринимательского права филиала РГСУ в г. Анапе, e-mail: ele_68@mail.ru

Аннотация: *в статье рассмотрены понятия финансовой устойчивости предприятия, определены критерии данного понятия с различных точек зрения.*

Ключевые слова: *финансовая устойчивость, платежеспособность, ликвидность, рентабельность предприятия.*

Как оценить финансовое здоровье предприятия, поставить ему диагноз и какие меры принять по его оздоровлению? Этот вопрос возникает у руководителя любой активно действующей на рынке организации. Можно предложить несколько методов. Например, если и дальше следовать медицинской терминологии, можно вызвать врача, то есть аудитора. А можно продиагностировать состояние предприятия самостоятельно, на основе бухгалтерской отчетности и нормативных данных, которые есть на любом предприятии [9]. Чтобы бухгал-

тер был уверен в завтрашнем дне, важно чтоб бизнес его работодателя успешно развивался. Для этого нужно регулярно контролировать «финансовое здоровье» организации, которое в первую очередь зависит от финансовой устойчивости [7]. Для обеспечения финансовой устойчивости предприятие должно обладать гибкой структурой капитала, уметь организовать его движение таким образом, чтобы обеспечить постоянное превышение доходов над расходами с целью сохранения платежеспособности и создания условий для самовоспроизводства [6].

В.В. Бочаров один из немногих исследователей, кто не представляет финансовую устойчивость хозяйствующего субъекта как группу характерных показателей, а рассматривает ее как «состояние его денежных ресурсов, которое обеспечивает развитие предприятия преимущественно за счет собственных средств при сохранении платежеспособности и кредитоспособности при минимальном уровне предпринимательского риска» [1]. Следовательно, финансовая устойчивость хозяйствующего субъекта — такое состояние его денежных ресурсов, которое обеспечивает развитие предприятия преимущественно за счет собственных средств при сохранении достаточной платежеспособности и кредитоспособности при минимальном уровне предпринимательского риска [2]. Наиболее подробно, раскрывает проблему финансовой устойчивости предприятия Г.В. Савицкая: «Финансовая устойчивость предприятия – это способность субъекта хозяйствования функционировать и развиваться, сохранять равновесие своих активов и пассивов в изменяющейся внутренней и внешней среде, постоянно поддерживать свою платежеспособность и инвестиционную привлекательность в границах допустимого уровня риска [8].

Таким образом, анализ изложенных выше подходов к понятию «финансовая устойчивость» позволяет определить ее как многофакторное экономическое явление, гарантирующее платежеспособность, которая является основным критерием оценки финансового состояния, неотъемлемой частью ранней диагностики и предотвращения кризисов [3, 289].

Одним из вариантов анализа, позволяющего получить комплексную оценку финансового состояния предприятий и провести их сравнение, является рейтинговый анализ. Рейтинг – это метод сравнительной оценки деятельности нескольких предприятий. В анализе финансово-хозяйственной деятельности предприятий рейтингование позволяет расположить подобранные определённым образом предприятия в одном ряду на основании значений некоторых показателей их деятельности [4, 68].

Оценка финансового состояния предприятия включает оценку финансовой устойчивости и вероятности банкротства, которая представляет ведущую составную часть финансового оздоровления хозяйствующего субъекта. Оценка финансового состояния предприятия не вступает в противоречие с другими методами исследования, но дополняет и использует их в качестве инструментов самой диагностики, основное достоинство которой состоит в возможности предупреждения ошибочных управленческих решений и своевременное реагирование на допущенные ошибки [3, 299].

Понятие «диагностика» означает способность распознавать и переводится с греческого как «определение существа и особенностей болезни на основе всестороннего исследования больного». Широко применяемая категория «анализ», шире понятие «диагностика», трактовки которого имеют широкий диапазон и до сих пор дискутируются. Первоначально медицинский термин «диагноз» в экономике означает определение состояния экономического объекта (региона, страны, предприятия). Определение состояния объекта связывается с необходимостью не просто контроля, а выявления характеристики и проявлений определенной патогенности, что является важным

для определения способов его устранения, т.е. оздоровления [5].

Несмотря на то, что экономическая деятельность в условиях рыночной экономики всегда организуема, предпринимательски проектируема и планируема, а результаты ожидаемы, динамичность и многофакторность экономических процессов чаще всего досконально непредсказуемы в точности результатов и последствий. Знатоком экономической динамики и рыночной конъектуры Дж. М. Кейнсом, по этому поводу была сформулирована редко используемая и необычная «теория жизнерадостности», как единственного условия наилучшей предпринимательской результативности. Парадоксальным следствием из этой формальной теории может служить положение о том, что всегда и в любых условиях состояния экономики, вопрос финансового оздоровления субъекта рыночной экономики остается актуальным. Любой хозяйственный субъект в условиях рыночной экономики при неблагоприятных обстоятельствах может оказаться в затруднительном или кризисном финансовом состоянии. Причины такого положения могут быть связаны как с отрицательным влиянием внешней среды, так и с недостатками управления его финансового-хозяйственной деятельностью. В развитии любого предприятия существует вероятность наступления кризиса, и во многих случаях этого нельзя избежать, но его остроту можно снизить, если учитывать функциональные особенности предприятия, а также уметь вовремя распознать и увидеть наступление кризисной ситуации. В таком смысле каждое управление должно быть оздоровительным и антикризисным в силу того, что финансовое оздоровление в широком смысле актуально и для стабильно функционирующих субъектов. Основная цель такого управления заключается в обеспечении перехода хозяйствующего субъекта из стадии, отклоняющегося (патогенного) развития к стадии активного нормативного развития с обеспечением максимально полного использования финансового потенциала субъекта. При этом необходимо осознавать, что причины, обусловившие кризисное состояние, характеризуются своеобразным синергетическим «эффектом», следствие которого усугубление патогенного состояния в одной сфере операционной деятельности провоцируют развитие сходных процессов в другой. Финансовое состояние хозяйствующего субъекта является индикатором общей ситуации в производственной системе, и любое нарушение в области производства или сбыта отражает на финансовых показателях деятельности [5].

Исследователи, рассматривая различные виды кризисов организаций, наибольшее внимание уделяют финансовому кризису организации. Кризисные ситуации могут возникать на любой стадии деятельности организации как в период становления и развития, так и в период расширения и стабилизации производства, и наконец, при начале спада. Проанализировав разные аспекты финансового оздоровления, предлагаем рассматривать его как превентивную меру возникновения финансового кризиса на всех этапах его жизненного цикла, с целью восстановления ее платёжеспособности и финансовой устойчивости, как в текущем периоде, так и в долгосрочной перспективе [5].

Критерии финансовой устойчивости предприятия:

– Правильная структура пассива баланса. Анализ этой структуры выявляет причины, которые могут снизить платежеспособность предприятия. Такими дефектами могут быть высокая доля заемного капитала или нерациональное использование собственных средств.

– Высокий уровень финансовой независимости. Данный уровень определяется соотношением критериев актива и пассива бухгалтерского баланса.

– Достаточное количество оборотных средств. Организация работает эффективнее всего, когда лучшие результаты достигаются при наименьших за-

тратах. Такая минимизация затрат достигается наиболее целесообразным и оптимальным сочетанием собственных и заемных пассивов.

Виды финансовой устойчивости:

– Абсолютная финансовая устойчивость. Затраты покрываются с помощью собственных средств, предприятие не зависит от кредиторов и имеет высокую платежеспособность.

– Нормальная устойчивость финансового состояния. Обеспечивается нормальная платежеспособность организации. Ведется эффективная производственная деятельность. Затраты покрываются за счет не только собственных средств, но и долгосрочных кредитов.

– Неустойчивое финансовое состояние. Платежеспособность организации находится под угрозой, однако еще возможно улучшение ситуации. Для оплаты затрат помимо собственных средств и долгосрочных кредитов используются краткосрочные займы.

– Кризисное финансовое состояние. Предприятию грозит банкротство, поскольку оно неплатежеспособно. Для покрытия затрат используются все доступные источники [7].

При оценке финансовой устойчивости необходимо учитывать множество различных параметров (в первую очередь – рентабельность и ликвидность). Эти параметры позволяют рассчитать коэффициенты автономии, покрытия инвестиций, маневренности собственного капитала, мобильности имущества, краткосрочной задолженности и т.д. Итогом анализа должен стать отчет, в который сводятся все полученные данные [7].

Синтезируя определения финансовой устойчивости, можно выделить общие для всех определений аспекты, которые основываются на:

– грамотном распределении финансовых ресурсов;

– соотношении финансовых коэффициентов;

– профессиональной работе функциональных процессов предприятия;

– своевременном реагировании на изменяющиеся процессы внешней и внутренней среды.

Можно вывести следующее, определение финансовой устойчивости: финансовая устойчивость любого хозяйствующего объекта-такое соотношение финансовых показателей, выраженных в коэффициентах, обеспечивающих независимость предприятия при грамотно разработанной финансовой стратегии, четком контроллинге внутренних и внешних факторов, своевременном реагировании на их изменения на всех менеджерских (стратегических, управленческих, контроллинговых, финансовых) должностях руководящего аппарата, обеспечивающего прибыльность деятельности операционного уровня [автор Сатина].

Список литературы:

1. Бочаров В.В. Финансовый анализ. СПб. : Перспектива, 2011. С. 240.

2. Бочаров В.В. Абсолютные показатели финансовой устойчивости.

3. URL : www.elitarium.ru/2011/05/05/pokazateli_finansovojj_ustojjchivosti.html

4. Винникова Е.В. Диагностика финансовой устойчивости и вероятности банкротства как основа финансового оздоровления санаторно-курортных учреждений // Социальная политика и социология. 2009. № 6–1. С. 286–301.

5. Винникова Е.В. Сравнительный анализ финансового состояния санаторно-курортных учреждений на основе рейтинговых оценок // Научно-образовательный и прикладной журнал «Финансовые исследования», РГЭУ «РИНХ». 2009. С. 68–76.

6. Винникова Е.В. Диагностика как превентивная стратегия финансового оздоровления организации и оздоровления человека. «Здоровье населения-основа процветания России»: Материалы V Всероссийской научно-практичес-кой конференции с международным участием 26–27 апреля 2010 года. Анапа : Изд-е филиала РГСУ в г. Анапе, 2011. 438 с.

7. Недосекин С.В., Иванов М.А. Финансовое состояние предприятии: сущность и организация в современных условиях.

8. По каким критериям оценивается «финансовое здоровье предприятия». URL : deon.ru/po-kakim-kriteriyam-ocenivaetsya-finansovoe-zdorove-predpriyatiya

9. Савицкая Г.В. Анализ хозяйственной деятельности предприятии. М. : ИНФРА-М, 2008. С. 374.

10. Ступакова М. Пациент скорее жив, чем мертв, или как оценить финансовое состояние предприятия. URL : www.aup.ru/articles/finance/6.htm, «ПроИнвест-ИТ».

УДК 613

ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У СТУДЕНТОВ ВУЗА (НА ПРИМЕРЕ ФИЛИАЛА РГСУ В г. АНАПЕ)

И.Г. Селиверстова, канд. сельскохоз. наук, доцент кафедры техносферной безопасности математики и информатики филиала РГСУ в г. Анапе,

Э.Х. Исламова, канд. психол. наук, доцент кафедры социальной работы, психологии и социального права филиала РГСУ в г. Анапе,

А.Г. Асташев, преподаватель кафедры менеджмента и дизайна филиала РГСУ в г. Анапе

Аннотация: *в статье рассматривается проблема сохранения и развития здоровья студентов. Раскрывается концепция и опыт воспитательной и научно-исследовательской работы филиала РГСУ в г. Анапе по формированию здорового образа жизни.*

Ключевые слова: *модернизация образования, здоровый образ жизни, социальная активность*

Современное развитие России связано с модернизацией в сфере образования, которая в первую очередь затрагивает проблемы формирования человека и гражданина, интегрированного в современное общество. Состояние здоровья молодежи является важнейшим слагаемым здорового потенциала нации, поэтому сохранение и развитие здоровья студентов и формирование у них здорового образа жизни сегодня имеет приоритетное значение, о чем свидетельствует реализуемый Правительством РФ национальный проект «Здоровье». На необходимость формирования потребности в здоровом образе жизни студенческой молодежи нацеливает «Национальная доктрина образования РФ на период до 2025 года» и «Концепция ФЦП «Развитие физической культуры и спорта в РФ на 2016–2020 годы».

Требования современной жизни диктуют необходимость достижения каждым молодым человеком определенного уровня развития физических качеств, формирования у него привычек к постоянному физическому совершенствованию с целью поддержания высокой физической формы на протяжении всей жизни [1, 129].

Неслучайно в последнее время повышается роль Высшей школы как социального института, формирующего не только компетентного специалиста, но и полноценную, здоровую личность с такими сформированными качествами и свойствами личности как социальная активность, ориентация на здоровый образ жизни, эстетические идеалы и этические нормы жизни.

Идеология Российского государственного социального университета предопределена сущностью и спецификой социального вуза и тесно вплетена в ткань целостного учебного процесса и профессионального становления студента в качестве специалиста, предоставления молодежи возможности для максимального воплощения собственного потенциала и способностей. Она реализуется в органическом единстве с процессом обучения на основе комплексного, системного подхода к решению задач по формированию научного мировоззрения, а также гражданско-патриотического, нравственно-этического, правового, экономического, экологического, физического и трудового воспитания [4].

В 2011 г. РГСУ удостоен звания «РГСУ – вуз здорового образа жизни». Здоровый образ жизни является предпосылкой для развития разных сторон жизнедеятельности студента, достижения им активного долголетия и полноценного выполнения социальных функций. Есть такое крылатое выражение: «Здоровье – это ещё не всё, но всё без здоровья – это ничто».

Актуальность здорового образа жизни вызвана возрастанием и изменением характера нагрузок на организм студента в связи с усложнением общественной жизни, учебным процессом, увеличением рисков техногенного, экологического, психологического характера, провоцирующих негативные сдвиги в состоянии здоровья. Проводимые в филиале в течение последних 5 лет исследования (анкетирование, добровольное тестирование на наличие наркотических веществ в организме), поступивших на первый курс студентов, свидетельствуют о том, что достаточно большая часть студентов пробовали курить или курят, употребляли алкоголь, страдают гиподинамией, часто болеют простудными заболеваниями, около 90 % имеют различные виды хронических заболеваний [3]. Картина, прямо скажем, не радужная. Формирование здорового образа жизни – является приоритетным направлением воспитательной работы, наряду с духовно-нравственным, гражданско-патриотическим, культурно-эстетическим воспитанием и развитием творческих способностей студентов, волонтерским движением и спортом.

В филиале реализуется концепция воспитательной работы, стержневое направление которой – развитие студенческого самоуправления через студенческий совет и институт кураторства. Состояние и итоги учебно-воспитательного процесса регулярно обсуждаются на заседаниях совета филиала, заседаниях кафедр, студенческого совета. Воспитательный процесс рассматривается как неотъемлемая часть профессионального и личностного становления будущих специалистов. Воспитательная работа ведется строго в соответствии с утвержденными на Ученом Совете «Концепцией воспитательной работы со студентами филиала Российского государственного социального университета в г. Анапе» и планом воспитательной работы.

Воспитание студенческой молодежи осуществляется, ориентируясь на традиционные ценности: духовность, государственность, патриотизм, коллективизм, милосердие, взаимопомощь, благотворительность, а также ценности нового времени: инициативность, креативность, толерантность, предприимчивость и др.

Организация воспитательной работы опирается на нормативно-правовые акты федерального, регионального и университетского уровня. Вся деятельность подразделений филиала, занимающихся воспитательной работой, направлена на то, чтобы максимально и разносторонне развить личность студента и занять в свободное от учёбы время полезной деятельностью. Целью воспитательной работы филиала является формирование и развитие духовного, профессионального и инновационного потенциала молодежи, создание условий для успешной социализации и эффективной самореализации студентов. Воспитательной работе в филиале всегда уделялось достаточное внимание,

сложилась эффективная система воспитательной работы, которую отличает комплексный подход, четкость планирования, обеспечение единства учебного и воспитательного процесса.

Проводимые в университете мероприятия по воспитательной работе представлены в таблице 1.

Таблица 1.

№	Вид мероприятия	Уровень мероприятия, формы работы	Организаторы	Число участников
1	Массовые	Городские, мероприятия филиала: вечера, концерты, месячники кафедр, фестивали, конкурсы, спортивные соревнования, игры, встречи, дискуссии, круглые столы, участие во всероссийских и региональных мероприятиях и акциях и т.д.	Отдел воспитательной работы, кафедры	Все студенты очной формы обучения
2	Групповые	Заседание студенческого совета, коллективные творческие дела в студенческих академических группах, кураторские часы, лекции-беседы, заседания научных кружков, экскурсии и т.д.	Отдел воспитательной работы, кафедры, кураторы, медицинская сестра	90 % студентов очной формы обучения, 10 % – заочной.
3	Индивидуальные, личностно-ориентированные	Индивидуальные беседы, консультации, психологические тренинги, собеседования, встречи, персональная работа с одаренными студентами, со студентами «группы риска» и т.д.	Преподаватели кафедры социальной работы, психологии и социального права и др.	Единичные, по мере необходимости

Формы работы по формированию здорового образа жизни практико-ориентированы и научны.

Ежегодно студенты филиала проводят тематические флэш-мобы ко всемирному дню борьбы с курением, СПИДом, наркоманией, туберкулезом, раком и др., преподаватели вместе со студентами старших курсов проводят лекции-беседы на различные темы по ЗОЖ с привлечением соответствующих специалистов, проводятся конкурсы по соответствующей тематике плакатов, стенгазет, фотографий, презентаций.

Систематически проводит работу штатный медицинский работник, выпуская бюллетени, беседуя со студентами, осуществляя профилактические мероприятия и оказывая необходимую помощь студентам и сотрудникам.

Приглашенные специалисты проводят кино-лектории, круглые столы и конференции. Филиал сотрудничает с «Центром здоровья», «наркологическим кабинетом». Наиболее яркое, интересное и массовое мероприятие прошло в этом учебном году, проводили его специалисты краевого наркологического диспансера в рамках программы «Кубань вне зависимости», где студенты смогли посетить тренинги, круглые столы, мастер-классы, определить некоторые показатели своего здоровья, например жизненную емкость легких, артериальное давление и пульс, увидеть смоделированную внешность в будущем при употреблении наркотических веществ и др.

Совместно со специалистом отдела по делам несовершеннолетних студенты филиала принимали участие в создании агитационного видеофильма «Здоровая Анапа».

В рабочих программах дисциплин: «Безопасность жизнедеятельности», «Основы здорового образа жизни», «Медико-социальные основы здоровья» имеются разделы и модули по теме «Здоровый образ жизни». Воспитание через внеучебную деятельность по изучаемым дисциплинам осуществляется преподавателями конкретных учебных дисциплин путем использования различных форм: конкурсов, просмотров и обсуждений соответствующих кино- и видеофильмов, уча-

стия студентов в научно-исследовательской работе, конференциях, научных чтениях, круглых столах и т.п. Наиболее активно внеучебные формы воспитательной работы по изучаемым дисциплинам используются преподавателями во время проведения недели студенческой науки [3].

Нужно отметить, что в филиале особое внимание уделяется студенческой науке. На каждой кафедре работают студенческие научные кружки («Социс», «Человек – общество – культура», «Экос» и др.). Под руководством научных руководителей студенты проводят научные исследования, принимают участие в конкурсах творческих, проектных и исследовательских работ, публикуют статьи.

Дипломами победителей отмечены следующие проекты: «АФ РГСУ – территория здорового образа жизни» (Диплом всероссийского конкурса междисциплинарных проектов и программ в области здоровье формирующих технологий), социально-педагогический проект «Арлекино» (Диплом финалиста краевого конкурса на лучший добровольческий (волонтерский) проект социальной направленности «Я-доброволец»), «Спорт для всех» (Благодарственное письмо от имени оргкомитета конкурса студенческих проектов в области социального предпринимательства и.о. ректора РГСУ Починок Н.Б.) и т.д.

В филиале продолжается активная работа по разработке бизнес-идей в рамках социального предпринимательства. Все проекты объединены под общим названием «Анапа – город здоровья».

Групповая работа и индивидуальная помощь нуждающимся студентам оказывается в центрах, работающих при филиале: центре социального консультирования и центре психологического консультирования «Мы вместе», где ведут прием преподаватели кафедры гражданского права и процесса и кафедры социальной работы, психологии и социального права.

В филиале накоплен большой опыт по распространению идей волонтерства. Филиал является одним из центров волонтерского движения в г.-к. Анапа. На базе филиала проходило заседание круглого стола «Зимние игры Сочи 2014 года и Волонтерское движение» присутствовали гости, преподаватели и студенты РГСУ – участники Зимних Олимпийских и Параолимпийских игр. Студенты и сотрудники филиала были волонтерами на олимпийских играх и параолимпиаде в 2014 году. Волонтерское движение в филиале началось еще в 2003 году и не ограничивается участием в спортивных мероприятиях [1; 2].

Победители краевого конкурса на лучший добровольческий (волонтерский) проект «Я – Доброволец!» студентка направления подготовки социальная работа Ильчибекова Я.В. и студент направления подготовки информатика и вычислительная техника Рыбин А.А. представляли социальный проект «АФРГСУ – территория ЗОЖ», который уже реализуется в филиале. Это волонтерский проект, социальной направленности, созданный с намерением изменить существующее отношение к своему здоровью среди студентов, через пропаганду здорового образа жизни в студенческой среде, возможность практически повлиять на осознанный выбор в пользу здорового образа жизни, жизненные установки и ценностные ориентиры молодежи филиала. Для реализации проекта был организован волонтерский отряд «ЗОЖиК», который состоит из активистов филиала. На базе проекта разработаны акции и подготовлены мероприятия направленные на пропаганду ЗОЖ и на борьбу с социально-опасными заболеваниями:

«Будь здоров» – Акция направлена на развитие физического здоровья, по средствам проведения спортивных мероприятий, таких как: Зарядка для студентов и сотрудников филиала, футбольные матчи между студентами различных направлений и специальностями, легкоатлетический кросс и многое другое.

«Здоровая нация – будущее России» – в рамках акции проводятся науч-

ные конференции, направленные на изучение и исследование проблемы здоровья: социального, психического, духовного и физического.

«Мыслим здраВО» – в рамках акции проводятся научные конференции, направленные на изучение и исследование проблемы здоровья: социального, психического, духовного и физического.

«Здоровье в объективе» – акция (фотоконкурс), направленная на формирование потребности в духовном и нравственном совершенствовании личности. Проходит в виде выставки работ, где самые лучшие участники награждаются дипломами, грамотами и ценными призами.

«Глоток здоровья» – спортивно-развлекательное мероприятие на открытом воздухе для студентов, включающее в себя спортивную эстафету и развлекательную программу с творческими номерами, подготовленными членами отряда.

«Сигарета на конфету» – акция направлена на борьбу с курением среди студенческой молодежи.

«Мыслим трезВО» – пропаганда борьбы с алкоголизмом. Акция включает в себя профилактические лекции и беседы со студентами, а так же распространение буклетов и брошюр с информацией направленной на борьбу с алкоголизмом среди студенческой молодежи.

«Капля крови» – День донора в АФ РГСУ. Для проведения акции, студенты учебного учреждения, готовые сдать кровь, организованно посетили местную станцию переливания крови.

«От дня здоровья – в здоровую жизнь!» – в рамках акции организовываются флеш-мобы оздоровительно-пропагандистского характера. На начальных стадиях реализации, проект показал хорошие результаты и обеспечил перспективы для дальнейшей деятельности.

С 1998 года в вузе существует запрет курения на территории учебного заведения и всех его структурных подразделений, таким образом, преподаватели и сотрудники собственным примером воспитывают студентов. Ведется работа по профилактике вредных привычек с курящими сотрудниками. Не только студенты, но и сотрудники филиала принимают активное участие в городских спартакиадах по различным видам спорта (плавание, легкая атлетика, шахматы, военно-прикладным видам и др.).

Состояние воспитательной работы позволяет сделать вывод о том, что филиалом формируется установка на престижность и почетность участия студентов во внеучебной жизни филиала, активно используются традиции кафедр, для формирования чувства корпоративности, сопричастности студентов организуемой в филиале деятельности; содержание и формы внеучебной работы со студентами ориентированы на активность и деятельность самих студентов, на проявление ими самостоятельности в организации и проведения мероприятий, направлена на воспитание творческой инициативы, разносторонних способностей, формирования гражданской позиции, социальной зрелости студентов, что соответствует современным требованиям, предъявляемым при подготовке специалистов.

Вся воспитательная работа строится в тесном контакте с управлением по делам молодежи администрации МО г.-к. Анапа, управлением культуры администрации МО г.-к. Анапа, управлением по физической культуре и спорту администрации МО г.-к. Анапа, со студенческим советом и руководством филиала.

Работа в данном направлении и поиск новых форм продолжаются. Позитивные результаты деятельности по формированию здорового образа жизни есть – студенты стали более активными участниками спортивных, творческих и др. мероприятий, данные анкетирования показывают, что процент «курящих» студентов старших курсов, в сравнении с их же результатами на первом курсе, уменьшился, вести здоровый образ жизни, помогать людям становится модным в студенческой среде.

Список литературы:

1. Зиновьева (Исламова) Э.Х., Радзивилова М.А. Актуальные вопросы развития физической культуры и спорта региона. Социальное образование и социальная история России: опыт изучения и проблемы подготовки кадров для социальной сферы. Сборник материалов XIV Всероссийского социально-педагогического конгресса. М. : Издательство Перо, 2014. 375 с. С. 128–131.

2. Морозова Т.А., Зиновьева (Исламова) Э.Х. Волонтерское движение как способ приобщения студентов к здоровому образу жизни // Труды Ростовского государственного университета путей сообщения. 2014. № 1. С. 100–102.

3. Селиверстова И.Г. Тестирование учащихся и студенческой молодежи на предмет употребления наркотических средств и табакокурения методом иммунохроматографического анализа. Здоровье населения – основа процветания России: Материалы VI Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, 25–26 апреля 2012 г. Анапа : Изд-е филиала РГСУ в г. Анапе, 2012. 382 с. С. 254–256.

4. Сайт РГСУ. URL : http://www.rgsu.net.

УДК 159.9

СПОРТИВНОЕ ОРИЕНТИРОВАНИЕ КАК НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ СПОСОБ КОРРЕКЦИИ ГИПЕРАКТИВНОСТИ ДЕТЕЙ

Т.Н. Сенькина, учитель русского языка и литературы МБОУ СОШ № 9 муниципального образования город-курорт Анапа, e-mail: senk-tatyana@yandex.ru,

И.С. Бондаренко, ученик 9 б класса муниципального автономного общеобразовательного учреждения кадетская школа имени Героя Советского Союза Н.В. Старшинова муниципального образования город-курорт Анапа, e-mail: strelok.ru.00@mail.ru

Аннотация: *по мнению специалистов, чуть ли не половина детей страдают так называемой гиперреактивностью. Не только в нашей стране, но и во всем мире их количество неуклонно возрастает. Если ребенок гиперактивен, то трудности испытывают не только он сам, но и его окружение: родители, одноклассники. Для того, чтобы выбрать наиболее оптимальные, на наш взгляд, способы помощи гиперактивному ребенку. Нами были изучены различные источники и история вопроса.*

Ключевые слова: *гиперреактивность, занятие спортом, положительные эмоции, шустрик.*

В результате исследования нами были сделаны выводы, что лечение СНВГ должно быть комплексным, то есть включать как медикаментозную терапию, так и психологическую коррекцию. Также существуют и немедикаментозные способы лечения. В качестве одного из них, основанного на личном опыте, мы предлагаем занятие спортивным ориентированием, которое как нельзя более способствуют развитию кратковременной памяти, что подкрепляется положительными эмоциями и обогащением организма кислородом. Всё это способствует образованию устойчивых связей в участках коры головного мозга, отвечающих за кратковременную память.

Таким образом, мы приходим к выводу: занятие спортивным ориентирование положительно влияет на гиперактивных детей, подходит им по психологическим и медицинским показателям и является средством немедикаментозного лечения гиперреактивности.

Что делать, если ребенок постоянно находится в движении, не может спокойно играть со своими сверстниками в детском саду, если ему трудно усидеть на занятиях? Надо ли ругать такого гиперактивного ребенка? Как непоседливый малыш будет учиться в школе? И главное – что кроется за его неугомонностью: вариант нормы или патология (и нуждается ли малыш во втором случае в помощи специалистов)?

В переводе с латинского языка активный значит деятельный, действенный, а греческое слово «гипер» указывает на превышение нормы. Гиперреактивность у детей проявляется несвойственными для нормального, соответствующего возрасту развитию ребенка невнимательностью, отвлекаемостью, импульсивностью. В психолого-педагогической литературе для описания таких детей употребляются термины: подвижный, импульсивный, шустрик, энерджайзер, вечный двигатель, живчик, вулканчик. Некоторые авторы используют и такие: моторный тип развития, дети с повышенной активностью, дети с повышенной эффективностью. По мнению специалистов, чуть ли не половина детей страдают так называемой гиперреактивностью. Не только в нашей стране, но и во всем мире их количество неуклонно возрастает. Если ребенок гиперактивен, то трудности испытывают не только он сам, но и его окружение: родители, одноклассники, учителя.

Гиперактивный ребенок, помимо того, что непоседа и неутомимый исследователь, еще и постоянно куда-то торопится, быстро говорит, все трогает, хватает и дергает руками. У таких детей часто совершенно неустойчивое настроение: только что он заливался хохотом, а вот уже плачет и капризничает. Свойственна гиперактивным детям и агрессия – их нередко можно наблюдать в центре кутерьмы, свалки, драки. При этом они невнимательны и неуклюжи, рассеяны. Причем даже если малыш уже утомлен, симптомы эти никуда не деваются – даже будучи переутомленным, к вечеру Гиперактивный ребенок все также куда-то спешит, а, задав вопрос, забывает выслушать ответ и устремляется на новые поиски чего-то неизведанного. Отдыхает же малыш только ночью – во время сна, да и то спит беспокойно, ворочаясь. Про дневной же сон и речи быть не может: таких детей уложить отдохнуть днем практически не возможно.

Нередко в силу своей специфики гиперактивные дети становятся еще более агрессивными, появляются проблемы в школе, возможно попадание в «нехорошую компанию». Такому ребенку необходима своевременная помощь, иначе в дальнейшем может сформироваться асоциальная или даже психопатическая личность: известно, что среди малолетних правонарушителей значительный процент составляют гиперактивные дети.

Для того, чтобы определить наиболее оптимальные способы помощи гиперактивным детям, нами было проведено исследование, ходе которого применялись методы психологического и медицинского исследования, личного участия, сбора информации из различных источников и методы обработки полученных данных.

Для проведения данного исследования нами были изучены различные источники и история вопроса.

В середине 19-го века немецкий врач-психоневролог Генрих Хоффман первым описал чрезмерно подвижного ребенка и дал ему прозвище Непоседа Фил. С 60-х годов 20-го века врачи стали выделять такое состояние как патологическое и назвали его минимальные мозговые дисфункции (минимальное расстройство функций мозга). С 80-х годов двадцатого века состояние чрезмерной двигательной активности (гиперреактивность) стали выделять как самостоятельное заболевание и занесли в Международную классификацию болезней (МКБ) под названием синдром нарушения (или дефицита) внимания с гиперреактивностью (СНВГ). Оно обусловлено нарушением функций центральной нервной си-

стемы (ЦНС) ребенка и проявляется в том, что малышу трудно концентрировать и удерживать внимание, у него возникают проблемы с обучением и памятью. Вызвано это в первую очередь тем, что мозгу такого ребенка сложно обрабатывать внешнюю и внутреннюю информацию и стимулы. Стоит отметить, что хотя внешне на первый план выходит избыточная подвижность малыша, основным дефектом в структуре этого заболевания является дефицит внимания: карапуз не может ни на чем сосредоточиться надолго. Дети, страдающие синдромом дефицита внимания с гиперреактивностью, отличаются неусидчивостью, невнимательностью и импульсивностью. СНВГ является серьезной социальной проблемой, так как встречается у большого количества детей (по данным разных исследований, им страдают от 2,2 до 18 % малышей) и очень мешает их социальной адаптации. Так, известно, что дети, страдающие СНВГ, входят в группу риска по развитию в дальнейшем алкоголизма и наркомании. Синдром дефицита внимания с гиперреактивностью встречается у мальчиков в 4–5 раз чаще, чем у девочек.

Гиперреактивность, как правило, проявляется у ребенка уже в раннем детстве: такие дети уже с рождения плохо, спят, отказываясь от дневного сна; кушают по собственному усмотрению и капризничают. Но, выявив синдром двигательной гиперреактивности (СДВГ – именно такой диагноз ставят медики гиперактивным детям) уже в раннем возрасте, у родителей есть все шансы скорректировать поведение и состояние ребенка до того момента, как он отправиться в школу.

В первые годы жизни ребенка основное беспокойство родителей вызывает избыточное количество движений малыша, их хаотичность (двигательное беспокойство). При наблюдении таких детей врачи замечают небольшую задержку в их речевом развитии, малыши позже начинают изъясняться фразами; также у таких детей отмечается моторная неловкость (неуклюжесть), они позже овладевают сложными движениями. Каков механизм формирования синдрома гиперреактивности, точно не может сказать никто. Существуют три точки зрения по этому поводу считается, что гиперреактивность ребенка может быть обусловлена генетически. В подобных случаях риск развития СНВГ составляет примерно 30 %. Примерно в 60–70 % случаев ведущую роль в возникновении СНВГ играют неблагоприятные факторы в течении беременности и родов.: внутриутробная гипоксия (недостаток кислорода) плода; угрозы прерывания беременности; курение и нерациональное питание матери во время беременности; стрессы во время беременности. Также факторами риска являются наличие у новорожденных поражений центральной нервной системы различной степени выраженности. Или же стать последствием социально-психологической обстановки, в которой растет малыш. Но наиболее распространенное мнение на счет гиперреактивности детей гласит: такое состояние характерно ребенку, процесс рождения которого протекал не совсем «гладко», с родовыми травмами.

Лечение СНВГ должно быть комплексным, то есть включать как медикаментозную терапию, так и психологическую коррекцию. В идеальном варианте ребенок должен наблюдаться как у невропатолога, так и у психолога, ощущать поддержку родителей и их веру в положительный исход лечения. В России для лечения СНВГ традиционно применяют ноотропные средства (ГЛИАНТИЛИН, КОРТЕКСИН, ЭНЦЕФАБОЛ). Данные препараты более эффективны в тех случаях, когда преобладает невнимательность. Если же преобладает гиперреактивность, применяют препараты, содержащие гамма аминомасляную кислоту. Это вещество отвечает за тормозящие, контролирующие реакции в головном мозге. Наиболее часто используют ПАНТОГАМ, ФЕНИБУТ. Необходимо

помнить, что лекарственные препараты можно принимать строго по назначению врача-невролога

Радует то, что часть гиперактивных детей «перерастают» свое заболевание, то есть у них в подростковом возрасте исчезают симптомы заболевания. Но у 30–70 % детей проявления СНВГ переходят и в подростковый, и во взрослый возраст (особенно, если не заниматься лечением этой патологии).

Мы опытным путём пришли в заключение, что немедикаментозным способом коррекции гиперреактивности детей являются занятия спортивным ориентированием.

Спортивное ориентирование – это вид спортивной и рекреационной деятельности, который дает возможность самореализоваться людям любого возраста: от грудных детей, чьи родители вывозят их в лес и по очереди участвуют в соревнованиях, до людей весьма преклонного возраста, которые приобщили к лесу не одно поколение своих детей, внуков и правнуков, и в тоже время продолжают сами активно участвовать в соревнованиях. «Среда обитания» сообщества, объединяющая этих людей, обусловлена возможностью реализации их потребностей, таких как:

– потребность в общении с природой и толерантность к дискомфорту;

– потребность в реализации физической активности;

– потребность в реализации умственной активности;

– потребность в риске (интеллектуальном и физическом);

– потребность в коллективе, отвечающем индивидуальным особенностям (отсутствие агрессии, бесконфликтная среда, высокий уровень интеллекта, и т.п.);

– большой спектр возможностей для реализации своих спортивных амбиций и повышения социального статуса;

По оценкам самих ориентировщиков, в их сообществе нет места «болезням цивилизации», определяемым такими феноменами как отсутствие цели в жизни, одиночество, скука, апатия.

Мы уже говорили, что именно эти феномены порождают пристрастие не уверенных в себе людей к различным видам психологической зависимости. Но, попав в здоровую среду увлеченных людей, объединенных общими целями, они, в первую очередь, избавляются не только от негативных зависимостей, но и от причин их порождающих. Международная федерация спортивного ориентирования «продвигает» этот вид спорта под лозунгами:

- «Ориентирование – как культурная потребность»;
- «Ориентирование – спорт семейный»:
- «Ориентирование – спорт массовый»;
- «Ориентирование – как образ жизни».

Пространство в спортивном ориентировании – это, прежде всего, местность, на которой проводятся соревнования. Практически для проведения соревнований пригодны любые ландшафтные зоны: лес, горы, болота, поймы рек и т.п. Соревнования по спортивному ориентированию проводятся каждый раз по новой местности, и участие в соревнованиях позволяет путешествовать не только в границах своего региона, но и по всей стране и по всему миру. Таким образом, жизненные ценности, такие как потребность в общении с природой и потребность «в перемене мест» естественным образом реализуются в спортивном ориентировании.

Одной из основных жизненных ценностей является возможность самостоятельно структурировать свое время, занимаясь любимым делом, в данном случае спортивным ориентированием. При этом человек самостоятельно формулирует цель и подбирает средства, а результат, который определяется по времени прохождения дистанции, выступает как самостоятельная ценность. Если достигнутый результат соответствует постав-

ленной цели, то спортсмен испытывает состояние функционального комфорта, которое переживается как «счастье».

Спортивное ориентирование – это одна из спортивных субкультур, в систему ценностей, которой входит возможность в реализации потребности «вгонять себя в мыло». Эта потребность связана, по всей видимости, с избыточной энергией, которая проявляется у людей в виде гиперреактивности. Отсутствие возможности в реализации этой потребности, вызывает чувство беспокойства и напоминает своего рода абстиненцию (ломку), обусловленную двигательной депривацией.

Есть значительное количество людей, которые испытывают потребность в реализации умственной активности и потребности в интеллектуальном риске. В крайних своих проявлениях такая потребность проявляется в виде негативной психологической зависимости (геймеры, клептоманы). Однако спортивное ориентирование – один из немногих видов спорта, где потребность в интеллектуальном риске сопряжена с потребностью в двигательной активности. Эта особенность -едва ли не главная ценность. Действительно, в каком еще виде спорта, можно немного подумав, обогнать соперника, который намного сильнее тебя в беге, но не очень «дружит с головой».

Спортивное ориентирование позволяет не только реализовать свои врожденные потребности, но оно формирует и развивает качества, которые очень помогают в жизни. Самостоятельность, глубина, широта, гибкость, критичность, быстрота, мышления, однако, наиболее востребованы самостоятельность и быстрота мышления. его помехоустойчивость, Быстрота мышления характеризуется способностью мгновенно находить правильные и обоснованные решения и реализовывать их при дефиците времени в условиях соревнований. Быстрота мышления спортсмена во многом зависит от способности умело анализировать, прогнозировать и обобщать множество данных в условиях соревновательной деятельности.

Все эти качества мышления составляют структуру индивидуальных особенностей спортсмена, которые развиваются в процессе спортивной деятельности. Легко себе представить, что человек, обладающий такими качествами интеллекта, да еще в сочетании с хорошей атлетической подготовкой, представляет большую ценность для общества, а самодостаточность является ценностным качеством для самого человека.

Таким образом, наряду с такими жизненно важными качествами как: жизнеспособность, работоспособность, креативность, устойчивость к неблагоприятным условиям внешней среды, которые формирует спортивное ориентирование, этот вид спорта дает возможность социальной адаптации многим, не уверенным в себе людям. В этом состоит огромная социальная значимость спортивного ориентирования, возможно еще не до конца осознанная государством.

Группе подростков, куда входил соавтор данной статьи, провели небольшое психологическое исследование, в результате которого были сделаны следующие выводы:

– уровень распределения внимания немного ниже чем в среднем в

– концентрация и устойчивость внимания совпадает со средним в группе,

– имеются хорошие устойчивые значения долговременной памяти при низких значения кратковременной.

Это значит, что у испытуемого обучаемость в школе по способу усвоения материала неровная, Долговременная память позволяет успешно справляться с итоговыми контрольными работами. Однако остро необходимо распределение кратковременной памяти. Занятия спортивным ориентированием как нельзя более способствуют развитию данного вида памяти, поскольку в ограниченное время необходимо выполнение нескольких задач: правильно сориентировать карту, найти первый пункт, вы-

брать ориентир; мысленно проложить маршрут и пройти по памяти и т.д. Это всё положительно подкрепляется положительными эмоциями и обогащением организма кислородом. Это способствует образованию устойчивых связей в участках коры головного мозга, отвечающих за кратковременную память.

Через два года, в течение которых испытуемый активно продолжал заниматься спортивным ориентированием, исследование было проведено повторно. Результаты оказались следующими:

– уровень распределения внимания совпадает со средним в группе

– концентрация и устойчивость внимания совпадает со средним в группе,

– имеются хорошие устойчивые значения долговременной памяти при устойчивые значения кратковременной.

Таким образом, мы приходим к выводу, что занятие спортивным ориентирование положительно влияет на гиперактивных детей, подходит им по психологическим и медицинским показателям и является средством немедикаментозного лечения (коррекции) гиперреактивности. И важную роль в процессе такой коррекции играет личность тренера-наставника.

Мы считаем, что группе детей, занимающихся спортивным ориентированием в ДЮСШ « Олимп» (п. Виноградный), повезло. С 1996 года тренером по спортивному ориентированию там работает Пётр Алексеевич Захаров. За время его работы около 300 ребят прошло через его школу. Среди его воспитанников есть чемпионы мировых и европейских соревнований , не говоря уже о краевых и всероссийских. Многие из его воспитанников применяют в своей профессиональной деятельности умения и навыки, приобретённые в ходе занятий спортивным ориентированием. Пётр Алексеевич в своей работе учитывает индивидуальные особенности каждого ребёнка. Зная, как сложно иногда бывает гиперактивным детям собраться, сконцентрировать внимание, он находит разные способы стимулирования. На выездных соревнованиях он строго следит за порядком в команде, поддерживает тех, у кого не всё получается. Тренер чётко распределяет обязанности между членами команды, что позволяет гиперактивным подросткам полностью реализовать себя. Иногда Петр Алексеевич использует и свои методы наказания, самый строгий из которых – отстранение от следующих соревнований. Это заставляет всех членов команды учиться контролировать своё поведение, что особенно важно для детей с СДВГ.

Список литературы:

1. Альтхерр П., Берг Л., Вельфль А., Пассольт М. Гиперактивные дети. Коррекция психомоторного развития. М. : Издательский центр «Академия», 2004.

2. Брязгунов И.П., Касатикова Е.В. Непоседливый ребенок или все о гиперактивных детях. М. : Издательство института Психотерапии, 2002.

3. Брязгунов И.П., Касатикова Е.В. Дефицит внимания с гиперреактивностью у детей. М. : Медпрактика-М, 2002.

4. Горячева Л., Кругляк Л. «Дети-катастрофы». Как помочь гиперактивному ребенку. СПб. : Крылов, 2008.

5. Заваденко Н.Н. Гиперреактивность и дефицит внимания в детском возрасте. М. : Издательский центр «Академия», 2005.

6. Заваденко Н.Н. Как понять ребенка: дети с гиперреактивностью и дефицитом внимания. Школа-Пресс, 2001.

7. Заваденко Н.Н., Суворинова Н.Ю., Румянцева М.В. Гиперреактивность с дефицитом внимания: факторы риска, возрастная динамика, особенности диагностики // Дефектология. 2003. № 6.

8. Монина Г.Б., Лютова-Робертс Е.К., Чутко Л.С. Гиперактивные дети. Психолого-педагогическая коррекция. СПб. : Речь, 2007.

9. Мурашова Е.В. «Дети-тюфяки» и «дети-катастрофы». Гиподинамический и гипердинамический синдром. Екатеринбург : У-Фактория, 2004.

10. Рассел А. Баркли, Кристина М. Бентон. Ваш непослушный ребенок. СПб. : Питер, 2004.

11. Сиротюк А.Л. Синдром дефицита внимания с гиперреактивностью. Диагностика, коррекция и практические рекомендации родителям и педагогам. М. : Сфера, 2005.

12. Турид Борген, Олда Гарлов. Другая боль. Психологические проблемы у детей и подростков. Ставрополь : ПроПси, 2006.

13. Чутко Л.С., Пальчик А.Б., Кропотов Ю.Д. Синдром нарушения внимания с гиперреактивностью у детей и подростков. СПб. : Издательский дом СПбМАПО, 2004.

14. Чутко Л.С. Синдром дефицита внимания с гиперреактивностью и сопутствующие расстройства. СПб. : Хока, 2007.

15. Яременко Б.Р., Яременко А.Б., Горяинова Т.Б. Минимальные дисфункции головного мозга у детей. СПб. : Салит-Медкнига, 2002.

УДК 159.9

ВЛИЯНИЕ ИЗУЧЕНИЯ ИНОСТРАННОГО ЯЗЫКА НА РАЗВИТИЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ СТУДЕНТОВ

Ю.Ю. Солодовникова, кандидат педагогических наук, старший преподаватель кафедры теории и истории государства и права, филиал РГСУ в г. Анапе, e-mail: yul-solod2008@yandex.ru

Аннотация: *в статье рассматривается, как изучение иностранного языка оказывает на развитие когнитивных функций студентов. Автор анализирует иноязычное образование студентов в рамках современного подхода в обучении иностранным языкам – коммуникативно-когнитивного подхода, применение которого способствует развитию памяти, мышления, речи и других когнитивных функций студентов.*

Ключевые слова: *иностранный язык, когнитивные функции, образование, развитие, когнитивный подход.*

Стремительные изменения в современной общественной жизни в России, процессы глобализации, расширение границ вызвали изменения в системе профессионального образования в целом и профессиональном иноязычном образовании в частности. Постоянно повышается уровень требований к иноязычному образованию специалистов, для которых иностранный язык является важнейшим средством решения профессиональных задач в различных сферах жизнедеятельности общества. В этой связи профессиональное иноязычное образование специалистов социальной сферы не является исключением.

Высокий уровень иноязычной коммуникативной компетентности должен служить средством повышения уровня профессиональной подготовки студентов в процессе межкультурного взаимодействия с иностранными коллегами и решения профессионально-направленных задач с помощью иностранного языка. Будущие специалисты должны уметь принимать данные решения быстро и компетентно, чему, в большей степени, способствует развитие мышления, памяти, речи и других когнитивных функций студентов: восприятия информации; обработки и анализа информации; запоминания и хранения; обмена информацией; построения и осуществления программы действий.

Результаты многолетних исследований ученых из Эдинбурга свидетельствуют о том, что знание иностранного языка не только престижно, но и способствует улучшению навыков речи, чтения и умственных способностей. Изучению подлежали функции головного мозга. В исследованиях принимали участие 262 добровольца. Первый раз тестирование проводилось в возрасте 11 лет. Затем эти же люди проходили тестирование, когда им исполнялось 70 лет. Каждый участник исследования владел как минимум одним иностранным языком. При этом около 200 человек выучили иностранный язык до 18 лет, а оставшаяся часть людей — после 18 лет.

При сравнении результатов тестирования учёные в первую очередь смотрели на то, каким образом за прошедшие годы изменились познавательные способности людей. Было установлено, что знание иностранного языка способствует их развитию, особенно хорошо это заметно по общей сообразительности и чтению. При этом не имеет никакого значения возраст, в котором иностранный язык был выучен.

Развитие когнитивных функций является неотъемлемой составной процесса овладения языком. Обучение языку должно строиться не только на восприятии и заучивания единиц языка и правил. Студентов следует вовлекать в активный процесс познания сути изучаемых явлений, когда создаются условия для реализации личностных ориентиров.

В связи с этим рассмотрим иноязычное образование студентов в рамках современного подхода в обучении иностранным языкам, а именно коммуникативно-когнитивного подхода.

Одним из приоритетных в современной лингвистике является коммуникативный подход (Е.И. Пассов). В основе коммуникативного подхода к иноязычному образованию лежит модель реального общения, под которым понимается не только передача системы знаний, умений, навыков, а обеспечение взаимопонимания людей в процессе речевого взаимодействия.

Основной путь усвоения иностранного языка в соответствии с коммуникативным подходом может быть сформулирован следующим образом: «культура через язык и язык через культуру» [4], т.е. усвоение факторов иноязычной культуры в процессе обучения и усвоении языка как средства общения в процессе знакомства с реалиями иноязычной культуры.

Коммуникативный подход к процессу формирования иноязычной коммуникативной компетентности студентов – это моделирование языковой среды будущей профессиональной деятельности в социальной сфере, в которой создаются условия решения профессионально-направленных задач в процессе реального общения. Студенты овладевают способами решения проблемных профессионально-направленных задач с помощью заданий коммуникативного характера.

Поскольку цель обучения студентов иностранному языку – умение использовать иностранный язык в реальном общении, бесспорно, что коммуникация возможна при наличии языковой компетенции.

Иноязычная коммуникативная компетентность студентов социального вуза понимается автором данной статьи как «комплексно-личностный ресурс, обеспечивающий возможность эффективного взаимодействия в сфере социальной работы в процессе использования иностранного языка как средства решения профессиональных задач в социальной сфере. Иноязычная коммуникативная компетентность включает в себя знания, умения и навыки (ЗУН) по дисциплине «Иностранный язык» и по специальным дисциплинам, способы решения профессионально-значимых задач в сфере социальной работы средствами иностранного языка, творчески-профессиональные способности, профессиональные ценности, необходимый уровень мотивации, а также личностные и профессионально-

значимые качества, необходимые социальному работнику для успешного осуществления профессиональных видов деятельности. Коммуникативная иноязычная компетентность студентов – овладение способами решения проблемно-познавательных речемыслительных задач и осуществление деятельности по достижению профессионально-значимых задач в сфере социальной работы средствами иностранного языка» [6; 119]

Но, не смотря на эффективность коммуникативного подхода при обучении студентов английскому языку, нами были отмечены и некоторые трудности в применении данного подхода. В процессе коммуникативного обучения исправление ошибок сводится к минимуму, поскольку самым важным и необходимым условием является реализация коммуникативной задачи, поставленной перед участниками общения, что может привести к поверхностному, в некоторых случаях, низкому уровню языковых знаний, умений и навыков. Следовательно, мы считаем целесообразным рассмотреть такой лингвистический подход при обучении студентов иностранному языку, который позволил бы построить процесс обучения на более глубоком понимании явлений и осознанном выборе языковых средств.

В качестве такого подхода может быть исключительно когнитивный подход. Когнитивная лингвистика занимается изучением всех видов взаимодействия и взаимоотношения языка и ментальных процессов, целями которого является обработка поступающей извне информации.

Как отмечается в исследованиях Е.С. Кубряковой, О.К. Ирисхановой, языковые формы, отражая когнитивные категории, представляют собой ценный источник информации организации знаний в голове человека, «видимый» доступ к «невидимым» структурам нашего сознания. Именно структуры естественного языка «объективируют то, что уже подверглось когнитивной обработке человеческим разумом» [3; 5].

При рассмотрении языковых явлений и форм в рамках когнитивного подхода устанавливается корреляция между когнитивными структурами и языковыми единицами, также изучаются структуры представления знаний и объясняется роль языка в познавательной деятельности человека, в процессах концептуализации и категоризации человеческого опыта.

На основании коммуникативно-когнитивного подхода нами была разработана теоретическая модель эффективного формирования иноязычной коммуникативной компетентности студентов. Процесс реализации данной модели должен быть адекватен этапам профессионально-направленной речемыслительной деятельности, установленным в работе И. А. Зимней и адаптированным для иноязычного образования специалистов социальной сферы (рис. 1) [2; 204].

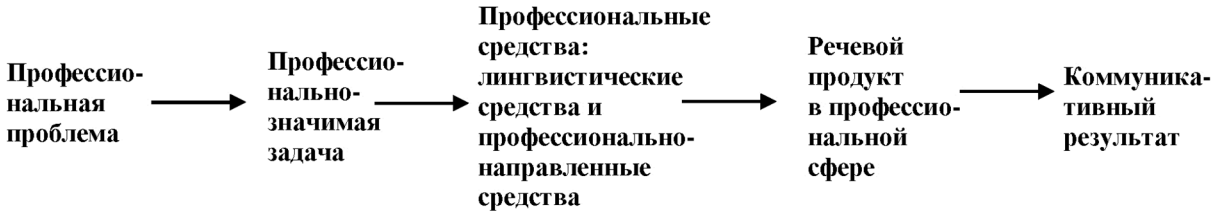


Рисунок 1 – Этапы реализации речемыслительной деятельности студентов в процессе формирования иноязычной коммуникативной компетентности

Данная модель была апробирована в результате опытно-экспериментальной работы.

Уровень профессиональной подготовки студентов в целом и иноязычной коммуникативной компетентности как важнейшей составляющей последней в частности оценивался по следующим критериям:

1. Критерии, входящие в иноязычную коммуникативную компетентность:

– владение лингвистическими умениями иноязычного общения (усвоение профессионально-значимой лексики, грамматики, фонетики);

– владение прагматическими умениями (социальная направленность высказывания, учет ситуации общения, эмоциональность высказывания и выражение оценки ситуации общения, адекватность лингвистических средств коммуникативному намерению говорящего);

– владение социокультурными умениями (различные фоновые знания, знания специфики социальной работы с представителями различных социокультурных групп населения как в России, так и за рубежом; знание специфики профессионального общения в странах изучаемого языка);

– владение стратегическими умениями в сфере социальной работы (умение привлечь внимание собеседника, начать общение, продолжить общение, умение удержать внимание собеседника, закончить общение в зависимости от его целей);

– владение дискурсивными умениями в различных социальных сферах (умение строить высказывание связно, логично, в соответствии с коммуникативной профессионально-направленной задачей).

2. Критерии, входящие в общую профессиональную компетентность социального работника:

– владение ЗУН по специальным дисциплинам;

– владение способами решения профессионально-направленных задач социальной сферы;

– владение системой ценностей работников социальной сферы (профессиональными ценностями, морально-нравственными);

– владение творческими профессиональными способностями;

– необходимый уровень мотивации для выполнения профессионально-значимых задач в профессиональной сфере;

– наличие необходимых личностных и профессионально-значимых качеств [5; 221].

Таким образом, проведя исследование коммуникативного и когнитивного подходов в обучении иностранному языку, можно сделать вывод о целесообразности применения коммуникативно-когнитивный подхода на практике для развития когнитивных функций студентов.

Список литературы:

1. Зимняя И.А. Психология обучения иностранным языкам в школе. М. : Просвещение, 1991. 222 с.

2. Использование нетрадиционных форм организации занятий в процессе организации нетрадиционных форм организации занятий в процессе формирования иноязычной коммуникативной компетенции социальных работников / Солодовникова Ю.Ю. // Вестник. 2009. № 2(15). С. 204–210.

3. Кубрякова, Е.С. Языковое абстрагирование в наименованиях категорий / Е.С. Кубрякова, О.К. Ирисханова // Известия РАН. Серия литературы и языка. 2007. Т. 66. № 2. С. 3–12.

4. Пассов Е.И. Коммуникативное иноязычное образование. Концепция развития индивидуальности в диалоге культур. Липецк, 1999. 159 с.

5. Теоретико-методологические основы формирования иноязычной коммуникативной компетенции социальных работников / Солодовникова Ю.Ю. // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. Серия: Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика. 2009. № 1(15). С. 219–224.

6. Формирования иноязычной коммуникативной компетентности как средства профессиональной подготовки социальных работников: результаты опытно-экспериментальной работы // Альманах современной науки и образования. 2014. № 3(70). С. 118–123.

7. Изучение иностранных языков замедляет старение мозга. [Электронный ресурс]. URL : wek.ru›izuchenie-inostrannyx-yazykov-zamedlyaet…

УДК 311(075.8)

СТАТИСТИКА ПРОМЕЖУТОЧНЫХ ИТОГОВ В ХОДЕ РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ РФ «РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

С.Г. Стельма, кандидат экономических наук, доцент кафедры экономики и предпринимательского права, филиала ФГБОУ ВО «Российский государственный социальный университет» в г. Анапе, e-mail: Sofiast@mail.ru

Аннотация: *в статье кратко рассмотрены промежуточные итоги реализации госпрограммы»Развитие здравоохранения»; проанализированы плановые и фактические показатели промежуточных результатов, осуществлённых мероприятий.*

Ключевые слова: *здравоохранение, медицинская помощь, финансовое обеспечение, снижение смертности, обеспеченность врачами.*

Государственная программа определяет цели, задачи, основные направления развития здравоохранения и мероприятия, механизмы их реализации и финансовое обеспечение. По прогнозной оценке расходы на реализацию мероприятий Государственной программы из бюджетов всех уровней будут направлены средства в размере более 33 трлн. рублей.

«В Государственной программе сформулированы основные приоритеты развития отрасли, в рамках которых Министерство планирует работать в среднесрочной перспективе, – говорила Министр Вероника Скворцова. – Программа отражает основные подходы к решению таких основополагающих для отрасли вопросов, как совершенствование инфраструктуры здравоохранения, формирование единой профилактической среды, повышение качества оказываемой медицинской помощи повышение уровня подготовки медицинских кадров и заработной платы в отрасли». [1]

Государственная программа разработана Минздравом России в сотрудничестве с научной и медицинской общественностью и прошла общественное обсуждение, в том числе на площадке Открытого правительства.

Основой для формирования мероприятий, направленных на борьбу с такими серьезными социально значимыми заболеваниями, как болезни системы кровообращения, туберкулез, злокачественные новообразования, послужили результаты проведенного анализа реализации мероприятий приоритетного национального проекта «Здоровье» и программ модернизации, обобщение положительного опыта, накопленного за время реализации этих крупномасштабных проектов.

Реализация мероприятий Госпрограммы предусмотрена в два этапа: первый этап – с 2013 по 2015 год, второй этап – с 2016 по 2020 год.

Государственная программа включает подпрограммы: «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи»; «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичной медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, медицинской эвакуации»; «Развитие и внедрение инновационных методов диагностики и лечения»; «Охрана здоровья матери и ребенка»; «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детям»; «Оказание паллиативной помощи, в том числе детям»; «Кадровое обеспечение системы здравоохранения»; «Развитие международных отношений в сфере охраны здоровья»; «Экспертиза и контрольно-надзорные функции в сфере охраны здоровья»; «Медико-санитарное обеспечение отдельных категорий граждан»; «Управление реализацией Программы» – всего 11 подпрограмм.

Непосредственными результатами реализации государственной программы будет являться:

● снижение смертности от всех причин (на 1000 населения) до 11,4 в 2020 году,

● снижение материнской смертности (случаев на 100 тыс. родившихся живыми) до 15,5 в 2020 году,

● снижение младенческой смертности (случаев на 1000 родившихся живыми) снизится с 7,8 в 2016 году до 6,4 в 2020 году,

● снижение смертности от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения) до 622,4 в 2020 году,

● снижение смертности от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения) до 10 в 2020 году,

● снижение смертности от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения) до 190 в 2020 году,

● снижение смертности от туберкулеза (на 100 тыс. населения) до 11,2 в 2020 году,

● снижение потребления алкогольной продукции (в перерасчете на абсолютный алкоголь) (литров на душу населения в год) до 10 в 2020 году,

● снижение распространенности потребления табака среди взрослого населения (процент) до 25 в 2020 году,

● снижение распространенности потребления табака среди детей и подростков (процент) до 15 в 2020 году,

● снижение заболеваемости туберкулезом (на 100 тыс. населения) снизится с 51,9 в 2016 году до 35 в 2020 году,

● увеличение обеспеченности врачами (на 10 тыс. населения) до 44,8 в 2020 году,

● достижение соотношения врачей и среднего медицинского персонала до 1:3 в 2020 году,

● увеличение средней заработной платы врачей и работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги от средней заработной платы в соответствующем регионе вырастет до 200 % к 2018 году,

● увеличение средней заработной платы среднего медицинского персонала от средней заработной платы в соответствующем регионе до 100 % к 2018 году,

● увеличение средней заработной платы младшего медицинского персонала от средней заработной платы в соответствующем регионе вырастет до 100 % к 2018 году,

● увеличение ожидаемой продолжительности жизни при рождении до 74,3 лет в 2020 году. [1]

Сведения о достижении показателей госпрограммы

№ п/п	Показатели	План первого этапа программы	Факт 2014 г.
1	Смертность от всех причин (на 1000 населения), человек	12,80	13,10
2	Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми), человек	8,10	7,40
3	Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения), человек	706,60	653,70
4	Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения), человек	13,50	14,00
5	Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения), человек	199,40	201,10
6	Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения), человек	11,90	9,80
7	Потребление алкогольной продукции (в перерасчете на абсолютный алкоголь) (на душу населения в год), литров	12,00	Данные не предоставлены
8	Распространённость потребления табака среди взрослого населения, процентов	35,50	Данные не предоставлены

9	Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения), человек	65,45	Данные не предоставлены
10	Обеспеченность врачами (на 10 тыс. населения), человек	40,20	Данные не предоставлены
11	Количество среднего медицинского персонала, приходящегося на 1 врача, человек	2,20	Данные не предоставлены
12	Отношение средней заработной платы врачей и работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг) к средней заработной плате по субъекту РФ, процентов	130,70	141,80
13	Отношение средней заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) к средней заработной плате по субъекту РФ, процентов	76,20	80,70
14	Отношение средней заработной платы младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) к средней заработной плате по субъекту РФ, процентов	51,00	49,50
15	Отношение средней заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) и младшего медицинского персонала (персонала обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) к средней заработной плате по субъекту РФ, процентов	69,80	70,80
16	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет	71,41	Данные не предоставлены

Источник: составлено автором по данным портала госпрограмм РФ [2]

По данным таблицы видно, что реализация первого этапа госпрограммы РФ «Развитие здравоохранения» уже принесла первые положительные результаты, так в 2014 году:

– фактически уменьшились даже на большее значение по сравнению с плановыми показателями – младенческая смертность, смертность от болезней системы кровообращения, смертность от туберкулеза;

– фактически увеличилось отношение средней заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) и младшего медицинского персонала (персонала обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) к средней заработной плате по субъекту РФ;

– практически достигнуты плановые значения по следующим показателям — смертность от всех причин, смертность от дорожно-транспортных происшествий, смертность от новообразований, отношение средней заработной платы врачей и работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, отношение средней заработной платы младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) к средней заработной плате по субъекту РФ.

Список литературы:

1. Министерство здравоохранения РФ. URL : http://www.rosminzdrav.ru/ministry/programms/health/info (Материал опубликован 02 июня 2014. Обновлён 10 марта 2015).

2. Портал государственных программ РФ. URL : http://programs.gov.ru/Portal/programs/reportIndicators?gpId=1&series=base&year=2014 (Официальная информация, предоставленная федеральными органами исполнительной власти, данные актуальны на 15.03.2015).

УДК 616.2-053.31-084-036.11-002

ПРОФИЛАКТИКА ОСТРЫХ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

Е.С. Трунцова, кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной педиатрии с курсом последипломного образования, ГБОУ ВПО Астраханский ГМУ МЗ РФ, г. Астрахань,e-mail: truntsova1@mail.ru,

А.В. Адров, кандидат медицинских наук, ООО «Первая медицинская сервисная компания», г. Астрахань, e-mail: adrv63@mail.ru

Аннотация: *профилактика острых заболеваний дыхательных путей представляет серьезную проблему среди детей, посещающих детские дошкольные учреждения. Кислород с успехом используется в лечении заболеваний дыхательного тракта, особенно сопровождающихся дыхательной недостаточностью. Кислородные коктейли применялись с целью уменьшения гипоксии, профилактики бронхолегочных заболеваний и заболеваний желудочно-кишечного тракта, поддержания иммунной системы у часто болеющих и ослабленных детей. Осуществление оздоровления детей с помощью кислорода в детском дошкольном учреждении имеет ряд преимуществ.*

Ключевые слова: *острые заболевания дыхательных путей, дети, Энтеральная оксигенотерапия.*

За последние десятилетия рост патологии дыхательного тракта отмечен во многих работах отечественных исследователей. [2; 6; 8; 10]. По данным статистических отчетов Министерства здравоохранения России заболевания органов дыхания у детей стабильно лидируют и составляют более 60 % от всей патологии детского возраста в течение ряда лет [12]. Профилактика острых инфекций дыхательных путей представляет серьезную проблему среди детей, посещающих детские дошкольные учреждения. Для современной организации учебно-воспитательного процесса в дошкольных учреждениях характерно повышение умственной нагрузки, иногда в ущерб оздоровительным мероприятиям или занятиям физической культурой. Для современных детей, кроме гиподинамии, связанной в последние годы с широким доступом к информационным технологиям (компьютерам, планшетам) буквально с раннего возраста, характерен контакт с известными триггерами дыхательных путей – табаком (в том числе пассивно) и различными поллютантами, более массово присутствующими в крупных городах. Такие воздействия на организм ребенка приводят к хроническому кислородному голоданию, которое в той или иной степени имеется у детей – городских жителей. В воздухе городов, в силу перенасыщенности автомобильным транспортом и промышленными предприятиями, содержание кислорода в воздух значительно ниже нормы, а умственные нагрузки, пассивное курение, несбалансированное питание приводят организм ребенка к еще большему дефициту кислорода [1; 4]. Возникающая хроническая гипоксия является причиной многих заболеваний и, в первую очередь, заболеваний органов дыхания. Кислород с успехом давно используется в лечении заболеваний дыхательного тракта, особенно сопровождающихся дыхательной недостаточностью. Кислородные коктейли применялись с целью уменьшения гипоксии, профилактики бронхолегочных заболеваний и заболеваний желудочно-кишечного тракта, поддержания иммунной системы у часто болеющих и ослабленных детей [3] . В настоящее время использование чистого медицинского кислорода под атмосферным давлением или

оксигенотерапия – отдельная область медицинской науки. Поступление кислорода в организм сопровождается множеством эффектов – нарастанием оксигемоглобина в крови, устранением тканевой гипоксии, продолжительным расширением сосудов и усилением их тонуса, улучшением обменных процессов в печени, обезвреживающей токсические химические вещества, уменьшением концентрации молочной кислоты в мышечной ткани. Кислород вызывает уменьшение образования слизи клетками мерцательного эпителия дыхательных путей, тем самым улучшая мукоцилиарный клиренс [5; 7]. Однако, известные кислородные системы с запасами чистого кислорода (в баллонах высокого давления и в виде сжиженного кислорода) не экономичны и взрыво-, пожароопасны. Кроме того длительное вдыхание смеси, содержащей большое количество кислорода, может развить токсические эффекты – повредить слизистую оболочку дыхательных путей, альвеолоциты и тонкие мембраны капиллярной сети, отвечающей за газообмен. Поэтому более современным и надежным оборудованием в настоящее время считаются кислородные концентраторы, позволяющие получать кислород путем молекулярной фильтрации атмосферного воздуха. Содержание кислорода на выходе из концентратора составляет от 93 % и выше при скорости выделения от 0,5 до 5 л/мин. Данное оборудование может использоваться для приготовления кислородного коктейля, когда кислород довольно интенсивно всасывается через слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта, попадая таким образом, в кровь и лимфу. По данным литературы при курсовом лечении в крови снижается количество эритроцитов, а количество лейкоцитов и лимфоцитов повышается. Данный метод научно обоснован [3; 9; 11]. Осуществление оздоровления детей с помощью кислородных коктейлей в детском дошкольном учреждении имеет ряд преимуществ, так как проведение курсового лечения сразу большому количеству детей удобно и экономически более выгодно.

Основной целью работы было выявление эффективности профилактики респираторных инфекционных заболеваний методом энтеральной оксигенотерапии среди дошкольников.

При помощи метода энтеральной оксигенотерапии, инновационного и энергосберегающего оборудования можно получать от 3 до 5 порций кислородного коктейля в минуту объёмом от 100 до 250 мл. Энтеральная оксигенотерапия в соответствии с требованиями СанПиН 2.4.5.2409-08 по средствам употребления кислородных коктейлей разрешена к применению в детских учреждениях при условии ежедневного контроля медицинскими работниками и может быть отнесена к дополнительному витаминизированному питанию детей.

Было проведено ретроспективное когортное исследование среди 85 детей детского сада возрастом от 3 до 6 лет, родители которых дали информированное согласие. Использовался кислородный концентратор, с помощью которого получали кислородный коктейль, объёмом 100–120мл на основе натурального яблочного сока и экстракта солодки. Дети получили 2–4 курса энтеральной оксигенотерапии в год, в течение 4 лет. Дошкольники были рандомизированы на 2 достоверно различающиеся группы по количеству респираторных заболеваний за первые 6 мес. посещения детского сада – часто и длительно болеющие (ЧДБ, n = 50) и относительно редко болеющие – (КГ, n = 35). Критерии отнесения в группу ЧДБ основаны на частоте повторных эпизодов ОРЗ в год и предложены В. Ю. Альбицким и А.А. Барановым [2] (табл. 1).

На основании этого критерия используют инфекционный индекс (ИИ) – соотношение суммы всех ОРЗ за год к возрасту ребенка. В норме ИИ равен 0,2–0,3, у ЧДБ-ИИ = 1,1–3,5. В группу ЧДБ относили только тех детей, повторные ОРЗ у которых не связаны с врожденными или приобретенными патологическими со-

стояниями (например, с врожденными иммунодефицитами или хронической патологией ЛОР-органов). Таким образом, дети, отнесенные к ЧДБ, были соответствующим образом обследованы, и в результате не было выявлено конкретной причины повышенной респираторной заболеваемости. На следующем этапе было изучено количество респираторных инфекций в год, перенесенных каждым ребенком на протяжении 4 лет исследования – до применения метода энтеральной оксигенотерапии и после. Статистическая обработка материала проведена с вычислением для всех показателей критерия хи-квадрат ($\chi 2$), статистической значимости (p) и относительного риска (ОР).

Результаты: Начало исследования приходилось на поступление ребенка в детский сад. ИИ группы ЧДБ составил 3,6; в КГ ИИ = 1,0. Рандомизированные группы ЧДБ и КГ по количеству перенесенных респираторных инфекций достоверно отличались друг от друга ($\chi 2 = 14{,}34$; df = 1; $p < 0{,}001$). Детям группы ЧДБ после осмотра педиатра были назначены курсы энтеральной оксигенотерапии (ЭО) (табл. 2).

Таблица 1.

Критерии группы часто и длительно болеющих детей (ЧДБ)

ВОЗРАСТ	ЧАСТОТА ОРЗ (эпизодов в год)
До 1-го года	4 и более
До 3 лет	6 и более
4–5 лет	5 и более
Старше 5 лет	4 и более

Таблица 2.

Частота респираторных заболеваний в группах ЧДБ и КГ

Группы	Численность n	Получили ЭО	Стали болеть чаще	Стали болеть реже
ЧБД	50	50	14	21
КГ	35	–	22	4

К концу исследования респираторная заболеваемость всех детей из обеих групп снизилась в среднем на 20 %. Среди детей группы ЧДБ, получавших курсы энтеральной оксигенотерапии, респираторная заболеваемость за указанный период снизилась на 41 % ($\chi 2 = 4{,}03$; df = 1; $p = 0{,}045$), среди детей КГ, не получавших энтеральной оксигенотерапии, респираторная заболеваемость несколько увеличилась, но различия не достоверны ($\chi 2 = 2{,}59$; df = 1; $p = 0{,}10$). Относительный риск заболеть респираторной патологией снизился в группе ЧДБ в 2 раза и составил ОР = 0,473 [0,469; 0,474]. Значимость различий между числом не болевших детей в группе вмешательства (получавших ЭО) и группе контроля достаточно высока ($\chi^2 = 4{,}42$; df = 1; $p = 0{,}036$).

Таким образом, метод энтеральной оксигенотерапии является достоверно эффективным методом профилактики острых инфекционно-воспалительных заболеваний органов дыхания у детей. Курсовое лечение методом энтеральной оксигенотерапии приводит к значительному снижению количества респираторных инфекций у детей, посещающих детские дошкольные учреждения. Данный метод хорошо переносится, не вызывает побочных или токсических явлений в слизистой оболочке дыхательного тракта, соответствующих непосредственному вдыханию кислорода высокой концентрации. Энтеральная оксигенотерапия, инновационная методика оздоровления, может включаться как обязательный компонент реабилитационных программ, проводимых на базе детских дошкольных учре-

ждений для детей, часто и длительно болеющих, особенно инфекционно-воспалительными заболеваниями верхних и нижних дыхательных путей.

Список литературы:

1. Актуальные проблемы адаптационной, экологической и восстановительной медицины / Под ред. Н.А. Агаджаняна, В.В. Уйба, М.П. Куликова, А.В. Кочеткова. М. : Медика, 2006. 208 с.

2. Альбицкий В.Ю. и др. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии / [авт. коллектив Альбицкий В.Ю.и др.]; гл. ред. А.А. Баранов. М. : Ассоциация мед. обществ по качеству (АСМОК) : ГЭОТАР-Медиа, 2009. 87 с.

3. Боровик Т.Э., Семенова Н.Н., Давыдова Е.В. и соавт. Эффективность кислородных коктейлей при заболеваниях органов пищеварения и дыхания у детей // Вопросы современной педиатрии. 2007. Т. 6. № 2. С. 97–101.

4. Гребняк Н.П. Атмосферные загрязнения как фактор риска для здоровья детского и подросткового населения / Н.П. Гребняк, А.Ю. Федоренко // Гигиена и санитария. 2002. № 2. С. 21–22.

5. Жилин Ю.Н. Кислородо-аэрозольтерапия в повседневной медицинской практике. Методическое пособие. ООО «Интер-Этон». М., 2006. 22 с.

6. Зайцева О.В. Острые респираторные заболевания у детей: роль воспаления в патогенезе и пути его терапевтической коррекции: Пособие для врачей. М., 2003. 13 с.

7. Клячкин Л.М., Малявин А.Г., Пономаренко Г.Н., Самойлов В.О., Щегольков А.М. Физические методы лечения в пульмонологии. СПб, 1997. 315 с.

8. Коровина Н.А., Захарова И.Н., Овсянникова Е.М. Лечение бронхитов у детей: Методические рекомендации для практикующих врачей. М., 2004. 31 с.

9. Малявин А.Г. Респираторная медицинская реабилитация. Практическое руководство для врачей. М. : Практическая медицина, 2006. 416 с.

10. Мизерницкий Ю.Л. Диагностика и принципы терапии острой бронхиальной обструкции у детей // Педиатрия. 2008. № 1. С. 41–46.

11. Намазова Л.С., Конова О.М., Дмитриенко Е.Г. и соавт. Применение энтеральной оксигенотерапии с использованием кислородных концентраторов «Армед» в педиатрии (медицинские технологии). Пособие для врачей. М., 2009. 24 с.

12. Общая заболеваемость детского населения в России (0–14лет) в 2011 г. Статистические материалы. Ч. VI М., 2012. 144 с.

УДК 614.1:612.6 (470.46)

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН ПЕНСИОННОГО ВОЗРАСТА И ПРОЛОНГИРОВАНИЕ ИХ АКТИВНОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Е.В. Туровская, канд. мед. наук, старший преподаватель кафедры экстремальной медицины ГБОУ ВПО «Астраханский ГМУ», г. Астрахань, e-mail: camil-la79@rambler.ru»,

О.И. Фоменко, канд. мед. наук, доцент кафедры экстремальной медицины ГБОУ ВПО «Астраханский ГМУ», г. Астрахань

Аннотация: *многие пенсионеры достигли преклонного возраста, патологические процессы у них протекают на фоне морфофункциональных изменений органов и систем, развившихся в процессе старения и усугубленных болезнями, стрессами, ранениями, полученными во время войны, военных действий, при ликвидации последствий Чернобыльской катастрофы и т.д. Эта груп-*

па населения в связи с возрастом и накопленной хронической заболеваемостью является самой уязвимой, требующей больших медицинских и социальных затрат от здравоохранения. Оказание лечебно профилактической помощи этой категории граждан имеет выраженные клинические и организационные особенности.

Ключевые слова: *пенсионный возраст, состояние здоровья, хроническая заболеваемость.*

Пенсионный возраст для населения России (право выхода на пенсию) у мужчин по достижении ими60 лет при стаже работы не менее 25 лет, у женщин – 55 лет при стаже работы не менее 20 лет.

Выход на пенсию не дает каких-либо патологических эффектов отставки, если на этот момент человек обладает достаточно хорошим здоровьем и уверенностью в будущей материальной обеспеченности.

Парадоксальность ситуации в России заключается в том, что на фоне выраженного снижения средней продолжительности жизни доля лиц, в возрасте 60 лет и старше постоянно увеличивается [1, 2, 4, 5].

По прогнозным оценкам, население нашей страны особенно быстро начнет стареть после 2010 года, когда за границу 60-летних перешагнет поколение 50-х годов рождения и к 2015 году их доля составит уже 29 %, а к 2030 году более 30 %, т.е. каждый третий гражданин, из числа пожилых будет относиться к возрастной группе 75 лет и старше. Это выдвигает проблемы оказания медико-социаль-ной помощи лицам пожилого и старческого возраста на передний план [3, 4].

Толчком к появлению проблем со здоровьем у лиц пенсионного возраста, как правило, является прекращение трудовой деятельности. Выход на пенсию многими воспринимается как определенная социальная деградация.

Эти обстоятельства провоцируют не только ухудшение общего самочувствия пожилых людей, но и объективных показателей состояния их здоровья, диктует потребность в создании новых медико-социальных условий, способных обеспечить квалифицированную медицинскую и социальную помощь.

Необходимость рационализации оказания медицинской помощи пожилым людям и геронтологическая медикализация обозначились как рефлексия на социально значимые проблемы современности и одновременно как актуальное направление современной российской науки и практического здравоохранения.

Оказание лечебно-профилактической помощи этой категории граждан имеет широкий спектр социальных, клинических, организационных особенностей, поскольку определяется спецификой возрастных изменений, хронической заболеваемостью, усталостью организма [2].

По данным литературных источников, все больше ученых разных стран признают, что, хотя медицинская помощь и может улучшить здоровье, продлить жизнь, более важными для здоровья в целом являются социально-экономические условия, под влиянием которых люди начинают болеть и нуждаться в медицинской помощи.

При этом именно социологический анализ становится главным инструментом при изучении медицины, как социального института, в частности региональных особенностей управления здравоохранением, организации медицинской помощи, удовлетворенности пациентов пенсионного возраста медицинским обслуживанием, структурных и функциональных нарушений в системе обеспечения медицинских услуг [6].

В странах, где уже давно уделяется большое внимание решению экологических проблем и придается большое значение здоровому образу жизни, средняя продолжительность жизни значительно выше.

Базовыми элементами здорового образа жизни являются: объективные (внешние) условия и субъективные

(внутренние) детерминанты деятельности людей, а также ее разнообразные формы (характер и интенсивность) во всех основных сферах жизненной активности человека и общества:

Биологические факторы – возраст, пол, факторы питания.

Индивидуальные характеристики, семейные условия, образ жизни – структура и характер семьи (с точки зрения роли семьи); уровень образования – начальное, среднее, высшее образование; профессия и род занятий; отсутствие работы, «рискованное» поведение, режим питания, курение, употребление алкоголя, злоупотребление лекарствами, физическая активность, отдых и т.д.

Меры борьбы за активное долголетие – дело государственной важности. Их применение позволило бы, в частности, многим пенсионерам продолжать трудовую деятельность, помогая стране преодолевать нехватку рабочих рук. Забота о рынке труда для людей «от 60 и старше» поможет экономике страны эффективнее использовать весь спектр трудовых ресурсов.

Цель настоящего исследования – комплексное медико-социологическое изучение состояния здоровья граждан пенсионного возраста с оценкой состояния и эффективности действующей системы организации медицинской помощи, разработка механизмов пролонгирования их активного образа жизни и повышения качества жизни в современных экономических условиях.

Объектом исследования явились лица пенсионного возраста, проживающие в Астраханской области, в том числе инвалиды и участники Великой Отечественной войны (ВОВ), участники боевых действий, труженики тыла, ветераны труда и другие категории граждан данной возрастной группы.

В соответствии с целями и задачами исследования была разработана программа комплексного исследования состояния здоровья лиц пенсионного возраста, изучена структура их заболеваемости по Международной классификации болезней (МКБ-10) с последующей разработкой путей оптимизации оказания медицинской помощи в современных условиях.

Представлена комплексная клинико-статистическая характеристика состояния здоровья лиц пенсионного возраста как объекта медико-социальной помощи, приоритетно нуждающегося в стационарном лечении; выявлены особенности состояния здоровья, условий и образа жизни, медицинской активности и качества жизни. Проведена комплексная самооценка состояния здоровья данным контингентом, что позволило изучить структуру их заболеваемости и определить их потребность в лечении.

Дана оценка эффективности и качества оказываемой стационарной медицинской помощи: по основным показателям работы лечебных учреждений; состояния питания; оценке удовлетворенности пациентами качества стационарного лечения, комфортностью их пребывания; соблюдения лечебно-охранительного режима; оценки пациентами человеческих и профессиональных качеств медицинского персонала. Проведен анализ динамики качества жизни пациентов и основные проблемы, с которыми сталкивается данная социальная группа населения.

Исследование пациентов пенсионного возраста, поступивших на стационарное лечение, выявило их экономические, социальные, психологические характеристики.

Среди факторов риска для здоровья в повседневной жизни большинство респондентов называют: низкую физическую активность (92,7 % мужчин и 83,1 % женщин), малое нахождение на свежем воздухе (61,9 % и 69,5 % соответственно), высокое давление (63,7 % и 70,3 %), избыточный вес (41,1 % и 49,4 %); 18,9 % мужчин и 11,2 % женщин отметили, что недосыпают, 11,3 % и 7,1 % питаются не сбалансировано, а 2,1 % и 1,7 % питаются нерегулярно.

Принимают меры по укреплению здоровья регулярно 59,9 % мужчин и

65,3 % женщин, однако 32,8 % и 24,2 % соответственно делают это лишь иногда, а 7,3 % мужчин и 10,5 % женщин вообще не делают.

Предоставляемыми льготами на санаторно-курортное лечение пользуются только 68,9 % мужчин и 60,5 % женщин из числа участников Великой Отечественной войны, в то время как – 31,1 % мужчин и 39,5 % женщин, предпочитают получать денежную компенсацию.

Дополнительным лекарственным обеспечением среди участников ВОВ пользуются только 69,3 % мужчин и 70,8 % женщин, а 30,7 % и 29,2 % соответственно получают денежную компенсацию.

В силу состояния здоровья и возраста, лица пенсионного возраста проявляют весьма высокую медицинскую активность. В случае болезни всегда обращаться к врачу сразу 52,8 % респондентов мужчин и 49,9 % респондентов женщин, чаще обращаются, чем не обращаются 27,9 % мужчин и 32,3 % женщин и только 19,3 % мужчин и 17,8 % женщин обращаются лишь при очень плохом самочувствии. При этом тех, кто к врачу вообще не обращается, среди пациентов не было.

За скорой медицинской помощью обратились 72,3 %, амбулаторно-поликлинической помощью 100 %, частота обращений в поликлинику – от 6 до 20 раз в год.

По МКБ–10 в структуре госпитализированной заболеваемости, основным классом заболеваний, по поводу которого проходили лечение пациенты пенсионного возраста, были болезни системы кровообращения, на долю которых приходилось в среднем 84,3 % всех случаев госпитализации мужчин и 74,6 % всех случаев госпитализации женщин.

Среди болезней системы кровообращения преобладали: ишемическая болезнь сердца у 60,1 % мужчин и 57, 7 % женщин; цереброваскулярные болезни и их последствия у 25,8 % мужчин и 23,1 % женщин, а также различные формы гипертонической болезни и симптоматической гипертонии у 14,1 % мужчин и 19,2 % женщин. Различия статистически достоверны (t = 2,3) с вероятностью безошибочного прогноза 95 % и выше. Второе место в структуре госпитализированной заболеваемости принадлежало болезням органов дыхания, однако доля этой патологии значительно ниже: 9,6 % у мужчин и 12,2 % у женщин; различия статистически достоверны (t = 2,5).

На третьем месте в структуре заболеваемости находились болезни: костно-мышечной системы 2,7 % у мужчин и 5,7 % у женщин; на четвертом – болезни органов пищеварения 1,8 % у мужчин и 3,4 % у женщин соответственно.

Таким образом, по результатам проведенного клинико-социального исследования необходимо отметить, что в структуре госпитализированной заболеваемости основным классом заболеваний, по поводу которого проходили лечение пациенты пенсионного возраста, являются болезни системы кровообращения, среди которых преобладали ишемическая болезнь, цереброваскулярные болезни и их последствия, различные формы гипертонической болезни и симптоматической гипертонии.

С учетом проблем старения населения увеличивается потребность пациентов данной возрастной категории, как в специализированной, так и медико-социальной помощи.

Реорганизация одного из областных лечебных учреждений в областной гериатрический центр для оказания стационарной и консультативно-диагностической медицинской помощи лицам пенсионного возраста, позволит резко сократить неоправданную госпитализацию данного возрастного контингента на дорогие койки городских и районных больниц, уменьшить число вызовов скорой медицинской помощи к пациентам, сократить количество посещений ими поликлиник, повысить качество оказываемой медицинской и социальной помощи.

Список литературы:

1. Арьев А.Л. Пожилой человек, его здоровье в контексте глобальных проблем современности, состояние и пути развития геронтологии/гериатрии // Состояние и тенденции социальной медицины и гигиены на рубеже XX–XXI веков: Сб. науч. тр. СПб., 2000. 187 с.

2. Жукова Т.Н. Научное обоснование деятельности и перспективы развития Санкт-Петербургского госпиталя для ветеранов войн в современных условиях : Автореф. дис. … канд. мед. наук. СПб, 2006. 18 с.

3. Валеева Р.М. Особенности клиники, диагностики и терапии инфаркта миокарда у лиц старшей возрастной группы / Р.М. Валеева, Л.А. Лещинский // Клиническая геронтология. 2001. № 5. С. 53–56.

4. Виноградова Р.Н., Логунова А.М., Лугинина О.В., Пичугина Н.А., Максимова Н.Е. Социальные аспекты геронтопсихологической службы // Социальная и клиническая психиатрия. 2002. № 2. С. 83–85/

5. Воробьев П.А. Изгои эры пенсионеров. // Медицинский вестник. 2006. № 13. С. 19.

6. Решетников А.В. Социология медицины: руководство. М. : Медицина, 2002. 976 с.

УДК 613

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ НА БАЗЕ САНАТОРИЕВ г.-к. АНАПА

О.Ю. Трещева, преподаватель кафедры гражданского права и процесса филиала РГСУ в г. Анапе

Аннотация: *в статье рассмотрены правовые аспекты реабилитации инвалидов на базе санаториев г-к Анапа. Указаны виды реабилитации, которые предоставляются санаториями г-к Анапа. Расписаны медицинские услуги, оказываемые для реабилитации инвалидов в здравницах г-к Анапа.*

Ключевые слова: *инвалид, реабилитация, медицинские услуги ,санаторно-курортное лечение.*

На основании Конституции РФ и иных законодательных актов РФ, Конституции и иных законодательных актов республик, входящих в состав РФ, а также общепризнанных принципов и норм международного права и международных договоров государство гарантирует охрану здоровья каждого человека.

В соответствии с «Правилами признания лица инвалидом», утвержденными Постановлением РФ № 95от 20 февраля 2006 г. (в последней ред. Постановления Правительства РФ № 882 от 04.09.2012 г.) инвалидность – ограничение в возможностях, которое обуславливается физическими, психологическими, сенсорными, социальными, культурными, законодательными и иными барьерами, не позволяющими человеку, имеющему инвалидность быть интегрированным в обществе и принимать участие в жизни семьи и общества на том же основании, что и другие члены общества. [3] Инвалид – любое лицо, которое не может самостоятельно обеспечить полностью или частично потребности нормальной личной и социальной жизни в силу недостатка, будь то врождённого или приобретённого, физических или умственных возможностей. Инвалид – лицо, имеющее нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленным заболеванием, последстви-

ем травм и дефектов, которые приводят к ограничению жизнедеятельности и вызывают необходимость предоставления ему социальной защиты [3]. Инвалидом признаётся лицо, прошедшее медико-социальную экспертизу, получившее комплексную экспертную оценку состояния здоровья и степени ограничения жизнедеятельности. Причины инвалидности устанавливаются законодательством. По степени выраженности дефектов разделяют три группы инвалидности, лицам до 18 лет присваивается категория «ребёнок-инвалид».

В нашей стране рассчитывается показатель инвалидности, основанный на соотношении инвалидов как к численности работающих, так и к общей численности населения. Динамика числа инвалидов в нашей стране такова: по официальным статистическим данным Министерства здравоохранения и социального развития в стране более 9 млн чел. Ежегодно регистрируется еще около 1 млн чел. Непрерывный рост инвалидности, увеличение внимания к каждому инвалиду, повышение представлений о ценности личности, необходимости защищать её права определяет важность социально-реабилитационной деятельности.

Для социальной адаптации инвалида разрабатывается индивидуальная программа его реабилитации. Программа должна составляться специалистами учреждения, проводившего медико-социальную экспертизу, в течение месяца со дня признания инвалидом. Данная программа обязательна для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления и другими организациями независимо от организационно-правовых форм и форм собственности. Она содержит реабилитационные мероприятия, предоставляемые инвалиду бесплатно в соответствии с базовой программой реабилитации, а также мероприятия, в оплате которых принимает участие сам инвалид, либо другие лица и организации независимо от организационно-правовых форм и форм собственности. Индивидуальная программа реабилитации имеет для инвалида рекомендательный характер. Индивидуальная программа реабилитации – система мероприятий, направленных на развитие возможностей инвалида и членов его семьи. Реабилитация состоит из: медицинской, социальной и профессиональной.

Медицинская реабилитация осуществляется на основе федеральной базовой программы обязательного медицинского страхования населения РФ за счёт федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования. В соответствии с ФЗ «О государственной социальной помощи в РФ» инвалидам всех групп, а также детям инвалидам предусматривается набор социальных услуг, которые включают в себя: лекарственное обеспечение, санаторно-курортное лечение и проезд к месту лечения и обратно [1]. Для лица, сопровождающего инвалида 1-й группы, а также ребенка инвалида предусматривается вторая путевка. Набор социальных услуг предоставляется бесплатно. В результате несчастного случая на производстве или профессионального заболевания пострадавшее застрахованное лицо на основании ФЗ « Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» имеет право на предоставление путевки в целях медицинской реабилитации [2].

В соответствии с Постановлением Правительства № 286 от 15.05.2006 для предоставления путевки на медицинскую реабилитацию должны быть представлены следующие документы [4]:

– программа реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве или профессионального заболевания, составленная бюро медико-социальной экспертизы по установленной форме;

– заключениеврачебной комиссиимедицинской организации о наличии у застрахованного медицинских показа-

ний к определенному курсу реабилитации;

– заявление застрахованного (или его доверенного лица – в этом случае нужно будет предъявить документ, подтверждающий его полномочия, т.е. доверенность).

Социальная реабилитация состоит из: социально-средовой ориентации; социально-бытовой ориентации. Профессиональная реабилитация состоит из: профессиональной ориентации; профессионального образования; профессионально-производственной реабилитации; трудоустройства. Для этого устанавливаются квоты при приёме на работу, создаётся определённое количество рабочих мест, резервируются рабочие места по профессиям, наиболее подходящим для трудоустройства, организуется обучение новым профессиям, устанавливаются трудовые льготы.

Путевки, оплаченные за счет за счет средств обязательного социального страхования, предоставляются гражданам России при наличии медицинских показаний в санаторно-курортные организации, расположенные на территории Российской Федерации и включенные в Перечень санаторно-курортных учреждений, в которые предоставляются путевки на санаторно-курортное лечение гражданам, имеющих право на получение государственной социальной помощи, утверждается ежегодно по результатам конкурсных отборов. Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 июля 2013 г. № 301н/449н г. Москва «Об утверждении перечня санаторно-курортных учреждений (государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения)» [5], устанавливается перечень санаторно-курортных учреждений, в которые выдают при наличии медицинских показаний путевки на санаторно-курортное лечение, осуществляемое в целях профилактики основных заболеваний граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи.

На базе санаториев г-к Анапа осуществляется социально-медицинская реабилитация. Г-к Анапа расположены около 200 с лишним санаториев, которые входят в перечень санаторно-курортных учреждений, в которых предоставляются путевки на санаторно-курортное лечение гражданам, имеющим право на получение государственной социальной помощи. Данные санатории оказывают медицинские услуги по реабилитации инвалидов в зависимости от профиля заболевания. К ним относятся ОАО «Научно-исследовательский электромеханический институт» (ОАО «НИЭМИ») филиал Санаторий «Мотылек», ЗАО «Санаторий «Кубань», ОАО «Санаторий Кубань», Открытое акционерное общество «Санаторий «Родник», Закрытое акционерное общество «Санаторий «Надежда», Общество с ограниченной ответственностью «Санаторий «Вита», Закрытое акционерное общество «ДиЛУЧ» санаторно-курортный комплекс, Открытое акционерное общество «Санаторий «Анапа», Общество с ограниченной ответственностью «Санаторий «Янтарь», Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного образования «Федеральный детский оздоровительно-образовательный центр «Смена», Общество с ограниченной ответственностью «Санаторий «Магнолия», Ассоциация «Санаторно-курортное объединение «Курорты Подмосковья», Открытое акционерное общество «Санаторий Россиянка», бюджетное учреждение Центр реабилитации Фонда социального страхования Российской Федерации «Кристалл», Общество с ограниченной «Радуга», Открытое акционерное общество «Центр восстановительной медицины и реабилитации «Краснодарская бальнео лечебница», учреждение Республики Коми «Санаторий Черноморская зорька», Общество с ограниченной ответственностью «Санаторий «Мечта», Открытое акционерное общество «Санаторий «Росси-

янка», Закрытое акционерное общество «Санаторий «Маяк», Закрытое акционерное общество «Санаторий «Русь», Закрытое акционерное общество «Санаторий «Анапа-Океан», Общество с ограниченной ответственностью «Санаторий «Дюна», Закрытое акционерное общество «Санаторно-курортное бальнео-физиотерапевтическое объединение», Общество с ограниченной ответственностью «Рябинушка» и другие [5].

На их базе осуществляются различные виды медицинских услуг в соответствии с медицинской реабилитации, которые включают в себя бальнеологические процедуры, водные и грязевые, и другие различные виды процедур. В лечебном плане у г-к Анапа высокий статус – она по праву и уже не первый признается всепланетным сообществом лучшим городом-курортом мира, что подтверждено соответствующими дипломами. Практически при каждом санатории есть свой диагностический центр, оснащенный по последнему слову медицинской техники. От каких болезней могут в здравницах избавить? Да, практически от большинства – сердечно-сосудистых, заболеваний костно-мышечной системы и соединительных тканей, суставов, органов дыхания, пищеварительного тракта. Популярна у инвалидов лечебно-профилактическая программа «Антистресс»...

В Анапе даже морской песок – весьма действенное лекарство от рахита, заболеваний суставов и позвоночника. Он состоит из кварца, полевого шпата частиц раковин морских моллюсков, различных минералов. А как он горяч; Что особо действует на организм! Да и сам климат в Анапе уникальный – благоприятное сочетание морского, степного, горного факторов. Плюс свыше 280 солнечных дней в году, даже сейчас, в межсезонье, приезжают свыше трех тысяч курортников, в том числе инвалиды в здравницы, не считая сотен ребятишек.

Широкое применение в медицинской практике в здравницах находят псаммо-гелео-талассотерапия, лечение иловыми сероводородными грязями лиманов Витязевский и Таманский, озера Чембурское. Популярны среди курортников – массажи и лечебная гимнастика, игло- и психотерапия, лечебное питание, дозированная ходьба, водные процедуры. Кстати, когда море штормит, поплавать можно и в бассейнах с той же морской водой. В городе и при некоторых санаториях работают бюветы с минеральной водой, пользуются которыми совершенно бесплатно. А здравниц в городе-курорте не перечесть – знаменитые «Эллада» и «Кристалл», «ДиЛуч», и «Кубань», «Жемчужина России» и «Надежда» ... Мы уже говорили – свыше двухсот учреждений отдыха и здоровья, которые давно стали популярны не только у россиян, но и гостей из ближнего и дальнего зарубежья. Город – курорт Анапа имеет весьма выгодное географическое положение. Он расположен в юго-западной части великой страны. При этом в одном месте прямиком выходит к никогда не замерзающему Черному морю. Недалеко от него и море другое – Азовское. Если уж быть совсем точным – Анапские песчаные и галечные пляжи, протянувшись на семьдесят километров, начинаются практически от первых плоскогорий Великих Кавказских гор, о чем свидетельствует величественная стела «Парящего орла» у курортного поселка Сукко, ставшего одной из достопримечательностей г-к Анапа, и примыкают к Таманскому полуострову, где и тесно соседствуют два моря.

Климат на побережье средиземноморской почти, что субтропический. Без всякого вмешательства медиков у нас успешно лечат от разных хворей море, воздух и – да, да – даже в студеное время, согревающее все окрест солнце! Ну и в курортный сезон, разумеется песчаные или галечные пляжи. А что уж говорить, если вам посчастливилось приобрести путёвку в один из местных санаториев! Число всех здравниц у нас превысило цифру двести. Находятся они не только непосредственно в самой Анапе, но и в ее

пригородных курортных поселках – Витязево, Сукко, Большой Утриш и в др. Конкретно самих санаториев насчитывается больше четырех десятков. По оснащенности медицинским оборудованием, укомплектованности опытными докторами с высокой квалификацией не уступают лучшим мировым здравницам. В Анапских санаториях лечат все – гинекологические и сердечно-сосудистые заболевания, болезни периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата. А уж болезни верхних дыхательных путей – сам Бог велел. Ведь воздух на курорте чистейший – морской с добавлением степных ароматов и флюидов реликтовых лесов, произрастающих в предгорье, к примеру, можжевеловых, наповал убивающих все микробы и вирусы в организме.

Добавим к сказанному, что в санаториях не только качественное лечение, в них на высоком уровне организован досуг: площадки, караоке и дискотеки, прогулки на морских судах, посещения аквапарков и дельфинариев, океанариумов, пешие и конные походы в окрестностях Сукко, посещения торгово-развлекательных центров и прочее, прочее, прочее.

ОАО санаторий с лечением «Родник» на курорте Анапа – уникальная здравница, на территории которой расположены бальнеологические источники: – высокоминерализованная йода бромная хлоридно-натриевая вода (рассол), близкая по составу воде Мертвого моря (используются в Ваннах и Бассейнах). Высокоминерализованная, сероводородно-сульфидная вода Типа Мацеста (используются в Ваннах). Маломинерализованная, минеральная лечебная вода «Родник» в Питьевом бювете (отпускается бесплатно). Уникальные природные факторы курорта в сочетании с лечебно-диагностической базой, которой располагает санаторий Родник.

Санаторий Анапы, имеет собственный благоустроенный морской пляж с шезлонгами и другими пляжными аксессуарами. Здесь встречает прозрачная чистая морская вода Анапской бухты, полого уходящим в Черное море песчаным берегом и чередой удивительных дюн, с шумом ласкового прибоя и криками чаек. В санатории Родник находится бесплатный питьевой бювет и минеральный источник «Анапский Родник № 5.

Диагностика и лечение, в санатории Родник Анапы, проводятся на базе лечебного корпуса (площадью более 5 тысяч квадратных метров), расположенного на территории санатория. Санаторий широко использует природные лечебные факторы: климатолечение – оборудованный лечебный пляж, под контролем медицинского персонала; аэротерапия – круглогодично, в соответствии с назначенным режимом; гелиотерапия – с апреля по октябрь, лечебный пляж санатория Родник.

Санаторий Старинная Анапа расположен в набережной города-курорта Анапы, из окон открывается великолепный вид на анапскую бухту, на белоснежные яхты швартующиеся здесь. Пляж расположен всего в 150 метрах от входа в санаторий, и оборудован всем необходимым для комфортного отдыха на море – шезлонгами и навесами. Отдельный этаж санатория занимает лечебное отделение, оснащенное новейшими медицинскими технологиями. В санатории могут пройти курс санаторно-курортной реабилитации, взрослые и дети (3–14 лет). Санаторно-курортная реабилитация предусматривается пациентам с заболеваниями: болезни костно-мышечной системы – артопатии, дорсопатии, сиондилопатии, остеопатии, хондропатии, артриты и полиартриты нетуберкулезного происхождения. Болезни органов пищеварения – болезни кишечника без диареи, функциональные нарушения кишечника, болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы. Болезни сердечно-сосудистой системы и кровообращения — хронические ревматические болезни сердца, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные болезни. Болезни

нервной системы – воспалительные болезни центральной НС, поражение периферической ИС, заболевания и последствия травм спинного и головного мозга. Заболевания лор-органов – хронический ринит, хронический тонзиллит, хронический фарингит, фарингиты, катаральный отит, кохлеарные невриты, воспаление придаточных полостей носа, поллиноз, гипосмия.

Санаторий Россиянка – один из самых крупных и престижных лечебных комплексов Федерального курорта Анапа, который предназначен для приема и лечения взрослых и детей с 4-х летнего возраста. Территория здравницы представляет собой парковую зону с посадками хвойных, лиственных деревьев и кустарников – площадью более 12 гектар. В 300 м от «Черного моря» расположен собственный благоустроенный песчаный пляж с мелкозернистым кварцевым песком. Гидрогеологический режим акватории купания благоприятный, песчаное дно, отсутствуют водовороты, течения, резкие колебания уровня воды. «Санаторий «Россиянка» обладает одной из самых передовых лечебных баз на Черноморском побережье. Профессиональный персонал, современное лечебно-диагностическое оборудование и уникальные природно-климатические факторы — все это поможет эффективно укрепить здоровье. Лечебно-диагностический центр Санатория «Россиянка» занимает отдельный корпус, располагается на 3-х этажах, соединен теплыми отапливаемыми переходами с жилыми корпусами и центром питания, что позволяет организовывать лечебный процесс круглогодично.

На 1-м этаже лечебного корпуса находятся кабинеты грязелечебницы (кабинеты гальвано грязей, грязевых аппликаций, парафиноозокерито терапии), кабинеты ванного отделения (лечебные ванны с морской водой, йодобромные, хвойные, душ-Шарко, подводный душ-массаж), два крытых и 2 открытых бассейна с натуральной морской водой с подогревом круглогодичного действия (бассейн № 1 – 105 м. куб., бассейн № 2 – 112 м. куб.; 100 м. куб. и 150 м. куб.), кабинет УЗИ. Второй этаж занимают кабинеты физиотерапевтического отделения (ингаляторий, кабинеты электросвечения, УФО-терапии, ароматерапии, спелеотерапии), кабинеты массажа, два зала ЛФК (для групповых и индивидуальных занятий), фито бар. На 3-м этаже лечебного корпуса размещаются кабинеты врачей – терапевтов, педиатров, стоматолога, врачей-специалистов, здесь же находится клинико-диагностическая лаборатория, кабинет ЭКГ, кабинеты иглорефлексотерапии, гирудотерапии, мануальной терапии. В Санатории Россиянка» предусматривается возможность изоляции больных с инфекционными заболеваниями – в отдалении от жилых корпусов находится изолятор на 30 коек. Зона изолятора изолирована от жилых корпусов зелеными насаждениями, имеет удобные подъездные пути.

Основные лечебные профили санатория: заболевания органов дыхания и носоглотки нетуберкулёзного характера, хронические заболевания носоглотки (назофарингиты, тонзиллиты, ларингиты, риниты, фарингиты, синуситы, отосклероз, хронические отиты). Рецидивирующие и аллергические бронхиты, хронические бронхиты (в том числе деформирующие) в фазе ремиссии. Повторные пневмонии, хронические пневмонии с ограниченными пневмосклеротическими изменениями в фазе ремиссии. Бронхиальная астма (легкая и средняя форма) с нечастыми приступами в межприступном периоде. Астматический бронхит, другие респираторные аллергозы без выраженных явлений легочно-сердечной недостаточности. Реконвалесценты после оперативного вмешательства по поводу ограниченного бронхо-легочного процесса не ранее 8–10 месяцев после резекции при неосложненном течении послеоперационного периода. Болезни нервной системы: болезни периферических нервов: радикулиты, радикулоневриты, полирадикулиты, люмбальгия, люмбоишиоалгия,

ишиас, плекситы, полиневриты, невриты лицевого, тройничного нервов; поражения отдельных нервов конечностей, нейрофибромиозит вне фазы обострения; вегетативные полиневропатии, соляриты по окончании острого периода. Функциональные болезни нервной системы: неврастения, гипер- и гипостеническая формы; раздражительная слабость; неврозы, астенические и неврозоподобные состояния; вегето-сосудистая дистония, обусловленная инфекцией, интоксикацией травмами, эндокринными нарушениями; мигрени любого типа и формы, последствия черепно-мозговых травм. Болезни костно-мышечной системы: нарушения осанки у детей, сколиозы 1–2 степени, артриты и полиартриты нетуберкулезного происхождения: ревматоидный артрит с минимальной и средней активностью процесса в неактивной фазе; инфекционный полиартрит определённой этиологии при активности процесса не выше 2 стадии; посттравматические артриты через 4–6 месяцев после операции. Деформирующий остео артроз; остеохондроз, спондилез, спондилоартроз, анкилозирующий спондилоартрит при активности процесса не выше 2-ой стадии без висцерита.

Заболевания органов кровообращения, заболевания кожи и профессиональные заболевания; болезни мочеполовой системы: гинекология, урология; гинекология: хронический сальпингит, оофорит в хронической стадии, в период ремиссии, не ранее 2 месяцев после последнего обострения. Хронический параметрит не ранее 6 недель после последнего обострения. Тазовые перитонеальные спайки. Хронический эндометрит не ранее 6 недель после последнего обострения. Неправильное положение и гипоплазия матки. Дисфункция яичников при исключении органических заболеваний нервной, эндокринной систем и органических заболеваний женских половых органов. Расстройства менструальной функции (не центрального генеза). Климактерические расстройства легкой и средней степени тяжести, менопауза. Женское бесплодие, возникшее в результате воспалительных заболеваний матки, яичников. Урология: болезни мочевыводящих путей (циститы, уретриты). Хронические пиелонефриты. Хронические гломерулонефриты. Мочекаменная болезнь (МКБ) в стадии ремиссии. Заболевания органов пищеварения: хронический гастрит с секреторной недостаточностью вне фазы обострения. Хронический гастрит с сохраненной и повышенной секрецией, гастродуоденит вне фазы обострения. Дискинезия кишечника с явлениями кишечного стаза или диареей вне фазы обострения. Хронический холецистит, холангит различной этиологии, без склонности к частым обострениям без явлений желтухи и при нормальной СОЭ. Дискинезии желчных путей и желчного пузыря. Латентная форма хронического панкреатина. Синдром раздраженной толстой кишки. Болезни эндокринной системы и обмена веществ: ожирение алиментарное 1–3 степени, на почве недостаточной физической активности, нарушения регуляции жирового обмена нейрогенного происхождения, при недостаточности происхождения не выше 1 степени. Сахарный диабет легкой и средней степени тяжести в состоянии устойчивой компенсации, без проявлений ацидоза. Диффузная гиперплазия щитовидной железы 1–2 ст. в любое время года, диффузный и узловой зоб с нарушениями легкой степени и без нарушений функции – в весенне-осенний период. Дополнительные платные медицинские услуги: гирудотерапия, иглорефлексотерапия, стоматолог (первичный осмотр бесплатно).

В самом центре курортной зоны г. Анапа, неподалеку от моря раскинул свои владения санаторий «ДиЛУЧ». Санаторий ДиЛуч крупнейший в Краснодарском крае на юге России. Санаторий ДиЛУЧ, это спальные корпуса, большой лечебный корпус, курортная поликлиника, водогрязелечебница, столовые лечебного питания. Санаторий «ДиЛуч» является базовым курортно-оздоровительным

учреждением Анапы, располагает современной лечебно-диагностической базой и квалифицированным мед. персоналом. В санатории. В санатории ДиЛуч действуют уникальные методики лечения многих серьезных заболеваний, а лечебный корпус здравницы способен одновременно принять на лечение и профилактику различных заболеваний более 2000 человек. На территории санатория «ДиЛУЧ» находится уникальный врачебно-косметологический SPA-салон «Мария», открытый бассейн с подогреваемой морской водой, сауна, фито бар.

Санаторий «Анапа-Океан» находится в 20-ти метрах от моря, на красивейшей набережной, в непосредственной близости к центру города. Это комфортабельный отель уровня «3 звезды» евро стандарта и современный лечебно-оздоровительный комплекс. На протяжении 10 лет санаторий является одним из лидеров Анапы, по количеству ежегодно обслуживаемых иностранных гостей. К услугам 100 номеров, с размещением до 250 человек. Из номеров открывается прекрасный панорамный вид на море или город. Гарантируется качественное питание по системе «Шведский стол». Большой, светлый обеденный зал ресторана, разнообразие блюд европейской и русской кухни, местные экологически чистые овощи, фрукты и зелень, кондитерские изделия собственного производства, всё это доступно каждому Гостю. Развитая инфраструктура санатория включает: медицинский центр, новый велнес клуб 5-НТ ClubWellness, стильный итальянский ресторан с открытой верандой и бар на берегу моря «LaVeranda», зона Wi-Fi, кинозал, конференц-зал, детский игровой клуб Океан, салон красоты «LaVeranda», охраняемая автостоянка, супермаркет. Санаторий «Анапа-Океан» уделяет огромное внимание сервису обслуживания и на всём протяжении лечения. На весь период реабилитации будет окружать внимательный и гостеприимный обслуживающий персонал.

В медицинском центре «Анапа-Океан» проводится санаторно-курортное, амбулаторно-курсовое и физиотерапевтическое лечение по следующим направлениям: болезни органов дыхания, болезни костно–мышечной системы, болезни нервной системы, болезни органов пищеварения, болезни нарушения обмена веществ и эндокринной системы, болезни системы кровообращения, болезни уха, горла, носа – ЛОР, болезни кожи и подкожной клетчатки, болезни женских половых органов, болезни мочеполовой системы, болезни глаза и его придаточного аппарата, санаторно-курортное лечение и оздоровление детей.

Для точной диагностики и назначения эффективного лечения медицинский центр «Анапа-Океан» сотрудничает с Краевым лабораторным центром, филиалом компании «KDL», результаты анализов которой дают врачу 70 % значимой информации, самые подробные и точные показатели по всем лабораторным исследованиям. Лечебная база санатория широко использует лечебные факторы курорта, а также различные методы восстановительной медицины. Медицинский персонал помогает инвалидам формировать правильный образ жизни, который сам по себе является самой главной профилактикой всех болезней.

Санаторий «Маяк» находится в центре курортной зоны, на тихой части набережной Высокого берега. На территории площадью 1,75 га среди густой и ухоженной зелени располагаются четыре жилых корпуса. Лечение в санатории «Маяк» в Анапе: заболевания органов дыхания нетуберкулезного характера, заболевания ЛОР органов, болезни опорно-двигательного аппарата и костно-мышечной системы, заболевания кожи, болезни органов пищеварения, гинекологические заболевания, болезни нервной системы, заболевания сердечно-сосудистой системы. Санаторий «Маяк» добавил к великолепию Черноморской природы широкий ассортимент традиционных и современных методов санаторно-курортного лечения. Это грязелечение и лечение бронхиальной астмы солевой аэроингаляцией в галокамере (аналог спелеотерапии – лечение

пещерным микроклиматом). Использование лечебных трав, гомеопатических средств, специального питания, минеральных вод «Анапская», «Семигорская» – улучшает иммунитет и очищает организм от накопившихся шлаков. Большое разнообразие аппаратной физиотерапии позволяет проводить лечение современными лазерами многих заболеваний. Лечение неврологических заболеваний, бронхолегочной системы и опорно-двигательного аппарата проводят на основе биологической обратной связи (БОС). Санаторий «Маяк» является обладателем уникального лечебного кабинета ГАЛОТЕРАПИИ. Само название происходит от греческого «галос» – соль и по сути означает создание искусственного микроклимата соленых подземных шахт.

Показания для лечения в санатории: острые заболевания органов дыхания с затяжным течением и больные ХНЗЛ в фазе затихающего и вяло текущего обострения: острый бронхит (более 2-х недель); рецидивирующий бронхит; хронический необструктивный и обструктивный бронхит; бронхиальная астма с различными клинико-патогенетическими вариантами течения; бронхоэктатическая болезнь; муковисцидоз. Заболевания ЛОР-органов: вазомоторные и аллергические риносинусопатии; хронические риносинусиды; хронические фарингиты; хронический и острый туботит. Патология кожных покровов: атопический дерматоз, диффузная и экссудативная форма в стадии стабилизации; псориаз в стадии стабилизации; экзема; гиперсекреция сальных желез (жирная соборея); гнойничковые поражения кожи, угри. С целью профилактики ХНЗЛ назначают людям с частыми острыми респираторными заболеваниями; хроническими заболеваниями верхних дыхательных путей; поллинозом; кашлем, связанным с влиянием производственных поллютантов и курением. В лечении используется хлоридно-натриевая соль. Солевое покрытие в самой Галокамере не только воссоздает вид солевой пещеры, но и оказывает гипоаллергенное и антимикробное действие. Приглушенный свет, интерьер, музыкальная психотерапия оказывают дополнительно расслабляющее, благоприятное действие на нервную систему человека.

Методы лечения, применяемые на базе санатория «Маяк» в целях медицинской реабилитации: ингаляции настоями лекарственных трав, минеральной водой, медикаментозными препаратами, иммуностимулирующими веществами, лечебными эфирными маслами. Массаж классический, точечный, сегментарный, дренажный и с элементами мануальной терапии. Лечебные ванны с применением морской соли, фитосолей, лекарственных препаратов. Подводный душ-массаж применяется при заболеваниях опорно-двигательного аппарата, центральной и периферической нервных систем, паталогического климакса, при нарушении обмена веществ. Аппаратная физиотерапия позволяет использовать в лечебных целях различные токи, проводить магнит терапию, ультразвуковую терапию; работают кабинеты озокерит-парафинотерапии, фито аэротерапии и кабинет электросна. Грязелечение с применением местной лечебной илово-сульфидной грязи методом гальванизации и малыми аппликациями. Минеральные воды «Анапская» и «Семигорская» применяются для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта, желчевыводящих и мочевых путей, гинекологических заболеваний (орошения, ванночки). Климатолечение гелио-, талассо-, псамотерапия. Прием ведут специалисты: терапевт, педиатр, гинеколог, кардиолог, невропатолог, отоларинголог, аллерголог и др. специалисты.

У санатория есть тренажерный зал и зал лечебной физкультуры, где опытные специалисты-врачи разработают в целях реабилитации определенную программу. Наличие парковой зоны у санатория и непосредственная близость моря дают хорошие результаты при лечении всех заболеваний.

Санаторий Надежда в Анапе, райский, уютный уголок в самом центре курорта Анапы, здесь Вам подарят здоровье, душевное тепло и великолепный отдых у моря. Анапская здравница одновременно может принять около 1.000 человек, располагает своим участком оборудованного лечебного пляжа, который находится в 10 минутах ходьбы (400 м. от моря). Недалеко от санатория находятся: ККЗ «Победа»; летняя эстрада; детские парки; Анапский Краеведческий музей и археологический музей раскопок под открытым небом «Горгиппия». Лечение – медицинские услуги на базе здравницы: особая гордость санатория – медицинская база, оснащенная новейшим современным оборудованием, и высококвалифицированный врачебный персонал. Профессионализм медиков, современная лечебная база и уникальные природно-климатические факторы – вот три кита, на которых держится эффективность лечения в санатории «Надежда».

Основными лечебными профилями санатория являются: болезни эндокринной системы и нарушения обмена веществ (сахарный диабет, ожирение), хронические заболевания органов дыхания нетуберкулезного характера, хронические заболевания верхних дыхательных путей, аллергические заболевания верхних дыхательных путей, бронхиальная астма (легкое течение), аллергические заболевания кожи, хронические заболевания опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы, хронические гинекологические заболевания, функциональные нарушения нервной системы (неврозы), болезни системы кровообращения, сосудов, хронические заболевания мужской половой сферы.

В санатории действует специализированное эндокринологическое отделение, где проводят лечение больных сахарным диабетом, также в санатории существует «Астма-школа» (её целью является оказание помощи больным бронхиальной астмой на основе принципов организации лечения и наблюдения).

Все здравницы г-к Анапа соответствуют всем стандартам, в соответствии с действующим законодательством по оказанию медико-социальной реабилитации инвалидов. После прохождения курса медицинской реабилитации многие инвалиды с большим удовольствием еще возвращаются на повторные курсы. После интенсивного лечения в санаториях г-к Анапа, пройдя курс реабилитации, инвалиды восстанавливаются, поправляют свое здоровье, становясь полноценным членом общества.

Список литературы:

1. ФЗ от 17.07.199 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи в РФ» (изм. и последними дополнениями от 21.07.14 г.).

2. ФЗ от 24.07.1998 № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (в ред. от 01.12.2014).

3. «Правила признания лица инвалидом», утвержденными Постановлением РФ № 95от 20 февраля 2006 г. (в последней ред. Постановления Правительства РФ № 882 от 04.09.2012 г.).

4. Постановление Правительства № 286 от 15.05.2006 (ред. от 15.10.2014) «Об утверждении Положения об оплате дополнительных расходов на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию застрахованных лиц, получивших повреждение здоровья вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».

5. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 июля 2013 г. № 301н /449н г. Москва «Об утверждении перечня санаторно-курортных учреждений (государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения)».

УДК 616.6

ВРАЧЕВАНИЕ В ДРЕВНЕГРЕЧЕСКОМ ПОЛИСЕ ЭПИДАВРЕ

И.Н. Тюряхин, кандидат исторических наук, старший преподаватель кафедры теории и истории государства и права филиала РГСУ в г. Анапе, e-mail: baikal7873@mail.ru

Аннотация: *в статье рассматриваются методы врачевания в святилище Асклепия в древнегреческом полисе Эпидавре. Автор указывает на важную роль и популярность этого святилища в Древней Греции, ставшего одним из центров паломничества. Показываются особенности храмовой медицины, сочетание в ней научных и магических приёмов лечения.*

Ключевые слова: *асклепий, асклепейон, вотивы, врачевание, святилище.*

Одним из центров зарождения медицины в её современном понимании был древнегреческий город Эпидавр, в котором находилось самое крупное в античном мире святилище Асклепия. Культ бога-целителя Асклепия впервые сложился здесь в VI веке до н.э., и вскоре Эпидавр стал местом, куда в надежде на исцеление стекались паломники со всех уголков Греции.

Центральным сооружением святилища (асклепейона) был храм Асклепия (IV в. до н.э.). На территории святилища располагались также храмы в честь Гигиеи, Артемиды, Афродиты, Фемиды и Аполлона, большой жертвенник для приношений и круглый храм Толос – выдающееся произведение древнего зодчества, воздвигнутый в V в. до н.э. Поликлетом Младшим. В его подземелье располагались три бассейна, сообщавшиеся с минеральным источником, вода которого обладала природным лечебным действием. Вода источника использовалась в качестве одного из основных лечебных средств, и потому он считался священным. Храм Асклепия окружала кипарисовая роща, воздух которой также является целебным.

На территории святилища в Эпидавре были также баня, библиотека, гимнасий и стадион (для занятий спортом). Повсюду возвышались многочисленные статуи, изображавшие богов, памятники, воздвигнутые в честь знаменитых врачевателей, стелы, на которых высекались тексты о случаях удачного исцеления. При раскопках в Эпидавре найдены в большом количестве вотивы (*лат.* – посвящённый богам) – изображения исцеленных частей тела. Мраморные руки и ноги, серебряные сердца, золотые глаза и уши приносили в храм в дар за исцеление.

К святилищу вела дорога длиной около 1 км. За больными, идущими по дороге в асклепейон наблюдали целители, и по походке и движениям больного человека врачи ставили диагноз. Некоторых больных в святилище не пускали, так как больной не имел права умереть в присутствии бога-врачевателя Асклепия. Религиозный ритуал исключал из священных мест как в Эпидавре, так и в других асклепейонах все нечистое, в частности связанное с рождением и смертью. Поэтому рожениц и неизлечимых больных, пришедших иногда из самых отдаленных мест Греции, изгоняли за пределы священной ограды. Служители асклепейонов строго следили за чистотой святилища и его посетителей. Каждый вошедший мылся в водах «священного» источника, после чего приносил жертву богам.

Таким образом, святилища Асклепия в древней Греции не были больницами в нашем понимании. По меткому замечанию профессора В. П. Карпова они носили «лечебно-санаторный» характер.

В Эпидавре никогда не было врачебной школы, как это имело место на Косе, в Пергаме или Александрии. На службу в асклепейон принимались лишь те, кто давал священную врачебную

«Клятву» и таким образом приобщался к братству асклепиадов (этот термин впервые появился в античной литературе в VI в. до н.э.).

Врачевание в асклепейонах сочетало эмпирические и магические приемы. Основными средствами лечения были: лекарственное врачевание, водолечение, гимнастические упражнения. Кроме этого лечили мёдом, молоком, виноградным вином, гимнастическими упражнениями, а также методами психологического воздействия — театральными представлениями. Трагедия, вызывая сострадание и страх, заставляла зрителя сопереживать, тем самым очищая, исцеляя его душу. Аристотель называл этот эффект катарсисом (*др. греч.* – очищение, оздоровление). Поэтому в Эпидавре недалеко от святилища находился театр с великолепной акустикой, построенный Поликлетом Младшим и слывший одним из самых больших и замечательных во всей Греции.

Наиболее важным способом лечения являлся ритуал Enkoimesis (который неправильно переводится как «инкубация» или «инкубационный сон») – кульминация обряда священного врачевания. Проводился он в абатоне – длинных крытых галереях вдоль стены храма, куда никто не мог войти без специального разрешения. Там больные вводились в состояние «искусственного сна» (состояние экстаза или гипноза), которое достигалось применением наркотиков или методов психологического воздействия. Ритуал сопровождался театральными представлениями, явлением бога или его священной змеи и даже представлением хирургических операций (в Эпидавре и других асклепейонах найдено множество хирургических инструментов). Очень скоро ритуал Enkoimesis приобрел широкую популярность. Он привлекал множество пациентов и приносил колоссальные доходы асклепейонам. После ужасной чумы 430 г. до н.э., перед которой традиционная медицина оказалась бессильной, внимание к религии и магии усилилось. Священная змея из асклепейона в Эпидавре была торжественно перенесена в Афины, где на склонах Акрополя был заложен новый асклепейон, и культ Асклепия засиял с новой силой.

Однако в просвещенных кругах Греции к ритуалу Enkoimesis относились весьма критически. Так, в комедии Аристофана «Плутос» (греч. бог богатства), написанной в 388 г. до н.э., красноречиво рассказывается о многочисленных разочарованиях по поводу этого ритуала.

В Древней Греции не было резкой границы между светской медициной и врачеванием в храмах. Об этом свидетельствуют памятники знаменитым светским врачевателям, воздвигнутые на территории асклепейонов, а также многочисленные свидетельства приглашения известных светских врачевателей в храмы в качестве «консультантов» в трудных случаях заболеваний.

Храмовое врачевание унаследовало многие положительные приемы и гигиенические традиции эмпирического врачевания, которое возникло несравненно раньше религий. Греческая медицина вышла не из храмов: «в творениях Гомера, Гесиода, Пиндара и многих других поэтов и историков, – отмечал С.Г. Ковнер, – мы находим... многочисленные веские доказательства несомненного существования с незапамятных времен светской, естественной медицины, которую ее могущественная соперница, медицина храмов, не в состоянии была ни затмить, ни уничтожить». [1]

Список литературы

1. Ковнер С.Г. История медицины. Киев, 1878. С. 145–146.

2. Ковнер С. История медицины. Киев, 1878.

3. Сорокина Т.С. История медицины. В 2 т. Т. 1. М., 1987.

УДК 796

МЕТОДИКА ПОСТРОЕНИЯ ОБРАЗОВ ДЛЯ УСКОРЕННОГО ОБУЧЕНИЯ ВИДАМ СПОРТА В ДЮСШ

Н.А. Чирикова, тренер-преподаватель МАУ ДОДЮСШ № 10, e-mail: chirikova@mail.ru,

Е.В. Дмитриева, тренер-преподаватель МАУ ДОДЮСШ № 10

Аннотация: *статья обобщает опыт российских авторов по адаптации методики построения образов в тренировочном процессе, раскрывает ее преимущества и ряд возможностей, направленных на улучшение физического и психического здоровья учащихся спортсменов.*

Ключевые слова: *образное мышление, ускоренное обучение, здоровье, развитие, самореализация.*

Как скоро Вы понимаете, что Вам нужно в тот или иной момент жизни. Мы сейчас говорим о взрослых людях, которые способны принимать решения сами, имея хоть какой-нибудь опыт мышления. Кто из Вас, когда-нибудь задумывался как проще и быстрее научить ребенка тем или иным знаниям, навыкам и умениям.

Принятая Правительством Российской Федерации Концепция модернизации российского образования определяет приоритетные цели и задачи, решение которых требует построения адекватной системы психолого-педагогического сопровождения. Успешно реализовать инициативу президента «Наша новая школа», может позволить слаженная работа администрации, тренеров-преподавателей, родителей, учащихся.

Применяемая нами методика построения образов имеет ряд преимуществ. Методика создает условия для развития личностного потенциала воспитанника ДЮСШ в системе дополнительного образования, увеличивает количество учащихся, участвующих в соревнованиях разного уровня, повышает качество результативности участия в соревнованиях, создает положительную динамику качества тренированности, помогает выявлять и стимулировать одаренных детей, повышает уровень профессиональной компетенции тренеров-преподавателей, способствует росту включенности родителей в образовательно-тренировочный процесс, улучшает физическое и психическое здоровье учащихся спортсменов.

Психолого-педагогические исследования убедительно доказали необходимость создания условий для развития талантливых (одаренных) детей, самореализация которых не может быть эффективно осуществлена в рамках традиционного обучения.

Задумывались ли Вы когда-нибудь, что каждый, абсолютно каждый ребенок рождается талантливым, но не каждый способен проявить свой потенциал в полной мере. Талантливый (с повышенным уровнем развития) ребенок, обладает способностью за короткий промежуток времени успешно осваивать тот или иной вид деятельности в процессе обучения, изобретает новые способы деятельности, проявляет новаторство.

Существует несколько видов одаренности: творческая – подразумевает высокие достижения в области физической культуры и исполнительского мастерства в спорте, а также проявления лидерских способностей автора идей. Социальная – характеризуется легкостью установления и высоким качеством межличностных отношений. Эти способности позволяют быть лидером. Интеллектуальная – дети с одаренностью этого вида быстро овладевают основополагающими понятиями, легко запоминают и сохраняют информа-

цию, способны к различным мыслительным операциям.

В современном представлении понятие «качество образования, тренированности» не сводится к обученности учащихся-спортсменов, набору знаний и навыков, но связывается с понятием «качество жизни», раскрывающимся через такие категории как «здоровье», «социальное благополучие», «самореализация», «защищенность».

Основная цель деятельности тренирующихся учащихся-развитие самостоятельности в решении проблемных ситуаций.

Самая частая проблема среди учеников – невнимательность и рассеянность. Причины этого скрываются в психологических и личностных особенностях человека и обусловлены уровнем развития памяти, умением концентрировать внимание, наличием мотивации и т.д.

Методика позволит учащимся преодолеть сложности: невнимательность и рассеянность, трудность в понимании объяснения с первого раза, трудности выполнения заданий для самостоятельной работы и необходимость в многократном повторении задания перед его выполнением, постоянное переспрашивание тренера-преподавателя, плохая ориентация в спортзале, молчание, в ответ на вопросы тренера, опоздания на тренировочные занятия, постоянная отвлекаемость на тренировочных занятиях, страх перед вопросами тренера, продолжительное отсутствие во время тренировочного занятия, высокий уровень хронических заболеваний (патология почек, заболевания органов пищеварения, патологии органов зрения, сердечно-сосудистые патологии и др.).

Память устроена таким образом, что информация в ней хранится в виде образов, или их моделей. Каждый из нас обладает естественной, выработанной за миллионы лет эволюции способностью сохранять формы, звуки, ощущения в виде образов. Этот принцип работы нашей памяти был известен с самых давних времен и всегда широко использовался.

Образная память (эйдетизм) – искусственно вызывает недостающие ощущения, дополняя усеченную информацию до полноценного образа, его вызвавшего. Включение всех каналов восприятия отменяет принцип «повторение – мать учения». Повторение разрушает то, что человек запомнил. Природа во второй раз не повторяет. А что такое мгновенное запоминание? Это адекватная реакция. Никаких стрессов, уверенность в себе, умственная работа становится творческой. От здоровой психики зависит и хорошее здоровье. Сумел вообразить – значит помнишь. Обучение тренировочным навыкам теперь сводится к пониманию. Понял – представил. Представил – уже знаешь. Но на этом не исчерпываются полезные свойства образной памяти. Способность воспроизводить через любой промежуток времени, забывать по заказу, заниматься несколькими делами сразу без потери качества, восстанавливать любую картинку после беглого взгляда и т.д.

Мозг человека состоит из двух полушарий. Правое – образное полушарие, левое – словесное. Правое – это эмоции, левое – разум. Мозг привык запоминать все таким, как есть – в многообразии цветов, звуков, запахов других качеств. Восприняв что-то, он в правом полушарии составляет образ – модель, в левом – соответствующие ему слова. Воспринятое, таким образом не стирается. Это для него органично и естественно.

Человеческая память это не только умение запоминать, но и, как ни парадоксально это звучит, умение забывать ненужное. Обучающихся очень часто отвлекает какой-либо мучительный эпизод из прошлого, который как не стараешься «похоронить» на дне сознания, он то и дело навязчиво всплывает в памяти. Представление этого эпизода в шутливой форме позволяет обучающемуся быстро снять стресс. Программа «Эйдетика» учит умению вспоминать, умению эф-

фективно запоминать любую сложную информацию, а также учит забывать ненужную информацию или переживания. Способствует развитию образной памяти (образной слуховой, образной зрительной, образной тактильной, образной обонятельной) и природных способностей обучающихся.

Образная память (эйдетизм) возвращает целостное детское восприятие мира, восстанавливает естественную память, учит творческому мышлению. Это более стойкая форма памяти, разрушить которую почти невозможно, так как она исходит из интересов и профессиональных знаний самого человека и уже неотделима от его личности. Растет скорость самой работы. Улучшается здоровье, растет емкость оперативной памяти.

Человек даже в окружении книг может творчески работать только с тем, что держит в голове. Образная память – это библиотека минимум из 10–15 книг.

Пик эйдетизма приходится на 11–15 лет, поэтому дети быстро овладевают методами развития образной памяти. Тем более что все методы обучения очень похожи на увлекательную игру. Опыт показал, что обучающиеся в возрасте 11–15 лет легко и быстро входят в игру со своим воображением, даже не подозревая о том, какие сложные задания порою, они выполняют. Они приобретают устойчивый навык быстро сконцентрировать свое внимание, запомнить нужное быстро, точно и в большом объеме за короткий срок и отсеять второстепенное, хранить информацию, своевременно и правильно её использовать.

Методика базируется на постулатах: убеждай, а не приказывай; не подавляй, а строй отношения на равных; предоставь свободу выбора; принимай воспитанника таким, какой он есть, со всеми достоинствами и недостатками.

В процессе взаимодействия тренера-преподавателя и учащегося используются принципы: целостность, систематичность целенаправленность, диагностичность, диалогичность, вариативность динамичность.

После обучения по методике работы с образами воспитанники прекрасно запоминают технические приемы избранного вида спорта правила, акценты (технические точки), исторические даты и правильно реагируют на стрессовые ситуации или на воспоминания о них. Не секрет, что современные подростки мало читают (книгу вытеснили телевизор, компьютер).

Результаты, которые будут достигнуты обучающимися, после применения методики: теоретические знания в области эйдетики (образное мышление) развитие практических навыков.

У воспитанников формируются следующие умения и навыки: фокусировка внимания при чтении, при прослушивании и просмотре информации; определении основной смысловой нагрузки получаемой информации; вспоминания необходимого и забывания ненужного; мнемотехники; саморегуляции и самопознания; скоро чтения (увеличение в 2–5 раз).

Тренировочные группы работают над изучением одинаковых тем, используя разные методы развития памяти, т.е. практические задания для групп подбираются с учетом возрастных особенностей. В процессе обучения учащиеся учатся не запоминать, а воспроизводить.

В процессе обучения воспитанники ДЮСШ более полно усваивают материал предусмотренный применением следующих методов обучения: словесного: лекция, беседа; наглядно-иллюстративного: схемы, аудиоматериалы, видеоматериалы; методов мнемотехники (основанных на вербально-логическом мышлении): логические закономерности, ассоциации (последовательные, связанные, фонетические, автобиографические), цифробуквенный код, рациональное повторение; методов эйдотехники (основанных на конкретно-образном мышлении): оживление, вхождение, трансформация; образные крючки, мышление образами, соощущения, графические импровизации, отстраненность, регрессия, избыточность, метод Цицерона, перевоплощение, изме-

нённые модальности, эхо, динамическое соответствие, фотографическая память.

Вводные, обобщающие, итоговые занятия и игровые упражнения по темам проводятся в групповой форме. Занятия, направленные на функциональную тренировку по отработке навыков воспроизведения информации с использованием различных методов, предусматривает парную, индивидуальную, групповую работу. В освоении программы приоритет отдается практической деятельности. В течение учебного года осуществляется контроль над усвоением материала: предварительный контроль, текущий контроль, итоговый контроль.

Система оценивания. Выбор системы оценивания успешности занятия зависит от метода обучения использованного на занятии. Например, для метода регрессии используется коэффициент полноты воспоминания. Для этого применяется шкала регрессии. Для метода забывания используется коэффициент забывания. Эффективность памяти определяется тремя параметрами. Эти параметры – объем, полнота (или точность) воспроизведения и прочность (длительность) хранения информации, доступной переводу в актуальную память.

Повышение продуктивности памяти обеспечивается: правильной постановкой задачи запоминания в связи с требованиями воспроизведения; активной ориентировкой в запоминаемом материале с выбором главного и отсечением несущественного; формированием оперативной единицы и кода запоминания; правильной организацией процесса забывания; полным использованием различных органов чувств.

Хорошо работающая память связана с умением наблюдать, быть внимательным и сосредоточенным. Отношение к повторению как к творческому процессу, правильная организация содержательных и временных аспектов повторения необходима для результативного проявления возможностей памяти.

Список литературы:

1. Бузан Т. Скоростная память (пер. с англ.). М. : РИПОЛ КЛАССИК, 1999.

2. Лурия А.Р. Маленькая книжка о большой памяти. М. : РИПОЛ КЛАССИК, 1997.

3. Матюгин И.Ю., Чекаберия Е.И., Жемаева Е.Л., Рыбникова И.К. Как развить хорошую память. М. : РИПОЛ КЛАССИК, 2002.

4. Матюгин И.Ю., Чекаберия Е.И., Рыбникова И.К., Слоненко Т.Б. Зрительная память. М. : РИПОЛ КЛАССИК, 2002.

5. Матюгин И.Ю., Чекаберия Е.И. Как запомнить иностранные слова. М. : РИПОЛ КЛАССИК, 2002.

6. Матюгин И.Ю., Слоненко Т.Б. Как запомнить английские слова. М. : РИПОЛ КЛАССИК, 2002.

7. Матюгин И.Ю., Аскоченская Т.Ю., Бонк И.К., Слоненко Т.Б. Как развить внимание. Донецк : Сталкер, 1999.

8. Матюгин И.Ю., Аскоченская Т.Ю., Бонк И.К. Тактильная память. Донецк : Сталкер, 1999.

9. Матюгин И.Ю. Обонятельная память. Донецк : Сталкер, 1997.

10. Матюгин И.Ю., Чекаберия Е.И., Рыбникова И.К., Слоненко Т.Б., Мазина Т.И. Запоминание цифр, телефонов, исторических дат. Донецк : Сталкер, 1997.

11. Матюгин И.Ю., Чекаберия Е.И. Запоминание лиц и имен. Донецк : Сталкер, 1997.

12. Санитарно-эпидемиологические требования к учреждениям дополнительного образования детей (Сан ПиН2.4.4.1251-03).

УДК: 614.1: 616 – 053.71

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В УПРАВЛЕНИИ ЗДОРОВЬЕМ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

О.И. Фоменко, кандидат медицинских норм, доцент кафедры экстремальной медицины ГБОУ ВПО «Астраханский ГМУ», e-mail: camilla 79@rambler.ru,

Л.А. Костина, кандидат медицинских норм, доцент, зав. кафедрой психологии и педагогики ГБОУ ВПО «Астраханский ГМУ», г. Астрахань,

Е.В. Туровская, кандидат медицинских норм, старший преподаватель кафедры экстремальной медицины ГБОУ ВПО «Астраханский ГМУ», г. Астрахань

Аннотация: *создание системы активного сохранения, восстановления и укрепления здоровья студентов медицинской академии, оказание помощи в реализации потенциала здоровья, успешного обучения, способствовало бы сохранению здоровья, снижению заболеваемости, инвалидизации, улучшения качества жизни, повышения адаптационных механизмов организма.*

Ключевые слова: *здоровье, студенты, заболеваемость, качество жизни.*

Здоровье населения является определяющим фактором ценнейшего ресурса общества – человеческого потенциала страны, а здоровье молодежи – особенно важно для любой нации, так как от этого зависит ее благополучие в будущем.

Как известно, социальная значимость человека определяется образованием, профессиональной квалификацией и состоянием здоровья.

Здоровье во многом служит залогом устойчивости и стабильности социально-экономического развития государства, обеспечивает его безопасность, это эквивалент и выражение свободы деятельности человека и является общественным богатством. Оно отражает всю сложность общественных, экономических, культурных и медико-биологических особенностей жизни, определяющих закономерности формирования здоровья различных групп населения. Необходим более глубокий анализ с разработкой мер реализации направленной деятельности, которые вытекают из всей совокупности данных о здоровье, в том числе и студентов, и факторов, его определяющих [1, 3, 6].

Студенчество – это единственная категория организованного населения, где возрастные границы чрезвычайно узкие: основная масса студентов – это люди в возрасте 17–27 лет. Студенческие годы – это период, когда заканчивается биологическое созревание человека, и на первый план выступает социальное развитие личности. Современные условия жизни предъявляют повышенные требования к здоровью, интеллектуальным возможностям молодежи и их образу жизни.

Студенты медицинского ВУЗов, по сравнению со студентами других ВУЗов, находятся в более сложном положении, т.к. их будущая профессия требует достаточно высокого уровня подготовки, что связано с большими нагрузками, кроме того, профессия врача связана с высокой ответственностью за жизнь и здоровье пациентов. Будущие специалисты должны обладать высокой профессиональной квалификацией, быть здоровыми, физически выносливыми, иметь высокую работоспособность.

Развитие высшей школы в современных условиях сопровождается дальнейшей интенсификацией учебных нагрузок, возрастанием разнообразного информационного потока, широким внедрением технических средств и компьютерных технологий в учебный процесс, сильным социально-экономическим прессингом на все стороны учебной жизни [2, 4, 5].

Естественно, что среди актуальных проблем современной медицины, изучение состояния здоровья и физического развития студентов-будущих врачей, по праву занимает одно из ведущих мест, как 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.

Цель исследования – разработать систему рекомендаций, направленных на оптимизацию состояния здоровья студентов медицинского ВУЗа на основе медико-социологического мониторинга как инструмента современных технологий в управлении здоровьем студентов.

Динамической особенностью образовательного пространства ГБОУ ВПО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России является увеличение в студенческой среде представителей северокавказских (Чечня, Дагестан и др.) этносов. Установлено, что вхождение в новую культуру и адаптация к ней может сопровождаться рядом негативных явлений, ностальгией и депрессией, раздражительностью, стрессами, ухудшением качества жизни и т.д. В процессе обучения студенты испытывают большую психоэмоциональную нагрузку, гиподинамию, дефицит свободного времени, многие вынуждены совмещать учебу с работой.

Необходимо отметить, что в последние годы ГБОУ ВПО «Астраханский ГМУ» особенно активно пополняется иногородними и иностранными студентами, приезжающими на учебу. Необходимы меры, способствующие эффективной адаптации студентов в мультикультурной образовательной среде и способные минимизировать негативные последствия. Именно в период обучения происходят личностные изменения, которые способствуют формированию профессионализма.

Для решения поставленных задач с помощью, специально разработанной комплексной медико-социальной программы было проведено анкетирование студентов I и II курсов Астраханского государственного медицинского университета в возрасте 17–23 лет в количестве 643 человек.

Анализ проведенного анкетирования показывает, что представители северокавказского этноса на основных факультетах составляют более 60 %. Прирост обусловлен тем, что у нашего ВУЗа имеется долгосрочные договоры с руководством здравоохранения этих республик по обучению их будущих специалистов. Договоры активно реализуются сегодня, предоставляя ВУЗу в период общероссийского демографического провала относительно стабильное пополнение абитуриентами студенческого контингента. В то же время ГБОУ ВПО «Астраханский ГМУ» в своей работе ощущает реальные проблемы, связанные с обучением студентов. И это не только снижение показателей успеваемости студентов, результаты экзаменационных сессий, но и проблемы адаптации самих преподавателей к данному студенческому контингенту. Студенты-мигранты из республик Северного Кавказа зачастую испытывают колоссальные трудности за счет существующих этнокультурных и языковых барьеров.

Анализ состояния здоровья студентов свидетельствует об ухудшении большинства показателей их физического развития, физической подготовленности и показателей их здоровья.

Отмечено большое отставание в выполнении нормативных требований, предусмотренных программой ВУЗа по физической культуре – 71,3 %, заметно уменьшилась (с 62,2 до 34,7 %) доля студентов с нормальным физическим развитием и увеличилось (с 18,0 до 26,9 %) число обучающихся, отнесенных к специальной медицинской группе и освобожденных от практических занятий по физической культуре.

Студенты, занимающиеся в основной медицинской группе, имеющие

среднее или выше среднего физическое развитие, здоровые или имеющие незначительные отклонения в состоянии здоровья составляют только 41,3 % (45,5 % – на первом курсе и 37,1 % на втором).

В группе здоровых или имеющих незначительные отклонения в состоянии здоровья, оказалось 24,9 % (27,5 % – первокурсников и 22,4 % студентов второго курса). Одно заболевание зарегистрировано у 31,9 % студентов первого курса и 30,7 % – второго курса. Два и более заболевания – 46,3 % студентов первого курса и 47,3 % – второго курса, т.е. почти у половины студентов.

Практически каждый второй студент ГБОУ ВПО «Астраханский ГМУ» по состоянию здоровья был отнесен к определенной категории, т.к. имел заболевание хронического характера, не позволяющее выполнять физические нагрузки в полном объеме в соответствии с учебной программой. Необходимо отметить, что в течение года обучения в ВУЗе состояние здоровья ухудшилось у 5,1 % студентов.

Существенно и изменился и «нозологический портрет» студентов медицинского ВУЗа: на первое место вышли нарушения опорно-двигательного аппарата (26,7 %), миопия различной степени (20,8 %), заболевания сердечно-сосудистой (19,9 %) и пищеварительной (18,8 %) систем и др.

Проведение анкетирования среди студентов младших курсов по определению жизненных ценностей показало, что категории «семья» и «здоровье» занимают I и II место среди прочих приоритетов, но «материальное благополучие» далеко не на последнем месте, поскольку большинство студентов уверены в получении перспективной специализации по окончании ВУЗа, которая утвердит их жизненные позиции.

Таким образом, использование медико-социологического мониторинга как инструмента современных технологий в управлении здоровьем студентов медицинского ВУЗа показал, что доминирующее место в структуре заболеваемости занимают в настоящее время хронические болезни. Это связано не только с социально-экономическими преобразованиями, но и с тем, что сократился объем профилактической помощи, нет системного подхода в ее организации и проведения, происходит недовыявление студентов, подлежащих медицинскому наблюдению.

Негативными последствиями недостаточного внимания к проблемам здоровья студентов могут стать следующие: угроза дальнейшего снижения уровня здоровья участников всего образовательного процесса, ухудшение качества их жизни, существенное снижение способности к учебе и работе, социальных возможностей, снижение качества подготовки высококлассных специалистов в медицинском ВУЗе и уровень их конкурентоспособности на рынке работодателей.

Список литературы:

1. Бутенко И.А. Анкетный опрос как общение социолога с респондентом. М. : Высшая школа, 1989.

2. Долматова Н.В. Здоровье здорового человека. М. – Анапа, 2006. 132 с.

3. Кожин А.А. Здоровый человек и его окружение / А.А. Кожин, В.Р. Кучма, О.В. Сивочалова. М. : «Академия», 2006. 400 с.

4. Решетников А.В. Социология медицины. М. : Медицина, 2002. 976 с.

5. Щепин О.П. Здоровье населения – основа развития здравоохранения / О.П. Щепин, Р.В. Коротких, В.О. Щепин, В.А. Медик. М. : Национальный НИИ общественного здоровья РАМН, 2009. 376 с.

6. Ярская-Смирнова Е.Р. Социальная антропология современности: теория, методология, методы, кейс-стади / Е.Р. Ярская-Смирнова, П.В. Романов, Д.В. Михель. Саратов : ООО Изд-во «Научная книга», 2004. 335 с.

УДК 613

ЗДОРОВЬЕ СБЕРЕГАЮЩАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ СРЕДА – КАК НЕОБХОДИМОЕ УСЛОВИЕ ФОРМИРОВАНИЯ ПОТРЕБНОСТИ В ЗДОРОВОМ ОБРАЗЕ ЖИЗНИ

Н.В. Филимонова, учитель экономики и кубановедения МБОУ гимназия «Эврика» г-к Анапа, Краснодарский край

Аннотация: *в статье указано, что учащиеся работают в парах, в группах, проводят пресс-конференции, готовят проекты по этим темам, доклады и рефераты, находя и творчески перерабатывая информацию по интересующим их вопросам, что способствует воспитанию их творческих способностей, учебной компетенции и формирует потребность в здоровом образе жизни.*

Ключевые слова: *проект, творческие способности, здоровый образ жизни.*

Здоровье ребенка является основой для его полноценного развития, хорошей учебы, способности противостоять различным влияниям и, в конечном итоге, становления достойного члена общества.

Как мы знаем, школа является основным местом активной деятельности школьника. Поэтому, каждое образовательное учреждение кроме решения педагогических задач должно рационально распределять учебную нагрузку и методы преподавания с учетом возрастных и индивидуальных особенностей обучающихся, содействовать охране и укреплению их здоровья, образуя здоровье сберегающую образовательную среду, которая наилучшим образом влияет на здоровье детей [1].

Так что же такое здоровье сберегающая образовательная среда. Здоровье сберегающая образовательная среда – это система условия и взаимодействие всех участников образовательного процесса, основанная на разумном приоритете ценности здоровья и технологически обеспечивающая его реализацию в учебно-воспитательной работе и содержании образовательных программ.

Здоровье сберегающая образовательная среда способствует обучению детей без конфликтов и стрессов, укрепляет и сохраняет их здоровье. Несомненно, применение в педагогическом процессе здоровье сберегающих технологий в совокупности с педагогическими режимами обучения. Повышают мотивацию обучения, помогают привить принципы здорового образа жизни обучающихся.

Для формирования здорового образа жизни с самого раннего возраста на уроках английского языка обучающиеся изучают и на практике применяют знания по следующим темам:

- «Соотношение работы и отдыха для правильной организации режима дня»;
- «Климат и его влияние на здоровье человека»;
- «Спорт и здоровый образ жизни;
- «Здоровое питание и влияние на здоровый образ жизни»;
- «Экстремальные виды спорта»;
- «Профилактика болезней»;
- «Природная среда как фактор здоровья населения»;
- «Основы безопасности жизнедеятельности»;
- «Проблемы выживания в современном мире»;
- «Проблемы молодежи»;
- «Здоровье и культура общения»;
- «Труд, здоровье, долголетие».

Так, со второго класса дети учатся разговаривать о погоде, о том, нравится или нет им погода за окном, далее они начинают говорить, как погода влияет на их самочувствие, настроение. Одновременнопроходитактивизациявречитакихфразкак «How are you?», «I am fine, thank you», «Who's ascent?», «Why is he/she ascent?», «Because he/she is ill». При изучении темы повелительного наклонения дети изучают такие фразы, как «Washyourhands!», «Washthefruit!», что способствует воспитанию элементарной санитарно-гигиенической культуры у де-

тей. Особенно широкое поле деятельности для привития детям правил гигиены и здорового образа жизни содержит языковой материал темы «Рабочий день», в рамках которой дети сравнивают распорядок дня с днем своих одноклассников и делают выводы о необходимости соблюдения режима дня, санитарно-гигиенических правил для профилактики здоровья болезней и сохранения здоровья. Изучая тему «Питание», дети знакомятся с правильным режимом питания, назначения разных блюд, правилам гигиены, расширяют через игру свои знания об этике, узнают о различной ценности продуктов.

В организации образовательного процесса по английскому языку огромное влияние уделяется психологическому и эмоциональному здоровью обучающегося. Так, на начало урока дети занимают места в классе согласно физической конституции и особенностей зрения. Во время урока учителю следует использовать разные методы и приемы введения, закрепления и использования материала в речевой деятельности с учетом того, чтобы дети с визуальной, аудиальной и кинестетической системами мировосприятия одинаково хорошо освоили материал [3]. Домашние задания следует нормировать, уделяя внимание на объем и сложность материала, для недопущения перегрузок. Основные пункты задания разбирать на уроке, а на дом оставлять повторение.

У учащихся начальных классов особенно чувствительной является нервная система, поэтому особенно важной во время урока является смена учебной деятельности, режимов работы, проведение физических минуток, расслабления во время прослушивания песен.

Очень важно, чтобы ведущий урок учитель во время физкультминутки не оставался безучастным наблюдателем, а принимал активное участие в выполнении упражнений, так как это не только способствует улучшению его собственного здоровья, но и повышает у учащихся чувство ответственности за выполнение упражнений.

Применяя элементы здоровье сберегающих технологий на уроках английского языка можно с уверенностью сказать, что запоминание нового материала происходит гораздо быстрее в сочетании с двигательной активностью [2]. Поэтому введение и закрепление лексических единиц с учащимися начальных классов целесообразно проводить в игровой форме. При изучении в драматизации диалогов, обучающиеся активно используют движения , то есть они не просто рассказывают диалоги , а показывают их. Использование в практике работы подвижных игр способствует развитию у учащихся коммуникативных навыков, двигательной активности, концентрации внимания, воображения, а также познавательных и языковых способностей.

Элементы театрализации на уроках являются прекрасным средством снятия психоэмоционального напряжения.

Учащиеся средней и старшей школы уже более серьезно и основательно изучают темя, способствующие здоровье сбережению. Такие как «Спорт и здоровый образ жизни», «Труд, здоровье, долголетие» знакомясь с проблемами взаимозависимости правильного питания и поддержания организма в хорошей форме, диетического питания и активности, профессионального и любительского спорта и его влияния на продолжительность жизни. Глубоко и всесторонне обсуждаются привычки молодежи. Учащиеся работают в парах, в группах, проводят пресс-конференции, готовят проекты по этим темам, доклады и рефераты, находя и творчески перерабатывая информацию по интересующим их вопросам, что способствует воспитанию их творческих способностей, учебной компетенции и формирует потребность в здоровом образе жизни.

Список литературы:

1. Агишева Т.И. Здоровье современных подростков и здоровье сберегающие технологии в школе. URL : http:/www.allbest.ru/dip//

2. Советова Е.В. Эффективные образовательные технологии. Ростов на Дону : Феникс, 2007.

3. Смирнов Н.К. Здоровье сберегающие образовательные технологии в современной школе. М. : Академия, 2002.

УДК 633.8

ELTERNARBEIT: HEILPFLANZEN GEMEINSAM SAMMELN UND NUTZEN:

Dr. Phil. Rita Gloger-Flender, Universität Siegen, im Ruhestand, Weyertshainstr. 16, 59250 Netphen, Germany Mail: glogerflender@gmx.de, tel. + 49 271 76371

Abstract: *Der Beitrag der Auffassung, dass die Eltern und Lehrer lernen ebenso, verändert elterliche Erziehungsverhalten. Weltrekord nur mündlich überKräuterMedizin und traditionelleMedizin – einen Beitrag zur globalen Gesundheit.*

Stichworte: *Kräuter, Kamille Apotheke, Kräutermedizin, traditionelle Medizin.*

Heilpflanzen und deren Nutzung mit Eltern sind ein sehr umfassendesThema. Es kann hier nur punktuell die Vorgehensweisedargestellt werden.

Pädagogisch strukturierte und geleitete Elterngruppenarbeit geht von folgenden Grundannahmen aus:

Menschen lernen in kleinenGruppenzwischen 10 und 15 Personen leichter, intensiver und effektiver. Jeder lernt von den Gruppenleiter(n) und alle lernen voneinander und miteinander. Zum einen lernen die Gruppenteilnehmer mehr über Heilpflanzen zum anderen wird Soziales Lernen miteinander intensiviert. Erwachsene lernen unbemerkt voneinander erzieherisches Verhalten Kindern gegenüber, die Kinder lernen, wie andere Eltern mit ihren Kinder umgehen. Auch die Leiter lernen von allen Teilnehmern. Gleichzeitig kann wenn notwendig der Gruppenleiter/ Pädagoge auf Eltern und Kinder pädagogisch einwirken.

Die Nutzung von Heilpflanzen erfreut sich in Deutschland wachsender Beliebtheit. Heilpflanzen sind gegenüber der von der Pharmazie chemisch hergestellten Medizin eine sanfte Medizin. Wenn man die Heilpflanzen in der Natur selbst sammelt sind sie kostenlos und bessern die Haushaltkasse auf. Es sollten aber nur Pflanzen gesammelt werden, die man zweifelsfrei kennt. Gleichzeitig ist es unabdingbar die Zubereitung und Wirkung der jeweiligen Heilpflanze zu beherrschen. Es ist wichtig, dass der Pädagoge eine Fachkraft z.B. Biologen, Apotheker in die Gruppenarbeit miteinbezieht.

Heilkräuter sind Drogen!!!

Heilkräuter wurden seit jeher in fast allen Kulturen gesammelt und genutzt. Man kannte deren Wirkung auf Grund von Erfahrungswissen. Belege dafür findet man in mündlichen oder schriftlichen Überlieferungen.

Die chemische Zusammensetzung und die Wirkung von einigen Heilkräutern sind derzeit wissenschaftlich erforscht. Trotzdem weiß man nicht genau, warum sie wie wirken, zum Beilspiel die „Echte Kamile“.

Es sollten nur drei bis vier jahreszeitlich relevante Heilkräuter gleichzeitig gesammelt und gemeinsam zubereitet werden, wie zu Tees, Cremes, usw.Viele unterschiedliche Kräuter verwirren die Teilnehmer. Alle Teilnehmer sollten langsam gemeinsam ihr Wissen erweitern und anwenden können.

Arzneipflanzen haben unterschiedliche Hauptwirkstoffe, wie Alkaloide, Glycoside, Saponinen, Gerbstoffe, Ätherische Öle, Schleimstoffe, organische Säuren, Anorganica, Vitamie und sekundäre Pflanzenstoffe (ein noch wenig erforschtes enormes Reservoir für neue hochpotente Medikamente). Arzneipflanzen können wildwachsend gesammelt oder im Hausgarten angepflanzt, um als Hausmittel vorbeugend oder bei Krankheiten zur Verfügung zu stehen.

Eine Heilpflanze ist eine Pflanze, die in der Pflanzenheilkunde wegen ihres Gehalts an Wirkstoffen zu Heilzwecke oder zur Linderung von Krankheiten verwendet werden kann. Heilpflanzen können als Rohstoff für Phytopharmaka in unterschie-

dlichen Formen, aber auch für Teezubereitungen, Badezusätze und Kosmetika verwendet werden.

In der Heilpflanzenkunde (Phytopharmakognosie) unterscheidet man folgende Begriffe:

- Eine Heilpflanze ist eine Pflanze, die für medizinische Zwecke verwendet werden kann,
- Eine Pflanzliche Droge ist eine Arznei aus rohen oder zubereiteten Pflanzenteilen,
- Ein Phytopharmakon ist ein Arzneimittel, das aus einer Heilpflanze gewonnen wird,
- Ein Phytogener Arzneistoff ist ein Stoff als medizinisch wirksame Substanz einer Heilpflanze.

Heilpflanzen stammen in Deutschland nur zu 30 % aus Anbau, 70 % sind Wildsammlung, 90 % der Heilpflanzen sind importiert.

Manche Pflanzen, die ursprünglich wichtige Heilkräuter waren, werden heute zu den Genussmitteln (etwa Tee, Kaffee oder Tabak), als Gewürzkräuter zu den Küchenkräutern (Pfeffer, Zimt, Basilikum usw.) gezählt oder schlicht als Nahrungsmittel (Apfel, Zitrusfrüchte) verwendet.

Die Nutzung von Pflanzen mit der Absicht der Heilung lässt sich bereits in frühesten Schichten babylonischer, altäygptischer, indischer oder chinesischer Texte nachweisen. Das Sammeln von Heilpflanzen war in früherer Zeit weltweit ein Grundbestandteil einer Subsistenzwirtschaft und auch heute wird insbesondere in wirtschaftlich schlechter Lage auf Heilkräuter zurückgegriffen.In Deutschland hat die Bewegung des biologischen Landbaus Heilkräuter wieder populär gemacht.

Heilpflanzen für den pharmazeutischen Bedarf in Apotheken werden in Deutschland unter kontrollierten Anbau angebaut. Sie werden aber auch wild wachsend gesammelt.

Eine ganze Reihe von wirksamen Medikamentenstammenursprünglich aus Pflanzen oder wurden aus pflanzlichen Stoffen weiterentwickelt. Diese genau untersuchten und als reiner Stoff dargestellten Pflanzeninhaltsstoffe werden von der Medizin benutzt, da ihre medizinische Wirksamkeit nachgewiesen ist. Heilpflanzen enthalten zumeist eine Vielzahl von Stoffen, die unterschiedliche, auch entgegengesetzte, Effekte haben können. Ein weiterer Nachteil von Heilpflanzen gegenüber synthetisch hergestellten Medikamenten ist, dass der Wirkstoffgehalt aufgrund klimatischer, regionaler und verarbeitungsbedingter Umstände schwer zu standardisieren ist.

Fallbeispiel:

Die Falsche Kamille

Der Blütenboden markig, halbkugelig bis gewölbt, Blattzipfel fadenförmig , unten gefurcht, Pflanze ist geruchlos. Ackerunkraut.

Die Echte Kamille.

Nordische Völker verehrten die Kamille als heilige Pflanze und die antiken Ägypter als Blume des Sonnengottes.

Die Echte Kamille (Matricariachamomilla) oder Matricariarecutitagehört zu der Familie der Korbblütengewächse. Sie ist einekrautige einjährige Wiesen- und Ackerpflanze. Sie erreicht eine Wuchshöhe von 15–50 cm. Die ganze Pflanze besitzt einen starken charakteristischen Kamillengeruch. Die Stängel sind aufrecht oder aufsteigend und kahl, im oberen Teil sind sie meist sehr stark verzweigt. Die Blätter sind 4–7 cm lang und zwei- bis dreifach fiederteilig. Die einzelnen Zipfel sind schmal linealisch, knapp 0.5 mm breit, und tragen eine Stachelspitze.

Eine einzelne Pflanze bildet 7 bis 120 Blütenköpfchen. Diese sind 18 bis 25 mm breit und stehen an einen 3 bis 10 cm langen Blütenstandstiel. Die 20 bis 30 Hüllblätter stehen annähernd einreihig. Sie sind länglich, stumpf und haben einen hellen Hautrand. Der Köpfchenboden ist zu Beginn der Blüte flach, wird später kegelförmig und hohl. Zungenblüten sind meist vorhanden. Sie sind weiß, bis zum Ende der Blüte zurückschlagen, 6–5 mm lang und 2 bis 3 mm breit. Die Röhrenblüten sind goldgelb und fünfzähnig. Die Bestäubung erfolgt meist durch Insekten. Blütezeit ist von Mai bis September. Die

Echte Kamille wird durch den Menschen weiterverbreitet. Sie ist ein Lichtkeimer und eine Langtagpflanze.

Die ursprüngliche Heimat der Echten Kamille ist Süd- und Osteuropa, sowie Vorderasien. Heute ist sie in ganz Europa, auch in Nordamerika und in Australien eingebürgert. Sie wächst auf Äckern und auf Ödland, bevorzugt auf frischen, nährstoffreichen, eher humosen Lehm- und Tonböden.

Inhaltsstoffe der Echten Kamille

Der für die Nutzung wesentlichste Bestandteil der Echten Kamille ist das ätherische Öl, das 0,3 bis 1,5 % der Pflanzenmasse ausmacht. Die quantitativ vorherrschenden Bestandteile sind (-)-a-Bisabolol (5–70 %), die Bisabololoxide A,B und C (5-60, 5-60 bzw. 0-8 %, ?-trans-Farnesen (7–45 %), cis-(Z)- und trans-(E) –En-In-Dicycloether 2–30 %, sowie die Guaian-Derivate Spathulenol (rund1 % und Chamaviolin, Chamazulen, das zu 1 bis 35 % vorkommt, ist ein Artefakt, das durch Esterspaltung, Wasserabspaltung und Decarboxylierung aus dem nichtflüchtigen Matricin entsteht.

An Sesquiterpenlactonen (Guaianolide) kommen neben Matricin (0,03–0,2 %) noch Matricarin und Desacetymatricarin. Der Gehalt an Flavonoiden beträgt bis 6 %, es wurden 30 Verbindungen isoliert, darunter Apigenin, Apigenin-7-O-Glucosid, verschiedene Derivate davon, weitersQuercetin, Chrysoeriol, Lutein, Patuletin, Rutin, Hyperosid und Cosmosiin. Weitere Verbindungen sind Cumarine (Umbelliferon, Herniarin, Aesuletin, Cumarin, Scopoletin, Isoscopoletin) eund 2,5 % 2-Glucosyl-4-methoxyzimtsäure, Anissäure, Kaffeesäure, Vanillinsäure und Syringasäure. Der Schleimstoffgehalt beträgt 3 bis 10 %

Anwendung/Verwendung der Echten Kamille:

Die pharmazeutische Droge der getrockneten Blütenstände wird als Kamillenblüten bezeichnet. Als Droge darf sie nur aus Blütenköpfchen bestehen. Die Kamillenblüten haben einen angenehmen Duft. Sie werden eingesetzt als Entzündungshemmer, zur Krampflösung, gegen Blähungen und als Magenmittel. Sie haben eine desodorierend und bakterienabschreckende Wirkung. Hauptanwendungsgebiete sind.

Innerliche Anwendung: Magen- und Darmbeschwerden wie Gastritis, Enteritis, Colitis, Blähungen, krampfartigen Beschwerden im Verdauungstrakt und Menstruationsbeschwerden.

Äußerliche Anwendung: findet die Echte Kamille bei Haut- und Schleimhautentzündungen, bei bakteriellen Hauterkrankungen, auch der Mundhöhle und des Zahnfleisches. Bei entzündlichen Erkrankungen der Luftwege werden Inhalationen vorgenommen. Bei Erkrankungen im Anal- und Genitalbereich werden Bäder und Spülungen vorgenommen. Von einer Anwendung des Aufgusses im Augenbereich wird abgeraten.

Allergische Hautreaktionen auf die Echte Kamille sind selten. Wegen der seltenen allergischen Reaktion wird von einer Anwendung im Augenbereich abgeraten.

Für den gewöhnlichen Kamillentee werden die Blüten, das Kraut und die Samen verwendet.

Besonders im romanischen Raum wird Kamillentee als Schlaftee und als Beruhigungsmittel verwendet.

Kamillenöl gewinnt man durch Wasserdampfdestillation oder durch Einweichen der Kamillenblüten in Pflanzenöle (fette Kamillenöle).

Ein mögliches anderes Heilkraut wäre die Ringelblume, das Johanniskraut, Thymian oder Salbei und andere mehr.

Ein Praxisbeispiel:

Ausgangsbasis

Ein Pädagoge möchte das Schulleben (die Gemeinschaftsleben der Kindern miteinander, Eltern und Kinder, Eltern miteinander und Eltern mit Pädagogen) verbessern.

Eltern lassen sich ungern von Pädagogen belehren.

Nicht selten ist die Haushaltskasse von Familien eng und Medizin teuer.

Immer mehr Personen möchten bei alltäglichen Erkrankungen pflanzliche Heilmittel benutzen.

Elterngruppenarbeit mit der Nutzung von Heilkräutern sollte nicht als einmaliges Angebot angelegt sein, sondern als ein längerfristiges Projekt. Sonst könnte der Schaden größer sein als der Nutzen.

Eine Verschriftlichung des nur mündlich überlieferten Wissen und der Tradition in der ganzen Welt über den Gebrauch von Heilpflanzen würde die medizinische Forschung bereichern. Möglichst viele Bevölkerungsschichten und Regionen der Erde sollten dabei miteinbezogen werden.

Grundannahmen für die Durchführung

1. Lernen in der Gruppe:

– In der Elternarbeit ist es wichtig in einer Gruppe etwas gemeinsam zu tun,

– ein Ziel gemeinsam zu verfolgen,

– Heilpflanzen kennen- und nutzen zu lernen,

– alle Gruppenteilnehmer lernen voneinander miteinander zwischenmenschliches Verhalten,

– alle Gruppenteilnehmer lernen unterschiedliche Verhaltensweisen und Denkstrukturen kennen und zu tolerieren,

– alle Gruppenteilnehmer lernen sich gemeinsam mehr und besser kennen und sich gegenseitig zu akzeptieren,

– alle Gruppenteilnehmer lernen sich gegenseitig mehr und besser wertzuschätzen,

2. Lernen für das familiäre Zusammenleben:

– Eltern und Kinder lernen miteinander gemeinsam etwas zu tun,

– gemeinsam ein Ziel zu verfolgen,

– Eltern und Kinder lernen gemeinsam etwas über Heilpflanzen und deren Nutzung,

– dabei lernen Eltern und Kinder sich gemeinsam besser kennen,

– sie lernen besser sich mehr und zu akzeptieren,

– sie lernen mehr und sich besser wertzuschätzen,

– dabei werden die familiären Bindungen werden verstärkt, sodass Probleme und schwierige Lebenssituationen gemeinsam besser bearbeitet und bewältigt werden können.

3. Pädagogen lernen:

– Pädagogen lernen die Eltern mit deren Kinder besser kennen,

– Pädagogen lernen die Verhaltensweisen der Eltern und Kinder im Lebenszusammenhang kennen und haben die Möglichkeit dieses Verhalten besser zu verstehen,

– Pädagogen haben somit die Möglichkeit das Verhalten der Eltern und Kinder zu tolerieren, dies bedeutet nicht das Verhalten zu akzeptieren und gut zu heißen,

– Pädagogen können lernen ihr eigenes Verhalten besser zu reflektieren und wenn notwendig zu verändern.

Diese Annahmen sind die Basis für die Formulierung eines ansprechenden Themasder Elternarbeit im Umgang mit Heilpflanzen. Das Themaist Türöffner und zugleich Werbung zur Teilnahme an der Gruppenarbeit , z.B. durch persönliche Ansprache, durch Aushang, Plakat usw.

Beim ersten Treffen müssen alle Teilnahmebedingungen geklärt werden, wie Gebühren, wie viele Treffen, regelmäßige Teilnahme, Teilnehmerzahl, regelmäßiger Zeitaufwand, der persönliche Gewinn für alle Teilnehmer, usw.

Danach kann erst die Gruppenarbeit beginnen:

Die Leiter sollten vor jedemTreffen die Örtlichkeiten und das Vorkommen der Kräuter, die gesammelt werden sollen, genau in Augenschein nehmen und die Anfahrmöglichkeiten klären.

Jedes Gruppentreffen mit Eltern sollte damit beginnen, alle Teilnehmer zu bitten, ihr Wissen über Heilkräuter, bzw. was ihnen zwischenzeitlich eingefallen ist oder was sie erfahren haben der Gruppe mitteilen. Alles was die Teilnehmer über Heilkräuter äußern, sollte aufgeschrieben und dokumentiert werden.

Anschließend wird allen Teilnehmern das Erscheinungsbild des jeweiligen Heilkrauts, welches gesammelt werden soll, erklären, die chemische Zusammensetzung der Droge aufgezeigt. AufGefahren beim Sammeln und Zubereiten der Drogeaufmerksam machen.

Jetzt kann das Sammeln der Kräuter beginnen.

Anschließend werden die Kräuter von den Leitern begutachtet, damit nicht versehentlich ein giftiges Kraut dabei ist.

Jetzt kann die gemeinsam Zubereitung beginnen.

Gleichzeitig müssen die Leiter das Soziale Lernen aller Teilnehmer beobachten und begleiten.

Fazit:

1. Eltern und Pädagogen lernen partnerschaftlich, elterliches Erziehungsverhalten ist veränderbar.

2. Die weltweite Verschriftlichung, der nur mündlich überlieferten Pflanzenheilkunde und Volksmedizin ist ein Beitrag zur Weltgesundheit

3. Die Pharmazie benötigt das Wissen jeder einzelnen Person um neue pflanzliche bzw. Pflanzlich veränderte Wirkstoffe zu entdecken, damit neue Medikamente entwickelt werden können, wie zum Beispielneuartige Antibiotika.

Literaturangaben:

1. Dittmeier-Ditzel, Erika, Weidenweber, Christine, „Die Land-Apotheke“ Heilen und pflegen nach alter Tradition, Blv Buchverlag, München, 2014.

2. Doktorarbeit: Bach, H:/Gloger-Flender;R:: „Wirkungen einer an der Lebenssituationsozialbenachteiligter Familien der Grundschichtorientierten Elternarbeit der Schule – Langzeit-Fallstudie eines Elterngesprächskreises an der Glückaufschule“ Wuppertal, April 1994.

3. Fleischhauer, Steffen, Guido, Guthmann, Jürgen Spiegelberger, Roland, „EssbareWildpflanzen“ AT Verlag, 2007.

4. Wormer, Eberhard, J., „Klostermedizin“ – Heilkunde und Lebenskunst, Lingen, 2011.

5. Schindlmayr, „Lexikon der Pflanzen, Lingen.

6. Drei-Punkt-Buch „Heilpflanzen“ Sammeln, zubereiten, anwenden. Neuer Kaiser Verlag.

7. Internett „Heilpflanzen- Wirkstoff-pdfDatei,de“.

8. Wenzel, Melanie; „Meinebesten Heilpflanzen-Rezepte für eine gesunde Familie“, (Gesund in allen Lebensphasen) ISBN 978-3-8338-2616-0, www.gu.de.

9. Internett „Heilpflanzen – Wirkstoff-pdfDatei,de“.

10. Internett „Lebenslanges Lernen“.

УДК 658.15.012.12

КЛАССИФИКАЦИЯ ЗДОРОВЫХ ДЕНЕЖНЫХ ПОТОКОВ ПРЕДПРИЯТИЙ И ХАРАКТЕРИСТИКА ИХ СОСТАВА

Н.А. Хилько, кандидат, экономических наук, доцент кафедры экономики и предпринимательского права филиал Российского государственного социального университета в г. Анапе,

Д.А. Полозок, магистр по направлению подготовки 080100.68 – «Экономика»

Аннотация: *в статье проведено исследование денежных потоков предприятия в соответствии с произведенной классификацией, что позволит более подробно изучить денежные потоки предприятия, оценить степень их воздействия на финансовые результаты деятельностии финансовое состояние предприятия.*

Ключевые слова: *денежные потоки предприятия, интенсивность производственно-сбытовой деятельности, предприятие.*

Денежные потоки предприятия исключительно многогранны и разноплановы. В силу того, что понятие денежного потока предприятия является собира-

тельным и включает в себя движение денежных средств, связанное с множеством хозяйственных операций предприятия, необходимо произвести их классификацию. Достижение цели эффективного управления денежными потоками предприятия также требует их классификации.

На величину и направление движения денежных средств оказывают влияние множество факторов, которые можно разделить по отношению к предприятию на внутренние (или субъективные) и внешние (или объективные).

К внутренним факторам можно отнести: интенсивность производственно-сбытовой деятельности, длительность производственно-коммерческого цикла, которые зависят от отраслевой специализации и особенностей деятельности предприятия; ценовую, товарную и общую маркетинговую стратегию предприятия, политику коммуникаций, положение предприятия на рынке товаров (услуг); кредитную политику, проводимую предприятием, а также принятые поставщиками сырья и материалов условия оплаты; политику предприятия по управлению финансовыми и реальными инвестициями; политику в области структуры капитала, дивидендную политику и пр. Перечисленные факторы относятся к внутренним по отношению к предприятию (или к субъективным), так как в большинстве случаев предприятие способно самостоятельно их регулировать.

К внешним (объективным) факторам можно отнести: стадию жизненного цикла предприятия; занимаемую предприятием рыночную нишу и долю рынка, принадлежащую предприятию; степень развития рынка ценных бумаг, что определяет реальную возможность осуществления финансовых инвестиций и возможность предприятия привлекать капитал путем эмиссии различных категорий ценных бумаг; состояние кредитного рынка, влияющее на доступность кредитных ресурсов, их стоимость; налоговую политику государства; государственную политику цен; нормативно-правовое регулирование денежных расчетов предприятий, в том числе по внутренним и внешнеэкономическим сделкам; государственное регулирование деятельности предприятий соответствующей отрасли; темп инфляции, уровень платежеспособного спроса на продукцию данного предприятия, фазу экономического цикла и т.д.

В силу исключительной многочисленности факторов, определяющих движение денежных средств и влияющих на денежные потоки предприятий, управление совокупными денежными потоками практически невозможно. Для обеспечения качественного анализа, планирования, прогнозирования, регулирования и контроля потоков денежных средств необходимо произвести их классификацию, в соответствии с которой определять объект управления. Практически все специалисты, занимающиеся изучением денежных потоков, рассматривают определенные их разновидности.

Подробная классификация денежных потоков произведена И.А. Бланком. Им предложены девятнадцать классификационных признаков (в частности, масштаб обслуживания хозяйственного процесса, вид хозяйственной деятельности, направление движения денежных средств, метод исчисления, уровень достаточности объема, метод оценки во времени, непрерывность в рассматриваемом периоде и стабильность временных интервалов формирования). В результате проведения авторской классификации по данным признакам, можно выделить следующие виды денежных потоков.

Дальнейшее расширение перечня классификационных признаков представляется нецелесообразным, так как приводит к возникновению множества дополнительных разновидностей денежных потоков, что значительно усложнит анализ денежных потоков и может привести к снижению качества анализа и регулирования денежных потоков предприятия, а также вызвать неоправданное увеличение затрат на осуществление анализа, прогнозирование и контроля.

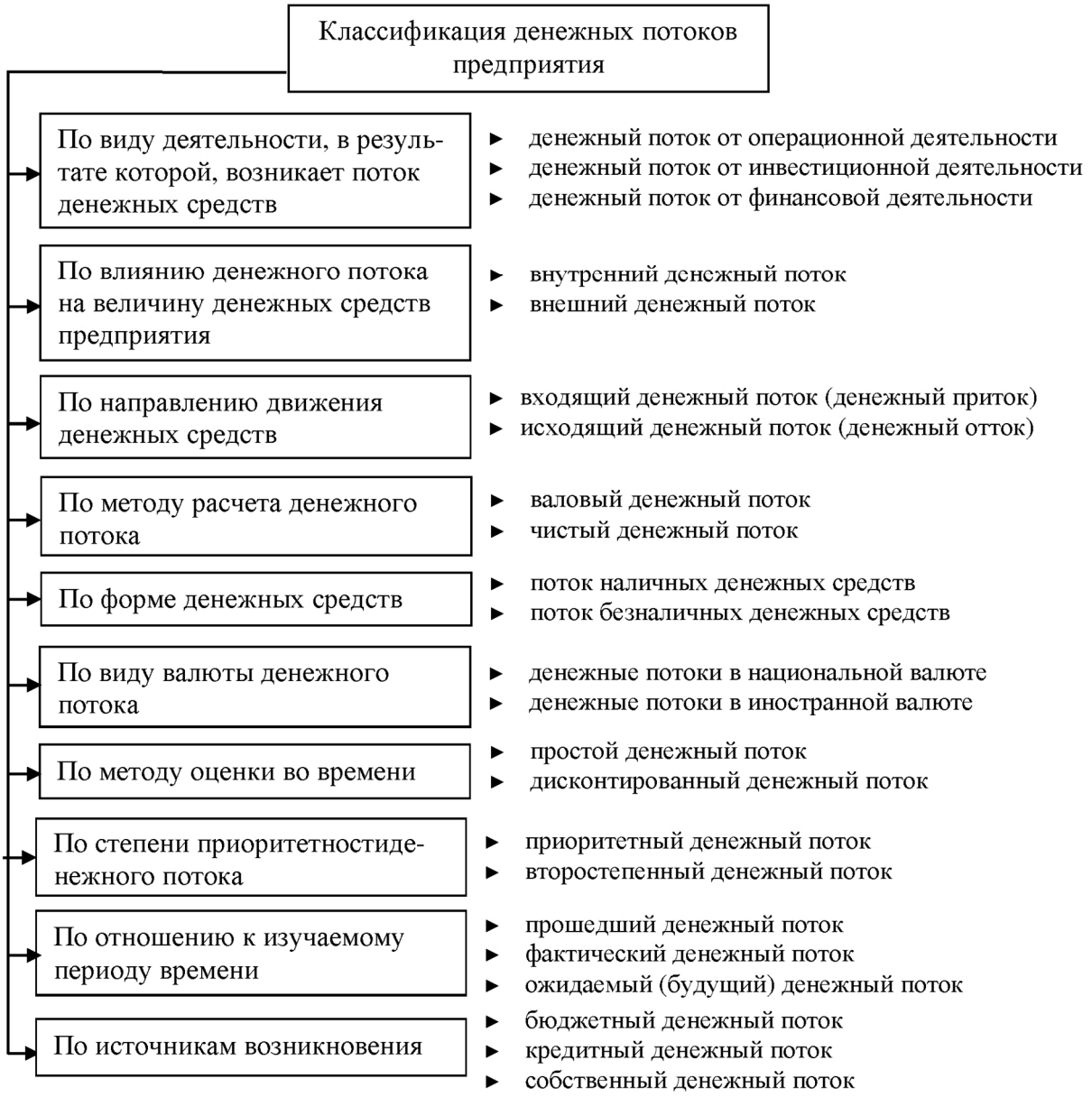


Рисунок 1 – Классификация денежных потоков предприятия

Исследование денежных потоков предприятия в соответствии с произведенной классификацией позволит более подробно изучить денежные потоки предприятия, оценить степень их воздействия на финансовые результаты деятельности и финансовое состояние предприятия.

Список литературы:

1. Остапенко В.А., Финансовое состояние предприятия: оценка, пути совершенствования // Экономист. 2014. № 7. С. 37–42.

2. Савицкая Г.В. Анализ хозяйственной деятельности предприятия: Учебник. 4-е изд., перераб. и доп. М. : ИНФРА-М, 2014. 512 с.

УДК 336.64

УПРАВЛЕНИЕ ЗДОРОВЫМИ ДЕНЕЖНЫМИ ПОТОКАМИ В СИСТЕМЕ ФИНАНСОВ НА МИКРОУРОВНЕ

Н.А. Хилько, кандидат экономических наук, доцент кафедры экономики и предпринимательского права филиал Российского государственного социального университета в г. Анапе,

Д.А. Полозок, магистр по направлению подготовки 080100.68 – «Экономика»

Аннотация: *в статье выявлены несоответствия методологии расчета отдельных коэффициентов, которые значительно затрудняют исследование формирования и использования денежных потоков предприятия, а также интерпретацию полученных результатов анализа.*

Ключевые слова: *методология расчета, денежные потоки, теория тотального управления качеством.*

Денежным потокам, функционирующим на уровне хозяйствующего субъекта, присущи все преимущества динамических показателей, отражающих состояние объекта исследования за некоторый отрезок времени и измеряющихся в единицах за период. Статические показатели характеризуют состояние объекта на определенный момент времени. Потоковые показатели, в том числе величины поступлений и расходований денежных средств, характеризуют состояние предприятия не в статике, а в динамике, обеспечивая динамичность, наглядность и целостность картины функционирования предприятия.

В мировой практике показатели денежных потоков широко используются в процессе анализа и регулирования деятельности хозяйствующих субъектов. Зарубежными учеными и практиками накоплен большой опыт управления денежными потоками.

В конце 70-х годов сформировалась самостоятельная теория TCM (Total Cash Management) – теория тотального управления деньгами, аналогичная системе TQM (Total Quality Management) – теории Г. Форда – теории тотального управления качеством. Теория TCM базируется на тех же двух ключевых аспектах, что и система TQM: а) происходит вовлечение в управление денежными потоками каждого структурного подразделения; б) каждое вносимое усовершенствование затрагивает более чем одну функциональную область [1].

В процессе управления денежными потоками, как и иными объектами финансового менеджмента, осуществляются: анализ потоков денежных средств; их планирование и прогнозирование; регулирование (собственно разработка и реализация управленческих решений); контроль.

Несколько менее распространен в научной литературе подход, в соответствии с которым анализ, планирование, регулирование и контроль рассматриваются в качестве отдельных фаз (или этапов) менеджмента, а сам менеджмент представляется как замкнутый циклический процесс.

Большинство ученых предлагают использовать денежные потоки в процессе оценки эффективности деятельности предприятия. Отмечается, что денежные потоки являются основой формирования доходов и прибыли предприятия, позволяют осуществить затраты производства и обращения.

Некоторые ученые (И.А. Бланк) отмечают тот факт, что денежные потоки являются внешним признаком функционирования предприятия, так как только действующее предприятие (на различных стадиях своего жизненного цикла) имеет денежные поступления и осуществляет

денежные выплаты. Вновь создающееся предприятие получает притоки денежных средств в результате проведения операций по формированию капитала (продажа акций, привлечение пайщиков, получение банковских кредитов и заемных средств из иных источников), а оттоки денежных средств возникают в результате приобретения фиксированных активов и иного имущества, необходимого для осуществления деятельности. Даже в том случае, если предприятие находится в состоянии ликвидации, оно получает денежные средства от реализации имущества (что приводит к притоку денежных средств) и осуществляет выплаты по претензиям контрагентов (в результате чего возникают оттоки денежных средств).

По нашему мнению, упрощенный способ расчета чистого денежного потока путем сложения чистой прибыли и амортизации появился на ранних этапах использования в мировой практике категории денежных потоков, когда происходило абстрагирование от содержания хозяйственной операции с целью упрощения процесса оценки эффективности и целесообразности реальных и финансовых инвестиционных проектов.

Утверждение некоторых авторов, что «на долгосрочном отрезке времени суммы прибыли и чистого денежного потока имеют тенденцию к совпадению», спорно, так как совпадают – сумма прибыли и амортизации с величиной чистого денежного потока по операционной деятельности.

В рамках второго направления исследования денежных потоков происходит анализ относительных показателей, характеризующих денежные потоки. В настоящее время не существует единой согласованной методики коэффициентного анализа денежных потоков предприятия, практически все ученые предлагают собственную совокупность коэффициентов, не встречающихся в методиках других авторов.

Особую проблему, на наш взгляд, представляет тот факт, что некоторые ученые (например, Е.В. Быкова)не указывают, какой именно абсолютный показатель денежного потока используется для расчета коэффициента. Так, Е.В. Быкова для расчета показателя динамичной степени задолженности использует операционный денежный поток, и указанный показатель совпадет с коэффициентом обслуживания долга и будет обратным коэффициенту полного покрытия по методике Дж. Р. Миллса и Дж. Х. Ямамура. В случае, если Е.В. Быкова для расчета показателя самофинансирования в качестве суммы инвестиций использует всю величину дополнительных вложений предприятия в реальные и долгосрочные финансовые инвестиции, то этот показатель совпадет с коэффициентом реинвестирования чистого денежного потока по И.А. Бланку (без корректировки на сумму уплаченных дивидендов).

Таким образом, можно сделать вывод о том, что денежные потоки используются во многих разделах финансового менеджмента, что нам представляется абсолютно верным и делает денежные потоки, с нашей точки зрения, незаменимым инструментом экономических исследований. Однако как самостоятельный объект анализа и управления в отечественной научно-практической литературе денежные потоки чаще всего не рассматриваются. Учеными лишь предлагается использование денежных потоков для регулирования ликвидности, кредитоспособности, финансового равновесия, эффективности деятельности и т.д.

Многие ученые предлагают оценивать денежные потоки по двум направлениям: анализ абсолютных и относительных показателей денежных потоков.

По нашему мнению, выявленные несоответствия методологии расчета отдельных коэффициентов значительно затрудняют исследование формирования и использования денежных потоков предприятия, а также интерпретацию полученных результатов анализа.

Список литературы:

1. Остапенко В.А., Финансовое состояние предприятия: оценка, пути совершенствования // Экономист. 2014. № 7. С. 37–42.

2. Савицкая Г.В. Анализ хозяйственной деятельности предприятия: Учебник. 4-е изд., перераб. и доп. М. : ИНФРА-М, 2014. 512 с.

УДК 614+616

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ И ОТДЕЛЬНО ВЗЯТОМ РЕГИОНЕ (НА ПРИМЕРЕ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ)

Л.А. Эртель, доктор медицинских наук, профессор, декан факультета дополнительного профессионального образования АНОО ВПО «Институт экономики и управления в медицине и социальной сфере», г. Краснодар, e-mail: ela1958@yandex.ru,

Л.И. Порох, преподаватель ГБОУ СПО «Камышинский педагогический колледж», г. Камышин, Волгоградской области, e-mail: porochludmila2008@rambler.ru

Аннотация: *проводится анализ состояния онкологической помощи в РФ и Волгоградской области. Анализируются заболеваемость, смертность, профилактические мероприятия, реабилитация, условия оказания паллиативной помощи. Рассматриваются вопросы кадрового потенциала отрасли и мероприятия по обучению и повышению квалификации средних медицинских работников.*

Ключевые слова: *онкологические заболевания, онкологическая помощь, медицинские кадры, здравоохранение, концепция, паллиативная помощь, обучение персонала.*

Злокачественные новообразования являются в России второй по значимости после заболеваний сердечно-сосудистой системы причиной смертности населения. Заболеваемость, инвалидность и смертность вследствие онкологических заболеваний имеют не только медицинское, но и огромное социальное и экономическое значение. Изучение эпидемиологии злокачественных новообразований может служить основанием для планирования организации онкологической помощи населению, разработки общегосударственных и региональных противораковых программ, определения объема лечебной, паллиативной помощи, организации медико-социальной реабилитации инвалидов [2].

В Волгоградской области ежегодно заболевают одной из форм злокачественных опухолей около 12,5 тыс. человек и умирают почти 6,2 тыс. человек.

По данным ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Волгоградской области» в 2013 году в Волгоградской области зарегистрировано 9764 (в 2012 г. – 9939, в 2011г. – 10017) больных злокачественными новообразованиями с впервые в жизни установленным диагнозом. На протяжении 5 лет наблюдается убыль показателя заболеваемости с 403,7 на 100 тыс. населения до 377,1 на 100 тыс. населения (на 6,6 %), в сравнении с 2012 годом, показатель снизился на 1,3 %. Однако заболеваемость злокачественными новообразованиями остается выше, чем по Российской Федерации (в 2012 г. – 367,3 на 100 тыс. нас.). Как и в предыдущие годы, в 2013 году в общей структуре смертности в Волгоградской области злокачественные новообразования занимают второе место, уступая только заболеваниям системы кровообращения.

Уровень смертности от новообразований в области выше, чем в среднем по Российской Федерации и по Южному федеральному округу. За 2013 год количество умерших от новообразований в области составило 5882 чел. (227,9 на 100 тыс.), что больше, чем за 2012 год (5764 чел. – 222,6 на 100 тыс.) на 118 чел. (+2,3 процента). Плановый показатель на 2013 год превышен на 12,4 на 100 тыс. [10]. На начало 2014 года на учете состоит 58963 больных злокачественными новообразованиями [3], или каждый 44 житель области.

В связи с вышеизложенным для борьбы с онкологическими заболеваниями, требуются мероприятия государственного уровня. В РФ приняты следующие нормативно-правовые акты: «Концепция развития системы здравоохранения РФ» до 2020 года, новый Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан», реализуются масштабные национальные программы: «Развитие здравоохранения», «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями».

В Государственной программе развития здравоохранения сформулированы основные приоритеты развития отрасли, отражены основные подходы к решению основополагающих для здравоохранения вопросов, совершенствование инфраструктуры здравоохранения, формирование единой профилактической среды, повышение качества оказываемой медицинской помощи повышение уровня подготовки медицинских кадров и заработной платы в отрасли.

В качестве индикаторов государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» к 2020 году определены: снижение показателей смертности от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения) с 201,2 человек в 2013 г. до 190 в 2020 г.; увеличение доли больных с выявленными злокачественными новообразованиями на I–II ст. за этот же период с 51,2 % до 56,7 %; рост удельного веса больных злокачественными новообразованиями, состоящих на учете с момента установления диагноза 5 лет и более с 51,9 % до 54,5 %; снижение показателя одногодичной летальности больных со злокачественными новообразованиями с 26,3 % до 21 %; обеспеченность койками для оказания паллиативной помощи взрослым (на 100 тыс. взрослого населения) с 0,80до 10 коек, детям с 1,3 до 2,08.

Мероприятия, направленные на снижение смертности от онкологических заболеваний, принимаются и на региональном уровне. В Волгоградской области «Публичная декларация целей и задач министерства здравоохранения Волгоградской области на 2013–2020 годы» предусматривает следующие направления в развитии здравоохранении региона:

– профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни, развитие первичной медико-профилактической помощи;

– совершенствование оказания специализированной, включая ВМП, скорой, скорой специализированной медицинской помощи, медицинской эвакуации;

– совершенствование паллиативной помощи, в том числе детям;

– кадровое обеспечение системы здравоохранения, включая развитие института наставничества.

В соответствии со стратегическими направлениями деятельности системы здравоохранения в Волгоградской области с 2012 г. осуществляется поэтапная реализация трехуровневой модели организации оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология». Модель оказания онкологической помощи реализуется в соответствии с приказом Минздрава России от 15.11.2012 г. № 915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «онкология» и приказа Минздрава Волгоградской области от 29.05.2014 № 1353 (ред. от 25.12.2014) «Об утверждении перечня медицинских организаций, участвующих

в реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания населению Волгоградской области медицинской помощи, с разделением по трем уровням оказания медицинской помощи».

Первый уровень представлен первичной медико-санитарной помощью. Доврачебная помощь осуществляется работниками 62 смотровых кабинетов, имеющихся во всех амбулаторно-поликлинических учреждениях. Предполагается внедрение профилактической работы на фельдшерско-акушерских пунктах; проведение модернизации централизованных цитологических лабораторий по скринингу рака шейки матки.

Первичная онкологическая помощь больным со злокачественными новообразованиями оказывается в 48 онкологических кабинетах и одном онкологическом отделении. В перспективе планируется открытие еще 15 первичных онкологических кабинетов, внедрение единой информационной системы онкологического мониторинга, в том числе регионального канцер-регистра, автоматическое формирование государственной статистической и другой отчетности; премирование врачей первичного звена за каждый случай ранней диагностики (на 1 стадии) онкологического заболевания.

Второй уровень представлен межрайонными центрами, которые оказывают специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, методическую помощь медицинским организациям, оказывающим первичную специализированную медико-санитарную помощь, в проведении профилактики онкологических заболеваний, организации онкологического скрининга. На территории Волгоградской области их 5:

1. ГБУЗ «Волгоградский областной онкологический диспансер № 2», г. Камышин (60 коек: 30 хирургических, 30 – отделение химиотерапии).

2. ГБУЗ «Волгоградский областной онкологический диспансер № 3», г. Волжский (100 коек: 88 хирургических, 12 гематологических).

3. Онкологический диспансер МБУЗ «Урюпинская ЦРБ» (60 коек: 40 хирургических, 20 радиологических).

4. Онкологическое отделение «ЦРБ» (112 коек: 61 хирургических, 41 радиотерапевтического лечения, 10 гематологических).

5. Онкологическое отделение МБУЗ «ЦРБ Калачевского муниципального района» (20 коек: 20 хирургических).

Третий уровень – региональный центр: ГБУЗ «Волгоградский областной клинический онкологический диспансер № 1», где оказывается специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь. Диспансер рассчитан на 540 коек, из них 280 хирургических, 100 радиотерапевтического лечения, 40 лекарственного лечения, 40 гематологических, 80 детских онкогематологических коек.

Реабилитацияонкологических больных после проведения специального радикального лечения проводится по индивидуальной программе и включает в себя лекарственное лечение, протезирование (протезы конечностей, молочной железы и др.), эндопротезирование, обеспечение специальными медицинскими изделиями (кало-, мочеприемники и др.). Контроль реабилитационных мероприятий онкологических больных производится в первичных онкологических кабинетах по месту жительства больного.

С целью организации потоков больных разработана маршрутизация направления больных по видам помощи (на онкологические, химиотерапевтические, радиотерапевтические, гематологические койки).

Организация медицинской помощи больным с далеко зашедшими формами злокачественных опухолей представляет собой одну из сложных и нерешенных проблем. У 50 % больных рак диагностируется в запущенных стадиях, когда возможности специализированного лечения ограничены или исчерпаны, такие онко-

логические больные получают симптоматическое лечение в домашних условиях, при этом последние месяцы жизни больного, как правило, сопровождаются тяжелыми болями, связанными с прогрессированием основного заболевания и нарастающей кахексией. Несомненно, что многие из этих больных нуждаются в паллиативной помощи [11].

На территории РФ паллиативную помощь оказывают 250 специализированных учреждений, из них около 100 хосписов. В Волгоградской области создана сеть лечебных учреждений, оказывающих паллиативную медицинскую помощь онкологическим больным: хосписы, дома сестринского ухода, койки сестринского ухода и в амбулаторных условиях, представляя собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан. Паллиативная помощь предоставляется учреждениями государственной системы здравоохранения бесплатно. Кабинеты паллиативной медицинской помощи открыты в 60 лечебно-профилактических учреждениях области, в 21 лечебно-профилактическом учреждении функционируют отделения паллиативной медицинской помощи, где пациенты круглосуточно находятся под медицинским наблюдением и лечением.

Координационным и организационно-методическим центром оказания паллиативной медицинской помощи в Волгоградской области определено государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Волгоградский областной клинический хоспис». На его базе осуществляется оказание паллиативной помощи взрослому и детскому населению. ГБУЗ «Волгоградский областной клинический хоспис» основан в 2004 году, коечная мощность – 100 коек. В своей структуре имеет структурные подразделения: неврологическое отделение (30 коек), онкологическое отделение (20 коек), педиатрическое отделение (20 коек), терапевтическое отделение (30 коек), приемное отделение, выездная служба. Согласно мировым стандартам отмечается дефицит койко-мест.

В учреждении оказывается специализированная медицинская, социальная, психологическая, юридическая и духовная помощь не только инкурабельным больным онкологического, но и терапевтического, неврологического, педиатрического профиля с целью обеспечения им паллиативного лечения, подбора необходимой обезболивающей терапии, оказания социально-медицинской помощи, ухода, психосоциальной реабилитации, а также психологической и социальной поддержки родственников на период болезни близкого и утраты. Хоспис обслуживает население Волгограда и Волгоградской области. Направление для оказания медицинской помощи в отделения хосписа осуществляется после осмотра и консультации специалистами отделения выездной службы. В состав выездной бригады входят следующие специалисты: врач, медицинская сестра, медицинский психолог, специалист по социальной работе (при необходимости).

Порядок оказания паллиативной помощи взрослому населению закреплен Приказом Минздрава РФ от 21.12.12. № 1343, где указана необходимость подготовки специалистов паллиативной помощи. Подготовка медицинского персонала для работы с инкурабельными больными практически только начинает внедряться. В данной ситуации особое значение приобретает подготовка в этой области сестринского персонала, так как именно на медицинских сестер возлагается основная нагрузка по уходу за указанной категорией больных. Проблема подготовки кадров приобретает особую актуальность в связи с тем, что потребность в паллиативной помощи неуклонно растет. Большая часть инкурабельных пациентов находится либо в домашних условиях, либо в стационарах общего профиля, где уход за ними осуществляют родственники или медицинские сестры тех ЛПУ, где находится больной.

Все это требует разработки новых подходов к подготовке специалистов сестринского дела как на до дипломном, так и последипломном уровне [1]. В образовательный стандарт по паллиативной медицинской помощи в содержании учебных программ необходимо увеличения количества часов по правовым дисциплинам, по этике и деонтологии, включение особенностей тактики паллиативной медицинской помощи, современной методологии контроля симптомов и научных исследований в паллиативной медицине. В целях обеспечения высокого качества подготовки специалистов требуется разработка учебно-методических комплексов по паллиативной помощи, включающих методические и контролирующие материалы, в том числе электронные учебные пособия. Ускорить процесс подготовки необходимого числа квалифицированных кадров для регионов Российской Федерации позволит внедрение интерактивного дистанционного обучения специалистов с использованием современных телекоммуникационных технологий [4].

В программе паллиативной помощи специалисты обеспечивают как физический уход, так и поддержку эмоциональной и духовной сфер пациента и его семьи. Интегративный подход – теоретическая основа работы в хосписе.

В Волгоградской области для снижения смертности от новообразований намечены следующие мероприятия:

– завершение проектирования нового лечебно-консультационного корпуса государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Волгоградский областной клинический онкологический диспансер № 1».

Запланированы:

– организация двухсменного режима работы смотровых кабинетов во всех медицинских организациях Волгоградской области, оказывающих первичную медико-санитарную помощь;

– развертывание 9 первичных онкологических кабинетов и доведение числа первичных онкологических кабинетов (отделений) до 61 с целью 100-процентного обеспечения региона первичной специализированной медико-санитарной помощью по профилю «онкология»;

– выездная консультативная и организационно-методическая работа бригад регионального онкологического учреждения ГБУЗ «Волгоградский областной клинический онкологический диспансер № 1», Волгоград;

– дополнительная подготовка работников смотровых кабинетов и врачей первого контакта по вопросам онконастороженности и ранней диагностики новообразований;

– совместные выезды специалистов онкологической и патологоанатомической служб на места для разбора дефектов кодирования причин смерти и разъяснительной работы по данному вопросу.

Вышеперечисленные мероприятия направлены на совершенствование медицинской помощи онкологическим больным. Очевидно, что существующая система организации онкологической помощи нуждается в детализации организационно-правовых механизмов, а так же в проведении мероприятий в модернизации обучения занятых в отрасли кадров. Современная система лечения онкологических больных должна быть основана на комплексном подходе, включающем в себя профилактику, раннюю диагностику, помощь в борьбе с основным заболеванием, психологическую поддержку, реабилитацию, паллиативные мероприятия.

Специфика онкологических пациентов и социальная значимость онкологических заболеваний увеличивает потребность в специализации медицинских сестер в этой сфере, формирования у них компетенций, связанных с проведением химио- и лучевой терапии, паллиативного лечения, реабилитации, оказания психотерапевтической поддержки пациентам и членам их семей.

Успешность борьбы с онкологическими заболеваниями зависит не только от поисков новых способов лечения рака,

но и от оптимизации работы онкологической службы, разработки профилактических мер, расширения скрининговых мероприятий, рационального использования потенциала среднего медицинского персонала в области профилактики, диагностики и лечения онкологических заболеваний. Конечная цель этих мер предполагает увеличение доли больных с выявленными злокачественными новообразованиями на I–II стадиях до 56,7 %; увеличение доли удовлетворенности спроса на лекарственные препараты, предназначенных для лечения больных злокачественными новообразованиями до 98 %; увеличение удельного веса больных злокачественными новообразованиями, состоящих на учете с момента установления диагноза 5 лет и более, до 54,5 %; снижение одногодичной летальности больных со злокачественными новообразованиями до 21 %; уменьшение смертности, от онкологических заболеваний с 221,0 до 192,2.

Список литературы:

1. Воронова Е.А., Подлужная М.Я. Изучение уровня готовности специалистов сестринского дела к оказанию паллиативной помощи // Электронный научный журнал «Современные проблемы науки и образования». 2012. № 4. URL: www.science-education.ru/104-6620 (дата обращения: 19.03.2015).

2. Иванилов А.К. Заболеваемость злокачественными новообразованиями в мире, РФ и отдельных её регионах (обзор литературы) // Молодой ученый. 2014. № 2. С. 337–339.

3. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Состояние онкологической помощи населению России в 2013 году. М. : ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России, 2014. 235 с.

4. Паллиативная медицина и реабилитация / Под ред. Г.А.Новикова. М. : Фонд «Паллиативной медицины и реабилитации больных». 2001. № 3–4. С. 8– 9.

5. Постановление Правительства РФ от 15.04.2014 № 294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения». URL : http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_162178/?frame=1

6. Приказ Минздрава Волгоградской области от 29.05.2014 № 1353 (ред. от 25.12.2014) «Об утверждении перечня медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания населению Волгоградской области медицинской помощи, с разделением по трем уровням оказания медицинской помощи». URL : http://vominzdrav.ru/index.php/struktura-ministerstva/kontakty/item/4061-prikaz-ot-29052014-.html

7. Приказ Минздрава России от 15.11.2012 г. № 915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «онкология» // Российская газета (специальный выпуск). № 122/1. 07.06.2013.

8. Приказ Минздрава РФ от 21 декабря 2012 г. № 1343н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению» // Российская газета, спец выпуск, № 78/1, 11.04.2013.

9. Публичная декларация целей и задач министерства здравоохранения ВО на 2013-2020 годы. URL : http://vominzdrav.ru/index.php/programmy/publichnaya-deklaratsiya-tselej-i-zadach-ministerstva-zdravookhraneniya-vo-na-2013-2020-gody.html

10. Отчет ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Волгоградской области». URL : http://34.rospotrebnadzor.ru/s/34/files/directions/monitoring/109887.pdf.

11. Харичкин Е. А. Доклад «О состоянии здоровья населения и организации здравоохранения в Волгоградской области за 2013 год». URL : http://vominzdrav.ru/index.php/programmy/realizatsiya-ukazov-prezidenta.html

12. Хисматуллина З.Н. Паллиативная помощь инкурабельным больным в рамках социально-медицинской работы в онкологии // Современные проблемы науки и образования. 2007. № 4. С. 41–45.

УДК 537.8

ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНЫХ ПОЛЕЙ НА БИОЛОГИЧЕСКИЕ ОБЪЕКТЫ

К.Ю. Яушева, старший преподаватель кафедры техносферной безопасности, математики и информатики, ФГБОУ ВО «Филиал Российского государственного социального университета в г.-к. Анапа Краснодарского края», e-mail: karinaker@mail.ru,

Ю.Э. Лозыченко, старший преподаватель кафедры техносферной безопасности, математики и информатики, ФГБОУ ВО «Филиал Российского государственного социального университета в г.-к. Анапа Краснодарского края», e-mail: Uliya_l@mail.ru

Аннотация: *электромагнитное поле представляет собой совокупность* электрическогои магнитного *полей, которые могут, при определённых условиях, порождать друг друга, а по сути являются одной сущностью, формализуемой через тензор электромагнитного поля.*

Электрические и магнитные поля являются очень сильными факторами влияния на состояние всех биологических объектов, попадающих в зону их воздействия.

Ключевые слова: *электромагнитное поле; биологический объект; электрическое поле; электрический разряд; защита от электромагнитных полей.*

Электромагнитное поле (ЭМП) – фундаментальное поле, взаимодействующее с электрически заряженными телами, а также стелами, имеющими собственные дипольные имультипольные электрические и магнитные моменты. Представляет собой совокупность электрического и магнитного полей, которые могут, при определённых условиях, порождать друг друга, а по сути являются одной сущностью, формализуемой через тензор электромагнитного поля.

На протяжении миллиардов лет естественное магнитное поле Земли, являясь первичным периодическим экологическим фактором, постоянно воздействовало на состояние экосистем.

В ходе эволюционного развития структурно-функциональная организация экосистем адаптировалась к естественному фону. Некоторые отклонения наблюдаются лишь в периоды солнечной активности, когда под влиянием мощного корпускулярного потока магнитное поле Земли испытывает кратковременные резкие изменения своих основных характеристик. Этот явление, получившее название магнитных бурь, неблагоприятно отражается на состоянии всех экосистем, включая и организм человека.

На нынешнем этапе развития научно-технического прогресса человек вносит существенные изменения в естественное магнитное поле, придавая геофизическим факторам новые направления и резко повышая интенсивность своего воздействия. Но нужно заметить, что на организмы оказывает влияние не только магнитные поля, но также электрические и электромагнитные.

Электрические и магнитные поля являются очень сильными факторами влияния на состояние всех биологических объектов, попадающих в зону их воздействия.

Например, в районе действия электрического поля ЛЭП у насекомых проявляются изменения в поведении: так у пчел фиксируется повышенная агрессивность, беспокойство, снижение работоспособности и продуктивности, склонность к потере маток; у жуков, комаров, бабочек и других летающих насекомых наблюдается изменение поведенческих реакций, в том числе изменение направления движения в сторону с меньшим уровнем поля.

У растений распространены аномалии развития – часто меняются формы и размеры цветков, листьев, стеблей, появляются лишние лепестки. Здоровый человек страдает от относительно длительного пребывания в поле ЛЭП. Кратковременное облучение (минуты) способно

привести к негативной реакцией только у гиперчувствительных людей или у больных некоторыми видами аллергии. Например, хорошо известны работы английских ученых в начале 90-х годов показавших, что у ряда аллергиков по действием поля ЛЭП развивается реакция по типу эпилептической. При продолжительном пребывании (месяцы – годы) людей в электромагнитном поле ЛЭП могут развиваться заболевания преимущественно сердечно-сосудистой и нервной систем организма человека. В последние годы в числе отдаленных последствий часто называются онкологические заболевания.

Также ЭМП излучают и бытовые приборы. Все бытовые приборы, работающие с использованием электрического тока, являются источниками электромагнитных полей. Наиболее мощными следует признать СВЧ-печи, аэрогрили, холодильники с системой «без инея», кухонные вытяжки, электроплиты, телевизоры.

Реально создаваемое ЭМП в зависимости от конкретной модели и режима работы может сильно различаться среди оборудования одного типа. Все ниже приведенные данные относятся к магнитному полю промышленной частоты 50 Гц.

Человеческий организм всегда реагирует на электромагнитное поле. Однако, для того чтобы эта реакция переросла в патологию и привела к заболеванию необходимо совпадение ряда условий – в том числе достаточно высокий уровень поля и продолжительность облучения. Поэтому, при использовании бытовой техники с малыми уровнями поля и/или кратковременно ЭМП бытовой техники не оказывает влияния на здоровье основной части населения. Потенциальная опасность может грозить лишь людям с повышенной чувствительностью к ЭМП и аллергикам, также зачастую обладающим повышенной чувствительностью к ЭМП.

Кроме того, согласно современным представлениям, магнитное поле промышленной частоты может быть опасным для здоровья человека, если происходит продолжительное облучение (регулярно, не менее 8 часов в сутки, в течение нескольких лет) с уровнем выше 0,2 микротесла.

К основным мерам защиты относят:

– предотвращение накопления зарядов на электропроводящих частях оборудования, что достигается заземлением оборудования и коммуникаций, на которых могут появиться заряды (аппараты, резервуары, трубопроводы, транспортеры, сливоналивные устройства, эстакады и т.п.); уменьшение электрического сопротивления перерабатываемых веществ; снижение интенсивности зарядов статического электричества. Достигается соответствующим подбором скорости движения веществ, исключением разбрызгивания, дробления и распыления веществ, отводом электростатического заряда, подбором поверхностей трения, очисткой горючих газов и жидкостей от примесей;

– отвод зарядов статического электричества, накапливающихся на людях. Позволяет исключить опасность электрических разрядов, которые могут вызвать воспламенение и взрыв взрыво- и пожароопасных смесей, а также вредное воздействие статического электричества на человека. Основными мерами защиты являются: устройство электропроводящих полов или заземленных зон, помостов и рабочих площадок, заземление ручек дверей, поручней лестниц, рукояток приборов, машин и аппаратов; обеспечение работающих токопроводящей обувью, антистатическими халатами.

Защита от электромагнитных полей и излучений в нашей стране регламентируется Законом РФ об охране окружающей природной среды, а также радом нормативных документов.

Список литературы:

1. Гольдштейн Л.Д. Электромагнитные поля и волны. М. : 2012. 663 с.

2. Кузовкин В.А., Филатов В.В. Электротехника и электроника. Учебник. М. : Юрайт, 2012. 432 с.

3. Кукушин В.С. Биоэнергетика вашего дома, квартиры, офиса. М. : Феникс, 2009. 192 с.

СОДЕРЖАНИЕ

Агеев М.И., Косенко Н.А., Красильников Г.Т., Косенко В.Г.
Негативные социально-психологические последствия
психиатрических предубеждений и мифов 5

Афисов В.В.
Проблемы развития туризма в городе-курорте Анапа 9

Алексеева В.А.
Историческая память как составляющая духовного здоровья человека 12

Бородулина Е.В., Александров О.М., Кремис В.И.
Влияние физических занятий на психоэмоциональный статус мужчин
с гиподинамией 17

Болотникова Н.И., Болотников И.Ю.
Основные направления деятельности территориального центра медицины
катастроф Астраханской области и перспективы его развития 22

Борисевич С.П.
Перспективы развития оздоровительного туризма г.-к. Анапа 25

Vinnikova Elena Vladimirovna, Nikitenko Diana
The perspectivesof modern economic development of Russia by foreign scientist'sviews ... 28

Венгерова Н.Н.
Коррекция показателей «биологического возраста» женщин
средствами физкультурно-оздоровительных технологий 31

Губарев С.В.
Особенности динамики заболеваемости и распространенности синдрома
зависимости от алкоголя в Краснодарском крае 34

Гударенко П.В.
Лучшие практики некоммерческих организаций в применении
здоровьесберегающих технологий в рамках профилактики социального сиротства 39

Гударенко Р.Ф.
Итоги проведения года семьи и благополучия детей
в Ставропольском крае в 2013 году 43

Гунько А.И., Тупикина Ю.В., Юдина Н.Ю.
Модификация методики выбора цвета М. Люшера 48

Григорьев П.П., Филимонова Н.В.
Здоровье – наше богатство 52

Данилова Н.В.
Структурно-функциональный анализ врачебных кадров
по клиническим специальностям 53

Деркачева С.Р., Моргайлик М.А.
Демографические показатели общества: социально-экономические детерминанты 57

Давыдова С.В., Мокин В.В., Кирилова Е.А., Агапова Е.Б.
Основные профилирующие методы лечения, применяемые в санатории БФО 63

Джамалдинов Д.С., Никольская И.М.
Особенности влияние стилей семейного воспитания на характер
агрессивности у подростков 65

Джамалдинов Д.С.
Причины возникновения расстройство адаптации у подростков
в Чеченской Республике 68

Джумок Г.А., Щеглов А.Н., Пинская М.В.
Мы за здоровое и чистое море!!! 70

Джумок Г.А.
Организация безопасности охраны труда на предприятиях 75

Ермакова Г.А.
Результаты проведенной первичной профилактики табакокурения учащихся
общеобразовательных учреждений города Краснодара за последние четыре года 82

Зайцева Н.В.
Методы психологической коррекции для детей с ранним детским аутизмом 85

Ильченко Л.П.
Особенности общего и профессионального образования в курортном регионе 88

Иванников В.Ф.
Организация обучения детей с ограниченными возможностями здоровья
в Ставропольском крае 90

Исламов Р.Э.
Теоретические основы понятия права на охрану здоровья 94

Кашхчян О.С.
Здоровье или сохранение полной заработной платы? 99

Качур А.Н., Швединская Г.И., Сыротюк М.В.
Проблемы медицинской деятельности и ответственности за правонарушения,
связанные с причинением вреда в сфере медицинской деятельности 102

Клиндухов В.П., Куккоев С.П., НикишинаТ.Ф.,
Николаевич П.Н., Потемкина М.А.
Целевое планирование снижения смертности на основе оценки риска здоровью
при воздействии социальных факторов 106

Корденко А.Н., Изотова Л.В.
Влияние некоторых условий быта на формирование самооценки
качества жизни подростков 110

Кордюков Н.М., Кордюкова Л.В., Ковалева Н.А.
Электромагнитные поля в окружающей среде и здоровье населения 112

Касаткин Н.Н., Фоменко О.И.
Деятельностный подход в обучении допуску студентов
к оказанию медицинской помощи 115

Кострыкина Л.С., Сердюков А.Г.
Профилактика прерывания нежелательной беременности
как направление медико-социальной работы 119

Коржова Н.В.
Педагогические условия формирования здорового образа жизни
в условиях ФГОСООО (на примере преподавания литературы) 123

Красильников Г.Т., Крачко Э.А., Мальчинский Ф.В.
Функциональная асимметрия человека в аспекте индивидуальности
и профпригодности 124

Комарова Л.В., Селезнёв С.Б., Золотова Г.И., Андреева Е.А.
Технологии оккупациональной терапии в социальной реабилитации детей-инвалидов 128

Криворотов В.С., Барановская Н.С.
О необходимости экономического анализа в лечебно-профилактических учреждениях 132

Кремис В.И., Александров О.М., Захаров С.И., Бородулина Е.В.
Регионарная фармакотерапия как элемент медико-социальной реабилитации пациентов с болью в спине при дегенеративных заболеваниях позвоночника 135

Кузьмина А.Х.
Здоровьесберегающие технологии необходимое условие сохранения и укрепления психического и физического здоровья гимназистов 140

Кудрявцева Л.В.
Правовое регулирование в сфере оказания санаторно-курортных услуг 142

Кудрявцева Л.В., Ставило С.П.
Здоровье человека, населения – как приоритетные объекты уголовно-правовой охраны 146

Лазарева Е.Ю., Рыбаков Э.В.
Психологические особенности нарушения здорового поведения у пациентов с гастродуоденальной патологией 149

Лобачева О.С.
Статистическое изучение структуры и динамики наличного и постоянного населения новых субъектов РФ, республики Крым и Севастополя 152

Лозыченко Ю.Э., Яушева К.Ю.
Влияние электромагнитных полей на биологические объекты 155

Максимов Ю.Г., Энис Е.А.
Состояние здоровья населения в регионах с эколого-биогеохимическими факторами риска 157

Мараховец А.С.
Наследие отечественных педагогов в решении проблем воспитания личности ребенка в современной школе 161

Мартыненко Н.М.
Олимпийское образование как средство личностно-ориентированного физического воспитания студентов и их приобщения к здоровому образу жизни: научно-теоретическое обоснование проблемы 164

Милета Е.А.
Социальное предпринимательство как инструмент здоровье сберегающего пространства региона 167

Науменко В.С., Исламова Э.Х.
Болезнь как нарушение реализации потребностей организма 170

Нехорошев А.С., Шубникова Н.Н., Захаров А.П., Чикова О.Л.
Тенденции достижения здоровья населения и культура питания 174

Нагнибеда В.В.
Преемственность в формировании и оценивании личностных результатов освоения ООП в условиях реализации ФГОСНО и ООО 177

Нимгирова А.С., Сердюков А.Г.
Заболеваемость врожденными пороками развития среди детей (0–14 лет) Астраханской области 178

Петухов Н.А., Иваницкий В.Н., Петухова О.В, Бельц В.Э.
Применение элементов реабилитации в оздоровлении детей, часто болеющих бронхитом 181

Пархоменко А.С., Филимонова Н.В.
Сохранение и укрепление здоровья. Формирование здорового образа жизни 185

Попова Н.Г.
Культура здоровья школьников: сущность проблемы, стратегия решения 187

Радзивилова О.В.
Горе как переживание: анализ понятия и обзор литературы 190

Сафиуллина М.И.
Достижение духовной гармонии и стрессо устойчивости у преподавателей вузов и средне-специальных заведений 193

Сердюков А.Г., Туровская Е.В. , Фоменко О.И.
Медико-социальная работа при оказании стационарной медицинской помощи пациентам пенсионного возраста 198

Саакян Р.Р., Шпехт И.А., Соляник М.В, Гасратов Т.А., Тодарашко Ю.П.
Программный комплекс для автоматизации ресторанного бизнеса «Eatonline» 202

Саидова М.Х.
Развитие рынка физкультурно-спортивных услуг и вовлечение населения республики Таджикистан в массовый спорт 205

Селезнёв С.Б., Золотова Г.И., Матвеева Т.М., Энис Е.А.
Медико-социальные аспекты суицидального поведения детей и подростков Краснодарского края 209

Сатина Е.В., Винникова Е.В.
Анализ как неотъемлемая мера превентивной диагностики человека и предприятия для последующего оздоровления 215

Сатина Е.В., Винникова Е.В.
Финансовая устойчивость как непреложный критерий здоровья 220

Селиверстова И.Г., Исламова Э.Х., Асташев А.Г.
Формирование здорового образа жизни у студентов вуза (на примере филиала РГСУ в г. Анапе) 224

Сенькина Т.Н., Бондаренко И.С.
Спортивное ориентирование как немедикаментозный способ коррекции гиперактивности детей 229

Солодовникова Ю.Ю.
Влияние изучения иностранного языка на развитие когнитивных функций студентов 235

Стельма С.Г.
Статистика промежуточных итогов в ходе реализации государственной программы РФ «Развитие здравоохранения» 239

Трунцова Е.С., Адров А.В.
Профилактика острых инфекционно-воспалительных заболеваний дыхательных путей у детей 242

Туровская Е.В., Фоменко О.И.
Состояние здоровья граждан пенсионного возраста и пролонгирование их активного образа жизни 245

Трещева О.Ю.
Правовые аспекты реабилитации инвалидов на базе санаториев г.-к. Анапа 249

Тюряхин И.Н.
Врачевание в древнегреческом полисе эпидавре 259

Чирикова Н.А., Дмитриева Е.В.
Методика построения образов для ускоренного обучения видам спорта в ДЮСШ 261

Фоменко О.И., Костина Л.А., Туровская Е.В.
Современные технологии в управлении здоровьем студентов медицинского вуза 265

Филимонова Н.В.
Здоровьесберегающая образовательная среда – как необходимое условие формирования потребности в здоровом образе жизни 268

Phil Dr., Gloger-Flender Rita
Elternarbeit: heilpflanzen gemeinsam sammeln und nutzen: 270

Хилько Н.А., Полозок Д.А.
Классификация здоровых денежных потоков предприятий и характеристика их состава 274

Хилько Н.А., Полозок Д.А.
Управление здоровыми денежными потоками в системе финансов на микроуровне 277

Эртель Л.А.
Современное состояние онкологической помощи в России и отдельно взятом регионе (на примере Волгоградской области) 279

Яушева К.Ю., Лозыченко Ю.Э.
Влияние электромагнитных полей на биологические объекты 285

Научное издание

«ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ – ОСНОВА ПРОЦВЕТАНИЯ РОССИИ»

Материалы IX Всероссийской научно-практической конференции с международным участием

(23–24 апреля 2015 года)

Печатается в авторской редакции

Технический редактор – А.С. Семенов
Компьютерная верстка – Л.С. Попова
Дизайн обложки – Н.Р. Исаян

Сдано в набор 13.04.2015
Подписано в печать 16.04.2015
Изд. № 603. Заказ № 1356
Формат 60 × 84$^{1}/_{8}$. Бумага офсетная
Печать riso. Уч.-изд. л. 15,3
Тираж 160 экз.

ООО «Издательский Дом-Юг»
350072, г. Краснодар, ул. Московская, 2, корп. «В», оф. В-120
Тел. +7(918) 41-50-571

e-mail: olfomenko@yandex.ru Сайт: http://id-yug.com