

Донбасский государственный педагогический университет
Забайкальский государственный университет
Монгольский национальный университет медицинских наук



**«СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ: МЕДИЦИНСКИЕ,
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ И
СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ»**

СБОРНИК НАУЧНЫХ СТАТЕЙ

IX Международной научно-практической интернет - конференции:

23-29 апреля 2018 г.



г. Славянск - 2018

УДК 61 (082)
ББК 51я43
С 668

Рекомендовано к изданию решением организационного комитета конференции

Оргкомитет конференции:

А.Э.Мелоян – к.психол.н., профессор, зав. кафедрой прикладной психологии ДГПУ,
Украина

С.Т. Кохан – к. мед. н., доцент, директор регионального центра инклюзивного
образования ЗабГУ, Россия

В.Л. Антонов – специалист РЦИО ЗабГУ, Россия

О. Лувсанноров – к.м.н., доцент кафедры неврологии Медицинской Школы МНУМН,
Монголия

А. Бямбаа – к. м.н., доцент кафедры микробиологии и иммунологии Биомедицинской
школы МНУМН, Монголия

С668 Состояние здоровья: медицинские, психолого-педагогические и социальные аспекты: IX Международная научно-практическая интернет – конференция /ВДНЗ «ДДПУ»; отв. ред. А.Э. Мелоян. – Славянск: Донбасский гос. пед. Ун-т: 2018. – 785с.

ISBN 978-5-9293-2133-7

Представленные в сборнике работы ученых, педагогов посвящены различным аспектам состояния здоровья, проблемам развития системы образования и воспитания на современном этапе; выявлению приоритетных направлений работы с молодежью; профессиональной подготовке специалистов, работающих в области сохранения здоровья, пропаганды здорового образа жизни, валеологической культуры и психологической адаптации подрастающего поколения в современном мире; определению концептуальных оснований и практической направленности медицинского и психолого-педагогического сопровождения участников образовательного процесса. Сборник содержит материалы авторов из различных регионов Украины, России, Монголии, Белоруссии, Узбекистана, Казахстана, Болгарии, Армении.

**УДК 61 (082)
ББК 51я43**

Материалы сборника представлены в авторской редакции

ISBN 978-5-9293-2133-7

© ГБУЗ «Донбасский государственный педагогический университет»
© Коллектив авторов

СОДЕРЖАНИЕ
СЕКЦИЯ 1. МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ
SESSION 1. MEDICAL ASPECT

<i>Агарков С. Ф., Толстікова О. О., м. Дніпро, Україна</i>	
Медико-соціальні аспекти гастроінтестинальних розладів при ожирінні у осіб молодого віку.....	14
<i>Ангелова Т. В., Хаджиделева Д. П., г. София, Болгария</i>	
Международный опыт в организации дородовой помощи.....	20
<i>Ариунцэцэг Э., Мэндхуу Б., г. Дархан, Монголия</i>	
Пестициды и здоровье	28
<i>Ахмедов Х. С., Садуллаева Г.Х., г. Ташкент, Узбекистан</i>	
Оптимизация вторичной профилактики у больных ревматоидным артритом на фоне коррекции прогестероновой недостаточности	35
<i>Батнайрамдал Ч., Ариунсанаа Б., Фомина М. Н., г. Улан-Батор, Монголия; г. Чита, Россия</i>	
История монгольской традиционной медицины: этапы, источник изучения	42
<i>Баярсайхан О., Сандра Э., Чимидцэрэн С., Бадамжав С., Цэрэндагва Д., Цэнд-Аюуш Д., Цогтсайхан С., г. Улан-Батор, Монголия</i>	
Уровень некоторых цитокинов в различных группах конституции у здоровых лиц монгольской национальности.....	54
<i>Боровская О. С., Тропник Д. В., г. Минск, Беларусь</i>	
Разработка программы реабилитации футболистов, включающая в себя физические нагрузки и медицинские мероприятия для поддержания функционального состояния.....	59
<i>Гаров В., Гаров С., Гугутков Д., г. София, Болгария</i>	
О специфике концепции медицинского обслуживания.....	64
<i>Градинарова Н., г. София, Болгария</i>	
Правовое регулирование системы здравоохранения в Болгарии.....	72

<i>Гугутков Д., Гаров С., Гаров В., г. София, Болгария</i>	
Внебрачная беременность - роль сексуальной культуры и опасного сексуального поведения.....	77
<i>Дашиева Д.А., г. Чита, Россия</i>	
Психофизиологические показатели девушек в зависимости от влияния электромагнитного излучения техногенного происхождения	85
<i>Ефременко И. И., Каштанова Н. Д., г. Витебск, Беларусь</i>	
Состояние репродуктивного здоровья населения в юношеском возрасте....	93
<i>Калічевська М. В., Шварацька О. В., Корнілова Г. І., м. Дніпро, Україна</i>	
Медико-соціальні аспекти коморбидної патології травного тракту у дітей, хворих на бронхіальну астму	102
<i>Клименко О. В., Таран О. Н., м. Дніпро, Україна</i>	
Особенности нервно-психического развития у детей раннего віку, які виховуються в будинку дитини	109
<i>Ковалёва А. Л, Зотин В.В., г. Красноярск, Россия</i>	
Влияние физических упражнений на состояние позвоночника.....	116
<i>Лаловска М. Д., г. Враца, Болгария</i>	
Управление качеством жизни у пациентов с ишемическим инсультом головного мозга	123
<i>Марков П. Ц., Маркова И. И., Воденичарова А.Ц., Байкова Д. П., Марков Д. Ц., София, Болгария</i>	
Медико-биологический анализ и оценка питательных и атерогенных качеств яичного желтка	130
<i>Матвейук А. С., Лебедь-Великанова Е. Е. г. Пинск, Беларусь</i>	
Восстановление речевых нарушений после инсульта.....	137
<i>Молчанова Т. В., Кохан С. Т., г. Чита, Россия</i>	
Анализ опыта применения метода динамической проприоцептивной коррекции в центре медико-социальной реабилитации инвалидов «Росток» забайкальского края	142
<i>Нишонбоева Н. Ю., Буранова С. Н., Абдухалиловна А. Д.,</i>	

<i>Муротхоновна С. А., г. Ташкент, Узбекистан</i>	
Соматическая патология у женщин в различные декады климактерического периода	148
<i>Нишонбоева Н. Ю., Абдурахимова Л. А., Саидхонова А. М., г. Ташкент, Узбекистан</i>	
Факторы риска у женщин в климактерическом периоде.....	155
<i>Попов Т., Гаров С., г. София, Болгария</i>	
Еще раз о подготовке медицинских кадров по специальности «Общественное здоровье» Болгарии.....	162
<i>Радев Э., г. София, Болгария</i>	
Правовые аспекты медицинского образования в республике Болгарии.....	171
<i>Радев Э., г. София, Болгария</i>	
Правовые аспекты медицинской профессии в республике Болгарии	175
<i>Саидхонова А. М., г. Ташкент, Узбекистан</i>	
Повышение качества жизни с деформирующим остеоартрозом путем оптимизации профилактических мер в условиях первичного звена здравоохранения.....	183
<i>Сайфиддинова М. А., Рахимова М.Э., Разинов А.А., г. Ташкент, Узбекистан</i>	
Особенности течения ишемической болезни сердца в сочетании с патологией гастродуоденальной зоны.....	187
<i>Serafimova D. K., Cherkeзов T. D., Stoyanova –Miteva L. G., Sofia, Bulgaria</i>	
Study of psychological determinants of anxiety and depression in patients with psoriasis	196
<i>Цогтбаяр С., Мягмаржав С., г. Улан-Батор, Монголия</i>	
Определение надежности и достоверности опросника центра эпидемиологических исследований для выявления депрессии	202
<i>Чепикова Э. С., Зотин В.В., г. Красноярск, Россия</i>	
Физическая реабилитация студентов с гипотонией	208
<i>Элмурадов Ф. Х., г. Ташкент, Узбекистан</i>	

8Состояние почечной гемодинамики и функции почек у больных с хронической сердечной недостаточностью.....	214
--	-----

Янева Р. Т., София, Болгария

Низкая физическая активность как фактор риска для сердечно-сосудистых заболеваний.....	219
--	-----

СЕКЦИЯ 2. «ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ» SESSION 2. PSYCHOLOGICAL-PEDAGOGICAL ASPECT

Абдукадырова М. Н., г.Ташкент, Узбекистан

Роль физической культуры и спорта в организации массовой оздоровительной деятельности.....	227
--	-----

Аракелян А.Д., г. Ереван, Армения

Особенности проявления потребностей демонстративного типа личности	231
--	-----

Ариунцэцэг Э., Нарантуяа М., г. Дархан, Монголия

Приобщение подростков к здоровому образу жизни	238
--	-----

Байбаева М. Х., г.Ташкент, Узбекистан

Использование инновационных методов в образовательном процессе	243
--	-----

Байбаева М. Х., Гуломходжаева Н. Х., г.Ташкент, Узбекистан

Инновационный подход к образованию	249
--	-----

Байтураев Т. Д., Раупова Ш. А., Отоханова М.Р., г.Ташкент, Узбекистан

Актуальные проблемы физического воспитания в определении здорового образа жизни	254
---	-----

Байтураев Т. Д., Раупова Ш. А., г.Ташкент, Узбекистан

Роль соревновательных действия в воспитании здорового образа жизни у подрастающего поколения	261
--	-----

Байтураев Т. Д., Раупова Ш. А., Отоханова М. Р., г.Ташкент, Узбекистан

Изучение основных тренировочных занятий в спортивных секциях.....	266
---	-----

Байтураев Т. Д., Раупова Ш. А., Мадазизова Д. Р., г.Ташкент, Узбекистан

Изучения организации спортивно-оздоровительных занятий по видам единоборств	270
<i>Бозоян А. А., г. Красноярск, Россия</i>	
Психология стресса и методы воздействия с помощью физических упражнений	276
<i>Бутырина М. В., г. Славянск, Украина</i>	
Развитие здоровьесберегающей компетентности будущих педагогов	281
<i>Виноградова Н.И., Воронченко Т. В., г. Чита, Росси</i>	
Мировая художественная литература (В.Г. Короленко, Э. Дорр) как ресурс психологической поддержки студентов с ОВЗ	286
<i>Волкова С. С., г. Запорожье, Украина</i>	
Теоретическое обоснование инклюзивного подхода к обучению студентов	295
<i>Вольнич У. С., г. Барановичи, Беларусь</i>	
Пищевое поведение виктимной личности раннего юношеского возраста: характеристики и психокоррекция	302
<i>Воробьев Н.С., г. Владимир, Россия</i>	
Сравнительный анализ отношения учащихся vi –xi классов к урокам физической культуры с позиций формирования здорового образа жизни	308
<i>Высоцкая Т. А., Rogозинская Е. А., г. Чита, Россия</i>	
Формирование здорового образа жизни младших школьников в процессе физического воспитания	316
<i>Гаськов А. В., Шibaева А. А., Сафронов А. В., г. Чита. Россия</i>	
Опыт применения рекреационных технологий в процессе подготовки дошкольников к сдаче нормативов ГТО	325
<i>Голос М. В., г. Барановичи, Беларусь</i>	
Современные методы психопрофилактики девиантного поведения подростков	333
<i>Горбатовская Е.Ю., г. Красноярск, Россия</i>	

Исследование спортивной активности студента.....	339
<i>Губарева Н. І., Мезенцева О. Ю., м. Слов'янськ - Краматорськ, Україна</i>	
Взаємозв'язок самотності й захисних механізмів у студентському віці.....	343
<i>Дейниченко Л. Н., г.Славянськ, Україна</i>	
Особливості прояву конфліктності і невротичних станів та їх взаємозв'язок у підлітковому віці	349
<i>Джумабаева М. Н., Щербакова М.А., г. Витебск, Беларусь</i>	
Основные проблемы питания студентов при умственных и интенсивных нагрузках	357
<i>Дроздова Д. С., м. Слов'янськ, Україна</i>	
Міжособистісне спілкування як складова психічного здоров'я.....	363
<i>Егорова Е. Б., Кизим А. С., Шамардина А. В., г. Славянск, Україна</i>	
Психологическое сопровождение соматически больных подростков с высоким уровнем тревожности.....	369
<i>Егорова Е. Б., г. Славянск, Україна</i>	
Особенности проведения психологической реабилитации со спинальными больными.....	376
<i>Ефременко И. И., Бондарь Т. В., г. Витебск, Беларусь</i>	
Формирование позитивных представлений о здоровом образе жизни в молодежной среде	384
<i>Євдокимов О. А., Поволоцька Г.М., м. Слов'янськ, Україна</i>	
Психологічні особливості стресостійкості вчителів ЗОШ	393
<i>Захарова Н. М., г. Чита, Россия</i>	
Высокое физическое напряжение как актуальная проблема профессионального спорта.....	400
<i>Зволейко Е. В., г. Чита, Россия</i>	
Учет особенностей психофизического развития студентов с нарушением зрения при планировании и организации образовательного процесса	405
<i>Зотин В. В., Мельничук А. А., г. Красноярск, Россия</i>	

Биоритмологический принцип построения учебной деятельности и режима дня как фактор адаптации к образовательному процессу студентов специальной медицинской группы.....	412
<i>Игольницын В. Д., Баженова А. С., г. Глазов, Россия</i>	
Реализация здоровьесберегающих технологий в исследовательских работах студентов	416
<i>Ільїна Ю. Ю., Сажин В. П., м. Харків, Україна</i>	
Гендерні особливості спрямованості та ціннісних орієнтацій майбутніх фахівців різних спеціальностей	423
<i>Карпович М. В., г. Чита, Россия</i>	
Программа коррекции развития мелкой моторики рук у детей с ЗПР посредством пластического материала.....	431
<i>Козлова Н. И., г. Брест, Беларусь</i>	
Скандинавская ходьба как средство самостоятельных занятий физической культурой	439
<i>Колегова А.С., г. Глазов, Россия</i>	
Разработка здоровьесберегающих комплексов упражнений для младших школьников	447
<i>Колода М. С., Лысенко Т. В., г.Славянск, Украина</i>	
Влияние образа отца на выбор будущего партнера у девушек юношеского возраста	454
<i>Кривонос А. С., Мелоян А. Е., г.Славянск, Украина</i>	
Психологічні аспекти модифікації тіла татуюванням.....	461
<i>Кудрицкий В.Н., г. Брест, Беларусь</i>	
Роль релаксационной физической культуры при сколиозе	469
<i>Кудрицкий В.Н., Орлова Н. В., г. Брест, Беларусь</i>	
Рекреация как средство поддержания работоспособности студентов	475
<i>Мамедова О. О., Резнікова О. А., м. Слов'янськ, Україна</i>	
Порівняльний аналіз особистісних характеристик віруючих людей та атеїстів (на прикладі юнацького віку).....	481

<i>Мелоян А. Е., Сипченко В. І., Сазонова Ю. В., м. Слов'янськ, Україна</i>	
Вплив емоційного інтелекту на сімейні відносини у студентської молоді.	489
<i>Михеева Е. А., Тюкалова С. А., г. Кемерово, Россия</i>	
Иппотерапия.....	496
<i>Осика О. В., Осика К. С., Синовицька О. К., м.Слов'янськ, Україна</i>	
Особливості синдрому «професійного вигорання» у працівників управління соціального захисту населення	504
<i>Осика О. В., Осика К. С., Лушин С.Г., м.Слов'янськ, Україна</i>	
Проблеми соціальної адаптації особистості в психологічній науці	511
<i>Пилуниц А.С., г. Красноярск, Россия</i>	
Занятия физической культуры во время экзаменационной сессии.....	519
<i>Пляскина Н.А., Виноградова Н. И., г. Чита, Россия</i>	
Психолого-педагогическое сопровождение родителей, воспитывающих детей с рас в условиях общеобразовательного учреждения	523
<i>Погрібна А. О., м.Слов'янськ, Україна</i>	
Особливості симптоматики емоційного вигорання у вчителів шкіл-інтернатів для дітей з вадами інтелекту	530
<i>Подчашинская А. Н., г. Барановичи, Беларусь</i>	
Перфекционизм в подростковом возрасте: структурно-содержательные характеристики и методы психопрофилактики	538
<i>Потовская Е. С., Моисеенко А. В., Рыжов Р. А., Шаврин В. В., г. Томск, Россия</i>	
Применение упражнений на открытом воздухе для стабилизации состояния студенток с признаками артериальной гипертензии	545
<i>Притупова А. С., Гольберт Е. В., г.Чита, Россия</i>	
Особенности полоролевой идентичности старших дошкольников.....	550
<i>Процюк О. А., г. Астана, Казахстан</i>	
Спортсмены безграничных возможностей	556
<i>Радев Э., Градинарова Н., г. София, Болгария</i>	
Синдром выгорания как результат стресса	563

<i>Радев Э., Градинарова Н., Трайковска-Димитрова А.,</i> <i>г. София, Болгария</i>	
Обучение по этике, как стандартной части организаторских и управленческих навыков	569
<i>Рудюк Л. В., Бумарскова Н. Н., г. Москва, Россия</i>	
Водные и подводные виды спорта.....	575
<i>Свіденська Г. М., Пашкова Д. М., м. Слов'янськ, Україна</i>	
Програма дослідження особливостей самосвідомості в період підліткової кризи	582
<i>Селюкова Т. В., Гаврилова А. В., м. Харків, Україна</i>	
Саморегуляція як детермінанта успішної професійної діяльності майбутнього працівника ДСНС України.....	591
<i>Сергиенко Н. П., г. Харьков, Украина</i>	
Особенности психологического благополучия студентов разных курсов обучения	598
<i>Сёмина М. В., Иванова А. А., г. Чита, Россия</i>	
Психологическое сопровождение семьи, воспитывающей ребенка с нарушением слуха	604
<i>Старцева П. М., Асланян Т. С., Слов'янськ, Україна</i>	
Вивчення проблеми формування професійної компетентності у студентів- психологів, що відвідують групи тренінгів	611
<i>Торопов В.А., Рахманов А.А., Игнатьев А.В., г. Санкт-Петербург, Россия</i>	
Обучение приемам самозащиты без оружия на ближней дистанции с применением опережающих ударов	618
<i>Торопов В. А., Хыбыртов. Р. Б., Дудчик В. И., г. Санкт-Петербург, Россия</i>	
Значение рукопашного боя в структуре оперативно – служебной деятельности сотрудников органов внутренних дел.....	623
<i>Ушканов С.В., Смирнов С. В., г. Красноярск, Россия</i>	
Формирование личности студента через физкультурно-оздоровительную и спортивно-массовую работу в ВУЗЕ	632

<i>Фараджеева Н. А., Хромова О. Н., г. Чита, Россия</i>	
Комплексная физкультурно-оздоровительная деятельность, направленная на формирование здоровья детей	639
<i>Федотова Н. В., г. Чита, Россия</i>	
Развитие творческого потенциала у детей с ОВЗ в условиях общеобразовательной школы.....	646
<i>Храповицкая М. Г., Малах О.Н., г. Витебск, Беларусь</i>	
К вопросу о латентной наркомании у учащихся-спортсменов	654
<i>Шевельдіна О. В., Цимбал Д. В., м.Слов'янськ, Україна</i>	
Внутрішньосімейні конфлікти у молодих подружніх пар	658
<i>Шелопугина Л. П., г. Чита, Россия</i>	
Развитие речи детей с детским церебральным параличом посредством иппотерапии	667
<i>Щербакова М. А., Джумабаева М. Н., г. Витебск, Беларусь</i>	
Основные проблемы питания студентов при умственных и интенсивных нагрузках	675
<i>Щербакова М.А., Яцко Т. А., г. Витебск, Беларусь</i>	
Особенности питания студентов различных факультетов ВГУ имени П. М. Машерова.....	681
<i>Щербакова М.А., Балцевич Д. И., г. Витебск, Беларусь</i>	
Рекомендации по питанию студентов в предсессионный период	688
<i>Юров И. А., г. Москва, Россия</i>	
Психотерапия как предиктор успешной подготовки спортсменов	696
<i>Яценко Т.Е., г. Барановичи, Беларусь</i>	
Направления психокоррекции восприятия психологического времени подростками, склонными к виктимному поведению	704

СЕКЦИЯ 3. СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ SESSION 3. SOCIAL ASPECT

Антипова Е. В., Антипов В. А., г. Санкт-Петербург, Россия

Комплексная превенция распространения наркотизма в подростково-молодежной среде	712
<i>Ариунцэцэг Э., Баярмаа Н., г. Дархан, Монголия</i>	
Изучение проблемы бездомных	720
<i>Лимаренко О. В., Романова С. В., Красноярск, Россия</i>	
Оценка функционального состояния детей четырех-семи лет, проживающих в неблагоприятных климатогеографических условиях.....	728
<i>Привалова И. М., Москва, Россия</i>	
Социологический опрос как способ получения количественных оценок мотиваций, привычек и предпочтений студентов в области здорового образа жизни и физической культуры	736
<i>Самохина Е. В., г. Орёл, Россия</i>	
Туризм как средство формирования основ здорового образа жизни среди молодежи.....	744
<i>Серева Д. О., А. Н. Андонова, г. Стара Загора, Болгария</i>	
Актуальные проблемы социально значимых заболеваний.....	749
<i>Сиджимова Д. А., г. София, Болгария</i>	
Пропаганда здорового образа жизни среди молодежи	755
<i>Таран О. Н., Клименко О. В., Макарова Е. А., г. Днепр, Украина</i>	
Особенности организации отдыха и оздоровления детей с отклонениями в здоровье.....	761
<i>Щербакова М. А., Мильто В. В., г. Витебск, Беларусь</i>	
Состояние дыхательной системы у студентов ВУЗОВ в условиях крупного промышленного города	769
<i>Yordanova V., Tcherkezov T., Kardzhali, Bulgaria</i>	
Social-medical aspects of beta thalassemia carriers in the region of kardzali and surroundings	776

**СЕКЦИЯ 1. МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ
SESSION 1. MEDICAL ASPECT**

УДК 616.3 - 9.1 + 616. 379

Сергій Федорович Азарков

Д. мед. наук, доцент

*Державний Заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства
охорони здоров'я України», м. Дніпро, Україна*

Олена Олександрівна Толстікова

К. мед. наук, доцент

*Державний Заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства
охорони здоров'я України», м. Дніпро, Україна*

E-mail: elena.tol709@i.ua

**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНИХ
РОЗЛАДІВ ПРИ ОЖИРІННІ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ**

*Аннотация. В статье рассматриваются данные, касающиеся
гастроинтестинальных нарушений при ожирении у лиц молодого возраста.
Обсуждается медико-социальное значение этой проблемы.*

*Ключевые слова: ожирение, гастроинтестинальные нарушения,
медико-социальные аспекты, лица молодого возраста.*

Sergiy Fedorovich Agarkov

PhD in Medical Science, Professor

SE "Dnepropetrovsk medical academy HM of Ukraine", Dnepr City, Ukraine

Elena Aleksandrovna Tolstikova

PhD in Medical Science, Associate professor

SE "Dnepropetrovsk medical academy HM of Ukraine", Dnepr City, Ukraine

E-mail: elena.tol709@i.ua

MEDICO-SOCIAL ASPECTS OF GASTROINTESTINAL DISORDERS IN OBESITY IN YOUNG PEOPLE

***Abstract.** The article deals with the relationship between obesity and gastrointestinal disorders in young people. The medical and social significance of this problem is discussed.*

***Keywords:** obesity, gastrointestinal disorders, medico-social aspects, young people.*

Протягом останнього десятиріччя ожиріння набуло риси глобальної пандемії, в особливості у осіб молодого віку [8]. Ожиріння є основним чинником ризику ряду серйозних захворювань, включаючи не тільки серцево-судинну патологію, але й панкреатит, жирову дистрофію печінки, гастродуоденальні, інтестинальні розлади, тощо [1, 6].

Згідно з сучасними дослідженнями, відзначається тісний зв'язок між ожирінням та патологією шлунково-кишкового тракту [7, 9]. Слід зазначити також, що ожиріння стає все більш впізнаваним при діагностиці функціональних та органічних захворювань шлунково-кишкового тракту [2].

Обізнаність про всі можливі ускладнення та асоціації ожиріння, особливо практикуючим лікарем, має вирішальне значення для забезпечення всебічної допомоги молодим людям з ожирінням.

З іншого боку, слід звернути увагу на ті обставини, що ожиріння є важливою соціальною проблемою, особливо з урахуванням іноді виникаючих труднощів адаптації та соціалізації молоді з надлишковою масою тіла, формування когнітивних розладів, а іноді депресивних станів у цього контингенту хворих [4, 10].

Незважаючи на багаточисленні літературні дані про тісний зв'язок ожиріння з гастроєзофагеальною рефлексною хворобою (ГЕРХ), деякі питання патогенезу та тактики ведення таких пацієнтів залишаються до кінця не вирішеними. На основі огляду літератури виявлено статистично значущий зв'язок між підвищенням індексу маси тіла (ІМТ) та ГЕРХ. З огляду на

поширеність ожиріння та підвищення рівня захворюваності езофагітом, важливо приділяти більше уваги подальшим дослідженням, які оцінюють вплив статі, етнічності та віку на ГЕРХ для вивчення цієї асоціації. Кілька досліджень показали, що черевне вісцеральне ожиріння є незалежним фактором ризику езофагіту [1, 4, 5, 7]. Дослідники продемонстрували, що зв'язок між езофагітом та обсягом вісцеральної жирової тканини черевної порожнини був ідентичним серед чоловіків та жінок, на відміну від співвідносин між езофагітом та ІМТ. Таким чином, ІМТ є найбільш доцільним показником. Актуальним також є визначення, чи може втрата ваги знизити частоту езофагіту у осіб молодого віку.

Важливим питанням являється асоціації ожиріння з функціональними розладами шлунково-кишкового тракту, при наявності окремих симптомів, таких як діарея, нудота, здуття живота, біль у животі, закрепу [5, 6]. У той же час при ожирінні абсорбція глюкози в проксимальному відділі кишечника прискорюється і пов'язана з підвищеною експресією SGLT-1, що призводить до зростання комплексу інкрет-глюкагон, який сприяє гіперінсулінемії та гіперглікемії та іноді призводить до появи вищевказаних симптомів. Ці висновки узгоджуються з концепцією, що прискорене поглинання глюкози в проксимальній кишці лежить в основі теорії неперервного розвитку ожиріння [2, 3, 4].

Низкою авторів вказується, що зниження ваги може покращувати симптоми ураження верхнього й нижнього відділів черевної порожнини, що означає потенційний причинно-наслідковий зв'язок цієї патології [6, 7].

Щодо особливостей лікування гастроінтестинальних розладів на тлі ожиріння, слід підкреслити, що згідно з сучасними даними, застосування інгібіторів протонної помпи (ІПП) в терапії цієї патології може викликати зміни шлункових, дуоденальних і кишкових бактерійних профілей у зв'язку з супресією секреції шлунка з одного боку, з другого – порушення кишечної мікробіоти. Ряд авторів висказує точку зору, що пригнічення секреції при застосуванні омепразолу сприяє високій поширеності синдрому

надлишкового бактеріального росту, який у свою чергу може викликати помітне підвищення концентрації неконюгованих жирних кислот з розвитком симптомів диспепсії.

У цьому сенсі формування надлишкового бактеріального росту потенційно більш частіше призводить до появи діареї в результаті збільшення осмотичного тиску [1, 2, 5, 6].

З метою уточнення механізмів взаємозв'язку ожиріння та гастроінтестинальної патології обстежено 89 хворих з ожирінням та функціональними розладами шлунково-кишкового тракту, середній вік яких склав $17+2,9$ років, а середній індекс маси тіла (ІМТ) - $33,6+0,9$ кг/м². Визначали зв'язок між змінами індексу маси тіла та окремими симптомами функціональних гастроінтестинальних розладів (ФГІР), такими, як нудота, тяжкість у животі, здуття живота, абдомінальні болі, закреп або діарея. Пацієнти з органічною патологією шлунково-кишкового тракту були виключені з обстеження. Групу контролю склали 28 осіб молодого віку з нормальною масою тіла, співставлені з обстеженими з віку та статі. Усі досліджені заповнювали опитувальник перед початком терапії, яка складалася з підбору індивідуальної дієти з веденням харчового щоденника та індивідуальної програми фізичного навантаження. Що стосується дієти, то обстеженим призначався режим харчування переважно з низьким вмістом вуглеводів, при цьому 30% добової калорійності складалася з вуглеводів з низьким глікемічним індексом.

У порівнянні з особами з нормальною вагою, молоді люди з ожирінням частіше повідомляли про біль у животі та симптоми диспепсії. Повторне опитування, яке було проведено через 6 місяців від початку терапії, дозволило встановити зниження частоти та інтенсивності симптомів ФГІР приблизно у 80% пацієнтів з ожирінням, при цьому ІМТ знизився в групі досліджених і склав в середньому $30,8+0,7$ кг/м². Значне поліпшення стосувалося больового абдомінального та диспепсичного синдромів. Важливо підкреслити, що

змінені в результаті терапії харчові звички дозволили поліпшити симптоми ФГР у всіх обстежених основної групи.

Слід зазначити, що зниження маси тіла призвело не тільки до вираженої позитивної динаміки симптомів ураження шлунково-кишкового тракту, але й до значного поліпшення психологічного стану досліджених. Покращене зображення тіла у цих пацієнтів може бути частково відповідальним за зменшення симптомів гастроінтестинальних розладів. У цьому зв'язку редукція маси тіла підтримується також психологічними змінами хворих та покращенням харчової поведінки.

Торкаючись питання медичного обслуговування пацієнтів молодого віку з ураженнями шлунково-кишкового тракту на тлі ожиріння, потрібно підкреслити, що важливим є постійне спостереження цієї категорії хворих мультидисциплінарною командою лікарів, включаючи ендокринолога, гастроентеролога, дієтолога, психолога, невролога, які повинні інформувати пацієнтів, що втрата ваги може відігравати визначну роль у покращенні ознак ГЕРЗ та інших гастроінтестинальних симптомів. Пацієнти повинні отримувати знання для постійного підвищення рівня розуміння того, що нормалізація режимів харчування призводить до зниження маси тіла з одного боку, та поліпшення самопочуття – з іншого. Поряд з цим, втрата ваги сприяє підвищенню рівня гастроінтестинальних гормонів з послідовним покращенням регулювання діяльності шлунково-кишкового тракту. Важливим є також розуміння обережного ставлення щодо використання ППП з урахуванням їх неблагоприємного впливу на мікробіоту кишечника у осіб молодого віку з ожирінням.

Список літератури:

1. Anggiansah R, Sweis R, Anggiansah A, et al. The effects of obesity on oesophageal function, acid exposure and the symptoms of gastro-oesophageal reflux disease. *Aliment Pharmacol Ther.* 2013; 37:555–563. [[PubMed](#)]

2. Aro P, Ronkainen J, Talley NJ, Storskrubb T, Bolling-Sternevald E, Agréus L. Body mass index and chronic unexplained gastrointestinal symptoms: an adult endoscopic population based study. *Gut*. 2005; 54:1377–1383. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]
3. Bonilla S, Wang D, Saps M. Obesity predicts persistence of pain in children with functional gastrointestinal disorders. *Int J Obes (Lond)* 2011; 35:517–521. [[PubMed](#)]
4. Eslick GD, Talley NJ. Prevalence and relationship between gastrointestinal symptoms among individuals of different body mass index: a population-based study. *Obes Res Clin Pract*. 2016 ; 10 :143–150. [[PubMed](#)]
5. Le Pluart D, Sabaté JM, Bouchoucha M, et al. Functional gastrointestinal disorders in 35,447 adults and their association with body mass index. *Aliment Pharmacol Ther*. 2015; 41:758–767. [[PubMed](#)]
6. Nocon M, Labenz J, Jaspersen D, Meyer-Sabellek W, Stolte M, et al. Association of body mass index with heartburn, regurgitation and esophagitis: results of the Progression of Gastroesophageal Reflux Disease study. *J Gastroenterol Hepatol*. 2007; 11:1728–1731. [[PubMed](#)]
7. Phatak UP, Pashankar DS. Prevalence of functional gastrointestinal disorders in obese and overweight children. *Int J Obes (Lond)* Published Online First. 2014 May 2; doi: 10.1038/ijo.2014.67. [[PubMed](#)] [[Cross Ref](#)]
8. Swinburn BA, Sacks G, Hall G, et al. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. *Lancet*. 2011; 27:804–814. [[PubMed](#)]
9. Teixeira T, Collado M, Ferreira CL, et al. Potential mechanisms for the emerging link between obesity and increased intestinal permeability. *Nutr Res*. 2012;32:637–647. [[PubMed](#)]
10. van Oijen MG, Josemanders DF, Laheij RJ, van Rossum LG, Tan AC, Jansen JB. Gastrointestinal disorders and symptoms: does body mass index matter? *Neth J Med*. 2006; 64:45–49. [[PubMed](#)]

Таня Веселинова Ангелова

Преподаватели по специальности «Акушерка»

Кафедра здравоохранения, Факультет общественного здравоохранения

Медицинский университет, г. София, Болгария

E-mail: tanq_veselinova@abv.bg

Деляна Петрова Хаджиделева

К. мед. наук, доцент

Кафедра здравоохранения, Факультет общественного здравоохранения

Медицинский университет, г. София, Болгария

E-mail: dhd_@abv.bg

Антоанета Йорданова Димитрова

Преподаватели по специальности «Акушерка»

Кафедра здравоохранения, Факультет общественного здравоохранения

Медицинский университет, г. София, Болгария

E-mail: dimitrova9111@abv.bg

Илиана Иванова Соколова

Преподаватели по специальности «Акушерка»

Кафедра здравоохранения, Факультет общественного здравоохранения

Медицинский университет, г. София, Болгария

E-mail: ilianaa_sokolova@abv.bg

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ В ОРГАНИЗАЦИИ ДОРОДОВОЙ ПОМОЩИ

Аннотация. Работа акушерки занимает важное место в дородовой медико-санитарной помощи и охране материнства в развитых странах. В соответствии с рекомендациями Генеральной Ассамблеи XIII Всемирного конгресса FIGO в Сингапуре в 1991 году, работа акушерки определяется как основной источник медицинской помощи для миллионов женщин во всем мире.

Модель акушерской помощи способствует здоровью и благополучию беременных женщин, рожениц и их детей. Она устанавливает золотой стандарт для совершенствования и получения наилучших результатов в области охраны материнского здоровья.

Цель этой статьи состоит в изучении организации дородовой помощи в развитых европейских странах, Соединенных Штатах и Канаде.

Ключевые слова: *беременные женщины, роженицы, акушерки, дородовая помощь.*

Tanya Veselinova Angelova

Teachers in the specialty "Midwife"

Department of Health, Faculty of Public Health

Medical University, Sofia, Bulgaria

E-mail: tanq_veselinova@abv.bg

Delyana Petrova Hadjideleva

PhD in Medical Science, Associate Professor

Department of Health, Faculty of Public Health

Medical University, Sofia, Bulgaria

E-mail: dhd_@abv.bg

Antoaneta Yordanova Dimitrova

Teachers in the specialty "Midwife"

Department of Health, Faculty of Public Health

Medical University, Sofia, Bulgaria

E-mail: dimitrova9111@abv.bg

Iliana Ivanova Sokolova

Teachers in the specialty "Midwife"

Department of Health, Faculty of Public Health

Medical University, Sofia, Bulgaria

E-mail: ilianaa_sokolova@abv.bg

INTERNATIONAL EXPERIENCE IN THE ORGANIZATION HORSE CARE

***Abstract.** The midwife's work is an important part of antenatal care and maternity protection in developed countries. In accordance with the recommendations of the General Assembly of the XIII World FIGO Congress in Singapore in 1991, midwives are the main source of medical care for millions of women around the world. The model of obstetric care contributes to the health and well-being of pregnant women, parturient women and their children. It establishes a gold standard for improvement and obtaining the best results in the field of maternal health protection.*

The purpose of this article is to study the organization of antenatal care in developed European countries, the United States and Canada

***Keywords:** pregnant women, parturient women, midwives, antenatal care.*

В развитых странах, где показатели материнской и младенческой смертности являются наилучшими, акушерки являются основными медицинскими специалистами, которые заботятся о здоровых беременных женщинах, роженицах и новорожденных. Во время беременности акушерка неоднократно встречается с беременными женщинами, с которыми она работает и которых хорошо знает. Она знает не только об их физических особенностях, социальных условиях, но и об их страхах, заботах, предпочтениях и потребностях.

В России основными принципами наблюдения за беременными являются: [11]

- Раннее начало наблюдений беременности.
- Ведение учета;
- Своевременные меры - на основе информации, полученной при первом посещении, определяется степень риска и составляется план наблюдения за беременностью;

- Дородовой и послеродовой патронаж; Своевременная госпитализация беременных женщин в плановом порядке и при срочности;

- Частота посещений дородовой консультации при нормальной беременности следующая: до 20 недель беременности - 1 раз в месяц; 20-27 недель - 2 раза в месяц; 28-40 недель - 1 раз в неделю. Количество посещений за всю беременность составляет около 10-12 раз. При неявке, беременную посещают на дому;

- Привлечение отцов – проводится обучение для отцов;

- Психопрофилактика и укрепление здоровья;

По данным организации здравоохранения Эстонской Республики, право на оказание дородовой помощи в Эстонии предоставляется акушеркам, участковым врачам и акушерам-гинекологам. Беременная женщина сама решает, чьи услуги выбрать. [4]

Число посещения при нормально протекающей беременности обычно составляет 9-10. Когда беременность наблюдается акушеркой или врачом общей практики, обязательно дополнительно проводятся два посещения у акушера-гинеколога - в начале и в конце беременности. Когда во время беременности возникают факторы риска, женщина направляется к акушеру-гинекологу, который оценивает состояние беременной и плода и определяет план дальнейших действий.

В первом триместре - по крайней мере два посещения. Во время первой консультации записывается подробный анамнез, проводится общее и акушерское исследование беременной женщины, дается оценка возможных рисков для беременности и составляется план наблюдения за беременной женщиной. Беременная женщина обязательно консультируется и с акушером-гинекологом.

Во время второго триместра, посещения Женской консультации проводятся раз в месяц, или всего 3 посещения. При каждом посещении собирается информация о состоянии женщины - физическом и

эмоциональном, контролируется вес, артериальное давление, отеки и т. д. Посещение заканчивается оценкой риска для беременности.

В третьем триместре: 28-36 недель – посещения проводятся раз в месяц, 36-40 недель - два раза в месяц. Посещения включают те же мероприятия, которые описаны для второго триместра. Проводится психофизическая подготовка к предстоящим родам, дается информация о послеродовом периоде и наблюдении, возможных проблемах, контрацепции и др. В 36 недель проводится консультация с акушером-гинекологом для осмотра и составления плана родов. [12]

В Великобритании акушерка – это специалист, который следит за нормальной беременностью, наблюдает за роженицей в послеродовом периоде, принимает участие в планировании семьи. Ее роль чрезвычайно важна не только в плане защиты здоровья матери и ребенка, но и в плане обеспечения стабильности в семье. Другими словами, медицинская и социальная помощь акушерки неотделимы друг от друга. Число посещений беременной женщиной акушера-гинеколога там весьма ограничено. При первом посещении Женской консультации врач осматривает будущую мать и составляет план родов. После этого беременная женщина выбирает акушерку, с которой она будет общаться на протяжении всей беременности, родов и послеродового периода. По всем вопросам материнства будущая мать обращается к ней. Если возникает проблема, которая не входит в круг ее компетенции, акушерка ищет врача для консультации или помощи. Чтобы заботиться о матери и новорожденном на требуемом уровне, медицинские специалисты работают в соответствии с моделями ухода, которые дают конкретный план действий в каждой данной ситуации. [4, 6].

В Италии во всех крупных городах существуют так называемые центры здоровья, где при нормально протекающей беременности за беременными женщинами главным образом наблюдают акушерки. Акушеры-гинекологи - это только консультанты. Акушерки проводят оздоровительные и профилактические мероприятия. [2]

В Швеции, Дании, Норвегии и Голландии акушерки также являются основными медицинскими специалистами, которые контролируют нормально протекающую беременность. В Дании большинство беременных женщин наблюдаются акушерками. У 10-20% беременных женщин, из-за какой-либо патологии беременности, пренатальное консультирование проводится акушером-гинекологом и акушеркой. После того, как беременность установлена, женщина направляется для наблюдения к акушерке, к которой совершает около 5 визитов, еще два - к личному лечащему врачу и один – к акушеру-гинекологу. [4, 8]

В Швеции акушерки являются автономными специалистами, которые сотрудничают с другими специалистами в области беременности и родов – акушерами-гинекологами, семейными врачами, психологами, физиотерапевтами. Пренатальная помощь организована в Центрах для беременных женщин. Число пренатальных визитов к акушерке составляют около 10-12 при неосложненной беременности, при этом, во время первой беременности, помимо этих посещений, запланированы еще два визита к акушеру-гинекологу, а при второй и последующей неосложненной беременности - только одно посещение. В случае сомнений относительно осложнений или при желании беременной женщины, она может быть направлена к акушеру-гинекологу. [5, 8].

В Нидерландах деятельность акушерки является независимой самостоятельной практикой. При необходимости она сотрудничает с акушером-гинекологом из районных/областных больниц. [2] Акушерская помощь финансируется страховым фондом, независимо от того, состоят ли акушерки в штате больницы или практикуют самостоятельно. Акушерка проводит пренатальное консультирование во время нормальной беременности, assisteрует при родах и наблюдает женщину в период восстановления после родов. Число пренатальных посещений составляет 13-15, которые включают наблюдение и оздоровление. На местном уровне также поощряются и школы для беременных женщин. [4, 5]

В Финляндии акушерка также независима в своей работе. Она наблюдает за беременными женщинами и помогает при нормальных родах. [2]

В Германии существует список всех практикующих акушерок, которых можно нанять для наблюдения за беременностью, проведения родов и помощи в послеродовом периоде. Почти все пренатальные обследования проводятся акушерками, за исключением ультразвукового обследования, выполняемого акушером-гинекологом. [2, 4]

Пренатальное наблюдение в Испании может проводиться или только врачом, или только акушеркой. Медицинское страхование включает в себя предродовую подготовку, которую проводит акушерка. [1]

Американский конгресс акушерства и гинекологии (ACOG) определил следующие рекомендации по пренатальному уходу: [3,4]

- Частота посещений - регистрация беременности проводится на 8-10 неделе, при этом, до 27 недель посещения проводятся раз в месяц; 28-36 недель - 2 раза в месяц; после 36 недель - каждую неделю. ACOG рекомендует 14 посещений. Частота посещений варьируется в зависимости от индивидуальных потребностей беременной и оценки факторов риска.

- Во время первого посещения составляется подробный анамнез беременной женщины, проводится объективное исследование. Дается оценка образа жизни и потребностей женщины, оценка риска: преждевременных родов; употребления алкоголя, сигарет и наркотиков; скрининг бытового насилия; скрининг депрессии.

- При каждом посещении - наряду с обычными показателями, за которыми ведется наблюдение во время беременности, женщину подробно расспрашивают на предмет субъективных жалоб, даются рекомендации, проводится скрининг домашнего насилия и оценка риска от курения или воздействия табачного дыма, консультирование и санитарное просвещение, предоставляется эмоциональная поддержка.

- После 36 недель составляется план родов и психопрофилактики; для пар, ожидающих своего первого ребенка, организуются курсы для родителей.

- Послеродовой уход - включает осмотр роженицы; тест на послеродовую депрессию, консультации с психологом, если это необходимо; скрининг бытового насилия; советы и рекомендации.

- Консультации беременных и кормящих матерей в основном проводятся акушерками (при нормальной беременности и послеродовом периоде). К акушеру-гинекологу обращаются в случае необходимости.

В Канаде акушерки работают в самостоятельных кабинетах в группе - акушерской команде. Они контролируют беременных женщин, проводят дородовые визиты на дому. С целью максимального охвата и качественного обслуживания беременных женщин, в некоторых провинциях работа акушерок регулируется и оплачивается правительством. [7]

Из того, что было написано до сих пор, становится ясно, что деятельность акушерки занимает значительное место в пренатальном здравоохранении и охране материнства в развитых странах. В соответствии с рекомендациями Генеральной Ассамблеи XIII Всемирного конгресса FIGO в Сингапуре в 1991 году, работа акушерки определяется как основной источник медицинской помощи для миллионов женщин во всем мире. Модель акушерской помощи способствует здоровью и благополучию беременных женщин, рожениц и их детей. Она устанавливает золотой стандарт для совершенствования и получения наилучших результатов в области охраны материнского здоровья. [10]

Список литературы:

1. Димитрова, Д., Пренатална и перинатална психология, Програми за родителска подготовка. - Варна: Изд-во Колор-Принт, 2011. - 22 с.
2. Христова Цв. Специални акушерски грижи при нормална бременност. – Плевен: МЕДИАТЕХ, 2017. - С.7-8
3. American College of Obstetricians and Gynecologists.Guidelines for Perinatal Care, Sixth Edition October 2007

4. Birth by design: Pregnancy, Maternity Care and Midwifery in North America and Europe R. DeVries, 2001
5. ENCA 2008 annual report for Netherlands
6. Lockwood CJ, Magriples U. Prenatal care (second and third trimesters). UpToDate, Ver.19.2, updated Aug1, 2013.
7. Piercy C., Obstetric Medicine, Apple Academic Press Ins., Oakville, Canada 2015, p.371
8. Pohjoismaiset perinatatalitilastof–Nordisk perinatal statistic–Perinatal statistics in the Nordic countries. Statistical Summary 22/2007, 1.11.2007, Health 2007.Stakes.
9. Simkin, P., J. Whalley, Pregnancy, Childbirth and the Newborn: The Complete Guide, Meadowbrook Press, USA, 2016. - p.493
10. Организация на работата на Женската консултация. Диспансерен надзор на бременност, 2016г. [Электронный ресурс] URL: bg.medicine-guidebook.com/akusherstvo-ginecologia_organizatsiya-raboty-i-jenskoj.html,
11. Оценка пренаталных факторов риска, 2007г. [Электронный ресурс] URL: <http://www.materinstvo.ru/art/1795/>,
12. График обследования беременной в женской консультации, 2018г. [Электронный ресурс] URL: <https://materinstvo.ru/art/16065>,

УДК 613:616-006:661.16

Эрхэмбаяр Ариунцэцэг

Преподаватель

Дарханская Медицинская Школа Монгольского Национального

Университета Медицинских наук /МНУМН/

Дархан, Монголия

Баяраа Мэндхуу

преподаватель

Дарханская Медицинская Школа Монгольского Национального

Университета Медицинских наук /МНУМН/

ПЕСТИЦИДЫ И ЗДОРОВЬЕ

Аннотация. По данным за 2016 год средний показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями в Монголии составил 62.3 на 100 000 населения, в то время как в Дархан-Уульском аймаке выше указанный показатель составил 78,3. Также здешние показатели заболеваемости раком печени желудка превышают средний показатель в остальных аймаках. Дархан-Уульский аймак является одним из крупнейших сельскохозяйственных регионов страны, и местные земледельцы широко используют пестициды для удобрения почвы. Данное исследование было проведено с целью изучения распространения онкологических заболеваний и использования пестицидов в овощеводческих регионах (сомонах) Дархан-Уульского аймака. Статистические данные и результаты предыдущих исследований подтверждают высокую распространенность онкологических заболеваний в земледельческих регионах. В Монголии из-за слабого контроля над использованием пестицидов, нередко случаются передозировки, которые могут стать одной из ведущих причин раковых заболеваний населения. Также в виду отсутствия обучения и соответствующих знаний, при использовании химических удобрений и пестицидов часто нарушаются правила безопасности и инструкций использования пестицидов, увеличивая риск заболевания населения онкологическими заболеваниями. Рекомендуется использование экологически чистых ризобактериальных удобрений, производимых монгольскими учёными, и расширение кампании «Борьба против рака» по всей стране через новые дополнительные проекты.

Ключевые слова: пестициды, земледелие, злокачественные новообразования, онкологические заболевания, смертность, заболеваемость, нарушения правил безопасности.

Erhambhayar Ariuntsetseg

Lecturers

Darkhan Medical School, Darkhan, Mongolia

Bayaraa Mendkhuu

Lecturers

Darkhan Medical School, Darkhan, Mongolia

E-mail: Ariuntsetseg.e@mnums.edu.mn

PESTICIDES AND HUMAN HEALTH

Abstract. According to the 2016 data, the average incidence rate of cancer in Mongolia was 62.3 per 100,000 populations, while in Darkhan-Uulaimag the rate was 78.3. Also, the local incidence rates of liver and stomach cancers exceeded the averages in the remaining aimags. Darkhan-Uulaimag is one of the largest agricultural regions of the country and local farmers widely use pesticides for soil fertilization. This study aimed to study the incidence of oncological diseases and the use of pesticides in the vegetable-growing regions of Darkhan-Uulaimag. The statistical data and the results of previous studies confirm high prevalence of cancer in agricultural regions. Besides, due to the inadequate control over the use of pesticides, overdoses occur frequently and may become one of the leading causes for cancer. Additionally, due to the lack of training and appropriate knowledge, safety rules and instructions for the use of pesticides are often violated, increasing the risk for developing cancer. It is recommended to use environmentally friendly rhizobacterial fertilizers produced by Mongolian scientists, and to expand the campaign "Fight against Cancer" through expanding the projects nationwide.

Keywords: pesticides, agriculture, cancer, oncological diseases, mortality, morbidity, violations of safety rules.

Обоснование. Ежегодно в мире более 7 миллионов человек умирает от онкологических заболеваний и диагностируется более 10 миллионов новых

случаев. Около 70% случаев смерти от онкологических заболеваний происходит в странах с низким уровнем дохода.

По данным за 2016 год средний показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями в Монголии составил 62,3 на 100 000 населения, в то время как в Дархан-Уульском аймаке выше указанный показатель составил 78,3. При этом, показатель заболеваемости раком печени был 18,3, а раком желудка -- 11,2, что на 15,1% выше, чем средний показатель в остальных аймаках. Привлекает внимание и тот факт, что показатель смертности населения от злокачественных новообразований в среднем составляет 13,4 по стране и 14,3 по аймакам, но тот же показатель достигает 18,43 в Дархан-Уульском аймаке, что превышает средний показатель по аймакам на 4,13.

Дархан-Уульский аймак является одним из крупнейших сельскохозяйственных регионов страны. Здесь выращивают картофель и другие овощи для удовлетворения потребностей местного населения, насчитывающего более 100 000 человек.

Почва является уникальным природным богатством каждой страны. В соответствии с системой оценки гумусного состояния почв (Гришина, Орлов, 1978), почва, содержащая от 2 до 5% гумуса, относится к низкому и среднему уровню. В аймаке Дархан-Уул 77,6% общей почвы составляет почва с минимальным содержанием гумуса (менее 2,0%). Поскольку ежегодно одновременно с урожаем выносятся большое количество микроэлементов, не секрет, что местные земледельцы широко используют пестициды для удобрения почвы.

Было доказано, что 20% из 900 составляющих компонентов пестицидов, зарегистрированных в США, вызывают злокачественные новообразования у экспериментальных животных.

С 2010 по 2013 профессиональными агентства провели анализы в 275 образцах монгольских овощей и обнаружили, что около 40% образцов были токсичны и содержали пестицидные остатки. Тема изучения онкологических

заболеваний среди населения, занимающихся овощеводством в Дархан-Уульском аймаке, была выбрана в связи с высокой распространённостью онкологических заболеваний в данном аймаке.

Цель исследования. Изучить распространение онкологических заболеваний и использование пестицидов среди населения в овощеводческих регионах (сомонах) Дархан-Уульского аймака.

Задачи: 1. Определить статистические показатели смертности и заболеваемости злокачественными новообразованиями населения Дархан-Уульского аймака, проживающих в зоне земледелия.

2. Изучить исследования об удобрениях, соответствующих требованиям безопасности, для земледельцев Дархан-Уульского аймака.

3. Исследовать вопросы безопасности и гигиены труда при использовании пестицидов.

Методы исследования: Основываясь на статистических данных Национального центра по изучению онкологических заболеваний, показателях здоровья населения от 2016 года, Приказе № 183 Министра Здоровья от 2014 года о Руководстве по раннему выявлению рака печени, сборник статистики рождаемости, смертности и заболеваемости населения, изданная Департаментом Здравоохранения Дархан-Уульского аймака, и результатах исследований, проведённых в лабораториях микробиологии и агрохимии при Институте Растениеводства и Сельского Хозяйства Дархан-Уульского аймака, мы провели данное исследование, совмещая теорию и эмпирическую модель с дедуктивным методом исследования.

Результаты исследования

Таблица 1. Заболеваемость и смертность от онкологических заболеваний среди населения, проживающих в сомонах Дархан-Уульского аймака.

Для сравнения приведены количественные показатели за 2016 и 2017 г

(за первые 8 месяцев)

Показатели	Шарын гол		Орхон		Хонгор	
	На август 2016 года	На август 2017 года	На август 2016 года	На август 2017 года	На август 2016 года	На август 2017 года
Смертность от онкологических заболеваний	5	10	1	3	3	6
Новые случаи онкологических заболеваний	12	22	6	4	11	9

Из сравнения показателей смертности и заболеваемости населения в земледельческих регионах за первые восемь месяцев 2016 и 2017 года следует, что выше указанные показатели были самыми высокими в Шарын Гольском сомоне с населением 9100 человек.

Таблица 2. Заболеваемость злокачественными новообразованиями в сомоне Орхон Дархан-Уульского аймака

Он	Рак печени	Рак желудка	Рак лёгких	Другие виды рака
2015	6	2		
2016	1	2	1	
Сентябрь 2017 года	2			3
Всего	9	4	1	3

В сомоне Орхон с населением немногим более 3000 человек с 2015 по 2017 год было выявлено 9 случаев рака печени, 4 случая рака желудка, 1 случай рака лёгких и 3 случая других видов онкологических заболеваний. При изучении смертности от рака печени, как наиболее часто встречаемый вид онкологического заболевания, мы обнаружили, что все пациенты занимались

земледелием, причём пятеро из них в возрасте от 45 до 75 лет были диагностированы на последней, IV стадии заболевания.

Поскольку 77.6 % почвы в Дархан-Уульском аймаке содержат менее 2,0% гумуса, для обогащения почвы широко используют навоз, биогумус, аммиак, мочевины и бактериальные удобрения. Исследователи Дэлгэрмаа Б.Нарандэлгэр Ц., Дугармаа М., Наранчимэг Д., и Энхбаатар Б. работающие в лаборатории почвенной микробиологии при местном Институте Растениеводства и Сельского Хозяйства открыли возможности для повышения урожая, используя ризобактериальные удобрения. Это открытие не только способствует решению проблем земледелия и экономического развития страны, но также является ценным вкладом монгольских учёных в обеспечение безопасности населения и животных.

В сомоне Орхон овощеводы часто курят, едят, и пьют воду вовремя работы с пестицидами, что способствует проникновению химических веществ через кожу и слизистые оболочки человека, вызывая характерные аллергические симптомы, такие как зуд, кожная сыпь, и кашель.

Заключение. 1. В развитых странах использование пестицидов проводится под тщательным контролем со строгим учётом оптимальной дозы применения. В Монголии в связи со слабым контролем над использованием пестицидов, нередко случаются передозы, которые могут стать одной из ведущих причин раковых заболеваний населения.

2. Установлено, что экологически чистые ризобактериальные удобрения, производимые монгольскими учёными, более эффективны, чем пестициды.

3. Вследствие отсутствия обучения и соответствующих знаний о правилах безопасности труда при использовании химических удобрений и пестицидов, при земледелии часто случаются нарушения правил безопасности и инструкций использования пестицидов, увеличивая риск заболевания населения онкологическими заболеваниями. Поэтому необходимо регулярно проводить соответствующее обучение среди земледельцев и овощеводов.

Также рекомендуется расширение и распространение кампании «Борьба против рака» через дополнительные проекты и программы по всей стране, что является одной из ключевых вопросов национальной безопасности.

Список литературы:

1. Даваадулам Б., Унурсайхан С., Гэрэлжаргал Б. Использование пестицидов в Монголии и проблемы их применения. – Уланбатор, 2014. – 234с.
2. Сборник статистики рождаемости, смертности и заболеваемости населения в сомонах. Департамент Здравоохранения Дархан-Уульского аймака.
3. Исследование, проведённое в лабораториях микробиологии и агрохимии при Институте Растениеводства и Сельского Хозяйства Дархан-Уульского аймака.
4. Статистических данные Национального центра по изучению онкологических заболеваний.
5. Приказ № 183 Министра Здоровья от 2014 года о Руководстве по раннему выявлению рака печени.
6. Центр Здоровья и Развития показатели здоровья населения. – 2016 г.

УДК. 616.72-002.77;616-084-612.62

Халмурад Садуллаевич Ахмедов

Д. мед. наук, доцент

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

E-mail: khalmurad1968@mail.ru

Гульмира Халмурадовна Садуллаева

Врач общей практики

Семейная поликлиника №52, г. Ташкент, Узбекистан

E-mail: gultmira1801@inbox.ru

ОПТИМИЗАЦИЯ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НА ФОНЕ КОРРЕКЦИИ ПРОГЕСТЕРОНОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Аннотация. Коррекция прогестероновой недостаточности на фоне базисной терапии у больных ревматоидным артритом, способствует оптимизации профилактики функциональных нарушений суставов.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, коррекция, профилактика.

Khalmurad Sadullaevich Akhmedov

*PhD in Medical Sciences, Associate Professor
Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan*

E-mail: khalmurad1968@mail.ru

Sadullaeva Gulmira Khalmuradovna

*General doctor
Family polyclinic №52, Tashkent, Uzbekistan*

E-mail: gulmira1801@inbox.ru

OPTIMIZATION OF SECONDARY PROPHYLAXIS IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS ON THE BACKGROUND OF CORRECTION OF PROGESTERONE INSUFFICIENCY

Abstract. Correction of progesterone insufficiency against the background of basic therapy in patients with rheumatoid arthritis, helps to optimize the prevention of functional disorders of the joints.

Keywords: rheumatoid arthritis, correction, prevention.

В настоящее время, несмотря на современные успехи практической медицины, ревматические заболевания(РЗ) представляют весомые трудности

в работе практикующего врача. Представляя одну из РЗ, ревматоидный артрит (РА) являются одной из распространенных [2] и серьезных медико-социальных проблем, в связи с чем остаются в центре внимания, как организаторов здравоохранения, так и врачей. Несмотря на то, что прогноз РА на фоне современной терапии улучшается, показатели заболеваемости и смертности остаются весьма существенными [5]. Большая вариабельность суставного синдрома при РА, который характеризуется поражением функционально важных суставов, приводит к инвалидизации больных, особенно среди лиц молодого и среднего возрастов, что обуславливают социальное значение и актуальность проблемы.

Более высокая распространенность РА особенно у женщин, часто появление первых признаков заболевания в период выраженных гормональных перестроек в организме, в его развитии несомненную роль играют половые гормоны. Известные к настоящему времени факты позволяют с определенностью думать о нарушении функции иммунной системы, связанной с расстройством эндокринной регуляции, особенно в сфере половых гормонов [4]. Согласно литературным данным, половые гормоны проявляют себя как иммуномодуляторы, ингибирующие одни и стимулирующие другие функции иммунитета [3]. Проведенные исследования показывают, что у больных РА, женщин репродуктивного возраста отмечаются снижение эстрадиола и прогестерона в сыворотки крови [1]. Согласно литературным данным, прогестерон имеет тесную связь с Т-клеточным иммунитетом. А значение Т-клеточного дефицита играет большую роль в причине развития аутоиммунного процесса. Исходя из вышеизложенного, большой клинико-научный интерес представляет изучение коррекции прогестерона у больных РА.

Известно, что одним из основных требований системы здравоохранения является улучшение профилактических мер. В частности, вопросы оптимизации вторичной профилактики имеют большое значение, поскольку это дает возможность добиться снижения прогрессирования заболевания и

осложнений, а также улучшить качества жизни больных. Поэтому изучение значения коррекции недостаточности прогестерона на фоне патогенетической терапии у больных женщин РА в оптимизации вторичной профилактики заболевания на основе отдаленных результатов представляет практический интерес.

Цель настоящего исследования:

Изучить отдаленные результаты коррекции прогестероновой недостаточности у больных ревматоидном артритом, женщин репродуктивного возраста в условиях первичного звена здравоохранения.

Материалы и методы исследования:

Исследования проводились в условиях первичного звена здравоохранения. Всего изучено 55 больных РА, женщин репродуктивного возраста. Основную группу составили 45 больных, а контрольную 10. У всех больных женщин перед исследованием было констатировано явления прогестероновой недостаточности и исключены органические поражения женских половых органов. Возраст больных составил $32,6 \pm 6,6$ лет. Критериями отбора явились больные наличием степеней активности заболевания. Исключением для исследований явилось больные с явными висцеральными проявлениями. Все больные в период активности клинико-лабораторных проявлений находились в стационарных условиях.

Контрольная группа получали болезнь-модифицирующую антиревматическую (базисную) терапию, а основной группе проводилась коррекция прогестероновой недостаточности (препаратами прогестерона) на фоне базисной терапии. Основу базисной терапии составили метотрексат (10-15 мг/нед), при необходимости преднизолон (15-20 мг). Отдаленные результаты оценивалась через год.

Анализ отдаленных результатов, т.е. через 1 год проводилось с учетом оценки качества жизни, а также ниже перечисленных показателей:

- 1) Процент больных, нуждающихся в госпитализации;

2) Процент часто обращаемых больных к ревматологу по поводу проблем здоровья;

3) Процент больных с ремиссией заболевания более 6 месяцев.

Изучение качества жизни (КЖ) больных проводилось методом анкетирования с использованием опросника SFB36 [6]. Результаты представлялись в виде баллов (100) и распределяются по 8 шкалам. Большее число баллов указывал на более высокий показатель.

Полученные данные подвергались статической обработке.

Результаты и обсуждение данных. У обследованных 55 больных РА, женщин репродуктивного возраста поражение суставов отражалось на их функциональном состоянии, т.е. были выявлены различные нарушения двигательной функции конечностей. Анализ данных отдельных видов движений в суставах показало, что в каждом случае двигательные нарушения были индивидуальными, и зависела от локализации и выраженности поражения. При этом, как правило, больные страдали активным движением и снижение двигательной функции коррелировало с выраженностью рентгенологических изменений и интенсивностью болевого синдрома.

При оценке отдаленных результатов на фоне вмешательства, т.е. через 1 год, в первую очередь анализировалось КЖ больных. В настоящее время известно, что оценка последних с использованием опросника имеет большое значение, поскольку она истинно отражает влияние патологического процесса на жизнедеятельность больного [6]. Так изучение результатов анкетирования с использованием опросника оценки КЖ (SFB -36), как видно из таблицы 1, показали различия по физическому функционированию (PF) между группами, т.к. в основной группе отмечено достоверное повышение показателей ($P < 0,001$). В свою очередь, за счет улучшения PF, отмечено достоверное увеличение показателей ролевой функции (RP) в основной группе ($P < 0,001$). Также обнаружена положительная динамика у этой же группы ($P < 0,05$) по показателю влияния интенсивности боли на способность заниматься повседневной деятельностью (BP).

Таблица 1

**Сравнительный анализ результатов анкетирования по опроснику
SFB-36 у больных РА**

Показатели	Основная группа n=45 (балл)		Контрольная группа n=10 (балл)	
	В начале	Через год	В начале	Через год
Физическое функционирование (PF)	33,3±3,2	70,2±4,9***	32,5±4,7	46,2±7,5
Ролевое функционирование (RP)	19,3±3,6	46,7±3,4***	20,3±4,2	29,3±4,8
Влияние боли (BP)	52,1±4,1	70,3±4,6*	51,3±4,3	59,7±5,7
Общее состояние здоровья (GH)	31,3±3,1	64,7±4,1**	32,4±2,6	57,1±3,1**
Жизнеспособность (VT)	34,5±3,5	59,8±4,1	33,4±3,9	40,7±4,5
Социальное функционирование (SF)	24,5±3,1	59,9±4,2***	25,3±3,1	31,8±5,2
Эмоциональное состояние (RE)	34,9±3,6	61,4±4,7**	33,5±4,2	59,6±4,9*
Психическое здоровье (MH)	20,5±4,7	69,5±4,2*	19,9±6,6	48,2±5,3

Примечание: степень достоверности * P <0,05; **P <0,02; ***P <0,001 – рассчитана по отношению к показателю до вмешательства.

Вместе с тем, наблюдалось отсутствие различия по показателю общего состояния здоровья (GH), т.е. оценки больным своего состояния в настоящий момент в обеих группах наблюдалось достоверное повышение показателей, но в основной группе (P <0,001) отмечен прирост на 11,7% по отношению к показателям контрольной группы (P <0,02). А анализ оценки жизнеспособности (VT - ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным) показала отсутствием особой динамики показателя у контрольной группы, тогда как в основной группе прослеживалось достоверное увеличение показателей (P <0,001). Вместе с тем, показатели социальной функционирования (SF) были достоверно повышены (P <0,001) у больных РА, которым проводилась коррекция прогестероновой недостаточности. SF у основной группы был на 28,5% выше по отношению к

контрольной. В свою очередь, в показателях эмоционального состояния (RE), т.е. когда последнее мешает больным выполнению работы или другой повседневной деятельности, между группами различий не обнаружено, поскольку в обоих случаях отмечается достоверное повышение показателей, хотя прирост при этом составил 5,2% в основной группе. Также отмечен значительный прирост на 48,5% показателей психического здоровья (MH) у больных основной группы.

Результаты наблюдений больных через год показали, что на 12,2% больше случаев у больных основной группы наблюдалась клиническая ремиссия заболевания более 6 месяцев в отличие от показателей контрольной группы. В тоже время на 16,6% меньше больные основной группы нуждались в госпитализации в течение года в отличие от контрольной группы. Вместе с тем, в отличие от основной группы, больные контрольной группы на 38,7% более случаев в течение года обращались к ревматологу по поводу проблем здоровья.

Таким образом, исходя из полученных данных, следует, что коррекция прогестероновой недостаточности на фоне патогенетической терапии у больных РА, женщин репродуктивного возраста имеет большое значение в оптимизации профилактики прогрессирования функциональных нарушений суставов.

Выводы:

1. Коррекция прогестероновой недостаточности на фоне патогенетической терапии у больных РА, женщин репродуктивного возраста способствует улучшению показателей качества жизни, таких как жизнеспособность, общее состояние здоровья и социальная функция, а также она способствует к положительной динамике психического здоровья.

2. Коррекция прогестероновой недостаточности у больных РА, женщин репродуктивного возраста в условиях первичного звена здравоохранения играет важную роль в оптимизации вторичной

профилактики заболевания, что отражает индикаторы эффективности вмешательства.

Список литературы:

1. Мирзаханова М.И., Каримов М.Ш. Проблемы ранней диагностики и лечения ревматоидного артрита. Методическое руководство. –Ташкент, 2014. – С. 5-8.
2. Насонова В. А., Фоломеева О. М., Эрдес Ш. Ф. Ревматические заболевания в Российской Федерации в начале XXI века глазами статистики //Терапевтический архив. – 2009. – Т. 81, № 6. – С. 5 - 10.
3. Половые стероидные гормоны и иммунная система. / Татарчук Т.Ф., Венцковская И.Б., Исламова А.О. и др. //Здоровье женщины. – Москва, 2003. – -№1. – 33-37.
4. Шилов Ю.И. Влияние эстрадиола и прогестерона на отдельные этапы иммуногенеза: Автореф.дис...канд. мед. наук. –Л., 1984. – с.21.
5. Majithia V, Geraci S.A. (2013). "Rheumatoid arthritis: diagnosis and management". Am. J. Med. 120 (11): 936–9. doi: 10.1016/j.amjmed.2007.04.005
6. Ware J.E., Sherbourne C.D. The MOS 36-Item short-form health survey // Med. Care. – 1992. – Vol. 30, № 6. – P. 473 – 483.

УДК 61(517.3)

Чулуун Батнайрамдал

Д. философ. наук, профессор

Международный Институт Монгольской Традиционной Медицины

МНУМН, г. Улан-Батор, Монголия

Бямбаа Ариунсанаа

Д. мед наук, доцент

Биомедицинский Институт МНУМН,

г. Улан-Батор, Монголия

Марина Николаевна Фомина

*Д. философ. наук, профессор
Зайбайкальский государственный университет,
Чита, Россия
E-mail: ariunsanaabyambaa@yahoo.com*

ИСТОРИЯ МОНГОЛЬСКОЙ ТРАДИЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ: ЭТАПЫ, ИСТОЧНИК ИЗУЧЕНИЯ

***Аннотация.** В статье рассматривается вопрос об историческом развитии медицины и охраны здоровья Монголии, который делится на два совершенно разных принципа до-и послереволюционный, две основные части - Запад и Восток, оба из которых уникальны в стране.*

***Ключевые слова:** Запад, восток, традиционная медицина, история, здоровья, этап, развития.*

Chuluun Batnairamdal

PhD in Philosophy Sciences, Senior lecturer

Mongolian Medicine, School of Medicine, Mongolian National University of

Medical Sciences, Ulaanbaatar, Mongolia

Ariunsanaa Byambaa

PhD in Medical Sciences, Associate Professor

School of Bio-Medicine Mongolian National University of Medical Sciences,

Ulaanbaatar, Mongolia

Marina Nikolaevna Fomina

PhD in Philosophy Sciences, Professor

Transbaikal State University, Chita, Russia

E-mail: ariunsanaabyambaa@yahoo.com

THE HISTORY OF MONGOLIAN TRADITIONAL MEDICINE: STAGES, SOURCE OF STUDY

***Abstract.** The article deals with the historical development of medicine and health protection in Mongolia, which is divided into two completely different principles, pre-and post-revolutionary, the two main parts - the West and the East, both of which are unique in the country.*

***Keywords:** West, east, traditional medicine, history, health, stage, development.*

Эрүүл энх явж урт удаан наслах явдал хүн төрөлхтний буй болсон цаг үеэс тэдний мөрөөдөл эрмэлзлэлийн тэргүүн нь байсан төдийгүй энэ тухайн шинжлэх ухаан нь хамгийн эртний шинжлэх ухаан болон үүсч эдүгээ асар их хөгжлийг олж, дайчин замналыг туулан иржээ. Нэрт эрдэмтэн И.П.Павлов «эмч нарын үйл ажиллагаа бол анхны хүмүүстэй чацуу юм. Тэгэхлээр анагаах ухааны түүхийг бичиг үсэгтэй болсон цагаас эхэлсэн гэж үзвэл буруу хэрэг болно» гэжээ.

Анагаах ухаан хүн төрөлхтний туулж ирсэн нийгмийн хөгжлийн янз бүрийн үе шатанд хамгийн энэрэнгүй ёсны шинжлэх ухаан мөнөө харуулсаар байгаа боловч тухайн нийгэмд ямар ангийн эрх ашгийн тулд хэн эзэмшин зохион байгуулж байгаагаасаа хамаарч түүний хөгжлийн түвшин, мөн чанар харилцан адилгүй илэрч байлаа. Гагцхүү манай эрин үеийн нөхцөлд энэ шинжлэх ухааны талаар гарч байгаа ололт амжилт, нээлтүүдийг бүх нийтийн тусын тулд зориулах, харилцан судалж дэлгэрүүлэх сайхан боломж олдсоор байгаа билээ.

Орчин цагийн анагаах ухааны хөгжлийн үр дүнг хүн амын эрүүл мэнд, сайн сайхны тусын тулд ашиглан хэрэгжүүлэх зорилгоор социалист нийгмийн үед төр улсын зүгээс авч явуулж буй нэгдмэл арга хэмжээ нь эрүүлийг хамгаалах явдал бөгөөд тус улсад ардын хувьсгал ялсны дараагаар энэ чухал арга хэмжээ үүсч хөгжөөд түүхийн өнгөрсөн богино хугацаанд социалист эрүүлийг хамгаалах нэгдмэл систем болсон нь түүний хөгжлийн түвшин, онолын үндэс, үндсэн зарчмаас тодорхой байгаа билээ.

Анагаах ухааны хөгжлийн дайчин замналыг анагаах ухааны түүх судлах бөгөөд энэ нь хөдөлмөрчдийн эрүүл мэндийг сахин хамгаалах ажлын онол практикийн түүхэн хөгжлийн тухай биеэ даасан шинжлэх ухаан юм.

Анагаах ухааны хөгжлийн явц нь нийгмийн хөгжлийн хуульд захирагдан тодорхой зүй тогтоолоор явагддаг. Чухамхүү ийм учраас анагаах ухааны түүх судлалын ухаан нь нийгмийн түүхийн шинжлэх ухааны бүрэлдэхүүн хэсэгт багтах бөгөөд анагаах ухааны хөгжлийн хууль нь нэг ёсондоо нийгмийн хөгжлийн хууль, зүй тогтоол болж байдаг. Анагаах ухааны түүх судлал нь энэ шинжлэх ухааны хөгжлийн зүй тогтоол, мөн чанарыг дүгнэн үзэж эрүүлийг хамгаалах ажлыг хөгжүүлэх тулгуур хүчин зүйл болох учраас дээр үеэс анхаарагдан ирсэн бөгөөд гагцхүү Октябрийн социалист их хувьсгалын дараагаар системтэй хөгжих өргөн бололцоо, шинэ үе нээгдсэн байна. Үүний үр дүнд ЗХУ болон бусад социалист орнуудад анагаах ухааны түүх судлалын ухаан ихэд хөгжиж, хөдөлмөрчдийн эрүүл мэндийг сахин хамгаалах үйл хэрэгт гагцхүү социалист эрүүлийг хамгаалах ажлын онолын үндэс, үндсэн зарчим нь яв цав нийлдэг болохыг батлан харуулсаар байна.

Монголын ард түмнээс нийгмийн хөгжлийн өнгөрсөн үеүдэд бий болгосон соёлын уламжлалт их өвийн салшгүй хэсэг болсон анагаах ухаан нь манай ард түмний оюун санаа, мэдлэг хуримтлалын зүй ёсны үр дүн бөгөөд аливаа ард түмний соёлын өв уламжлалыг анхааран судлахын ач холбогдлыг марксизм ленинизм чухалчлан үздэг билээ. Ийм учраас тус улсад хувьсгалын дараагаар үүсч хөгжсөн европ дахины анагаах ухааны түүх судлалын зэрэгцээгээр эрт дээр үеэс уламжлагдан ирсэн монголын анагаах ухааны түүх судлалын асуудал чухлаар тавигдах ёстой.

Анагаах ухааны хөгжилт нь өөрийн зүй тогтоол, онцлог шинж төлөв, үе шаттай байдаг. Монголын анагаах ухаан, эрүүлийг хамгаалахын түүхэн хөгжлийн тухай асуудал нь хувьсгалын өмнөх ба дараах үеийнх гэж зарчмын эрс ялгаатай 2 хэсэгт хуваагдах боловч тус бүрдээ өвөрмөц үе шат, онцлогтой байна. Өөрөөр хэлбэл анагаах ухааны түгээмэл түүхийн үндсэн 2 хэсэг Өрнө

ба Дорно дахины анагаах ухааны аль аль нь тус улсад нэвтрэн хөгжсөн өвөрмөц онцлогтой аж.

Дорно дахины буюу эртний Араб Персийн гаралтай анагаах ухаан Энэтхэг түвдээр дамжин Монгол орноо нэвтэрсэн гэж үздэг бөгөөд эртний Энэтхэг орон соёлын асар их өв уламжлалтай байсны зэрэгцээ айл зэргэлдээ улс гүрнүүдтэй холбоо харилцаатай байсан нь анагаах ухаан нэвтрэхийн эх үүсвэр болсон нь мэдээж.

Монголын ард түмэн амьдралын урт удаан хугацаандаа эмчлэн засах арга ухааныг эзэмшин дадал, туршлагатай болон уламжлагдсаар ардын эмнэлгийн өвөрмөц өвийг бас бий болгосон байна.

Ардын эмнэлгийн энэхүү ёсонд хугарч гэмтсэн яс барих, хавирганы битүү хугаралтын үед хонь, ямаа, үхрийн халуун арьс нааж эмчлэх, малын халуун сэвсээр жигнэх, мөн алтан гагнуур, хунчир, дэгд зэргийн 400 гаруй нэр төрлийн ургамлыг эмчилгээнд хэрэглэх, тэдгээрийн тун хэмжээ, хугацаа, хэрэглэх аргыг тогтоох, эмчилгээний олон талт үр дүн бүхий рашаан усыг хэрэглэх зэрэг олон төрлийн арга хэмжээг авдаг байсан нь эдүгээ хүртэл уламжлагдан ирсэн бөгөөд орчин үеийн анагаах ухааны шинэ хөгжилд зохицуулан хэрэглэх, түүх судалгааны хувьд чухал нэмэр хандив болсоор байна.

Эртний монголын анагаах ухааны эмчлэн засах арга зүй, мөн чанар түүхийн урт хугацаанд тэр чигээрээ уламжлагдан ирээгүй нь мэдээж бөгөөд гагцхүү түүнээс хэрэгтэй гэсэн гол хэсгийг судлан илрүүлж, үр дүнтэй хэрэглэх явдалд анагаах ухааны түүх судлалын нэг зорилт орших ёстой.

Доцент Д.Цагаанхүүгийн судалснаас үзвэл, дорно дахины анагаах ухаан нь бүр дээр үед (VII—VIII зуун) Монголд нэвтрэх төдий эхлэлт байсан боловч монголын нүүдэлчин олон омог аймгийн дайн дажны улмаас тогтнон бэхжиж чадаагүй байна. Гагцхүү XIII зууны сүүлч, 14-р зууны эхээр дорно дахины анагаах ухаан хүчтэй нэвтэрч тухайн үеийн ардын эмчилгээний арга хуримтлалд уялдан тулгуурласан монгол эмнэлгийн өвөрмөц арга ухаан нэгэнт бий болжээ.

Дорно дахины анагаах ухаан монгол оронд нэвтрэн дэлгэрч байсан түүхийн хугацаанд нийгмийн үйл амьдралд болж байсан өөрчлөлт, эмчлэн засах арга ухааны хөгжлийн байдал зэргийг үндэслэн монголын эртний анагаах ухааны хөгжлийг хэд хэдэн үе шатад хуваан судалж болох юм. Хөгжлийн явцыг үнэн зөвөөр үечлэн тогтоож судлах нь түүх судлалын үндсэн аргын нэг бөгөөд анагаах ухааны түүх судлалд ч нэг адил хамаарагдах юм.

Түүх судалгааны үечлэн судлах арга нь уг асуудлыг системтэй тодорхой болгох, анагаах ухааны хөгжлийн түүхэн явцад нөлөөлөх үндсэн зүй тогтоол, тэдгээрийн холбоо уялдаа, хөгжлийн дотоод хуулийг тодорхойлох, шинжлэх ухааны үндэстэй үнэн зөв дүгнэлт өгөх зэрэгт шийдвэрлэх үүрэгтэй юм. Монголын эртний анагаах ухааныг 3 үндсэн үе шатаар хуваан судлах нь зүйтэй бололтой. Үүнд:

Нэгдүгээр үе нь 13-р зууны сүүлч 14-р зууны эхээс 16-р зууны эцэс хүртэлх үе юм. Энэ нь дорно дахины анагаах ухаан монгол оронд нэвтрэх эхэлснээс аваад тус оронд шарын шашин дэлгэрсэн эхэн үе хүртэлх 200 гаруй жилийн түүх бөгөөд монголчуудын эрт дээр үеэс шүтэж ирсэн бөөгийн мөргөл бүхий шашны үеийн анагаах ухааны түүх билээ. Аливаа нийгмийн түүхэнд шашин шүтлэг нь анагаах ухааны хөгжлийн явцад хамгийн их нөлөө бүхий зүйл байсаар иржээ.

Дорно дахины анагаах ухаан түвдээр дамжин монгол орноо дэлгэрэхийн зэрэгцээгээр энэ анагаах ухааны судар номыг судлан үзэх, эх хэлнээ орчуулан бичих, барлан дармаллах, энэтхэг, түвд оронд монгол оточ нар явж сурах, анагаах аргыг заах дацан байгуулах зэрэг олон арга хэмжээ зохион байгуулсан байна.

Монгол оточ нарын судлах гол ном болсон «Рашааны зүрхэн найман үет нууц увдисын дөрвөн үндэс» хэмээх алдарт зохиол болон Төвд хэлнээс орчуулагдсан бусад номууд Лхантав буюу анагаах нэмсэн арга, зарлигийн битүүмжит увдис зэрэг ном зохиолыг судлан үзэж анагаах арга зүйг эзэмшиж байжээ. Энэтхэгийн Наланд хотын их сургууль, Түвдийн Уйзан, Лхас, Нитан зэрэг олон дацанд монгол оточ нар суралцаж байсан баримт бий бөгөөд тэдний

орчуулж, бичиж байсан олон зуун гар ба дармал бичлэгийн судар ном эдүгээ тус тусын соёлын өв номын санд хадгалагдсаар байна. Дорно дахины анагаах ухаан нь монгол оронд нэвтрэхдээ эртний монголын ардын эмнэлгийн эмчлэн засах арга зүйтэй хослон өвөрмөц шинж төлөв бүхий арга ухаан бий болгожээ.

Эртний Грекийн гаралтай дорно дахины анагаах ухаан нь өвчнийг танин мэдэх, эмнэх, эмч оточдын ёс суртахууны хувьд чухалчлан заадаг байсан бөгөөд амьд организм гадаад орчныг нарийн холбоотойгоор үздэг байжээ. Энэхүү чанар нь монголд нэвтэрсэн анхны үедээ хэвээр хадгалагдан дэвшилттэй чухал үүрэгтэй байсан төдийгүй хүн ардын эрүүл мэндийг хамгаалах үйлсэд чухал хандив бүхий эмчлэн засах арга ухааны хөгжлийн үе байжээ. Өөрөөр хэлбэл, монголд шарын шашны дэлгэрэх хүртэл эртний анагаах ухааны үр нөлөө, өвөрмөц арга зүй нь нилээд дэвшилттэй, хөгжлийн түвшин нь зогсонги биш байсан гэж үзвэл зохино.

Хоёрдугаар үе нь XVI зууны эцсээс буюу 1580-аад оноос 1911 он хүртэлх үе орно. Энэ үе нь монгол оронд шарын шашин дэлгэрэхээс эхлээд монголын ард түмний үндэсний эрх чөлөөний хөдөлгөөний өрнөлтийн үеийн анагаах ухааны түүх судлалын үе билээ. Манжийн түрэмгийлэгчид Азийн орныг түрэмгийлэн эзлэх зорилгондоо ашиглаж шарын шашныг дэмжин хөхүүлсэн бөгөөд феодалын нийгмийн арчаагүй байдал, ангийн хүчтэй дарлалд нэрвэгдсэн монголын ард түмний тэмцлийг номхотгон дарах, мунхруулан хөөрөгдүүлэх үзэл суртлын зэвсэг болгон түүнийг дэлгэрүүлэх болж, түвдийн алтан хаан 1576 онд түвдийн шарын шашны тэргүүн 4-р далай лам Содномжамцыг урьж, уг шашиныг хүлээн авснаа илэрхийлж, халхын Автай, цахарын Лигдэн, Ойрдын ноёд хутагтууд бараг нэгэн зэрэг шашныг таалан хүлээн авч, 1586 онд Эрдэнэзуугийн хийдийг анх байгуулан олон зуун лам нарыг түвдээс урьж ирүүлснээр хүчтэй дэлгэрсэн тэрхүү шарын шашин нь манай ард түмний түүхэнд бүхэлдээ харгис бүдүүлэг нөлөө үзүүлсэн билээ. Ард түмний сэтгэл оюуныг төөрөлдүүлж, тэдний бие бялдрыг арчаагүйгээр бузарлан, ариун цэвэр, эрүүл энх, соёлжилт, гэгээрлийн үүд хаалгыг боож байснаараа шарын шашин нь монголын ард түмний соёл иргэншлийн бүхэл

бүтэн түүхэн өв, түүний чухал хэсэг болсон анагаах ухааны хөгжлийг саатуулж мөн чанарыг нь алдагдуулахад хүргэсэн байна.

Монголд шарын шашин дэлгэрч лам санваартнууд, хүрээ хийд олшрох тутамд ангийн ялгаа ихсэж, дарлал мөлжлөг хүчтэй болсон бөгөөд ард түмний ахуй амьдрал доройтон, эрүүл мэнд нь сарнижээ. Шарын шашин дэлгэрснээс болоод монголын эртний анагаах ухааны эмчлэн засах ёс төр хазайж, анагаах ёсонд сурах, түүнийг эзэмших явдал нь шашны хуурамч сурталтай хутгалдан хоосон номлол төдий үлдсэн бөгөөд анагаан засах арга зүйг эрхлэн явуулах чин эрмэлзлэл, анхаарал байгаагүйгээс болоод шашин нь лам нарын дарлал мөлжлөгийн нэмээс дайвар, ашиг хонжоо олохын аятайхан шалтаг болжээ.

Сүм хийдэд лам санваартнууд эмчийн ёсыг эрхлэгч хэмээн өөрийгөө нэрлэж өргөл барьц ихтэйгээр хүмүүсийг үзэж, өвчин зовлонг нь бурхан шашны номлол, буг чөтгөрийн хорлолтой холбон тайлбарлаж «ганц хоёр бэлэн жор», «тарнийн түрхлэг», «бузар зайлуулах» уншлагаар домнох төдий байжээ.

Манжийн бадруулт төрийн тэргүүн 1875 он 12-р сарын 11-нд Хүрээний эмч нар, дацангийн мандлын жасын орлого зарлагыг байцаасан дансанд: «Ноднин жилийн шар цай 69 228 байхын дээр мөн хүүд хураасан цай 3275, ердийн хөсгөнд ирсэн цай 1050, бусдад хүүтэй яваа цай 26 141 болно» гэжээ. (Ө* Чимэд, их хүрээний сүм хийдийн мөнгөн хуулийн тухай). Лам нарын худал хуурмаг, анагаах ухааны талаар мэдлэггүй болохыг манай ууган зохиолч Д. Нацагдорж «Шар дээлтэй, лам захтай хүн бүр эм барина. Сайн муу, шинэ хуучин ямар ч ялгаагүй, таван өртөөний цаадах өвчтэй хүн ямар нь ч мэдэхгүй атал тун эм солиулан өгч тайтгаруулахыг оролдоно.

Бие махбод, эрхтэн мэдрэл ямар нь ч үзээгүй атал барьц тавьц гүрэм ном санаанд орсныг ярина. Шинжлэх ухаан дэлгэрч хүний оюун нээгдээгүй газарт шашны сүүдэр харанхуйн түгжээс хэзээд хойш татна. Түмэн бодисын улирах хувьсахыг үнэхээр судлаагүй цагт түвд эмнэлэг, хуучин арга хэзээ ч үл сайжирна» гэж маш үнэнээр, уран сайхнаар шүлэглэн дүрсэлсэн байна.

Шашны хуурамч нөлөөний дор тарчлан, бие сэтгэл, оюун санааны хүнд дарлалд ингэж зовж байснаас хүн амын төрөлт багасаж, үхэл их хэмжээтэй байсан бөгөөд нэг талаас хоосон сүсэг бишрэлээр гэр бүл болохгүйгээс, өөрөөр хэлбэл, эрэгтэйчүүдийн ихэнх нь лам нар байснаас, түүнчлэн гадаадын, ялангуяа манж хятадын худалдаачин түүний бараа бологчид замбараагүй хутгалдан байснаас хүн амын өсөлтийн гол дайсан нийгмийн халдварт өвчин түгээмэл байлаа. Хувьсгалын өмнөх монгол орныг сөнөөхийн даваан дээр хүргэж байсан нэг үндсэн хүчин зүйл бол мөнөөхөн шарын шашин байлаа. Оросын худалдаа үйлдвэрийн яамны элч А.П.Болобан гэдэг хүний бичсэнээр: «Хошууны ардууд цөөрсөөр байна. Байгаа хүмүүс нь ихэвчлэн нас хөгширсөн байна. Үүнээс үзэхэд монголын ард түмэн их хорогдох төлөвтэй» гэжээ.

Үнэхээр ч 1862—1918 онд монголын хүн ам 25 000-аар буюу 4,5 %-иар хорогдож байсан баримт бий билээ.

Гуравдугаар үе нь 1911 оноос Монгол ардын хувьсгал ялах хүртэлх үе бөгөөд энэ нь монголын ард түмний үндэсний эрх чөлөөний өрнөлтийн үеэс аваад манжийн дарлалыг түлхэн унагааж монголын автономитын үе, түүнчлэн Октябрийн социалист их хувьсгалын шууд үр нөлөөгөөр 1921 онд ялсан монгол ардын хувьсгалын өмнөх үеийн манай анагаах ухааны түүх судлалын үе билээ. Манжийн дарлалд орсны улмаас монгол орон дэлхийн бөмбөрцгийн хамгийн хоцрогдмол бөглүү газрын нэг болж дундад зууны феодалын харьцаа хөндөгдөөгүй хэвээр хадгалагдсаар байлаа. 19-р зууны 70-80- аад оноос Монгол оронд айл зэргэлдээ орос орны нөлөө хүчтэй болсон нь «Монгол орныг гадна ертөнцөөс салган тусгаарлах» гэсэн манжийн хэрцгий бодлогыг эвдэхэд хүргэж, манжийг бодвол хөгжилтэй байсан оросын эдийн засаг соёлын үр нөлөө Монголд тусах аятайхан нөхцөл бүрэлдэв* Энэхүү үр нөлөө тусгалын дотор европын анагаах ухааны нөлөө нэвтэрч эхэлсэн нь манай ард түмний эрүүл энхийн үйлсэд «далайд дусал нэмэр» гэгчээр зохих хувь нэмэр болсон нь мэдээж. Үндэсний эрх чөлөөний хөдөлгөөний үрээр манжийн дарлалаас чөлөөлөгдсөн боловч Богд гэгээн тэргүүтэй монголын феодалууд засгийн эрхэнд гарч манжийн дарлалын нэг адил хүнд дарлалууд ард түмний нуруун

дээр тохогдсон учраас тэдний эрүүл мэндийн асуудал туйлын хөөрхийлөлтэй хэвээр үлджээ. Автономит засгийн зүгээс ард түмний эрүүл мэндийн асуудлыг анхааран үзэх нь бүү хэл түүнийг эрхлэн шийтгэх нэг ч албан байгууллага байгаагүй, зөнд нь орхисон нь өвчин зовлонгийн гамшигт оруулж, зальт лам, феодалуудын дур зоригийн хэрэг болсон байна. Дорно дахины уламжлалт анагаах ухаан монгол оронд нэвтрээд шарын шашин феодалын хоцрогдмол ахуйн улмаас мөн чанараа алдаж байсан боловч эмчлэн засах арга зүй, ардын эмчилгээний өвөрмөц аргыг эзэмшсэн жирийн ардууд, доод лам бас байсныг үгүйсгэж болохгүй. Гагцхүү тийм хүмүүс цөөхөн байсны дээр төр улсын зүгээс анхаардаггүйгээс хувийн чанартай, түүнчлэн шашны үзэл номлолтой холбон үздэг байв. Ийм нөхцөл байдлын үед орос орноос явж байсан шинжээч судлаачид, тэдэнд үйлчилж байсан эмнэлгийн ажилтнуудаас монголчуудад эмнэлгийн тусламж үзүүлж байсан баримтууд тэдний тэмдэглэлд тодорхой үлджээ. Монгол оронд гарч байсан халдварт өвчин орост дамжин халдахаас болгоомжлон урьдчилан сэргийлэх нилээд арга хэмжээг авч байжээ.

Халдварт өвчний голомтыг судлах ажлаар хэд хэдэн удаа экспедиц ажилласны гадна тэргүүний дэвшилт үзэлтэй оросын зарим эмч нар удаа дараа ирж ажиллаж байжээ. (Энэ талаар «Шинжлэх ухаан амьдрал» сэтгүүлийн 1969 оны 6-р дугаарт «Хувьсгалын өмнөх монгол оронд оросын анагаах ухааны үр нөлөө нэвтэрч байсан нь» гэсэн гарчигтайгаар нийтлэгдсэнийг үзнэ үү.) Хэдийгээр оросын эмч нараас монголд ирж ажиллаж байсан болон европын анагаах ухааны үр нөлөө нэвтэрч байсан ч тэр нь тухайн нийгмийн байдал, шашин лам нарын нөлөө, хөгжлийн хир хэмжээ хоцрогдмол байсан тэр нөхцөлд нийтийг хамарсан эрүүлжүүлэх арга хэмжээ болж чадаагүй бөгөөд харин орос оронд ялсан Октябрийн агуу их хувьсгалын дараагаар залуу Зөвлөлт улсаас айл зэргэлдээ Монголын ард түмний эрүүл мэндийн төлөө анхааран халамжилж оросын хувьсгалчид, улаан армийн эмч нараас манай ард түмний эрүүл энхийн үйлсэд хүчин зүтгэж явсан баримт олон билээ. Оросын эмч нарын үзүүлж байсан эмнэлгийн тусламж нь манай ард түмний эрүүл мэндэд нэмэр хандив болоод зогсоогүй анагаах ухааны хөгжлийн түүхэнд зүй

ёсоор үлдэх ёстой. Ингэж монголын эртний анагаах ухааны түүх нь ардын хувьсгалын дараагаар цоо шинээр үүсч буй болсон орчин цагийн анагаах ухааны түүхтэй залгасан билээ.

Монголын эртний анагаах ухааны түүхийг судлахад дорно дахины анагаах ухаан, ялангуяа түвдийн анагаах ухааны түүх, түүний эх баримт ном зохиолыг нь шинжлэх ухааны нарийн үндэс, арга зүйн үүдээс судлан үзэх явдал чухал билээ. Түвд, монголын анагаах ухааны тухай орос зөвлөлтийн эмч эрдэмтдээс дээр үед нилээд сонирхон судалж байсан боловч сүүлийн үед ховордсон нь энэ тухайн судлал ашиггүй буюу эсхүл судалж дүгнэгдэж гүйцсэндээ биш, харин судалгааны ажлын бат суурь, нэгдсэн системт арга барил одоо хүртэл тогтоогүй, анагаах ухааны түүх судлалын хувьд манай эрүүлийг хамгаалах болон эрдэм шинжилгээний байгууллагаас бага анхаарч ирснээс болж түүхийн хөгжлийн үе шат улирах бүр бүрхэгдэн мартагдсаар байгаагийн илрэл юм. Оросын эрдэмтэн А. Позднеев, Реман, Лауфер, П.А.Бадмаев, нилээд сүүлд А.Л.Берлин, М.Н. Варлаков, В.С.Мангалик, Б.М.Щепотин, Е.В.Бойцов манай ахмад эмч доцент Д. Цагаанхүү нарын олон хүмүүс монголын анагаах ухааны түүх судлалд үнэтэй хувь нэмрээ оруулсан байна.

Түүх судлалын хүмүүсийн гавьяаны тухай В.И.Ленин бичихдээ «Орчин үеийн шаардлагатай харьцуулан үзэхэд тэд юу хийж чадсангүй вэ гэдгээр нь биш харин урьд үеийнхтэй нь харьцуулан үзэхэд шинээр юу бүтээсэн бэ гэдгээр нь тэдний түүхэн гавьяаг үнэлэн үзэх ёстой» гэсэн байна. Монголын эртний анагаах ухааны түүхийг судлахад эртний монголын судлал, түүх судлалын олдвор, шашин шүтлэг зан заншил, нутаг, эрхлэн байсан ажил, нүүдэл суурьшлын талаар хийгдсэн судалгаа дүгнэлтүүд чухал ач холбогдолтой юм.

Ном зүй:

1. Т.Алимаа, Д.Цэнд-Аюуш, Б.Цэрэнцоо, Ч.Батнайрамдал, Б.Баярмаа. Уламжлалт анагаах ухааны онолын үндэс. Улаанбаатар, “Удамсоёл” ХХК, 2013. 26 хх.

2. Ш.Болд. “Монголын Уламжлалт Анагаах Ухааны түүх”. УБ. 2009 он. 2-18 хх.
3. Я.Ганбаяр, Н.Төмөрбаатар. “Монголын уламжлалт анагаах ухааны онолын үндэс”. Улаанбаатар. 2003. 5хх.
4. Ютиг Ёндонгомбо.” Соригжүдши” буюу “Анагаах ухааны дөрвөн үндэс”. Төвд-Монгол хадмал хэвлэл. Хөх хот. 1992 он. I, II боть.13-15 бүлэг.
5. Ч.Баавгай, Б.Болдсайхан. “Монголын Уламжлалт Анагаах Ухаан”. Улаанбаатар. 1990. 6-27хх.
6. Ш.Болд, Монголын уламжлалт анагаах ухааны гол шашдирын язгуур үндсийн далд утгын тайлбар, мод тавих ёс. Улаанбаатар. 1997 он. 13хх.
7. Б.Давгацэрэн. Монгол төвд анагаах ухааны онол арга зүйн үндэс. Улаанбаатар: 1996. 24 хх.
8. Дармаа маарамба Лувсанчойдог. Зарлигийн эрхэст харанхуйг арилгагч зул, ӨМӨЗО, Хөх хот: Ардын хэвлэлийн хороо; 1998. 46 хх.
9. Дармаа маарамба Лувсанчойдог. Бэрх оньсны очир зангилааг тайлагч. ӨМӨЗО. Хөх хот: Ардын хэвлэлийн хороо; 1990. 53 хх.
10. Дэсрид Санжаажамц. “Анагаах ухааныдөрвөн үндэсний тайлбар хөх Биндэрьяа”. Модон барын төвд судар болон 2000 онд Хөх хотод хэвлэгдсэн Монгол хэвлэлийн I боть.67 хх.
11. Н.Төмөрбаатар, Ж.Хатанбаатар, Д.Цэрэндагва. “Уламжлалт анагаах ухааны суурь мэдлэг” Улаанбаатар 2006. 9 хх.
12. Лувсанчойдог Дармаманрамба (ХҮП) Алтан хадмал. ӨМӨЗО. Хөх хот: 1998. 25 хх.
13. Монгол анагаах ухааны нэвтэрхий толь. Улаанбаатар. 2012. I, II, III боть. 86 хх.
14. Монгол судлалын нэвтэрхий толь. Анагаах ухаан Өвөр монголын ардын хэвлэлийн хороо. Хөх хот: 2002.98 хх.
15. М.Амбага, Б.Саранцэцэг, Ш.Болд. Дорно дахины гүн ухаан, танин мэдэхүй, шинжлэх ухааны үндэслэл, Улаанбаатар: МУИС-ийн хэвлэх үйлдвэр;1996.12 хх.

16. Я.Ганбаяр.”Анагаахухааныдөрвөнүндэснийязгуурынболонномлохуйнүндэс, тэдгээртхолбогдохмод, тайлбарсэлт”. Улаанбаатар. 2001 он. 6-13 хх.
17. “Эмчийн сургаал” Төвд эх. Хөх нуур. БНХАУ. 2006. 8 хх.

УДК 616 (5 мон)

Очирчуулган Баярсайхан

докторант (PhD candidate),

преподаватель, II кафедра внутренних болезней, Школа медицины

г. Улан-Батор, Монголия

Энхбат Сандра

магистрант, кафедра Микробиологии и Иммунологии,

Школа Биомедицины

г. Улан-Батор, Монголия

Соодой Чимидцэрэн

доцент, кафедра Микробиологии и Иммунологии, Школа Биомедицины

г. Улан-Батор, Монголия

Савжид Бадамжав

доцент II кафедры внутренних болезней, Школа медицины

г. Улан-Батор, Монголия

Далх Цэрэндагва

профессор, декан международной школы

традиционной монгольской медицины

г. Улан-Батор, Монголия

Дамба Цэнд-Аюуш

доцент, заведующая кафедрой внутренних болезней,

Международная школа традиционной монгольской медицины

г. Улан-Батор, Монголия

Сандаг Цогтсайхан

профессор, заведующий кафедрой Микробиологии и Иммунологии,

*Школа Биомедицины,
Монгольский национальный университет медицинских наук
г. Улан-Батор, Монголия
E-mail: tsogtsaikhan.s@mnum.s.edu.mn*

**УРОВЕНЬ НЕКОТОРЫХ ЦИТОКИНОВ В РАЗЛИЧНЫХ ГРУППАХ
КОНСТИТУЦИИ У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ МОНГОЛЬСКОЙ
НАЦИОНАЛЬНОСТИ**

***Аннотация.** Настоящее исследование поставило цель установить возможную взаимосвязь между формами иммунологической реакции и человеческой конституции (жизненных сущностных качеств), применяемой в Восточной, в частности Монгольской традиционной медицине.*

***Ключевые слова:** Хий, шар, бадган, цитокины, Th1 и Th2 опосредованная реакция.*

Bayarsaikhan Ochirchuulgan

doctoral candidate (PhD candidate),

lecturer, II department of internal diseases, School of medicine,

Ulaanbaatar, Mongolia

Sandra Ankhbat

graduate student, department of Microbiology and Immunology,

School of Biomedicine, Ulaanbaatar, Mongolia

Chimedtseren Soodoi

associate professor, department of Microbiology and Immunology,

School of Biomedicine, Ulaanbaatar, Mongolia

Badamjav Savgid.

associate professor of II department of Internal Medicine,

School of Medicine, Ulaanbaatar, Mongolia

Tserendagva Dalkh

professor, dean of the international school of traditional Mongolian medicine,

Ulaanbaatar, Mongolia

Tsend-Ayush Damba

associate professor, head of the department of Internal Diseases,

International School of Traditional Mongolian Medicine

Ulaanbaatar, Mongolia

Tsogtsaikhan Sandag

professor, head of the department of Microbiology and Immunology,

School of Biomedicine,

Mongolian National University of Medical Sciences

Ulaanbaatar, Mongolia

E-mail: tsogtsaikhan.s@mnums.edu.mn

LEVEL OF SOME CYTOKINES IN SUBJECTS OF MONGOLIAN NATIONALITY WITH DIFFERENT TYPES OF CONSTITUTION

Abstract. *This study was aimed to determine possible relationship between types of human constitution of Mongolian medicine and types of immune response in healthy Mongolians.*

Keywords: *Rlung, mkris, badgan, cytokines, Th1 and Th2 mediated response.*

Материалы и методы. В исследовании использованы модель одномоментного наблюдения. Было исследовано 93 здоровых доноров, возраст которых 20-54 лет (средний возраст 33.42 ± 9.68 , 49 мужчин и 46 женщин), которые являются постоянными активными донорами в Национальном центре Трансфузиологии, г.Уланбатор. Тип человеческой конституции (жизненных сущностных качеств) определили по методу американского исследователя Robert Sach (1995) и все субъекты были разделены на 3 чистых типа, как «Хий» (rlung или ветер, n=8), «Шар» (mkris или слизь, n=19), Бадган (Badgan или желчь, n=7), и на 6 смешанных типа

«Хий-Бадган (n=12), «Хий-Шар» (n=28), «Шар-Бадган» (n=10), «Бадган-хий» (n=2), «Шар-Хий» (n=7) и «Бадган-Шар» (n=0). Также все участники были разделены на 3 группы по доминирующему типу, именно на «Бадган» доминирующий (n=9), «Шар» доминирующий (n=35) и «Хий» доминирующий (n=49) группы. Некоторые цитокины играющие ключевые роли как в врожденном так и приобретенном иммунитете были определены иммуноферментным методом (Human IL-2, IL-6, IL-10, IFN γ , TGF β ELISA kit, Biolegend, USA) в плазме периферической крови и в супернатанте ночной культуры мононуклеарных клеток исследуемых лиц.

Результаты. Уровни цитокинов в плазме и супернатанте имели нормальное распределение и не зависели от возраста и пола исследуемых. Были обнаружены следующие данные: средний титр (m \pm SD, pg/mL) IL-2 в плазме крови у лиц с типом конституции «Шар-Бадган» был выше чем у лиц с типом «Бадган» (p=0.039), средний титр (m \pm SD, pg/mL) IL-2 в плазме крови у лиц с «Бадган» доминирующим типом был ниже чем у лиц с «Шар» (p=0.027) и «Хий» (p=0.001) доминирующим типом. Средний титр IL-6, IL-10, IFN γ и TGF β в супернатанте был выше (p>0.001) чем в плазме крови. Титр IL-2 в супернатанте у лиц с типом «Бадган» был ниже чем у лиц со смешанным типом «Хий-Шар» (p=0.032), также у них было выявлено пониженный чем у лиц со смешанным типом «Хий-Шар» титр IL-6 (p=0.042). Средний титр IL-10 у лиц с типом «Шар» был выше (p=0.006) чем тот же показатель у лиц с типом «Хий», при этом средний титр IFN γ у лиц с типом «Шар» был ниже (p=0.049) чем у лиц с типом «Шар-Бадган». Также было выявлено, что лица с доминирующим типом «Бадган» имеет меньший (p=0.03) средний титр IL-2 в супернатанте чем у лиц с доминирующим типом «Шар» и меньший (p=0.027) титр IL-6 чем у лиц с доминирующим типом «Хий».

Результаты исследования позволили нам предположить, что лица с доминирующим типом конституции «Шар» имеют повышенное содержание цитокинов, играющих ключевую роль в Th2 опосредованной реакции, а лица

с доминирующим типом конституции «Хий» имеют повышенное содержание цитокинов играющих ключевую роль в Th1 опосредованной реакции.

Благодарность. Данные результаты были получены в рамках исследовательского гранта №3867, финансируемого Фондом Науки и Технологии при правительстве Монголии. Авторы искренне благодарны Фонду за всестороннюю поддержку.

Materials and methods: Cross sectional study design was used. There were enrolled 93 (females 48, males 45) blood donors aged 20-54 year (mean age 33.42 ± 9.68), who registered as a active blood donators at the Blood Transfusion Research Center (MoH, Mongolia) and who attended routine medical examination within last 3 months. Types of human constitution was determined according with Sachs R (1995) and classified into 3 pure types termed «Khii» (rlung, n=8), «Shar» (Mkris, n=19), «Badgan» (Bad gan, n=7) and 6 mixed types termed as «Khii-Badgan» (n=12), «Khii-Shar» (n=28), «Shar-Badgan» (n=10), «Badgan-Khii» (n=2), «Shar-Khii» (n=7) and «Badgan-Shar» (n=0). Titers of cytokines in blood plasma and in supernatant of 12 hour PBMC culture have been measured using ELISA techniques (Human IL-2, IL-6, IL-10, IFN γ and TGF β ELISA kits, Biolegend, USA).

Results. Titer of plasma cytokines shown normal distribution, mean titer of cytokines was without significant difference age and sex groups. There were observed increased mean titer of IL-2 in group «Shar-Badgan» comparing with group «Badgan» (p=0.039) and mean titer of IL-2 in group Shar» comparing with group «Khii» (p=0.006) when used independent samples T test. Subjects with dominated «Badgan» constitution type has shown lower IL-2 mean titer comparing with those in «Shar» (p=0.027) and «Khii» (p=0.001) dominated types.

Mean titer of cytokines in supernatant of 12 hour PMBC culture has demonstrated no significant difference between constitution type groups (ANOVA: p>0.05). But when used independent sample T test, «Badgan» dominated subjects has shown lower than «Shar» dominated group's IL-2 level (p=0.032) and lower than «Khii» dominated subjects' IL-6 level (p=0.027).

Based in these findings we hypothesized that subjects with «Khii» dominated constitution type have a higher intensity of Th1 mediated response and «Shar» dominated subjects have a higher intensity of Th2 mediated response.

УДК 617.586-008.277:618.833-007.38

Ольга Сергеевна Боровская

студентка

Белорусский государственный медицинский университет,

г. Минск, Беларусь

Диана Владимировна Тропник

К. пед. наук, доцент

Белорусский государственный университет физической культуры,

г. Минск, Беларусь

E-mail: borovskaya.o@mail.ru

**РАЗРАБОТКА ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ
ФУТБОЛИСТОВ, ВКЛЮЧАЮЩАЯ В СЕБЯ ФИЗИЧЕСКИЕ
НАГРУЗКИ И МЕДИЦИНСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ДЛЯ
ПОДДЕРЖАНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ**

Аннотация. В статье рассматривается вопрос разработки алгоритма универсальной программы реабилитации спортсменов для наиболее быстрого возвращения спортсменов к полноценной тренировочной и соревновательной деятельности.

Ключевые слова: реабилитационная программа для спортсменов, травмы.

Olga Sergeevna Borovskaya

Student

Belarussian State Medical University, Minsk, Belarus

Diana Vladimirovna Tropnik

PhD in pedagogical Sciences, Associate Professor

Belarusian State University of Physical Culture, Minsk, Belarus

E-mail: borovskaya.o@mail.ru

Abstract. *The article deals with the development of an algorithm for a universal program for the rehabilitation of athletes for the most rapid return of athletes to full-fledged training and competitive activities.*

Keywords: *rehabilitation program for athletes, injuries.*

Актуальность. На сегодняшний день, высокая конкуренция в современном футболе приводит к повышению количества мышечных травм, травм связок и сухожилий, костных и суставных повреждений, в силу большого количества физических контактов, столкновений и значительных физических усилий спортсменов во время игры. На первый план выходят неуклонно возрастающие параметры объема и интенсивности тренировочных нагрузок, существенно превышающие ресурсы адаптационных возможностей организма спортсмена. Переход от более артистического и техничного футбола в прошлые периоды, к более силовому и контактному в современных условиях, привел к повышению количества единоборств в матче и, как следствие, повышенному травматизму. В связи с этим, неотъемлемой частью учебно-тренировочного процесса футболистов становится программа реабилитации спортсменов, включающая в себя не только медицинскую составляющую, но и комплекс мероприятий, обеспечивающий поддержание функционального состояния спортсмена для максимально быстрого возвращения к тренировочному и соревновательному процессу.

Цель: разработать алгоритм универсальной программы реабилитации спортсменов для наиболее быстрого возвращения спортсменов к полноценной тренировочной и соревновательной деятельности.

Материалы и методы. В нашем исследовании приняло участие 30 футболистов высокой квалификации ЗАО "ФК Динамо-Минск". Эксперимент длился с января по апрель 2017г, что соответствует подготовительному периоду годового цикла подготовки. За данный период в процессе учебно-тренировочных сборов 10 спортсменов команды получили травмы (мышечные повреждения I и II степени, повреждения связочного аппарата и суставов, не требующие оперативного лечения) и были вынуждены заниматься по предложенной нами индивидуальной программе.

Результаты и их обсуждения. Продолжительность и содержание реабилитационных мероприятий и физических нагрузок индивидуальной подготовки травмированного футболиста зависели от характера полученной травмы, однако строились по общей схеме. Так, предложенная экспериментальная программа медицинской и физической реабилитации включала в себя следующие этапы:

1. Начальный этап медицинской реабилитации

Задачи:

- устранение отека и воспаления, начало работы над улучшением кровотока, устранение болевого синдрома
- восстановление амплитуды движений

2. Этап спортивной реабилитации

Задачи:

- увеличение мобильности травмированной конечности
- постепенная подготовка травмированного органа к активным физическим нагрузкам
- проприорецепция, баланс, изометрическая нагрузка
- развитие нервно-мышечного контроля туловища и таза

3. Этап возвращение в общую группу

Задачи:

- постепенное увеличение специфической нагрузки

- полное отсутствие ограничений физических нагрузок различной направленности на травмированный орган

Параллельно на каждом из перечисленных этапов решались задачи поддержания и совершенствования функционального состояния травмированного спортсмена. Так, с этой целью на этапе медицинской реабилитации применялось плавание с ограничением подвижности травмированной конечности, выполняемое непрерывным равномерным методом с интенсивностью на уровне аэробного порога (60-70% от МПК, 70-75% от ЧСС_{max}) [1]. На втором этапе применялись кардионагрузки методами непрерывного переменного и повторного упражнения с интенсивностью на уровне 70-80 % от МПК, 75-85% от ЧСС_{max} (на уровне порога анаэробного обмена) [2]. На третьем этапе спортсменам предлагалось выполнять физические нагрузки методом коротких интервалов с интенсивностью на уровне 100-110% от МПК, 85-92% от ЧСС_{max} [3].

Для оценки эффективности экспериментальной программы было проведено тестирование эргоспирометрических функциональных показателей в лабораторных условиях с применением ступенчато возрастающей нагрузки на тредбане. Так, при начальном тестировании средний показатель скорости бега на уровне анаэробного порога составил 14,5 км/ч, потребление кислорода на этом уровне составило 51 мл/мин/кг, максимальная аэробная скорость составила 19км/ч, а показатель МПК – 59мл/мин/кг.

При повторном тестировании функционального состояния у спортсменов общей группы средний показатель скорости бега на уровне анаэробного порога составил 15,5 км/ч, потребление кислорода на этом уровне составило 54 мл/мин/кг, максимальная аэробная скорость составила 21 км/ч, а показатель МПК – 63мл/мин/кг.

При тестировании футболистов, перенесших травму и занимавшихся по экспериментальной программе реабилитации, средний показатель скорости бега на уровне анаэробного порога составил 16 км/ч, потребление кислорода

на этом уровне составило 53 мл/мин/кг, максимальная аэробная скорость составила 20,5 км/ч, а показатель МПК – 62 мл/мин/кг.

Показатели анаэробного порога у футболистов, занимавшихся по экспериментальной программе, после второго тестирования превысили такие показатели у футболистов, занимавшихся в общей группе, а показатели на уровне МПК (максимальная аэробная скорость и МПК) [4,5], наоборот, были незначительно ниже, чем у спортсменов общей группы. Возможно, это объясняется тем, что у спортсменов общей группы в большей мере присутствовали специфические нагрузки соревновательной деятельности.

Также, косвенным показателем эффективности реабилитационных мероприятий является анализ двигательной активности футболистов в официальных матчах чемпионата, где спортсмены занимавшиеся по экспериментальной программе, выдержали не меньший объем и интенсивность беговой работы, совершили то же количество единоборств, что и футболисты занимавшиеся только в основной группе.

Выводы: Таким образом, разработанная нами универсальная программа реабилитации спортсменов после травм опорно-двигательного аппарата, включающая в себя как медицинские мероприятия, так и физические нагрузки для поддержания функционального состояния, является эффективной, что подтверждается результатами эргоспирометрического тестирования функционального состояния футболистов.

Список литературы:

1. Епифанова В.А. Лечебная физическая культура. Справочник. – М., «Медицина», 2004. – 610 с.
2. Епифанов В.А. Спортивная медицина. Уч. пособие. – М. Изд. гр. «ГЭОТАР-Медиа», 2006. – 335 с.
3. Епифанов В.А. Лечебная физическая культура. Уч. пособие. Изд. гр. «ГЭОТАРМедиа», 2006. – 557 с.

4. Журавлева А.Н., Граевская Н.Д. Спортивная медицина и лечебная физкультура, Руководство для врачей. – М., Медицина, 1993. – 433 с.

5. Каптелин А.Ф. Восстановительное лечение при травмах и деформациях опорно-двигательного аппарата. – М.: Медицина, 1969. – 404 с.

УДК 614

Волчин Гаров

К. мед. наук, Директор

Многопрофильная амбулаторная больница „Доверие“

г. София, Болгария

E-mail: v.garov@mbal.doverie.bg

Светослав Гаров

К. мед. наук, главный ассистент

Кафедра медицинской педагогики,

Факультет общественного здоровья, Медицинский университет

г. София, Болгария

E-mail: sv.garov@gmail.com

Димитр Гугутков

К. мед. наук, Исполнительный директор

Многопрофильная амбулаторная больница „Доверие“

г. София, Болгария

E-mail: d.gugutkov@mbal.doverie.bg

О СПЕЦИФИКЕ КОНЦЕПЦИИ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

Аннотация: Специфика медицинского обслуживания определяется следующими важными характеристиками: нематериальность медицинского обслуживания; оценка; невозможность перемещения; интенсивность

персонала; производительность; многогранность; неразрывность; целостность персонала и пациента; тленность; дополнительная мощьность; связь между пациентом и сиделкой.

Маркетинг в сфере больничного обслуживания является одним из главных приоритетов для руководителей здравоохранения. Однако в ряде медицинских учреждений до сих пор нет отделов маркетинга.

Ключевые слова: *медицинское обслуживание, маркетинг лечебного заведения, управление здравоохранением, пациент.*

Valchin Garov

Candidate of Medical Sciences, Director

Multidisciplinary ambulatory hospital "Trust", Sofia, Bulgaria

E-mail: v.garov@mbal.doverie.bg

Svetoslav Garov

Candidate of Medical Sciences, Chief Assistant

Department of Medical Pedagogy,

Faculty of Public Health, Medical University, Sofia, Bulgaria

E-mail: sv.garov@gmail.com

Dimitar Gugutkov

Candidate of Medical Sciences, Executive Director

Multidisciplinary ambulatory hospital "Trust", Sofia, Bulgaria

E-mail: d.gugutkov@mbal.doverie.bg

ABOUT THE SPECIFICITY OF THE MEDICAL SERVICE CONCEPT

Abstract. *The specificity of medical care is determined by the following important characteristics: the intangibility of medical care; evaluation; impossibility of moving; staff intensity; performance; versatility; continuity; integrity of staff and patient; mortality; additional power; Swaz between the patient and the nurse.*

Marketing in hospital care is one of the top priorities for health managers. However, in a number of medical institutions there are still no marketing departments.

Keywords: *medical care, marketing of a medical institution, health management, patient*

Введение: Концепция обслуживания рассматривается как вид продукта. Продукты обычно делятся на товары (материальные блага), услуги (нематериальные блага) и идеи (интеллектуальная собственность). Термин «товары» включает в себя все средства, которые могут быть полезны для удовлетворения человеческих потребностей. [22]

Услуги классифицируются в зависимости от того, являются ли они ориентированными на организацию или ориентированы на рынок. При ориентировании на организацию, имеет значение тот факт, является ли услуга основной или второстепенной с точки зрения организации, предлагающей услуги. Характеристика рыночных услуг заключается в том, является ли получатель услуги конечным потребителем или услуга предназначена другой организации. [23]

При услугах, предлагаемых в больничных условиях, речь идет об основной услуге, поскольку организация в первую очередь занимается этой деятельностью, а пациент получает услугу в качестве конечного пользователя. [24]

Цель: Цель статьи состоит в изучении специфических отличительных особенностей концепции медицинского обслуживания.

Результаты и обсуждение: Специфика медицинского обслуживания определяется следующими существенными признаками, которые рассматриваются и «разъясняются» через призму медико-санитарной деятельности:

1. Нематериальность медицинского обслуживания

Нематериальность выражается в том, что пациент не может прикоснуться и увидеть как нереализованную услугу, так и ее потенциал. [26] Эти услуги не видны, не имеют вкуса, запаха и т. д. Для медицинских и больничных услуг эта характеристика сильно выражена в сравнении с другими сферами обслуживания, поскольку это услуга, которая проводится лично медицинским специалистом, часто и неоднократно. При хирургическом вмешательстве пациент не может предварительно прикоснуться к нему или заранее предвидеть результат. Маркетологи должны, насколько это возможно, «материализовать» услугу, чтобы создать в сознании целевой группы положительные ассоциации о высоком качестве предоставляемой больницей стационарной помощи и доверие к возможностям врачей. Таким образом к абстрактной услуге добавляется физическое доказательство и изображение. В этом отношении воспринимаемый риск покупки увеличивается с увеличением нематериальности предлагаемой услуги. [27] В этой ситуации различные действия принимаются как индикаторы, которые уменьшают риск покупки. Это могут быть: быстрая реакция персонала при первоначальном контакте с организацией, дружелюбный, приветливый прием потенциальных клиентов. [28]

2. Оценка услуги

Трудности существуют как при оценке до покупки данной услуги, так и при оценке самого выполнения. В этом случае важны качество и предпочтения потребителей. Такая особенность является результатом недостаточных специальных знаний о некоторых методах лечения, которые должны быть позиционированы в качестве проблемы при методах и способах осуществления ухода. [29]

3. «Нетранспортируемость» медицинского обслуживания

4. Интенсивность персонала

Основная часть расходов на большинство медицинских услуг в значительной степени зависит от расходов на персонал. В своем исследовании 1997 года Зигеггер отметил, что расходы на человеческие ресурсы составляют

около 70-80%. Это предопределяет узкие рамки индустриализации обслуживания.

5. Производительность

Важно отметить, что при оказании услуги существуют внутренне и внешне продиктованные индивидуальные колебания производительности медицинских работников. Внешне продиктованные индивидуальные колебания характеризуют в этом случае различное обслуживание. Это различие основано на различии в опыте отдельных специалистов. Внутренне продиктованные индивидуальные колебания характеризуют качество обслуживания в зависимости от индивидуального ежедневного состояния каждого отдельного специалиста.

6. Многогранность услуг

Исключительная многогранность услуг зависит от различных факторов. К примеру, гинекологическая операция (в частности, нерадикальное удаление матки) может значительно различаться с точки зрения качества. Факторами для этого являются, например, база, использованные гинекологом/бригадой консумативы и аппаратура, опыт, ошибки, навыки, моментное психологическое состояние отдельного члена бригады. Несмотря на то, что мы говорим о конкретном типе стационарного обслуживания; в этой связи больницам рекомендуется инвестировать в обучение и профессиональный подбор персонала, в стандартизацию процессов в организации, в мониторинг удовлетворенности пациентов.

7. Неразрывность

Услуги обычно производятся и потребляются одновременно; поскольку пациент присутствует при производстве больничной услуги, взаимодействие «врач-пациент» является особенностью маркетинга медицинских услуг, что в определенной степени влияет и на конечный результат обслуживания, соответственно на результат выполненных медицинских манипуляций.

8. Целостность персонала и пациента.

Выполнение медицинского обслуживания осуществляется только с включением пациента. [34] В этой связи в научной литературе упоминается об интеграции внешнего фактора в процесс выполнения услуги. [31] Разница по сравнению с внутренними факторами заключается в том, что внешний фактор не поддается автономному распоряжению организации [32]. Интеграция пациента при медицинском обслуживании оказывает большое влияние на результат. Например, неправильное вмешательство пациента может привести к отрицательным результатам. Это может привести к потенциальному недовольству результатами без вины специалиста. [33] В результате интеграции пациента в процесс обслуживания могут возникнуть положительные элементы. Таким образом, уход в процессе активации предназначен для воздействия на пациента.

9. Тленность

Медицинские услуги нельзя не менять со временем, и они не могут быть сохранены.

10. Дополнительная мощность.

В случае предсказуемого повышенного спроса организация должна иметь дополнительные возможности для адекватного реагирования на ожидания. При медицинском обслуживании обеспечение больницы достаточного числа специалистов и вспомогательного персонала связано со значительными расходами. Существуют разные стратегии «совпадения» спроса и предложения данной услуги с целью экономии средств, но поскольку деятельность в больнице часто связана с человеческой жизнью и то в течение считанных секунд, очень небольшая часть этих стратегий применима. Таким примером являются отделения скорой помощи. В них разработаны так называемые «fast track» программы, при которых, параллельно с тяжелыми случаями, обслуживаются более легкие случаи, которые занимают меньше времени и этим пациентам не нужно слишком долго ждать.

11. Связь между пациентом и сиделкой

Связь между специалистом и пациентом не может основываться исключительно на услуге, которая должна быть выполнена технически. Между участниками существует эмоциональная связь. В этом отношении процесс состоит из двух частей. Первая часть включает в себя процесс решения проблемы (чисто техническое выполнение услуги), а вторая часть - процесс взаимосвязи, который содержит область человеческих отношений между пациентом и специалистом. [34] Любая медицинская деятельность всегда содержит два аспекта. Даже при первой встрече между пациентом и врачом может быть собрана информация и создана первоначальная основа для доверия. Связь между участниками - это социальная структура, в которой выполняется фактическое обслуживание. В центре выполнения медицинских услуг стоит пациент как пользователь услуги. Кроме того, когда дело доходит до медицинской деятельности, пациент имеет право на свободный выбор поставщика и в конечном итоге решает использовать ли эту услугу.

Заключение: Определение «услуга», согласно проф. Котлеру - это «действие или событие, которое одна сторона может предложить другой. При этом, услуга, в принципе, неосвязаема и не приводит к приобретению имущества; ее исполнение может быть или может не быть связано с физическим продуктом». [25]

Медицинское и санитарное обслуживание находятся посередине, потому что осмотр или лечение пациента осуществляется специалистом, но также включены оборудование и инструменты. Другим важным критерием является присутствие пользователя. Наличие пациента является обязательным в медицинском обслуживании. Независимо от того, удовлетворяет ли услуга персональным потребностям или потребностям бизнеса - опять же, медицинская услуга является первым типом.

Маркетинговая программа частной больницы отличается от маркетинговой программы благотворительной или государственной больницы (военной, транспортной и т. д.). Маркетинг медицинских услуг

является одним из главных приоритетов для руководителей здравоохранения. Тем не менее, в ряде медицинских учреждений нет отделов маркетинга.

Список литературы:

1. Горанова-Спасова, Р., Н. Щерева-Николова, Модели на взаимоотношение с пациента. В: Ръководство по медицинска етика. – София: Изд. ИД Принт, 2014. - С. 14-23
2. Котляр Ф., „Управление на маркетинга“, Том II. – София, 1996, С.43-44
3. Engelhardt, W. / Kleinaltenkamp, M. / Recktenfelderbäumer, M.: Dienstleistungen als Absatzobjekt, Arbeitsbericht № 52 des Instituts für Unternehmensführung und Unternehmensforschung, Bochum, 1992, S. 46
4. Kruse M.: Marketing ambulanter Pflegedienste, Deutscher Universitäts-Verlag, 2002, S. 58
5. Kruse M.: Marketing ambulanter Pflegedienste, Deutscher Universitäts-Verlag, 2002, S. 61
6. Kruse, C. / Siegel, B.: Zusammenarbeit zwischen Arzt, Kostenträger und Pflegedienst zur Sicherung der Arzneimittelleinnahme bei geriatrischen Patienten – Ein Modellprojekt, in: Trommsdorff Arzneimittel GmbH & Co., 2. Geriatisches Ruhrsymposium: Vorteile oder Vorurteile? Zusammenarbeit zwischen Klinik, Praxis und Pflege, Alsdorf 1997, S. 43 - 51
7. Meffert, H. / Bruhn, M.: Dienstleistungsmarketing – Grundlagen – Konzepte – Methoden mit Fallbeispielen, Wiesbaden, 1997, S. 20
8. Meffert, H. / Bruhn, M.: Dienstleistungsmarketing – Grundlagen – Konzepte – Methoden mit Fallbeispielen, Wiesbaden, 1997, S. 59
9. Meffert, H. / Bruhn, M.: Dienstleistungsmarketing – Grundlagen – Konzepte – Methoden mit Fallbeispielen, Wiesbaden, 1997, S. 67
10. Schierenbeck, H.: Grundzüge der Betriebswirtschaftslehre, München, S. 15

Нелли Градинарова

К. мед. наук, главный ассистент

Кафедра медицинской этики и права, Факультет общественного здоровья

Медицинский университет Софии,

г. София, Болгария

E-mail: neli.p.gradinarova@gmail.com

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В БОЛГАРИИ

Аннотация: Правовое регулирование в области здравоохранения не представляет собой единого концептуального понятия, а является синтезом различных правовых дисциплин и отраслей.

В сфере здравоохранения возникают различные виды общественных отношений, которые подлежат правовому регулированию, а именно общественные отношения, возникающие в области здравоохранения между государственными и общественными институциями, медицинскими специалистами, пациентами и третьими лицами, включая все отношения частного и публично-правового характера.

Ключевые слова: правовое регулирование, здравоохранение, Болгария

Neli Gradinarova

PhD in Medical Science, Chief Assistant

Department of Medical Ethics and Law, Faculty of Public Health

Medical University of Sofia, Bulgaria

E-mail: neli.p.gradinarova@gmail.com

LEGAL REGULATION OF THE HEALTHCARE SYSTEM IN BULGARIA

***Abstract:** Medical education and the medical profession are of paramount importance for any state. Training of future medical specialists and their professional implementation in the country in which they received training is of primary importance for the Republic of Bulgaria. The aging population, both in Bulgaria and in Europe, and throughout the world, an increase in the average life expectancy-increases the demand for medical care and, as a result of this trend, the need for medical workers is growing.*

***Keywords:** legal regulation, healthcare, Bulgaria.*

В сфере здравоохранения существуют различного вида общественные отношения, которые регулируются правовыми нормами и относятся к разным отраслям государственного и частного права. Их действие имеет перед собой общую цель: создание порядка и безопасности в здравоохранении, что приведет к защите здоровья всех граждан и повышению эффективности здравоохранения в Республике Болгарии.

Существующие стандарты в сфере здравоохранения могут быть обособлены в отдельную комплексную правовую отрасль, называемую «медицинским правом» или «медицинским правовым регулированием системы здравоохранения». В иностранных доктринах встречаются оба понятия, но в Болгарии они не уточнены.

Термин «правовое регулирование здравоохранения» впервые официально был использован в Болгарии в Постановлении № 39 «О последипломной квалификации в области здравоохранения», которое было отменено Постановлением № 1 от 22 января 2015 года, предназначалось для получения специальности в системе здравоохранения и было издано Министерством здравоохранения и обнародовано в Государственном бюллетене № 7 от 27 января 2015 года. Предметом медицинского права/ правового регулирования здравоохранения являются все юридические отношения, которые возникают и развиваются в области здравоохранения. Они связаны с управлением здравоохранением как важной составляющей

государственного управления, с взаимоотношениями между различными по своему положению и своей иерархии государственными учреждениями, с правовым режимом медицинских учреждений, со страхованием здоровья и т.д. Это в основном общественно-правовые отношения.

Предметом медицинского права является правовое регулирование этих общественных отношений, которые возникают при осуществлении медицинской профессии. Медицинское право является подсектором законодательства в области здравоохранения. В его основе лежит концепция прав человека. Идея прав человека в контексте медицинского права имеет особое значение. Типичными юридическими понятиями медицинского права являются такие, как информированное согласие пациента, медицинская конфиденциальность, ответственность врача, ответственность пациента в конце его жизни, эвтаназия, трансплантация органов и т. д.

Предметом правового регулирования в сфере здравоохранения являются общественные отношения, возникающие в процессе здравоохранения между государственными и общественными институтами, медицинскими работниками, пациентами и третьими лицами, включая все отношения как частного, так и публично-правового характера.

В сфере здравоохранения применяются правовые нормы разных юридических отраслей. При регулировании правовых отношений, возникающих в области управления здравоохранением, применяются административные правила и административный метод правового регулирования (административного права). В этих правовых отношениях государственные органы являются активным юридическим лицом, поскольку они являются обладателями государственной власти и имеют управленческие полномочия. Другие правовые субъекты - физические и юридические лица - являются пассивными юридическими субъектами, которые обязаны выполнять распоряжения государственных органов управления.

При возникновении гражданских договорных отношений между оказывающими медицинскую помощь – врачами и пр. и пациентами в

качестве гражданских правовых субъектов, применяются принципы гражданского права. Это принципы свободы и автономии воли участвующих в правоотношениях. Действует и принцип равенства юридических субъектов.

В случае возникновения правовых отношений, связанных с реализацией юридической ответственности, применяются правила соответствующих отраслей права, регулирующих такие правоотношения, как уголовное, гражданское, административное и трудовое право.

Отношения между органами медицинского страхования – НКМС (Национальной кассы медицинского страхования) и РКМС (Региональной кассы медицинского страхования), медицинскими работниками: врачами и врачами-стоматологами частной практики, и медицинскими учреждениями подчиняются закону о социальном обеспечении.

Правовое регулирование в области управления не является единым концептуальным понятием, а представляет собой синтез различных правовых дисциплин и отраслей.

Законодательство в области здравоохранения является частью общего законодательства в Республике Болгарии и состоит из правовых норм (законов, постановлений, инструкций и т. д.) регулирующих организацию системы здравоохранения и взаимоотношения по вопросам здравоохранения в обществе.

Аспекты законодательства о здравоохранении:

- Охрана - формулирование правовых норм, определяющих права и обязанности участников процесса здравоохранения - государства, пациентов, врачей, медицинских учреждений и всех других структур;
- Предупреждение - устранение конфликтов, которые могут возникнуть в отношениях отдельных лиц и организаций в сфере здравоохранения;
- Организационное - определение четких и точных правил, задач, прав и обязанностей, организации работы, взаимодействия и ответственности отдельных субъектов.

Субъект законодательства о здравоохранении определяется доктриной. Это те общественные отношения, которые имеют место в сфере здравоохранения между следующими субъектами: государственными и общественными органами, медицинскими специалистами, пациентами и третьими лицами и которые охватывают все правоотношения в области здравоохранения.

Система законодательства в здравоохранении носит противоречивый характер, но все больше растет необходимость понимания и разделения общих и специальных частей.

□ Общая часть - все юридические вопросы, связанные с установленными отраслями права - гражданской ответственностью, уголовной ответственностью, вопросами, связанными с конституционным правом, трудовым законодательством, административным правом и т. д. Все эти вопросы затрагивают общественные отношения, которые одновременно возникают в процессе поиска и оказания медицинской помощи и в то же время относятся к определенной отрасли права. Например, ответственность медицинского учреждения за вред, нанесенный здоровью пациента в результате технической неисправности аппаратуры, принадлежащей медицинскому учреждению, является гражданской ответственностью и осуществляется в соответствии с принципами гражданского права.

□ Специальная часть - эти юридические вопросы, которые не могут быть включены в конкретную юридическую отрасль, поскольку их регулирование является многоотраслевым - трансплантация, искусственное оплодотворение, эвтаназия. Например, общественные отношения, связанные с донорством и трансплантацией, относятся к различным отраслям права - гражданское (согласие дееспособного лица на пожертвование органов после его смерти), административное (регулирование банка тканей), таможенное право (импорт и экспорт тканей и органов для нужд международного обмена) и др.

Источниками законодательства в здравоохранении являются все нормативные акты, содержащие правовые нормы, регулирующие общественные отношения с предметом законодательства в здравоохранении.

Вывод: Законодательство в области здравоохранения является важным фактором укрепления и совершенствования системы здравоохранения в одной стране. Оно способствует совершенствованию системы здравоохранения путем регулирования возникающих и развивающихся социальных отношений в сфере здравоохранения и ведет к улучшению жизни и здоровья граждан, что является национальным приоритетом Республики Болгария.

Список литературы:

1. Вълканова М., Медицинско право. – издателска къща СТЕНО, Варна, 2014, ISBN 978-954-449-762-0, С. 9-20
2. Закон о здравоохранении, ДВ, № 70 от 10.08.2004 г.
3. Зиновиева Д., Медицинско право. – Сиела, 2004., С.19-31
4. Конституция Республики Болгарии, обнародованная в «Государственном бюллетене», № 56 от 13 июля 1991 г.
5. Miteva A., Gradinarova N., Miteva I., Legal liability of medical specialists in case of negligence, 1st International Conference on Public Health “From European to National Health Policy” 9-10 October 2017, Proceeding book, ISSN 978-954-9318-87-6, p. 295 – 301

УДК 618

Димитр Гугутков

К. мед. наук, исполнительный директор

Многопрофильная амбулаторная больница „Доверие“

г. София, Болгария

E-mail: d.gugutkov@mbal.doverie.bg

Светослав Гаров

*К. мед. наук, главный ассистент,
Кафедра медицинской педагогики,
Факультет общественного здоровья, Медицинский университет*

г. София, Болгария

E-mail: sv.garov@gmail.com

Волчин Гаров

*К. мед. наук, Директор
Многопрофильная амбулаторная больница „Доверие“*

г. София, Болгария

E-mail: v.garov@mbal.doverie.bg

ВНЕБРАЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ - РОЛЬ СЕКСУАЛЬНОЙ КУЛЬТУРЫ И ОПАСНОГО СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

***Аннотация:** В результате многочисленных эмпирических исследований внебрачной рождаемости ряд авторов пришли к выводу, что один из основных факторов этого явления состоит в низком уровне или в полном отсутствии полового воспитания среди не состоящих в браке беременных женщин и рожениц.*

Исследования, проведенные в последние годы, также показывают снижение возраста первых половых контактов.

Возникла явная необходимость разработки и осуществления комплексных превентивных мер.

***Ключевые слова:** демографическая политика, внебрачная рождаемость, половое воспитание, санитарное просвещение.*

Dimitar Gugutkov

PhD in Medical Science,

Executive Director Multidisciplinary ambulatory hospital "Trust",

Sofia, Bulgaria

E-mail: d.gugutkov@mbal.doverie.bg

Svetoslav Garov

PhD in Medical Science, Chief Assistant

Department of Medical Pedagogy,

Faculty of Public Health, Medical University, Sofia, Bulgaria

E-mail: sv.garov@gmail.com

Valchin Garov

PhD in Medical Science,

Director

Multidisciplinary ambulatory hospital "Trust", Sofia, Bulgaria

E-mail: v.garov@mbal.doverie.bg

INTENDED PREGNANCY - THE ROLE OF SEXUAL CULTURE AND DANGEROUS SEXUAL BEHAVIOR

***Abstract.** As a result of numerous empirical studies of extra-marital births, a number of authors have concluded that one of the main factors of this phenomenon is a low level or a complete absence of sex education among extramarital pregnant women and women in childbirth.*

Studies conducted in recent years also show a decrease in the age of first sexual intercourse.

There was a clear need to develop and implement comprehensive preventive measures.

***Keywords:** demographic policy, illegitimate childbirth, sex education, health education*

Введение: Социально-экономические изменения и углубление негативных демографических тенденций требуют того, чтобы демографическая политика вышла за рамки мер по повышению уровня

рождаемости. Необходимо активизировать усилия, направленные на повышение сексуальной культуры населения и сексуальное воспитание подростков, на внедрение в практику планирования семьи, на разработку и осуществление мер воздействия и на другие процессы естественного изменения числа населения (смертность и миграционные процессы), на развитие качества человеческих ресурсов.

Цель: Цель исследования состоит в изучении основных факторов, связанных с явлением внебрачной беременности.

Результаты и обсуждение: При исследовании, посвященном проблемам внебрачной рождаемости, было установлено, что риску внебрачной беременности и рождения особенно подвержены девушки из дезорганизованных семей, т.е. семей, в которых нарушено внутреннее единство, структура социальных ролей и явно выражены внутренние противоречия.

Исследование внебрачной рождаемости, проведенное в Нью-Йорке, США, показывает, что 2/3 матерей-одиночек происходят из так называемого «разрушенного дома».

Важным фактором внебрачной беременности являются также плохие условия жизни - социальные и экономические трудности в семьях, из которых выходят внебрачно родившие женщины, а также плохие семейные отношения, в которых они выросли. С другой стороны, до сих пор неизвестные процессы миграции являются предпосылкой для разрушения стабильности семей и их смысла. Один из основных выводов подчеркивает необходимость поддержки родительского и детского общения посредством специальных программ. [9]

В процессе развития человеческого общества школе отведена роль воспитателя молодых поколений и их подготовки к деятельности в конкретных социально-исторических условиях.

Множество авторов сообщают данные об участвовавших случаях внебрачной беременности и родов среди учениц. Это, по их мнению, показывает необходимость разработки и осуществления комплексных

превентивных мер. Эти мероприятия также должны включать в себя подробные, специально разработанные с учетом возраста и конкретно направленные программы гендерного воспитания.

В результате многочисленных эмпирических исследований внебрачной рождаемости ряд авторов пришли к выводу, что один из основных факторов этого явления состоит в низком уровне или в полном отсутствии полового воспитания среди не состоящих в браке беременных женщин и рожениц. Отдельные авторы предлагают программы полового воспитания, соответствующих по содержанию возрасту женщин. [1, 3, 5]

Изучая проблемы, связанные с внебрачной рождаемостью в Болгарии, ряд исследователей указывают на недостаточные знания относительно пола, сексуальной жизни, гендерных явлений и закономерностей среди беременных девушек, не состоящих в браке. [4, 6, 7, 8]

Долголетняя работа по проблемам, связанным с рождением вне брака, приводит к убеждению, что одним из основных факторов внебрачной беременности является отсутствие возможности у некоторых женщин показать свои способности в обществе, которое «полно противоречий».

Рождение ребенка часто воспринимается этими женщинами как источник удовлетворения неудовлетворенных потребностей. Естественно, что женщина с такой мотивацией не будет искать контрацепции и не прибегнет к аборту. Ее подсознательное желание забеременеть является результатом ее общего чувства несчастья и депривации. Осознание того, что она может забеременеть, наполняет ее самооценкой, дает ей импульс к существованию и возможность утверждения ее «я». Таким образом у этой женщины возникает потребность в зависящем от нее ребенке, который способен восстановить ее уверенность. Интересно отметить, что при предоставлении других возможностей для удовлетворения потребностей этим социально и культурно обделенным женщинам, частота внебрачных родов значительно снижается. В качестве вероятной причины родов вне брака также отмечается и присущее девушкам чувство полного доверия и преданности мужчине, что исключает

необходимость в контрацепции. В других случаях, риск беременности используется одним полом с целью господства в отношениях с противоположным полом.

При определении категории женщин, подверженных повышенному риску рождения вне брака, различные исследователи вполне справедливо отдают предпочтение факторам социальной среды и при этом в значительной степени игнорируют самого человека в целом, который находится в постоянном взаимодействии с этой средой. Правильный научный подход требует, чтобы при определении характеристик группы риска, личность рассматривалась не как механический продукт общественных отношений, а как существующий субъект.

На фоне европейских стандартов болгарское население демонстрирует низкую сексуальную и контрацептивную культуру, связанную с использованием низкоэффективных традиционных методов контрацепции и массовой практики аборт. Болгария занимает одно из первых мест среди стран с самым высоким количеством аборт, включая среднее число аборт на одну женщину. В течение более трех десятилетий аборт, как абсолютное число, превосходят число родов.

Несмотря на то, что хорошо известны опасности и ущерб здоровью и репродуктивной способности женщины, аборт используется в качестве основного средства прекращения нежелательной беременности. Данные показывают, что он практикуется женщинами всех возрастных групп, особенно молодыми в возрасте 20-35 лет. Высоким является е число аборт среди самых молодых - девушек и женщин в возрасте до 20 лет. По этому показателю Болгария стоит на одном из первых мест среди европейских стран.

Показательными являются данные Национального центра общественного здоровья и анализов за 2010 год. Данные показывают, что относительная доля аборт по желанию достигает 60%, относительная доля выкидышей - 33% и 7% - аборт по медицинским показаниям. (Таблица 1)

Таблица 1. Причины аборт

2010 г.	Аборты	по желанию	по медиц. показаниям	Криминаль ные	Выкидыши
Всего	29109	17370	2114	3	9622
младше 15 лет	146	29	40	0	77
15-19 лет	2853	1652	159	0	1042
20-29 лет	13231	8482	507	1	4241
старше 30 лет	12879	7207	1408	2	4262

Источник: Национальный центр общественного здоровья и анализов, 2010 г.

Причины массовой практики абортов как средства контроля рождаемости и освобождения от нежелательной беременности в болгарском обществе можно искать в низком уровне контрацепции и сексуальной культуры населения, воспроизводстве моральных норм приемлемости и в отсутствии моральных санкций против абортов, в воспроизводстве устаревших стереотипов и норм ответственности и вины в интимных отношениях между мужчиной и женщиной, в финансовой недоступности современных противозачаточных средств и др. (Рис.1)



Рисунок 1. Причины абортов

Исследования, проведенные в последние годы, показали, что число молодых людей, использующих современные контрацептивы и особенно презервативы, растет. В последние годы наблюдается тенденция сокращения абортов. Показательные исследования показывают, что лица с начальным образованием, использующие противозачаточные средства, составляют

33,2%; с неоконченным средним или с восьмилеткой - 36,4%; с окончанным средним - 50,9%; с более высоким, чем среднее образование - 54,7%.

Исследования, проведенные в последние годы, также показывают снижение возраста первых половых контактов. [2] Большая часть 16-17-летних уже имеет сексуальный опыт. Раннее сексуальное начало молодых людей часто связано с формами девиантного поведения, с более низкой успеваемостью в школе, с более слабыми контактами с родителями, с более активным взаимодействием с друзьями и внешней средой.

Заключение: Несмотря на позитивные изменения в последние годы, вопреки проводимым просветительским и медийным кампаниям, направленным на укрепление здоровья и рекламу современной контрацепции, напрашивается вывод о необходимости адекватных форм санитарного просвещения, в т.ч. полового воспитания в школе. Сексуальное просвещение и воспитание в подростковом возрасте должны стать элементом общего санитарного просвещения учащихся, направленным на формирование здоровых привычек, коммуникативных навыков и ответственного поведения.

Список литературы:

1. Динкова М. Бракът като представа и реалност. – АССА, С., 1997.
2. Иванов Е. Здравна култура на учениците – фактор за ефективна промоция на здравето. – София: Изд-во ГорексПрес, 2015. – С. 23
3. Коцева Т., Д. Костова. Фактори и тенденции в сексуалния дебют на младите хора в България Население. кн. 1-2. – 2003, С. 68-85.
4. Национальный Статистический Институт, Структура населения Българии в соответствии с юридическим семейным положением, согласно переписям 2001 г. и 2011 г.
5. Славчев, Б. Актуални проблеми на сексуалното и репродуктивно поведение на българската жена. Автореферат. - София: МУ, 2008. – 50 с.

6. Стоилова Р. Социологически аспекти на женското здраве. Социална медицина. 2002. - С.10-12
7. Теолова Ел. Женското здраве – стратегическа цел при преодоляване на неравенството между половете. Социална медицина, 2002, 4. – С. 5-8
8. Щерева-Николова Н., Р. Горанова-Спасова, Етични въпроси, свързани с началото на живота. В: Ръководство по медицинска етика. – София: Изд - во ИД Принт, 2014. - С. 45- 57
9. Sepa, A. et al. Could parenting stress and lack of support/confidence function as mediating mechanisms between certain environmental factors and the development of autoimmunity in children? a study within ABIS. Annals of the New York Academy of Sciences. 958: 431-5 (2002).

УДК 612.01.

Долгорма Аюшиевна Дашиева

К. биол. наук, доцент

Забайкальский государственный университет,

г. Чита, Россия,

E-mail: Dolgorma2006@yandex.ru

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЕВУШЕК В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЛИЯНИЯ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ТЕХНОГЕННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Аннотация. В статье рассматривается, что электромагнитные поля техногенного происхождения отрицательно воздействуют на психофизиологические показатели девочек 15-16 лет. Были изучены показатели состояния здоровья детей путем врачебных осмотров (педиатр, невропатолог), а также состояние заболеваемости исследуемых групп по медицинской амбулаторной карте. С помощью 25-значных одноцветных таблиц Шульта-Платонова изучали распределение и устойчивость внимания.

С помощью таблиц Анфимова изучали концентрацию и переключение внимания. Электромагнитное излучение искусственного происхождения в условиях Восточного Забайкалья оказывает негативное влияние на функциональное состояние организма человека. Психофизиологические показатели девочек в районе телепередающих станций г. Чита оказались ниже, чем вне зоны действия излучений.

Ключевые слова: *распределение и устойчивость внимания, концентрация и переключение внимания, электромагнитные поля искусственного происхождения.*

Dolgarma Ayushievna Dashieva

PhD in biological Sciences, Associate Professor

Transbaikal State University, Chita, Russia,

E-mail: Dolgorma2006@yandex.ru

PSYCHOPHYSIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF GIRLS DEPENDING ON THE INFLUENCE OF ELECTROMAGNETIC RADIATION OF TECHNOGENIC ORIGIN

Abstract. *The article considers adverse effect of electromagnetic fields of technogenic origin on psychophysiological characteristics of girls at the age of 15-16. Health outcome measures of teenagers were studied using medical examinations by pediatricians and neurologists, as well as using medical records of girls. The attention distribution and stability were studied using Schult-Platonov's 25-digit one-color tables. The attention concentration and switching were studied using Anfimov's tables. Electromagnetic radiation of artificial origin in the eastern Transbaikalia has a negative impact on the functional state of the body. Psychophysiological characteristics of girls in the area of television transmitting stations in Chita are lower than out of range of radiation.*

Keywords: distribution and stability of attention, attention concentration and switching, electromagnetic fields of artificial origin.

XX век ознаменовался выдающимися достижениями во многих областях науки и техники. Одно из первых мест занимают открытие и применение в различных областях деятельности человека электромагнитных излучений, различного диапазона частот. Электрические и магнитные поля являются очень сильными факторами, влияющими на состояние всех биологических объектов, попадающих в зону их влияния. Парламентская Ассамблея Совета Европы разработала и рекомендовала – членам Совета Европы «...принять все меры для уменьшения воздействия электромагнитных полей, ... в частности воздействия на детей и молодежь, которые, как представляется, подвержены наибольшему риску, ведет к развитию опухолей головного мозга...» [3].

По данным Всемирной организации здравоохранения электромагнитные поля являются наиболее распространенными и стремительно увеличивающими охват действия, и величина этого влияния будет увеличиваться по мере развития технологий. Также необходимо отметить, что в последнее десятилетие активно распространяется мобильная связь, что также негативно влияет на состояние здоровья растущего организма.

Согласно современным представлениям, магнитное поле может быть опасным для здоровья человека, если происходит продолжительное облучение (регулярно, не менее 8 часов в сутки) с уровнем выше 0,2 микротесла.

Таким образом, при анализе научных литературных данных, очевидно, что электромагнитные излучения искусственного происхождения оказывают определенное влияние на все живое. Определенным образом живые объекты реагируют на электромагнитное излучение естественного и антропогенного характера. Особенно это касается детского организма, характеризующегося незрелостью основных функциональных систем.

Цель работы: оценить влияние электромагнитного излучения техногенного происхождения на психофизиологические показатели девочек 15-16 лет г. Чита.

Материалы и методы. Были изучены показатели состояния здоровья детей путем врачебных осмотров (педиатр, невропатолог), а также состояние заболеваемости исследуемых групп по медицинской амбулаторной карте.

Был изучен характер распределения напряженности ЭМП в местах размещения передающих радиостанций города Чита. Напряженность электромагнитного поля изучалась с помощью расчетного метода (Сердюк А.М., 1977) и инструментального метода. Данные инструментальных замеров и результаты расчетов совпадают ($E_0 = 1,39$ В/м, где E_0 – напряженность электромагнитного поля) [2].

Изучение состояния психофизиологических показателей здоровья детей проводилось на базе школ, размещенных в типовых зданиях. Комплекс помещений, программа учебно-воспитательной работы, режим и рацион питания в обследуемых коллективах соответствует контрольным группам. Материалы, бытовые, санитарно-гигиенические, лечебно-профилактические условия жизни детей исследуемых групп не отличаются от контрольных групп. Учащиеся – со средне физическим развитием не имеют видимых патологических нарушений. Изучаемые коллективы находились в зоне влияния передающих радиостанций; контрольная группа – за пределами возможного попадания электромагнитной энергии, данной радиостанции.

В качестве контрольной группы избрана школа №52 г. Чита не находящаяся под влиянием ЭМИ и являющаяся экологически благоприятным; экспериментальные – школа № 47г. Читы, Атамановская средняя школа Читинского района. Источником искусственных электромагнитных полей является телевизионная передающая станция, радиолокационная передающая станция в поселке Атамановка. Школа расположена в радиусе 1 км от антенного поля. Всего в исследовании участвовало 57 девочек 15-16 лет.

Для изучения функционального состояния высшей нервной деятельности детей, их умственной работоспособности использовались доступные в естественных условиях психофизиологические методы (25-значные одноцветные цифровые таблицы).

В качестве основного методического, стимулирующего материала для оценки устойчивости, распределения и переключения внимания школьников была выбрана «Корректирующая проба» (табл. Анфимова), как универсальная, с помощью которой можно изучать состояние внимания детей разного возраста, от младшего до старшего школьного возраста, и взрослых людей, получая сравнимые и преемственные показатели.

Продуктивность и устойчивость внимания учащегося определялась по формуле Уиппла:

$$T = \frac{A}{A + B + C}$$

E = PT, где

T – точность работы; A – количество правильно отмеченных знаков; B – количество пропущенных знаков; C – количество ошибочно вычеркнутых знаков; E – продуктивность работы; P – общее количество просмотренных знаков [4].

Методика оценки распределения и устойчивости внимания с помощью 25-значных одноцветных цифровых таблиц позволяет оперативно и достаточно быстро в условиях, обеспечивающих повышенный интерес учащихся к содержанию выполняемых заданий, оценивать такие показатели внимания, как его распределение и устойчивость одновременно.

Функциональное состояние организма определяется деятельностью всех его физиологических систем. Различные воздействия на человеческий организм через нервную систему меняют деятельность многих ее органов и тканей. Особенно чувствительным и легко ранимым оказывается развивающийся организм ребенка. Относительно слабые раздражители, не вызывающие особых изменений в деятельности взрослого организма, могут существенно изменять функциональное состояние деятельности организма, а

при длительных воздействиях – нарушать согласованную деятельность его физиологических систем.

Нами в данной работе было выявлено, что по средним значениям обобщенных результатов свидетельствуют о существовании связи между электромагнитными излучениями и данными психофизиологического теста проводимых среди девушек.

Анализ показал, что концентрация, переключение внимания в трех экологических районах различен. У девушек, обучающихся в школе № 52 показатели переключения внимания на время минимальные, что возможно говорит об отсутствии воздействия электромагнитного излучения.

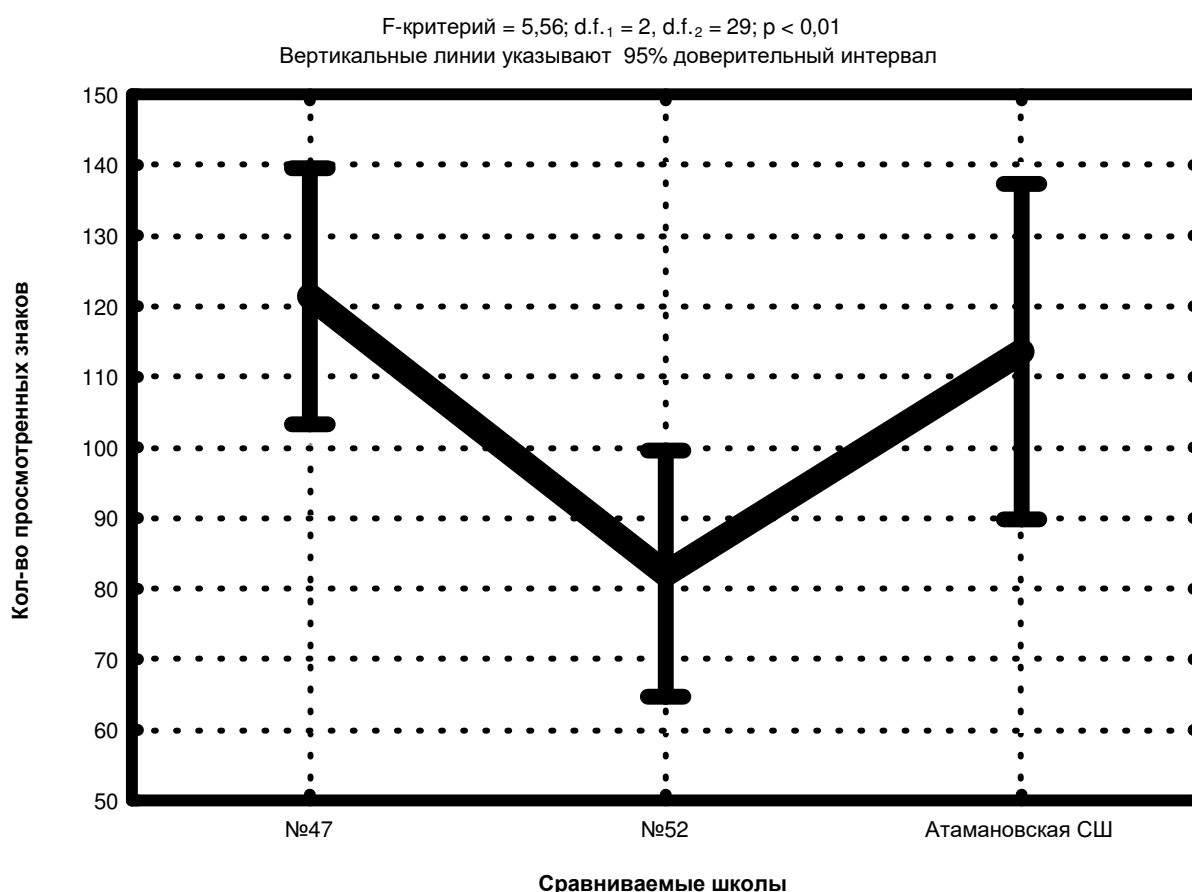


Рис. 1 Данные концентрации, переключения внимания по т. Анфимова (3 школы только девочки, 2 буквы)

У девушек, проживающих вблизи источников электромагнитного излучения психофизиологические показатели по таблице Анфимова в результате многомерного двухфакторного дисперсионного анализа равны

($F=5,56$; $d.f.1 = 2$; $d.f.2 = 29$; $p < 0,01$) что, позволил сделать заключение о воздействии электромагнитного излучения на психофизиологические показатели девушек (Рис. 1).

Таким образом, организм девушек подвержен влиянию электромагнитного излучения техногенного происхождения. Необходимо наблюдение за источниками ЭМИ, нормирование.

В подростковом возрасте формируется система восприятия зрелого типа с характерной специализацией полушарий в отдельных сенсорных и когнитивных операциях (Безруких, 2002). На начальных этапах полового созревания механизмы внимания претерпевают значительные изменения.

Для выявления психофизиологических изменений в концентрации, переключения внимания среди девушек из трех экологических районов (школы № 47, 52, п. Атамановка) проводили работу с таблицами Шульта-Платонова.

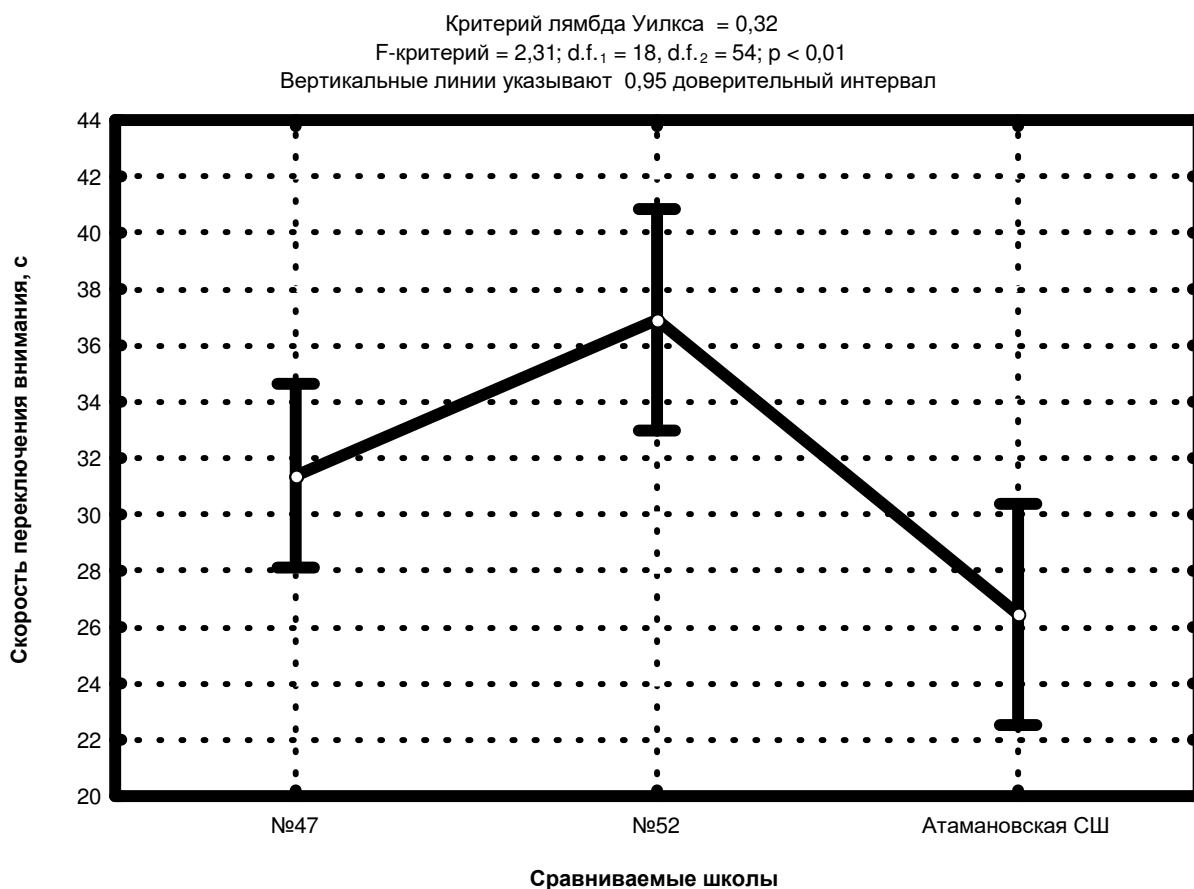


Рис.2. Данные теста по таблице Шульта-Платонова

(три школы по девочкам)

Поскольку ранее было показано существование нейродинамических изменений в возрастном аспекте среди юношей. У девушек также наблюдается возрастная закономерность. Хотя для девушек 15-16 лет регрессионные отклонения при организации внимания заканчиваются.

И надо отметить, что средние значения переключения и устойчивости внимания среди девушек из трех экологических районов находится в приблизительно одинаковых значениях, результаты представлены на Рис.2.

Результаты двухфакторного многомерного дисперсионного анализа (MANOVA) позволил выявить, что девушки из трех районов находятся в различных экологических условиях, в частности под влиянием ЭМИ техногенного происхождения и вне воздействия (Критерий Лямбда Уилка+ 0,32; $F = 2,31$; $df_1 = 18$; $df_2 = 54$; $p < 0,01$) (Рис.2) [5].

Таким образом, во всех изученных группах обнаружена достоверная связь ($p < 0,01$) между психофизиологическими процессами и электромагнитным излучением техногенного происхождения. Хотя необходимо учитывать нейродинамические изменения, происходящие в этом возрасте.

Электромагнитное излучение искусственного происхождения в условиях Восточного Забайкалья оказывает негативное влияние на функциональное состояние организма человека. Психофизиологические показатели девочек в районе телепередающих станций г. Чита оказались ниже, чем вне зоны действия излучений.

Лабораторные эксперименты и натурные наблюдения показывают, что живые организмы, в том числе и человек, острее всего реагирует на «быстрое» (т.е. превышающее скорость адаптации данного организма) изменение физического поля. В том случае вполне вероятны неблагоприятные эффекты, могущие серьезным образом расстроить функциональный аппарат живых организмов.

Список литературы:

1. Безруких М.М., Сонькин В.Д., Фарбер Д.А. Возрастная физиология: (Физиология развития ребенка): Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 416с.
2. Сердюк, А.М. Взаимодействие организма с электромагнитными полями как с факторами окружающей среды. – Киев: Наука Думка, 1977. – 227 с.
3. Рекомендации Совета Европы. Решение 1815 парламентской ассамблеи комитета министров совета Европы. [Электронный ресурс] //электронные библиотеки. 2016. Режим доступа: <http://airestech.ru/media/reshenie-parlam-assamblei> (дата обращения 26.01. 2018).
4. Дашиева Д. А. Воздействие электромагнитного излучения на сердечно-сосудистую систему и психофизиологические показатели детей 15-16 лет [Электронный ресурс] //электронные библиотеки. 2012. Режим доступа: <https://vivliophica.com/articles/biologiya/22707> (дата обращения 26.01. 2018).
5. Дашиева Д. А. Влияние гелиогеомагнитных и электромагнитных излучений на организм человека в Восточном Забайкалье: автореф. дис... канд. биолог. наук: 30.00.16. Улан-Удэ, 2007. 31 [Электронный ресурс]//электронные библиотеки. Режим доступа: <http://www.baikalfund.ru/mediacache/3cc366da-30c1-4a94-a4dd-27991519443f.pdf> (дата обращения 26.01. 2018).

УДК [613.88 + 613.96] – 053.6.

Инна Ивановна Ефременко

К. биол. наук, доцент

Витебский государственный университет имени П.М.Машерова,

г. Витебск, Беларусь

Наталья Дмитриевна Каштанова

магистрант биологического факультета

Витебский государственный университет имени П.М.Машерова,

г. Витебск, Беларусь

СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Аннотация. В статье рассматриваются вопросы обеспечения школьников возможности сохранения репродуктивного здоровья за период обучения в школе, научить использовать полученные знания в повседневной жизни.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, образ жизни, половое воспитание, инфекции, передающиеся половым путем.

Inna Ivanovna Efremenko

PhD in biological Sciences, Associat Professor

Vitebsk state University named after P. M. Masherov, Vitebsk, Belarus

Natalia Dmitrievna Kashtanova

graduate student of the Faculty of Biology

Vitebsk state University named after P. M. Masherov, Vitebsk, Belarus

E-mail: inna.efremenko2012@yandex.by

THE STATE OF REPRODUCTIVE HEALTH IN ADOLESCENCE

Abstract. The article examines the issues of providing schoolchildren with the opportunity to preserve reproductive health for the period of schooling, to teach them how to use this knowledge in everyday life.

Keywords: reproductive health, lifestyle, sex education, sexually transmitted infections.

Здоровье, в соответствии с определением Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), представляет собою состояние полного физического,

духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов. При этом понятие «здоровье» является относительно условным и объективно устанавливается по совокупности антропометрических, клинических, физиологических и биохимических показателей, определяемых с учетом полового и возрастного факторов, а также климатических и географических условий [1, 6].

Главнейшей составляющей этого понятия является репродуктивное здоровье. Согласно рекомендациям Программы действий Международной конференции по вопросам народонаселения и развития (Каир, 1994), под репродуктивным здоровьем подразумевается не только отсутствие заболеваний репродуктивной системы, нарушений ее функций и/или процессов в ней, а и состояние полного физического и социального благополучия. Это означает возможность удовлетворенной и безопасной сексуальной жизни, способность к воспроизведению (рождению детей) и самостоятельному решению вопросов планирования семьи. Предусматривается право мужчин и женщин на информацию и доступ к безопасным, эффективным, доступным по цене и приемлемым методам регулирования рождаемости, не противоречащим закону [3]. Утверждается возможность доступа к соответствующим услугам в области здравоохранения, позволяющим женщине благополучно перенести беременность и роды, создающим оптимальные условия для рождения здорового ребенка. В понятие «репродуктивное здоровье» включено также сексуальное здоровье - состояние, позволяющее человеку в полной мере испытывать половое влечение и реализовывать его, получая при этом удовлетворение [4, 5].

Именно насущность проблемы вызвала бурный интерес к данной теме большого количества исследователей. Проблемой репродуктивного здоровья населения занимались многие исследователи. Так, Мельничук И.А. занимался педагогическим аспектом проблемы репродуктивного здоровья молодежи; Роженко О.В. изучал профилактику заболеваний, передающихся половым путем; Гапличник Т.И. исследовал репродуктивное сексуальное поведение,

мотивы, установки подростков и молодежи. На базе Витебского государственного университета имени П.М. Машерова проблемой охраны репродуктивного здоровья населения занимается кафедра анатомии и физиологии [1, 2]. Исходя из особой актуальности в современном обществе проблем, связанных со здоровьем вообще и репродуктивным здоровьем в частности, была выбрана тема нашего исследования.

Материал и методы. Эмпирическое исследование проводилось на базе ГУО «Средняя школа №12 г. Витебска» и ГУО «Средняя школа №29 г. Витебска». Целью анонимного анкетирования учащихся являлся сбор информации относительно их половой жизни. Были получены и исследованы ответы 98 подростков 15-17 лет. Материал собран на основе данных анкетирования молодёжи по 21 вопросу. Анкета состояла из следующих разделов: социальное происхождение, половое поведение, склонность к риску и осторожности, информированность в сфере контрацепции, запросы в области полового просвещения

Результаты и их обсуждение. Из результатов опроса студентов следует вывод о том, что молодежь достаточно ответственно относится к вопросам половых отношений и необходимости контрацепции. Однако имеются определенные трудности в их осведомленности о безопасном сексе, рациональном половом поведении, доступности услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья и др.

Среди 98 опрошенных респондентов - 55% девушек и 45% юношей.

Анализ сексуального опыта респондентов показал, что более половины школьников в возрасте 15-17 имеют опыт половой жизни (51% ответили «да», 7% воздержались от ответа и 42% – не имеют сексуального опыта). Среди респондентов, имеющих опыт сексуальных отношений 25% девушек и 26% юношей соответственно, 3% девушек и 4% юношей воздержались от ответа. Из 42% опрошенных, не имеющих опыта половой жизни – 27% девушки и 15% юноши (рисунок 1)



Рисунок 1 - Анализ сексуального опыта школьников

Из этого следует вывод, что девушки в свою очередь являются более сдержанными в половых отношениях, чем юноши.

56% респондентов получили первую информацию об ИППП из СМИ (22% юношей и 34% девушек); 14% опрошенных получили информацию от матери (12% девушек и 2% юношей), 11% – от медработников, 10% – от отца (10% юношей) 7% – от друзей и 2% – от педагогов (рисунок 2).

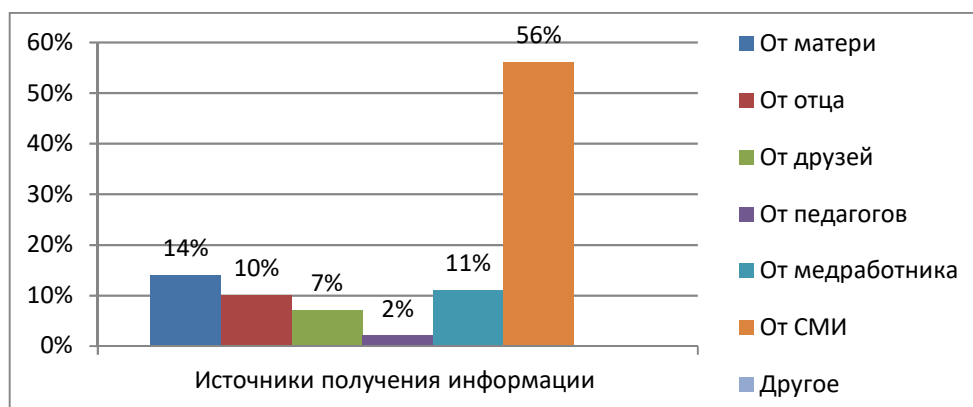


Рисунок 2 - Источник информации об ИППП

Исходя из результатов, можно сделать вывод, что первую информацию учащиеся получили из СМИ в 4 раза чаще, чем от другого любого источника.

При изучении основных путей наиболее приемлемых форм получения информации среди юношей и девушек выявлены различные данные. Как юноши так и девушки в первую очередь предпочли бы просмотр видеофильма (23% и 27% соответственно), санитарно-просветительскую литературу предпочли бы 6%

юношей 14% девушек. Анонимные консультации по телефону (0% юношей и 6% девушек), 16% юношей и 6% девушек заинтересовала такая форма, как встреча со специалистами (рисунок 3).

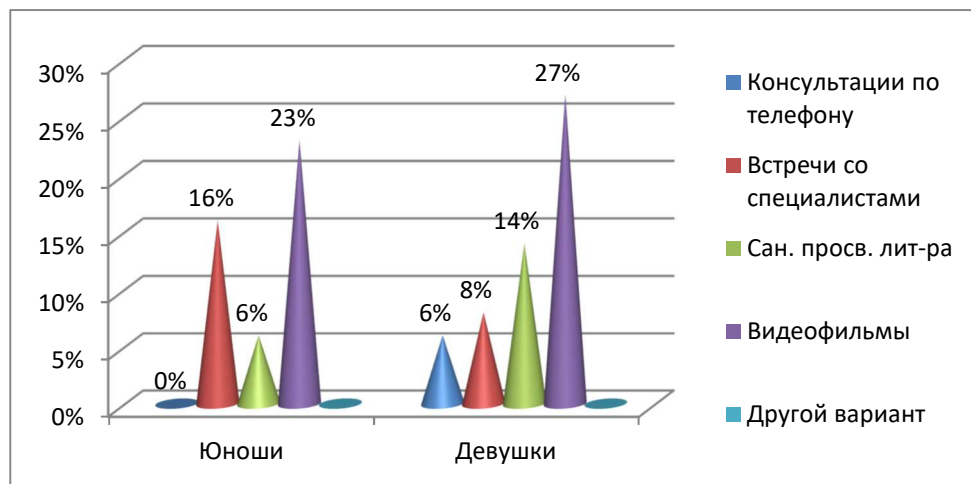


Рисунок 3 - Формы получения информации об ИППП

Анализ информированности в вопросах контрацептивного поведения показал, что девушки более осведомлены этой области, чем юноши. Так, при ответе на вопрос «Хватает ли Вам знаний о том, какими способами можно предохраняться от нежелательной беременности?» выявлено, что ничего не знают о контрацепции 9% респондентов (из них - 4% девушек и 5% юношей), 52% - хотели бы узнать больше о способах предохранения (18% - юноши и 34% девушек). Из 39% школьников, которые знают достаточно о способах предохранения - 17% девушек и 22% юношей (рисунок 4).



Рисунок 4 – Осведомленность школьников о способах предохранения

Отсюда вытекает предположение о том, что за время обучения под воздействием просветительских мероприятий и полового воспитания повышается уровень знаний учащихся в области контрацепции и контрацептивного поведения.

К проблеме абортов отрицательно относится абсолютное большинство респондентов – 85%, а 15% опрошенных считают аборт безвредной процедурой.

При изучении оптимального возраста для начала половой жизни 46% респондентов (26% юношей и 20% девушек) считают возраст 16 лет наилучшим. 14 % респондентов (8% юношей и 6% девушек) считают оптимальным для начала половой жизни возраст 17 лет и 32 % школьников (по 16% юношей и девушек) – оптимальным считают 18 лет (рисунок 5).

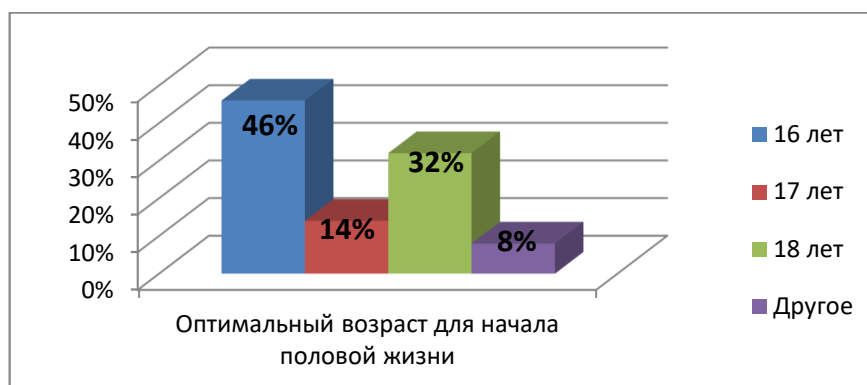


Рисунок 5 – Оптимальный возраст для начала половой жизни

При оценке нравственной составляющей половой жизни современной молодежи выяснилось, что юноши склонны к более ранним и свободным сексуальным отношениям, чем девушки. Так, 8% юношей отрицательно относятся к раннему началу половой жизни, 7% затруднились ответить на этот вопрос, оставшиеся 28% юношей оценивают ранние половые связи в целом нейтрально и 2% юношей положительно относятся к раннему началу половой жизни. Среди девушек 24 % к ранним половым связям относятся отрицательно, 20% высказались за нейтральное отношение, 11 %

затрудняются ответить на поставленный вопрос. Положительного отношения к раннему началу половой жизни среди девушек не выявлено (рисунок 6).



Рисунок 6 – Отношение к раннему началу половой жизни.

Исходя из анализа анкет-опросников школьников, контрацептивному поведению современной молодежи присущи следующие характеристики: более 51% школьников 15-17-летнего возраста имеют опыт половой жизни; основными причинами первого сексуального контакта являются любопытство и настойчивость со стороны партнера; 10% юношей и 15% девушек пренебрегают средствами защиты при первом половом опыте; основным средством контрацепции среди молодежи является презерватив; 18% юношей и 34% девушек испытывают потребность в повышении уровня знаний в области контрацепции;

Заключение. Таким образом, основными проблемами современной молодежи в области репродуктивного здоровья и контрацептивного поведения являются: высокий уровень незапланированной беременности, абортов, инфекций, передающихся половым путем, заболеваний репродуктивной сферы и др; недостаточный уровень санитарно-просветительской работы среди молодежи по вопросам охраны сексуального здоровья и безопасного полового поведения; недостаточное привлечение квалифицированных специалистов к проведению мероприятий по половому просвещению среди молодежи; несовершенство системы полового воспитания подростков и молодежи; практическое отсутствие услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья молодежи в соответствии с их запросами, включая вопросы контрацепции и планирования семьи; недоступность для части молодежи современных контрацептивных средств

но причине их недостатка в аптечной сети и высокой стоимости; практическое отсутствие исследований по изучению потребностей населения в услугах по охране репродуктивного и сексуального здоровья.

Учитывая сложившуюся ситуацию, актуальной становится проблема необходимости совершенствования системы полового воспитания молодежи, с учетом их потребностей и требований социальных норм. Достижение этой цели возможно путем разработки и внедрения государственных программ сексуального образования, улучшения качества санитарно-просветительской работы с молодежью, введения спецкурсов в учебных заведениях, расширения сети услуг по охране репродуктивного здоровья и создания соответствующих служб для подростков и молодежи.

Список литературы:

1. Ефременко И.И., Прищепя И.М., Наумова Г.И., Ефременко Н.Д. Основные детерминанты репродуктивного поведения современной молодежи /Веснік Віцебскага дзяржаўнага ўніверсітэта// -№ 3(92)/2016. – С. 44-49.
2. Ефременко, И.И. Кунцевич Е.А., Ефременко И.И., Фидельская Р.И. Особенности реализации инновационного проекта «школа - территория здоровья» //Педагогические инновации: традиции, опыт, перспективы: III Международная научно-практическая конференция, Витебск, 3 мая 2012г.- Витебск, УО «ВГУ имени П.М. Машерова». –С.153-155.
3. Ефременко, И.И., Асташенок О.С. Социально-педагогические особенности отклонений от норм поведения у подростков и их профилактика//Материалы Международной научно-практической конференции «Формирование профессиональной компетентности социальных педагогов и социальных работников: проблемы, тенденции, перспективы», Мозырь, 24 марта 2016г/ – Мозырь, МГПУ им. И.П.Шамякина, 2016. -С.185-188.

4. Журавлева И. В. Репродуктивное здоровье подростков и проблемы полового просвещения // Социологические исследования, 2004. – № 3. – С. 133 –142.
5. Красникова, М.Б. Факторы, влияющие на сексуальное поведение и репродуктивное здоровье подростков // Казанский медицинский журнал, 2014. – №2. – С. 56-63.
6. Лещенко О.Я. Образовательные программы профилактики нарушений репродуктивного здоровья и формирования репродуктивной и сексуальной культуры современной молодежи // Вестник Московского государственного университета, 2012. – №2. – С. 18-20.

УДК:616.248:616.3 – 06 – 058 – 053.2

Марина Володимирівна Калічевська

К. мед. наук, асистент,

Дніпропетровська медична академія Міністерства Охорони Здоров'я

України, м. Дніпро, Україна

E-mail: marinak256@i.ua

Ольга Вікторівна Шварацька

К. мед. наук, доцент

Дніпропетровська медична академія Міністерства Охорони Здоров'я

України, м. Дніпро, Україна

E-mail: belavka@i.ua

Галина Іванівна Корнілова

Завідуюча педіатричним відділенням

Комунальний заклад «Дніпропетровська дитяча міська клінічна лікарня

№6»ДОР», м. Дніпро, Україна

**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ
ТРАВНОГО ТРАКТУ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ**

***Аннотация.** Наличие сопутствующей патологии пищеварительного тракта у детей сопровождается более тяжелым течением бронхиальной астмы с низким уровнем контроля ее симптомов. Своевременно выявление, лечение и медико-социальная реабилитации детей с коморбидной патологией способствует повышению качества жизни у данного контингента больных.*

***Ключевые слова:** бронхиальная астма, патология пищеварительного тракта.*

Marina Vladimirovna Kalichevskaya

PhD in Medical Sciences, Assistant

Dnipropetrovsk medical academy of Ministry of Health of Ukraine,

Dnepr, Ukraine

E-mail: marinak256@i.ua

Olha Viktorovna Shvaratska

PhD in Medical Sciences, Associate Professor

Dnipropetrovsk medical academy of Ministry of Health of Ukraine,

Dnepr, Ukraine

E-mail: belavka@i.ua

Galina Ivanovna Kornilova

CC «Dnipropetrovsk City Hospital № 6 «DRC»,

Dnepr, Ukraine

HEALTH AND SOCIAL ASPECTS OF COMORBID PATHOLOGY OF THE DIGESTIVE TRACT IN CHILDREN WITH ASTHMA

***Abstract.** The presence of concomitant pathology of the gastrointestinal tract in children is accompanied by a more severe course of asthma with a low level of control of its symptoms. Early detection and treatment of comorbid pathology and medical and social rehabilitation of children contribute to improving the quality of life in this cohort of patients.*

Keywords: *asthma, gastrointestinal tract pathology.*

Бронхіальна астма (БА) є ваговою медико-соціальною проблемою для педіатрії, що обумовлено її суттєвим впливом на якість життя хворих і значними економічними втратами [1]. Незважаючи на значні досягнення в лікуванні, діагностиці та профілактиці БА, спостерігається неухильне зростання її розповсюдженості у дітей, збільшується кількість тяжких, резистентних до медикаментозної терапії форм захворювання [3, 6]. Сьогодні БА асоційована з ризиком інвалідизації та смертності. Згідно з даними ВООЗ, серед 15 мільйонів пацієнтів, що є інвалідами, 1 % становлять хворі на БА. Ця патологія не тільки впливає на психічні, фізичні та соціальні аспекти життя хворої дитини, але й морально і фінансово виснажує членів її сім'ї [2, 6].

Відсоток асоціації БА та патології гастродуоденальної зони в дитячому віці за даними різних авторів складає від 50 до 100 % [7]. Сучасні наукові дослідження доводять, що одним з чинників ризику неконтрольованого перебігу БА є наявність супутньої патології травного тракту [4, 8]. Особливо наочно такий вплив проявляється у разі поєднання БА та гастроєзофагальної рефлюксної хвороби [5, 9]. Проте вплив гастродуоденальних захворювань, які є найпоширенішою патологією травного тракту у дітей, на перебіг БА залишається недостатньо вивченим.

У літературі зазначається, що в більшості дітей, які мають коморбідні захворювання, спостерігаються психологічні порушення, які часто призводять до погіршення стану чи безуспішного лікування [2, 8]. Тому важливе значення в сучасній педіатрії надають своєчасному виявленню, лікуванню та медико-соціальній реабілітації хворих з коморбідною патологією. Наявний стан проблеми зумовив актуальність дослідження.

Мета дослідження: оцінка впливу супутньої патології травного тракту на перебіг та рівень контролю БА у дітей.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 120 дітей і підлітків у віці від 6 до 18 років з встановленим діагнозом «бронхіальна астма».

Критеріями включення дітей у дослідження були: верифікований діагноз БА; інформована згода на участь у дослідженні. З метою вивчення впливу патології травного тракту на перебіг БА та ступінь контролю її симптомів, ми розділили дітей на 2 групи. До I групи було включено 78 дітей, у яких при клініко-ендоскопічному обстеженні виявлена патологія травного тракту. У II групу увійшло 42 дитини, хворі на БА, без супутньої патології травного тракту. Обстеження хворих включало комплекс анамнестичних, загальноклінічних, біохімічних, інструментальних, імунологічних і гістологічних методів. В якості критеріїв контролю БА використовували рекомендації Глобальної ініціативи з лікування та профілактики БА (GINA). Рівень контролю оцінювався за даними тесту контролю БА у дітей (the Childhood Asthma Control Test). Фіброезофагогастродуоденоскопію з прицільною біопсією проводили апаратом Pentax LH-150p (Японія).

Статистичну обробку отриманих результатів здійснювали за допомогою методів варіаційної статистики, реалізованих в пакеті прикладних програм «STATISTICA 6.1».

Результати дослідження та їх обговорення. Патологія ВВТТ була виявлена в 65 % дітей, хворих на БА. Середній вік дітей у I групі становив $12,74 \pm 0,41$ року, у II групі – $11,42 \pm 0,49$ року ($p > 0,05$). Аналіз вікового складу дітей I групи виявив переважання дітей старшого шкільного і підліткового віку (66,7 %), тоді як у II групі розподіл за віком був відносно рівномірним. Ризик розвитку супутньої патології ВВТТ у дітей, хворих на БА, був вищим в осіб чоловічої статі (OR 2,64; 95 % CI 1,19 – 5,8; χ^2 4,9, $p = 0,025$).

Серед дітей, хворих на БА із супутньою патологією травного тракту, у 92,3 % випадків остання мала органічний характер. У $76,9 \pm 4,8$ % випадків було наявне ураження кількох відділів травного тракту. У структурі патології ВВТТ при БА найчастіше зустрічались хронічний гастродуоденіт ($71,8 \pm 5,1$ %), гастроєзофагальна рефлюксна хвороба з рефлюкс-езофагітом ($37,2 \pm 5,5$ %), рідше діагностувалася виразкова хвороба цибулини дванадцятипалої кишки ($15,4 \pm 4,1$ %) та функціональна диспепсія

(7,7±3,0 %). Клінічна картина уражень шлунково-кишкового тракту у дітей, хворих на БА, характеризувалась больовим синдромом низької інтенсивності з переважанням скарг диспепсичного характеру.

Середня тривалість БА в I групі склала 6,8±0,46 року, а в II групі – 3,9±0,48 року ($p<0,05$). При цьому тривалість БА понад 3 роки була у 83,3 % I групи і у 52,4 % II групи ($p<0,01$). У цілому, при тривалості БА до 3 років частота уражень травного тракту становила 39,4 %, тоді як при тривалості понад 3 роки – 84,4 % (OR 4,54; 95 % CI 1,94 – 10,62; χ^2 11,61, $p=0,0014$).

Ступінь тяжкості БА і тривалість захворювання залежали від частоти та глибини уражень слизової оболонки травного тракту. У 43,6 % дітей, хворих на БА з супутньою патологією, при ендоскопічному дослідженні зміни гастродуоденальної слизової оболонки спостерігали деструктивні зміни, в тому числі ерозивний дуоденіт (55,9 %), ерозивний езофагіт (35,3 %), ерозивний гастрит (20,6 %), виразкова хвороба дванадцятипалої кишки (14,7 %). Частота деструктивних уражень слизової оболонки травного тракту зростала при тривалості БА понад 3 роки (χ^2 4,3; $p=0,038$), а також при середньотяжкому або тяжкому перебігу БА (χ^2 7,5; $p=0,0071$). Функціональна диспепсія зустрічалась тільки при інтермітуючій та легкій персистуючій БА, у той же час, у більш ніж половини дітей із середньотяжкою та тяжкою персистуючою БА спостерігалися ерозивні та виразкові ураження слизової травного тракту.

НР-інфікування виявлено у 47,4 % дітей з БА та супутньою патологією травного тракту, з них у 56,8 % дітей виявляли деструктивні ураження слизової оболонки травного тракту. У всіх дітей із хронічним ерозивним гастритом та виразковою хворобою дванадцятипалої кишки діагностовано НР-інфекцію, при хронічному ерозивному дуоденіті - в 57,9 %, при ерозивному езофагіті – тільки в 25,0 %. Встановлено прямий зв'язок між частотою НР-інфікування дітей з супутньою патологією травного тракту та тривалістю БА. Середня тривалість БА в НР-позитивних дітей становила 7,80±0,17 року, тоді як у НР-негативних – 5,90±0,26 року ($p<0,05$).

За наявності патології травного тракту контроль симптомів астми був гіршим. Контрольований перебіг БА відзначався в 16,7 % хворих, 64,1 % пацієнтів мали частковий контроль над захворюванням і в 19,2 % дітей БА мала неконтрольований перебіг. У той же час на тлі базисної терапії при відсутності патології ВВТТ повний контроль симптомів БА відзначався в 52,4 % хворих, частковий контроль – у 38,1 % пацієнтів, і в 9,5 % дітей БА мала неконтрольований перебіг.

Вагомий внесок у відсутність досягнення контролю БА вносили показники частоти нічних симптомів захворювання. Частота нічних симптомів БА в дітей I групи становила $2,36 \pm 0,17$ проти $0,88 \pm 0,14$ епізоду на місяць у II групі ($p < 0,01$), що супроводжувалось підвищеною потребою у використанні β_2 -агоністів короткої дії (сальбутамолу) для зняття симптомів БА: $8,87 \pm 0,45$ та $5,57 \pm 0,86$ інгаляцій на місяць відповідно ($p < 0,05$). Частота денних симптомів астми у дітей I групи достовірно не відрізнялася від показників II групи. Обмеження фізичної активності і зниження показників функції зовнішнього дихання в дітей обох досліджуваних груп зустрічались з приблизно однаковою частотою, в першу чергу за рахунок дітей з тяжким перебігом БА. Частота госпіталізації за останні 12 місяців склала ($1,21 \pm 0,11$) у дітей I групи та ($0,93 \pm 0,23$) у дітей II групи ($p < 0,01$), що свідчить про підвищений ризик несприятливого перебігу БА у дітей із супутньою патологією верхніх відділів

Наявність НР-інфекції суттєво не впливала на частоту денних, нічних симптомів, використання β_2 -агоністів короткої дії. Проте було виявлено достовірне збільшення частоти загострень БА, які вимагали госпіталізації в стаціонар, у НР-позитивних пацієнтів порівняно з НР-негативними – відповідно $2,27 \pm 0,13$ випадку на рік та $0,73 \pm 0,10$ випадку на рік ($p < 0,05$).

Лікування патології травного тракту у хворих на БА супроводжувалось збільшенням кількості дітей з повним контролем над симптомами БА. Так, безпосередньо після закінчення лікування повний контроль мав місце у 35% дітей I групи, а через 6 місяців – 47% хворих. Позитивна динаміка параметрів

контролю симптомів БА відзначалася, перш за все, за рахунок зниження частоти денних симптомів, зменшення додаткового використання β 2-агоністів короткої дії та нічних симптомів.

Наведені дані наочно демонструють негативний вплив супутньої патології травного тракту на перебіг БА у дітей та вказують на необхідність її цілеспрямованого виявлення та своєчасного лікування.

Висновки. Представлені дані свідчать, що наявність супутньої патології травного тракту у дітей супроводжується більш тяжким перебігом БА з нижчим рівнем контролю її симптомів. За наявності деструктивних уражень слизової оболонки шлунково-кишкового тракту негативний вплив на перебіг БА є більш вираженим, ніж при захворюваннях, що проявляються поверхневими змінами слизової оболонки травного тракту. У дітей з неповним контролем БА необхідно цілеспрямовано виявляти захворювання травного тракту для своєчасної діагностики та лікування.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Список літератури:

1. Аналіз захворюваності та поширеності бронхіальної астми в дітей різних вікових груп по регіонах України / Ю. Г. Антипкін, Н. Г. Чумаченко, Т. Р. Уманець та ін. // Перинатология и педиатрия. – 2016. – №1 (65). – С.95-99.
2. Бархина Т. Г., Михалева Л. М., Щеголева Н. Н. Сравнительная морфология слизистой оболочки желудка у пациентов с бронхиальной астмой при ингаляционной глюкокортикостероидной терапии //Архив патологии. – 2013. – № 2. – С. 9-15.
3. Беш Л. В. Особливості перебігу і лікування бронхіальної астми у підлітків// Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2013. – № 9-10 (68-69). – С. 28-33.

4. Клименко В. А., Романова А. С. Почему не удается достигнуть контроля бронхиальной астмы: коморбидные состояния // Клініч. імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2012. – № 2. – С. 8-10.
5. Крючко Т. О., Несіна І. М. Особливості позастравохідних проявів гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби у дітей // Здоровье ребёнка. – 2013. – № 4 (47). – С. 16-19.
6. Чернишова О. Е. Диференційований підхід до лікування й вторинної профілактики дітей. хворих на бронхіальну астму на тлі персистуючий інфекцій: автореф. дис... д-ра. мед. наук : 14.01.10 – «Педіатрія» / О. Е. Чернишова ; Київ, 2016. – 43 с.
7. Эрдес С.И., Наумов С.Ю, Попова И.В. Функциональные особенности желудочно-кишечного тракта у детей с бронхиальной астмой // Рос. педиатр. журнал. – 2005. – №6. – С. 13-15.
8. Comorbidities of asthma: current knowledge and future research needs / M. Cazzola, A. Segreti, L. Calzetta [et al.] // Current Opinion in Pulmonary Medicine. – 2013. – Vol. 19 – P. 36-41.
9. Prevalence of gastroesophageal reflux disease in patients with difficult to control asthma and effect of proton pump inhibitor therapy on asthma symptoms, reflux symptoms, pulmonary function and requirement for asthma medications / V. Sandur, M.Muruges, V.Banait [et al.] // JPGM. – 2014. – Vol. 60. – P. 282-86.

УДК 159.922.7-058.862:37.018.3

Ольга Володимирівна Клименко

К. мед. наук, асистент

*Державний заклад «Дніпропетровська медична академія
Міністерства Охорони Здоров'я України», м. Дніпро, Україна*

E-mail: pediatriya2@i.ua

Ольга Николаевна Таран

К. мед. наук, асистент

*Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства
Охорони Здоров'я України», м. Дніпро, Україна
E-mail: olga_taran@ua.fm*

ОСОБЛИВОСТІ НЕРВНО-ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ, ЯКІ ВИХОВУЮТЬСЯ В БУДИНКУ ДИТИНИ

Аннотація. В статті приведені результати обстеження нервно-психического розвитку дітей раннього віку, які виховуються в домі ребёнка, виявлені особливості нервно-психического розвитку у цього контингенту.

Ключевые слова: *дом ребёнка, нервно-психическое развитие.*

Olha Vladimirovna Klimenko

PhD in Medical Sciences, Assistant

*State Establishment «Dnipropetrovsk medical academy of Ministry of Health
of Ukraine», Dnepr, Ukraine*

E-mail: pediatriya2@i.ua

Taran Olha Nikolaevna

PhD in Medical Sciences, Assistant

*State Establishment «Dnipropetrovsk Medical Academy of Health Ministry
of Ukraine, Dnepr, Ukraine*

E-mail: olga_taran@ua.fm

FEATURES OF NEUROPSYCHOLOGICAL DEVELOPMENT IN CHILDREN, ARE INMATES OF THE ORPHANAGE

Abstract. The article discusses results of neuropsychological development of children of early age who are inmates of the orphanage. Specific features of neuropsychological development revealed in this group of patients.

Keywords: the orphanage, neuropsychological development.

Формування особистості дитини залежить, насамперед, від умов її існування, суспільства, яке її оточує і, особливо, від спілкування з близькими людьми – батьками [4]. Від виховання, яке одержує малюк з перших днів життя, залежить його подальший розвиток [5]. Забезпечення своєчасного та повноцінного гармонійного розвитку дітей – одна з головних задач дитячих закладів інтернатного типу [2].

В нервово-психічному розвитку дітей раннього віку провідне значення мають: розвиток предметних дій; розвиток загальних рухів, що забезпечують самостійність, активність дитини, можливість практичного пізнання навколишнього світу; оволодіння мовними навичками, без яких не можливе спілкування та розвиток психічної діяльності дитини [1].

Кожному з параметрів нервово-психічного розвитку відповідає певний період життя [3]. Так, на першому році життя, найбільше значення має розвиток моторики кінцівок, підготовка до ходи, а також розвиток розуміння мови та передмові реакції. На другому - третьому роках, найбільше значення мають розвиток розуміння та активна мова дитини, ігрова діяльність, а також формування санітарно-гігієнічних навичок.

Метою роботи стало дослідження особливостей та динаміки психомоторного розвитку дітей, які виховуються в будинку дитини.

Матеріали та методи дослідження. Нами проведено обстеження 78 дітей, які виховуються в Будинку дитини №2 м. Дніпро у віці від 6 місяців до 3-х років. Контрольну групу склали 34х дитини, які виховуються в сім'ї. За віком, статтю групи порівняння суттєво не відрізнялись.

На першому році життя психомоторний розвиток оцінювався за станом динамічних функцій: моторики, статички, сенсорних реакцій, мови, емоцій, соціальної поведінки.

Результати дослідження та їх обговорення. На першому році життя у всіх дітей, позбавлених материнського піклування, спостерігалась затримка

НПР на тлі перинатального ураження центральної нервової системи (табл. 1). У більшості малюків цього віку зареєстровано середній ступінь затримки НПР (68%), а 16% мали грубу затримку НПР розвитку, поєднану з важкими неврологічними розладами. Незважаючи на те, що у більш ніж третини дітей (33,3%) з сім'ї, мало місце перинатальне ураження ЦНС на першому році життя, у жодного з них не було зареєстровано затримку НПР.

Одержані результати аналізу нервово-психічного розвитку дітей першого року життя свідчать про те, що вже в ранньому віці малюки, позбавлені батьківського піклування, значно відстають у нервово-психічному розвитку і відрізняються від своїх однолітків, які виховуються в сім'ї, пригніченістю, руховою та емоційною недостатністю.

Таблиця 1

Характеристика нервово-психічного розвитку дітей, позбавлених батьківського піклування, першого року життя

Ступінь затримки НПР	Абс. число	%
Легкий	4	18,2
Середній	14	63,6
Тяжкий	4	18,2
Всього:	22	100

У першому півріччі життя особливістю психоемоційного розвитку у вихованців державного закладу були: затримка прояву комплексу позбавлення, слабкий інтерес до предметів, відсутність позитивних емоцій на навколишні предмети. Діти другого півріччя були мало ініціативними, невибагливими, не наполегливими, мали низький рівень розвитку пізнавальної активності. У маленьких вихованців будинку дитини відзначалась затримка передмовного розвитку та локомоторних функцій.

Рівень психоневрологічного розвитку дітей старше одного року ми оцінювали за такими показниками: цілеспрямованість рухів, розуміння мови,

активна мова, сенсорний розвиток, гра та санітарно-гігієнічні навички, емоції та соціальна поведінка.

За результатами проведених обстежень дітей другого року життя, лише у двох малюків (5,2%), які виховувались в умовах державного закладу, рівень НІР відповідав віковим нормативам (табл.2). Це були діти, які потрапили до будинку дитини у віці старше одного року. Практично у всіх дітей основної групи були відсутні санітарно-гігієнічні навички, у більшості з них мала місце груба затримка мовного розвитку, а у третини мовна недостатність поєднувалась із затримкою моторного розвитку. Груба психоневрологічна недостатність на тлі тяжкої органічної патології ЦНС відзначалась у 8 дітей (21%). В групі контролю було виявлено тільки затримку мовного розвитку у 20% випадках і у більш ніж половини - відсутність санітарно-гігієнічних навичок (табл.2).

Таблиця 2

Характеристика нервово-психічного розвитку дітей досліджуваних груп другого року життя

№ з/п	Характер затримки НІР	Основна (n=39)		Контроль (n=27)		p
		Абс.	%	Абс.	%	
1.	Відсутність затримки НІР	2	5,1	15	55,5	< 0,001
2.	Затримка мовного розвитку	31	79,5	5	18,5	< 0,001
3.	Затримка моторного та мовного розвитку	12	30,8	0	0	
4.	Груба психоневрологічна недостатність	8	20,5	0	0	

Аналіз психологічного та емоціонального розвитку показав, що у першій половині другого року діти основної групи ще зовсім не вміли спілкуватись з дорослими, в їх діях була відсутня цілеспрямованість. Малюки не користувались навіть тим скудним запасом слів, який вони мали. Ці діти не прагнули дізнатись, як називається той чи інший предмет, не намагались

повторювати слова за дорослими. Діти у віці з 1,5 до 2-х років не вмiли спілкуватися зі своїми однолітками, мовний запас у них був мізерним. Предметна діяльність дітей цієї вікової групи була примітивною за складом та зводилась до повторювання стереотипних дій. Процесуальна гра у цих малюків була відсутня. На нашу думку, затримка особистісного розвитку дітей інтернатного закладу пов'язана зі зниженою ініціативністю в усіх сферах діяльності, невпевненістю у собі.

На третьому році життя нормальний НПП розвиток відзначався у 4-х вихованців будинку дитини (10,25%). В структурі затримки нервово-психічного розвитку найбільш численну групу складали, знов таки, діти з недостатністю мовного розвитку - 18 осіб (46,1%); більше ніж у третини малюків мало місце поєднання затримки мовного та психомоторного розвитку; у 4 дітей (10,25%) дитячий церебральний параліч поєднувався з грубою психоемоційною затримкою, судомним синдромом. У дітей, які виховувались у сім'ї, психоневрологічний розвиток відповідав віковим нормативам і тільки у 3 дітей відзначалась затримка мовного розвитку. Одержані відмінності рівня психоневрологічного розвитку у дітей третього року життя з різних соціальних середовищ проілюстровані у таблиці 3.

Таблиця 3

Характеристика нервово-психічного розвитку дітей досліджуваних груп третього року життя

№ з/п	Характер затримки НПП	Основна (n=41)		Контроль (n=20)		p
		Абс.	%	Абс.	%	
1.	Відсутність затримки НПП	3	7,3	18	90	0,001
2.	Затримка мовного розвитку	32	82,9	2	20	0,001
3.	Затримка моторного та мовного розвитку	14	34,1	0	0	
4.	Груба психоневрологічна недостатність	4	9,7	0	0	

Затримка психічного розвитку у малюків третього року життя, позбавлених індивідуального спілкування, проявлялась в більш значному порушенні ситуативно-пізнавального спілкування. У предметній діяльності практично були відсутні оригінальні рішення. Гра носила характер відтворення та була позбавлена елементів творчості. Мовного спілкування в процесі гри практично не спостерігається. Затримка в розвитку особистості, на нашу думку, пов'язана також з безініціативністю, сором'язливістю, невпевненістю в собі, а головне з відсутністю індивідуального спілкування з батьками.

Висновки. Представлений матеріал оцінки психоневрологічного розвитку дітей раннього віку, які виховуються поза родиною, свідчить про низький рівень розвитку, обумовлений дефіцитом особистого спілкування, індивідуального виховання та піклування, недостатністю емоційних контактів та неправильною комунікативною діяльністю дітей в інтернатних закладах.

Список літератури:

1. Журба Л.Т., Тимонина О.В. Метод количественной оценки двигательных, речевых и психических функций ребенка для раннего выявления задержки возрастного развития [Электронный ресурс]: методические рекомендации № 99/224, часть 1-я // Медицинский научный и учебно-методический журнал. – [Электронный ресурс] URL: <http://www.medic-21vek.ru>.
2. Коренєв М.М., Лебець І.С., Моїсеєнко Р.О. Медико-психологічні та соціальні проблеми дітей-сиріт. – Харків, К., 2013. –240с
3. Никитина Н.П. Комплексная оценка здоров'я диагностика и коррекция его нарушений у детей, воспитывающихся в доме ребенка: автореф. дис. на соискание научной степени канд. мед. наук: спец. 14.01.10 «Педиатрия» / Наталья Павловна Никитина – Иваново, 1997. – 21 с.
4. Оротченко Т.Д., М. Гетта. Особливості фізичного розвитку та захворюваності дітей-сиріт // Украинский медицинский альманах. –2005. –Т. 8, № 6. – С. 142-144.

5. Оценка психомоторного развития детей раннего возраста / Д.И. Зелинская, А.М. Казьмин, Э.О. Исполатовская [и др.] // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2005. –№ 2. – С. 37-41.

УДК 615.825

Анастасия Леонидовна Ковалёва

Студент

Сибирский Государственный Университет науки и технологии

им. академика М.Ф.Решетнёва, г. Красноярск, Россия

Виталий Владимирович Зотин

Старший преподаватель

Сибирский Государственный Университет

науки и технологии имени академика М.Ф.Решетнёва,

г. Красноярск, Россия

E-mail: kovalevaanastasiya98@mail.ru

ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ НА СОСТОЯНИЕ ПОЗВОНОЧНИКА

***Аннотация.** В статье рассматриваются причины появления дискомфорта в области спины среди студентов Сибирского Государственного Университета науки и технологии им. М.Ф.Решетнёва, предлагается методический комплекс упражнений, приводятся данные анкетного опроса о состоянии здоровья студентов.*

***Ключевые слова:** заболевания позвоночника, боли в пояснице, комплекс упражнений, профилактика заболеваний позвоночника.*

Anastasiya Leonidovna Kovaleva

Student

*Siberian state University of science and technology
named after academician M. F. Reshetnev, Krasnoyarsk, Russia*

Vitaly Vladimirovich Zotin

Senior lecturer

*Siberian State University
of science and technology named after academician M. F. Reshetnev,*

Krasnoyarsk, Russia

E-mail: kovalevaanastasiya98@mail.ru

THE IMPACT OF EXERCISE ON THE CONDITION OF THE SPINE

Abstract. *The article discusses the causes of discomfort in the back among the students of Siberian State University of Science and Technology, a methodical set of exercises, the data of a questionnaire survey on the health status of students.*

Keywords: *spine disease, back pain, complex of exercises, prevention of diseases of the spine.*

Сколько проводят времени студенты в университете? 5, 7, и даже 10 часов. Всё это время молодые парни и девушки проводят в сидячем состоянии. Такой сидячий образ жизни у студентов приводит к весьма серьезным заболеваниям. Одним из них является заболевание позвоночника, а именно межпозвоночных дисков и других отделов опорно-двигательного аппарата. Студенты весьма часто жалуются на боли в пояснице, которые изрядно выбивают из привычного образа жизни. [3]

Заболевания позвоночника — это понятие включает в себя обширную группу болезней, каждая из которых имеет свои особенности (место локализации, клиническую картину), вызывается определенными причинами и соответственно, отличается разным подходом к лечению. Болезни позвоночника – большая группа заболеваний, которыми страдает более 85% населения. Если полвека назад проблемы со спиной были в основном у людей

пожилого возраста, то сидячий образ жизни и компьютеризация общества значительно «омолодили» болезни спины. После выявления такого вида заболевания, студенты принимают решение полностью огородить себя от занятий спортом, но мало кто знает и понимает, что физические упражнения – самое лучшее лекарство для восстановления позвоночника. Для этого стоит тщательно подобрать подходящие физические упражнения, в зависимости от очага источника боли. Список вероятных причин болей в спине обширен. [4] Так, например, боли возникают из-за длительного нахождения в одном положении, слабых мышц спины и кора, чрезмерных нагрузок или несоблюдения техники выполнения упражнений, переохлаждения организма, искривления позвоночника, остеохондроза, большого лишнего веса, неправильного режим питания и авитаминоза. Любая причина данного заболевания негативно сказывается на состоянии всего организма. [1] Для профилактики болей в спине предлагается методический комплекс упражнений, который может выполняться студентами, как в домашней обстановке, так и на занятиях физкультурами. Все упражнения направлены на растяжку и укрепления мышц спины. Рассмотрим данный комплекс:

1. Собака мордой вниз. Из положения на четвереньках уведите ягодицы назад и вверх, вытяните руки, шею и спину в одну линию. Представьте, что ваше тело образовало горку: старайтесь сделать вершину выше, а склоны более крутыми. Можно немного упростить положение, согнув ноги в коленях и оторвав пятки от пола.

2. Низкий выпад. Примите положение выпада, колено одной ноги опустите на пол и отведите максимально назад. Вторая нога образует прямой угол между бедром и голенью. Вытяните руки вверх, почувствуйте приятное вытяжение в позвоночнике. Задержитесь в этом положении и затем перейдите в позу голубя.

3. Поза голубя. Из положения выпада опуститесь в позу голубя. Правой тазовой костью накройте левую пятку. Можно углубить положение, если отодвинуть левую голень чуть вперед. Тяните таз к полу. Положите

предплечья на поверхность или опустите корпус на пол или подушку – займите удобное положение, ориентируясь на свою гибкость.

После позы голубя вернитесь в низкий выпад и повторите эти 2 упражнения для другой ноги. Можно воспользоваться блоками для йоги или книгами:

4. Повороты корпуса. Для выполнения этого очень эффективного упражнения для поясницы примите положение сидя, ноги вытянуты перед собой. Перекиньте ногу за бедро и поверните корпус в противоположную сторону. Это упражнение не только позволяет растянуть мышцы спины и поясницы, но и ягодичные мышцы.

5. Наклоны сидя. Оставаясь в том же положении, мягко опустите спину к ногам. Не обязательно делать полную складку, достаточно лишь немного округлить спину для вытяжения в позвоночнике. При этом желательно опустить голову на какую-либо опору. Можно согнуть колени или немного раскинуть ноги в сторону – выберите комфортное для вас положение.

6. Наклоны в позе лотоса. Еще одно очень полезное упражнения от болей в пояснице – это наклоны в позе лотоса. Скрестите ноги на полу и наклонитесь сначала в одну сторону, задержавшись на 20-40 секунд, затем в другую сторону. Старайтесь держать тело ровным, плечи и корпус не должны уходить вперед.

7. Подъем ноги с ремешком (полотенцем). Теперь перейдем к ряду упражнений для поясницы в положении лежа на полу. Воспользуйтесь ремешком, лентой или полотенцем и притяните к себе прямую ногу. Во время этого упражнения спина остается прижатой к полу, поясница не прогибается. Другая нога остается прямой и лежит на полу. Если не удастся удерживать ногу вытянутой и прижатой к полу, то можете ее согнуть в колене. Задержитесь в этом положении некоторое время и перейдите к другой ноге.

8. Подтягивание колена к животу. По аналогии выполните еще одно эффективное упражнение для поясницы. Лежа на спине, согните ногу и

подтяните колено к груди. При выполнении этого простого упражнения очень хорошо растягиваются поясничные мышцы и уменьшаются болевые спазмы.

9. Подъем согнутых ног. Это упражнение в фитнесе очень часто используют для растяжки мышц ягодиц, но для растяжки поясничных мышц оно подходит наилучшим образом. Лежа на спине согните ноги в коленях и поднимите их так, чтобы бедра и корпус образовывали прямой угол. Схватитесь руками за бедро одной ноги, а стопу другой ноги положите на колено. Задержитесь в этом положении. Следите, чтобы поясница была плотно прижата к полу.

10. Поза счастливого ребенка. Еще одна приятное расслабляющее упражнение для поясницы – это поза счастливого ребенка. Поднимите ноги вверх, согнув их в коленях, и схватитесь руками за внешнюю сторону стопы. Расслабьтесь и задержитесь в этом положении. Можно немного покачиваться из стороны в сторону.

11. Повороты дугой. Теперь перейдем к упражнению для поясницы, при котором выполняются скручивания позвоночника. Лежа на спине, поверните руки и скрещенные ноги в одну сторону. Тело как будто образует дугу. В этом упражнении не важна большая амплитуда, вы должны почувствовать легкое растяжение в поясничном отделе позвоночника. Задержитесь в этом положении за 30-60 секунд и повернитесь в другую сторону.

12. Скручивание спины лежа. Еще одно очень полезное и важное упражнение для поясницы, которое поможет снять боль в области крестца. Лежа на спине медленно разверните таз и отведите ногу в сторону, перекинув ее через бедро другой ноги. Поясница отрывается от пола, но плечи остаются на полу.

13. Поза лежа на животе с ногой в сторону. Еще одно простое упражнение от болей в пояснице. Лягте на живот и отведите в сторону согнутую в колене ногу. Другая нога остается вытянутой, обе ноги прижаты к полу.

14. Поза ребенка. Встаньте на колени и разведите ноги в сторону либо сомкните их. С выдохом медленно наклонитесь вперед между бедрами и опустите голову на пол. Благодаря этому расслабляющему упражнению для поясницы вы почувствуете легкость во всем теле, особенно в области спины. Это поза отдыха, вы можете находиться в ней даже несколько минут.

Также можно повернуться сначала в одну, потом в другую сторону, это поможет более качественно растянуть поясничные мышцы.

15. Поза лежа с подушкой. Снова лягте на спину и подложите себе под бедра и колени небольшую подушку, стопы при этом касаются пола. Расслабьтесь в этом положении на несколько минут. [5]

Появление болевых ощущений в спине, при выполнении данного комплекса, рекомендуется немедленно сократить амплитуду его выполнения и снизить интенсивность упражнений. Для того чтобы лечебная гимнастика приносила наибольшую пользу, рекомендуется выполнять упражнения медленно, не торопясь, следить за правильным дыханием, не искажать самостоятельно упражнения и выполнять их ежедневно. Заниматься такой физкультурой можно в любое время дня, одежда должна быть лёгкой, не сковывающей движения. [2]

Цель: Выявить информативную базу для профилактики заболеваний позвоночника посредством физической реабилитации лиц, страдающих от дискомфорта в области позвоночника.

В ходе исследования студентов было задано три вопроса:

1. Как часто вы ощущаете боли в спине?
2. Верите ли, что комплекс упражнений поможет вам избавиться от болей?
3. Улучшилось ли ваше самочувствие после системного выполнения данного комплекса упражнений?

Использовались следующие методы исследования:

1. Анализ и обобщение литературных, медицинских данных по вопросу исследования (общетеоретический)

2. Методы математической статистики.

3. Анкетный опрос.

Исследование проводится на базе студентов Сибирского Государственного Университета науки и технологии им. М.Ф.Решетнёва, и приводятся данные анкетного опроса, до выполнения комплекса упражнений и после. В ходе исследований было опрошено 24 студентов 2 курса различных факультетов.

Результаты анкетирования показали, что регулярными болям в спине страдают 46 % студентов, 37 % испытывают частые ощущения тяжести в области позвоночника, 17 % редко испытывают чувство дискомфорта в данном случае.

78 % опрошенных считают, что комплекс упражнений не сможет улучшить их физическое состояние, но 22 % верят, что упражнения помогут избавиться от болей.

Сравнивая полученные данные с результатами анкетирования по третьему вопросу, можно увидеть, что полное улучшение общего физического состояния посредством лечебной гимнастики и облегчённой физической культуры составляет 68 % среди студентов, а также 20 % заметили небольшие улучшения, но 12 % не заметили каких-либо изменений после выполнения данной нагрузки.

Выводы:

Результаты анкетирования показывают, что большинство студентов продолжают активно заниматься физическими упражнениями, благодаря которым их самочувствие улучшилось и боли перестали беспокоить. Методами улучшения физического состояния послужили такие факторы, как регулярное питание, правильный сон, постоянное выполнение тренировочных занятий, правильное распределение физической нагрузки на позвоночник при занятиях физической культурой, своевременное назначение отдыха. Занятие лечебной физкультурой можно осуществлять не только в спортзале, но и в домашних условиях. А, благодаря предложенным упражнениям, можно

улучшить подвижность позвоночника и избавиться от дискомфортных ощущений в пояснично-крестцовом отделе, а также укрепить мышечный корсет, который станет отличной профилактикой болей в пояснице и спине. Поэтому если вас часто беспокоят боли в пояснице, то обязательно возьмите на заметку эти упражнения.

Список литературы:

1. Епифанов В.А., Ролик И.С., Епифанов А.В. Остеохондроз позвоночника. – М.: ЗАО "Академический печатный дом", 2000. – 344 с.
2. Есин Р.Г. Боль в спине. Практическое пособие/Р.Г. Есин, Есин О.Р., Ахмадеева Г.Д., Салихова Г.В. Казань: Казанский полиграфкомбинат, 2010. – 272 с.
3. Зотин В.В., Иванова А.Н. Лечебная и адаптивная физическая культура// сб. тр. Всеросс. науч. практ. конф. "Физическая культура и спорт на современном этапе: проблемы, поиски, решения". – Томск, 2016. – С.151-154
4. Зотин В.В. Влияние силовых упражнений на организм студентов/Мельничук А.А., Степанова О.В.//Форум молодых ученых. – 2017. - №4(8). – С.612-614
5. Сназин В. Я. Лечебная физическая культура при болях в спине и суставах. – М: Советский спорт, 2012. – 268 с.

УДК 377,5

Маргарита Димитрова Лаловска
Преподаватель, докторант
Медицинский университет - София,
Филиал "Проф. д-р Иван Митев" г. Враца, Болгария
E-mail: mdm61@abv.bg

УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Аннотация. Ишемический инсульт — это не только социальная проблема здоровья, но и страдания для пациентов. Это финансовое бремя как для пациентов, так и для их семей, а также для всего общества. Существует потребность в эффективных и приемлемых методах решения проблем пациентов с ишемическим инсультом для улучшения качества жизни.

Ключевые слова: пациенты, ишемический инсульт, качество жизни.

Margarita Dimitrova Lalovska

Teacher, PhD student

Medical University of Sofia, Branch "Prof. Dr. Ivan Mitev",

Vratsa, Bulgaria

E-mail: mdm61@abv.bg

MANAGEMENT OF THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE

Abstract. Ischemic stroke brain is not only a social and health problem, but also suffering for patients. It is a financial burden for both patients, their families and society as a whole. Effective and acceptable methods to solve the problem need to be sought the problems of patients with ischemic stroke to be elevated quality of life.

Keywords: patients, ischemic stroke, quality of life.

Сегодня в промышленно развитом мире инсульт является второй по распространенности причиной смерти и наиболее распространенной причиной инвалидности населения. У большого числа лиц, перенесших инсульт, активность ухудшается, демонстрируя остаточные функциональные,

когнитивные и психические изменения, которые необходимы для социальных, профессиональных и семейных отношений.

Значение проблемы прежде всего связано с глубокими социальными и медицинскими потребностями пациентов с низким качеством жизни и повышенными специфическими требованиями к здоровью. Возникают сложные для решения социальные и психологические аспекты. Это определяется прогрессирующей заболеваемостью сосудистых заболеваний мозга, а также высокой инвалидностью и смертностью. Рост спроса на медицинские услуги и старение населения требует поиска эффективных и приемлемых методов решения проблем пациентов с инсультом. В последние годы большое внимание уделяется качеству жизни у пациентов, перенесших ишемический инсульт. Это одна из задач, с которыми сталкивается медсестра у пациентов, перенесших ишемический инсульт, - это обучение и поддержка для решения предстоящих проблем, которые влияют на качество жизни пациентов. [3,5]

Это требует хорошего медицинского и социального управления для улучшения качества жизни пациентов с ишемическим инсультом, что в конечном итоге будет способствовать изменению статуса хронически больного — от обременительной проблемы для общества в полноценный субъект, нуждающийся в разумном будущем, достоинстве, защищенности и психоэмоциональном благополучии. [4,5]

Цель этого исследования – изучить критерии анализа и оценки управления качеством жизни у пациентов с ишемическим инсультом и установить осведомленность медсестер, в целях предотвращения заболеваемости и улучшения качества жизни.

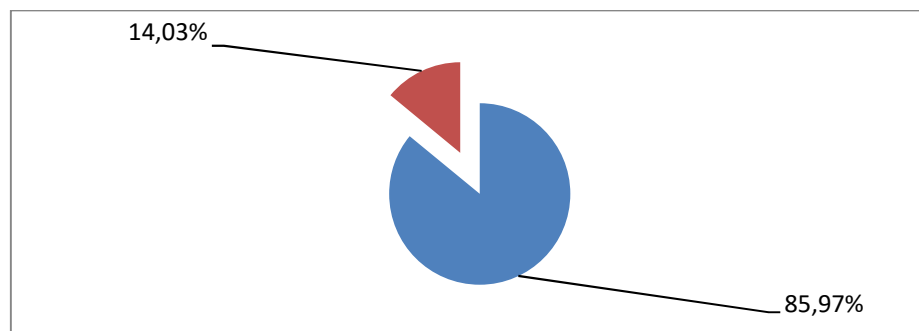
Материалы и методы: Для целей исследования была разработана прямая анонимная анкета для установления мнения пациентов из различных населенных пунктов с ишемическим инсультом, которые лечатся в неврологических отделениях и специализированных реабилитационных больницах четырех областей Северо-западной Болгарии - Враца, Видин,

Монтана и Плевен, медицинских сестер, работающих в неврологических отделениях и специализированных реабилитационных больницах и студентов бакалавриата после 3-го учебного семестра, специальности „медицинская сестра” в филиале „Проф. д-р Ив. Митев” город Враца.

Анализ результатов: Принимая во внимание стареющее население в Республике Болгарии, в нашем регионе Северо-западной Болгарии наблюдается больше всего стареющего населения, что ведет к демографическому срыву. Это требует более глубокого изучения причин и социальных предпосылок, которые привели к значительной смертности и инвалидности при ишемическом инсульте. Самая большая относительная доля наблюдается у лиц в возрасте 55-64 года, но отмечается омоложение болезни. Из общего числа исследованных пациентов большую долю составляли мужчины – 60%, что подтверждают данные эпидемиологических исследований о том, что заболевание распространяется примерно одинаково среди представителей обоих полов с небольшим увеличением распространенности среди мужчин. Наибольший процент исследованных пациентов перенесли инсульт давностью от 2 до 5 лет.

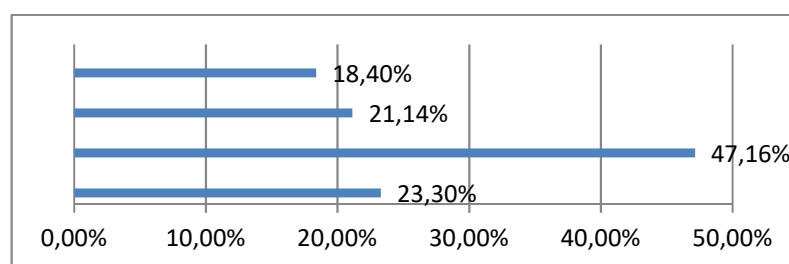
Исходя из этого, мы идентифицируем следующие группы лиц с высоким риском развития осложнений и последующим ухудшением качества жизни. Группа с высоким риском появления новых осложнений и низким качеством жизни, перенесших инсульт давностью до 5 лет, группа с очень высоким риском и повышенным качеством жизни, перенесших инсульт давностью до 9 лет и группа с чрезвычайно высоким риском появления повторных осложнений и низким качеством жизни, перенесших инсульт давностью до 12 лет.

Рис. 1 У вас есть экспертное решение МЭС и определена ли вам группа инвалидности из-за вашей болезни?



Из проделанного исследования 85,97% имеют, 14,03% не имеют, из чего мы наблюдаем различные степени инвалидности, что в свою очередь усложняет работу команды медицинских и социальных специалистов по преодолению комплексных трудностей. Проведение психологической, медицинской и социальной реабилитации доказано влияет на задержку процессов инвалидности. Основная потребность хронически больных и инвалидов состоит в том, чтобы улучшить свои возможности для социальной интеграции, общения и оптимальной трудовой деятельности, как важных элементов качества жизни.

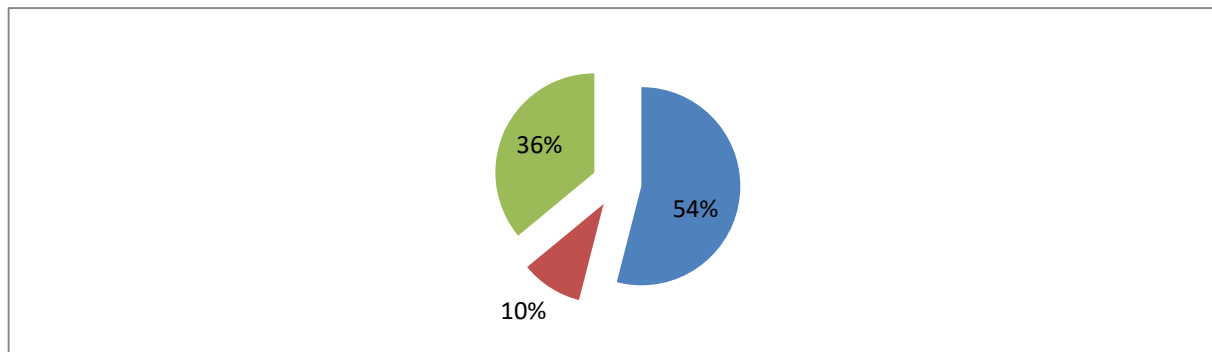
Рис. 2. Вы верите в себя после болезни?



23,30% не теряют веру в себя, 47,16% недостаточно верят в себя, 21,14% мало верят и у 18,40% пациентов нет изменений. Вера и упрямство являются двигателями в борьбе с этим заболеванием, но человеку требуется время, чтобы научиться жить с последствиями ишемического инсульта. Слабая социальная поддержка, образ жизни — живет один, в семейной среде или в учреждениях у пациентов с ишемическим инсультом может привести к

поведенческим изменениям, отсутствию желания лечиться, злоупотреблению алкоголем и изменению качества жизни.

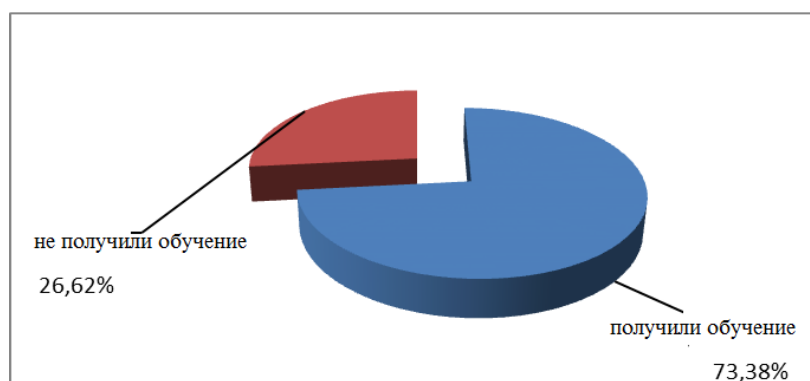
Рис.3 Вы получаете моральную поддержку от своих друзей?



Семья и друзья играют огромную роль в «тренировках», в восстановлении пациентов, перенесших ишемический инсульт, поскольку отношения между людьми должны основываться на дружбе и уверенности в достижении оптимальных результатов, поэтому пациенты полагаются на свои семьи. Пациенты с ишемическим инсультом нуждаются в поддержке в процессе преодоления ежедневных потребностей и опасений, вызванных заболеванием. Он нуждается и должен получить поддержку, которая сможет повысить его возможности в борьбе с предстоящими социальными действиями.

Обучение пациентов, перенесших ишемический инсульт является незаменимым элементом комплексного терапевтического подхода и социального поведения. Пациенты должны знать как бороться с этой болезнью в повседневной жизни, чтобы могли нормально жить с ней.

Рис. 4 Вам нужна подготовка по вопросам, связанным с болезнью?



По нашим данным, большая часть участвовавших в опросе – 73,38% получили обучение, и только 26,62% не получили. Обучение обеспечивает хорошее качество жизни и является основным фактором в предотвращении осложнений от ишемического инсульта / в рамках вторичной профилактики/. Именно поэтому мы также сосредоточили наше внимание на респондентах, прошедших реабилитационные центры. Данные показывают, что 78% исследуемых лиц имеют информацию о реабилитационных центрах и 22,14% не знают о их существовании и не используют их. С учетом реформы здравоохранения все меньше медицинских сестер заботится о пациентах. Имеющаяся документация и сокращение персонала приводят к сокращению сестринской деятельности. Обеспечение качественного медицинского обслуживания пациентов с ишемическим инсультом является важной задачей не только для медицинских бригад, но и для всего общества. Это приведет к разработке адекватной модели поведения пациентов с ишемическим инсультом, что является гарантией управления заболеванием и замедлением осложнений и инвалидности.

Выводы: Социально-медицинские проблемы пациентов, перенесших ишемический инсульт в Болгарии, касаются всего общества. Первостепенной потребностью в них является улучшение их возможностей для социальной интеграции, общения и работы, как важного элемента качества жизни. Качество жизни пациентов с инсультом ограничивается тем, как воспринимать и справляться с определенными состояниями и поддерживать социальную независимость, удовлетворение реабилитацией, физическое и эмоциональное благополучие. Управление здоровьем пациентов, перенесших ишемический инсульт, напрямую связан с активной занятостью и ответственностью к собственному здоровью, в создании стратегий по улучшению медицинского обслуживания, сокращению расходов на здоровье и достижению многолетней удовлетворенной жизни хорошего качества.

Список литературы:

1. Балканска П., Проданова Я., Визева М., Стимулирование образовательной среды для развития лидерства и лидерской компетенции в области здравоохранения - Благоевград: Неофит Рилски, 2002. – С.36.
2. Борисов В., Стратегический менеджмент - Дефицит реформы здравоохранения. – С.: Филмест, 2005. – С.95.
3. Велева Ст., Василева Н., Недев Хр., Восстановление после инсульта – С.: Алианс Принт, 2000. – С. 127.
4. Иванова Е., Рязкова М., Костадинов Д., Реабилитация пациентов с постдискриминальным гемипарезом – С.: Медицина и физкультура, 1983. – С.121.
5. Йорданов Б., Иванов Вл., Нервные и психические заболевания. - С.: Медицина и физкультура, 1989. – С.82.

УДК 613

Петр Цанков Марков

К. мед. наук, доцент

Медицинский университет Софии, Болгария

Ирина Ивановна Маркова

К. мед. наук, ассистент

Медицинский университет Софии, Болгария

Александрина Цекоморова Воденичарова

К. мед. наук, доцент

Медицинский университет Софии, Болгария

Донка Петрова Байкова

К. мед. наук, профессор

Медицинский университет Софии, Болгария

Димитр Цанков Марков

*К. мед. наук, профессор
Медицинский университет, София, Болгария
E-mail: d.baykova@abv.bg*

МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ И ОЦЕНКА ПИТАТЕЛЬНЫХ И АТЕРОГЕННЫХ КАЧЕСТВ ЯИЧНОГО ЖЕЛТКА

***Аннотация.** В последние годы среди медицинских работников, сторонников здорового питания, спортсменов, людей с хроническими неинфекционными заболеваниями и др., ведутся дискуссии о роли яичного желтка как атерогенного фактора риска повышающего уровень холестерина в крови. **Целью** настоящей работы являются: проведение медико-биологического анализа и оценка питательных и атерогенных свойств яичного желтка. Были использованы социологические и документальные **методы**. **Результаты** показывают, что яйца являются уникальным питательным продуктом живой природы, доступным и предпочтительным питанием в полезных, диетических, лечебных и спортивных режимах питания. 1 яйцо среднего размера (56 г) является источником 80 ккал, 7 г белка, 5 г жира, в т.ч. - 240 мг холестерина. Биологически активные фосфолипиды составляют 1/3 жирового содержания яичного желтка. Количество фосфолипидов в 6 раз превышает содержание холестерина и способствует его беспрепятственному метаболизму до продуктов разложения и удаления из организма. Синергическое гипохолестеринемическое действие имеет также каротиноидный лютеин, содержащийся в составе желтка и представляющий собой окрашивающую субстанцию с высокой антиоксидантной способностью. Рекомендации экспертов об известных ограничениях относятся только к людям с сердечно-сосудистыми и желчными проблемами. Сделан **вывод** о том, что яичный желток содержит холестерин, но он также богат лецитином и другими биологически активными веществами, имеющими синергическое гипохолестеринемическое*

действие и не приводит к увеличению атерогенного риска у здорового и активного человека.

Ключевые слова: яйца, биологическая полноценность, безопасность для здоровья, сбалансированная диета, диетический режим, укрепление здоровья

Peter Markov

*PhD in Medical Sciences, Associate Professor
Medical University of Sofia, Bulgaria*

Irina Markova

*PhD in Medical Sciences, Assistant
Medical University of Sofia, Bulgaria*

Alexandrina Vodenicharova

*PhD in Medical Sciences, Associate Professor
Medical University of Sofia, Bulgaria*

Donka Baikova

*PhD in Medical Sciences, Professor
Medical University of Sofia, Bulgaria*

Dimitar Markov

*PhD in Medical Sciences, Professor
Medical University, Sofia
E-mail: d.baykova@abv.bg*

MEDICAL AND BIOLOGICAL ANALYSIS AND ASSESSMENT OF NUTRIENT AND ATHEROGENIC QUALITY OF THE YOLK

Abstract. *in recent years, among health professionals, supporters of healthy nutrition, athletes, people with chronic non-infectious diseases, etc., there are discussions about the role of egg yolk as an atherogenic risk factor that increases the level of cholesterol in the blood. The purpose of this work is to conduct a medical and biological analysis and assess the nutritional and atherogenic properties of the*

egg yolk. Sociological and documentary methods were used. The results show that eggs are a unique nutritional product of wildlife, affordable and preferred nutrition in healthy, dietary, therapeutic and sports nutrition regimes. 1 medium-sized egg (56 g) is the source of 80 kcal, 7 g protein, 5 g fat, including. 240 mg of cholesterol. Biologically active phospholipids account for 1/3 of the fat content of the egg yolk. The amount of phospholipids is 6 times higher than the cholesterol content and contributes to its problem-free metabolism to the products of decomposition and removal from the body. Synergistic hypocholesterolemic action has also carotenoid lutein, which is contained in the yolk and is a coloring substance with a high antioxidant capacity. Recommendations of experts on known limitations apply only to people with cardiovascular and biliary problems. The conclusion is made that the egg yolk contains cholesterol, but it is also rich in lecithin and other biologically active substances that have a synergistic hypocholesterolemic effect and does not lead to an increase in atherogenic risk in a healthy and active person.

Keywords: *eggs, biological fullness, health safety, balanced diet, diet regime, health promotion*

Проблема: Богатое биологическое содержание протеинов в яйце было объявлено ВОЗ эталоном содержания белка и не является предметом этого обсуждения. Продолжающиеся дискуссии обсуждают влияние на здоровье других питательных и биологически активных веществ, содержащихся в яйцах [1, 4]. Различные социальные группы - медицинские работники, сторонники здорового питания, активные спортсмены, люди с хроническими неинфекционными заболеваниями и др., обсуждают роль яичного желтка как атерогенного фактора риска для повышения уровня холестерина в сыворотке крови. Анализ и оценке подвергался профиль жировой кислоты и холестерин, присутствующие в составе яичного жира [2, 5, 7].

Целью настоящей работы являются: проведение медико-биологического анализа и оценка питательных и атерогенных свойств яичного желтка.

Использованы социологические и документальные **методы**.

Результаты. Желток яйца представляет собой *белково-жировую концентрат*. Желтый цвет обусловлен *альфа- и бета-каротинами, липохромами* и другими красителями, содержащимися в композиции.

Белки в яичном желтке составляют **16%** - с основными фракциями: *вителлин (70%), ливинин (около 20%), фосфитин (9%)* и др. **Жиры** в общей массе яйца составляют **9,5%** и концентрируются только в желтке. Они характеризуются высокими биологическими показателями и поглощаемостью - до **96%**. Их состав включает: фосфолипиды (в т.ч. лецитин), кефилин, сфингомиелин, холестерин и другие. **70%** жирных кислот являются ненасыщенными (олеиновая, линоленовая, линолевая). В яичном желтке содержится холестерин - 450-500 мг / 100 г или около 240 мг в одном желтке. В яичном белке жир и холестерин отсутствуют. [1, 2, 6]

Отсутствие прямой корреляции между атерогенным эффектом и содержанием холестерина в яичном желтке объясняется тем, что количество биологически активных фосфолипидов (в основном - лецитина) составляет 1/3 от общей жировой массы яичного желтка, при этом отношение фосфолипида к холестерину составляет 6:1. Медицинские данные исследований многих групп авторов свидетельствуют о том, что фосфолипид лецитина, в состав которого входят инозитолы (витамин В8), холин и альфа - линолевая кислота, в сочетании с жирорастворимыми витаминами А и D, выводят холестерин из крови и атеросклеротических бляшек и, используя липопротеин высокой плотности (ЛПВП), переносят его в печень, где он метаболизируется в продукты пищеварения. И еще: каротиноидный лютеин в желтке обладает мощными антиоксидантными свойствами. Кроме улучшения зрительных функций аппарата глаза лютеин обладает выраженным гипохолестеринемическим эффектом - синергическим с эффектом фосфолипидного комплекса в жировой массе желтка. Лецитин в желтке также благоприятно влияет на печень, нервную систему, подавляет токсические эффекты тяжелых металлов - ртути, мышьяка, свинца и т. д. в организме

человека, работающего в загрязненной среде. Холин улучшает функции памяти головного мозга, облегчает выделение продуктов распада метаболизма и токсичных агентов из печени к почкам, чтобы затем выйти из организма с мочой [3, 5].

Обсуждая процесс получения холестерина через пищу, правильнее отметить, что более **80%** его количества в теле человека является продуктом **паренхимы печени** и только около **20%** - получаются за счет потребления пищи: потребления гидрогенизированных жиров (источников транс-жирных кислот); высокожирных молочных продуктов и жирного мяса, богатого насыщенными жирными кислотами. Состав жирной кислоты яичного желтка содержит ряд **омега-3 жирных кислот**, также имеющих гипохолестеринемическое действие.

Биологическая роль холестерина:

Холестерин имеет незаменимую биологическую роль: он участвует в мембранной структуре каждой клетки человеческого организма. Ряд гормонов и соединений синтезируются из холестерина: гормоны надпочечников - кортизон, кортикостерон, альдостерон; мужские и женские половые гормоны; витамин D; желчные кислоты; десятки метаболически активных веществ, жизненно важных для нормального обмена веществ. Участвует в реализации связей между отдельными нейронами и функциями *центральной нервной системы* [5, 6].

Витамины в яичном желтке представлены как жирорастворимым спектром: витамином **A** (0,22 мг), витамином **D** (200 мг), вит. **E** (1 мг), так и водорастворимым спектром: витаминами группы **B**: **B2** (рибофлавином); **B12** (циан кобаламином); **B9** (фолиевой кислотой); **PP** (ниацином, вит. **B3**); вит. **H** (биотином, вит. **B7**); инозитом (вит. B8) и т.д. Витамины группы **B** благоприятно влияют на функцию нервной системы. Особенно ценным является холин (**B4**), при дефиците которого наблюдаются усталость, нервозность и недостаток концентрации. Эти ценные витамины полезны для

всего организма - зрения, регенеративных функций, костной системы и помогают бороться со свободными радикалами.

Ценные *жирорастворимые* витамины - *A, E, D, K* оказывают благотворное влияние на зрение, регенеративные функции, костную систему и борьбу со свободными радикалами. Доступный бетаин (триметилглицин) в желтке является серосодержащим веществом, которое положительно влияет на работу желудочно-кишечного тракта, печени, волос, жирового обмена (сжигания жира).

Минералы, содержащиеся в яичном желтке: кальций, медь, марганец, железо (в абсорбируемой форме для процессов формирования крови), йод (участвующий в функциях щитовидной железы), *селен* (с антиоксидантными свойствами), *цинк* и т. д. Минеральный состав успешно используется при составлении диет людей с анемией, в период восстановления после тяжелой болезни, для стимулирования метаболических процессов.

Углеводы (0,72%) в яичном желтке являются полисахаридами и имеют незначительное количество. Они состоят из *маннозы, галактозы, глюкозамина*.

Энергетическая ценность яичного желтка составляет около 67-68 килокалорий/в одной штуке, а целого яйца (50-60 г) - 80 ккал, [1, 4].

Считается, что потребление 6 яиц в неделю не связано с риском для здоровья здоровых людей трудоспособного возраста. Пациенты, страдающие от метаболических, сердечно-сосудистых и желчевыводящих проблем, ограничивают потребление целых яиц по указанию медицинского работника, а те, кто страдает от аллергии на яйца, их не употребляет [3-5].

Заключение. Яичный желток имеет высокое содержание холестерина, но в то же время он богат лецитином и другими биологически активными веществами с синергической гипохолестеринемической активностью. Для достижения стабильного хорошего здоровья важно, чтобы каждый принимал обоснованные решения о выборе продуктов питания и сводил к минимуму факторы риска при выбранном образе жизни.

Список литературы:

1. Eggs: They can be part of a healthy diet! // Heart and Stroke Foundation. February 10. 2010 // Insider.
2. Fernandez, ML. Dietary cholesterol provided by eggs and plasma lipoproteins in healthy populations // Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care. 2006. Vol. 9: 1.p 8–12.
3. Fuentes F, Lopez-Miranda J, Sanchez E, et al. Mediterranean and low-fat diets improve endothelial function in hypercholesterolemic men // Ann Intern Med. 2001;134:1115–9. [PubMed].
4. Krauss RM, Eckel RH, Howard B, et al. Revision 2000: A statement for healthcare professionals from the Nutrition Committee of the American Heart Association // J Nutr. 2001; 131:132–46. [PubMed].
5. Qureshi AI, Suri FK, Ahmed S, Nasar A, Divani AA, Kirmani JF. Regular egg consumption does not increase the risk of stroke and cardiovascular diseases // Med Sci Monit. 2007; 13:CR1–8. [PubMed].
6. Spence JD, Jenkins DJA and Davignon, J. Dietary cholesterol and egg yolks: Not for patients at risk of vascular disease // Can J Cardiol. 2010 Nov; 26(9): e336–e339.
7. Staprans I, Pan XM et al. Oxidized cholesterol in the diet is a source of oxidized lipoproteins in human serum // J Lipid Res. 2003; 44:705–15. [PubMed].

УДК 616.831-005

Андрей Сергеевич Матвеюк

Студент

Полесский государственный университет,

г. Пинск, Беларусь

Екатерина Евгеньевна Лебедь-Великанова

Старший преподаватель

Полесский государственный университет,

г. Пинск, Беларусь

E-mail: matveyuk.99@mail.ru

ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

Аннотация. В статье рассматриваются вопросы по восстановлению речевых нарушений после болезни инсультом, определяется значение восстановления людей данной категории.

Ключевые слова: восстановление после инсульта, речевые нарушения.

Sergeevich Andrey Matveyuk

Student

Polessky State University, Pinsk, Belarus

Katsiaryna Evgenievna Lebedz-Velikanova

Senior lecturer

Polessky State University, Pinsk, Belarus

E-mail: matveyuk.99@mail.ru

RECOVERY OF SPEECH DISORDERS AFTER THE INSULT

Abstract. The article deals with the issues of restoring speech disorders after stroke, determining the importance of recovery of people in this category.

Keywords: recovery after a stroke, speech disorders.

Актуальность. Эксперты всемирной организации здравоохранения предполагают, что в XXI веке инсульт будет одним из самых частых заболеваний.

Всему этому способствует увеличение напряженности жизни, загрязнение окружающей среды, вредные привычки, избыточное по

калорийности и недостаточное по качеству питание, малоподвижный образ жизни, плохая наследственность – этого вполне достаточно, так же существует другая причины – старение населения [1].

В мире в структуре смертности населения острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) занимают третье место после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. По статистике ежегодно на каждые 1000 населения приходится 25-30 инсультов. На сегодняшний день в мире регистрируют более 4 млн. случаев инсульта в год, из них 519 000 – в Европе.

Инсульт – это третья ведущая причина смертности людей во всем мире и основная причина формирования стойкой инвалидности. Примерно 1/3 инсультов приводит к смерти. В среднем не более 55% больных выживают в течение 5 лет. 18% выживших утрачивают способность говорить, 22% — теряют способность работать, у 32% — развивается тяжелая депрессия, 48% — перестают самостоятельно передвигаться [2, 21].

В мире от инсульта каждую минуту умирают 10 человек. В Беларуси же на сегодняшний день в зоне риска находятся 2 млн человек, а случаев инсульта в 2–2,5 раза больше, чем в европейских государствах.

Заведующий неврологическим отделением РНПЦ неврологии и нейрохирургии Сергей Лихачев говорит, что инсульт – это проблема не только медицинская, но и социальная. За прошлый год болезнь поразила 32 тысячи белорусов, 30% из них – молодежь.

За последние 10 лет в Беларуси были улучшены качества оказания медицинской помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения. По словам главного специалиста страны по неврологии, сейчас жизнь сохраняют 87 человекам из 100 [7].

Согласно Базеко Н.П. инсульт, или сосудистый мозговой удар, возникает в результате ухудшения кровоснабжения головного мозга. Это происходит при нарушении проходимости или целостности артерий, питающих головной мозг. Другими словами, инсульт – это острое нарушение мозгового кровообращения, сопровождающееся внезапным расстройством

функций головного мозга. Диагноз «инсульт» становится в том случае, если описанное состояние продолжается более 24 часов или приводит к смерти [2, 1].

Самыми частыми последствиями инсульта являются двигательные нарушения в виде паралича или пареза. По данным Регистра инсульта НИИ неврологии РАМН, к концу острого периода инсульта гемипарезы наблюдались у 81,2% выживших больных, в том числе гемиплегия – у 11,2%, грубый и выраженный гемипарез – у 11,1%, легкий и умеренный гемипарез – у 58,9% [4, 532].

На втором месте идут речевые нарушения. По данным Регистра инсульта НИИ неврологии РАМН, к концу острого периода инсульта афазия наблюдалась у 35,9%, дизартрия – у 13,4% больных [4, 534].

Задачи реабилитационных мероприятий:

- Частичное или полное восстановление утраченных функций.
- Скорейшая социальная адаптация больного.
- Профилактические меры для предотвращения ухудшения важных функций. Болезнь доставляет сильный эмоциональный дискомфорт, но, ни в коем случае нельзя «опускать руки».
- Профилактика повторных инсультов.

Нарушение речи делят на 2 большие группы: афазии и дизартрии. Афазия – это расстройство мышления, при котором человек либо не понимает услышанные слова, либо не может вспомнить название или смысл слов. Дизартрия же – это нарушение правильного произношения звуков, при котором нет дефектов в понимании речи окружающих, в чтении и письме. Не всегда восстановление речи происходит с параллельным восстановлением движений. Часто процесс нормализации речи затягивается от 1 до 3 лет [7, 65].

Практически всегда расстройство речи сопровождается также нарушением чтения, письма и счета. Поэтому при проведении занятий с больным необходимо использовать различные вспомогательные пособия.

Ими могут быть:

- предметные и сюжетные картинки (их можно вырезать из детских книжек или журналов);
- разрезная азбука, букварь, счетные палочки;
- книги для чтения (в первое время — это книги для младшего возраста, с простым и легким текстом).

Занятия по восстановлению речи лучше всего проводить по 30-60 минут 2-3 раза в день. Однако многие больные не могут долго концентрировать свое внимание. При длительном умственном напряжении у них возникают головные боли, головокружение, повышается кровяное давление. В таких случаях занятия следует проводить по 10-15 минут, но количество их в течении дня увеличить до 5-7 раз [3, 95].

Речь человека в основном состоит из трех составляющих:

- понимание значения слова;
- понимание значения предложения;
- понимание значения целого высказывания.

Некоторые логопеды рекомендуют использовать в работе с больным метод пения. Когда больной поет отдельные слоги, слова и фразы, то у него быстрее восстанавливаются плавность речи и автоматизация.

Упражнения для восстановления правильного речевого дыхания:

- дуть в трубочку или на ватный шарик, бумажную полоску, обращая внимание на плавность выдоха и постепенное его удлинение;
- гасить спички и свечи;
- дуть на шарики разного диаметра из фольги, добиваясь короткого и направленного выдоха.

В процессе выполнения статистических дыхательных упражнений больной должен сосредоточить внимание на активной работе губ, по возможности, не напрягая мышц лица и шеи [5, 55].

Вывод. Таким образом, реабилитационные мероприятия оказывают влияние на:

- полное или частичное восстановление утраченных функций
- быструю социальную адаптацию больного
- восстановление речи с помощью картинок, разрезных азбук, букварей и счетных палочек.

Список литературы:

1. Инсульт в цифрах. – Режим доступа: https://www.celt.ru/articles/art/art_84.phtml. – Дата доступа: 30.03.2018 г.
2. Карреро, Л. Инсульт: программа реабилитации/Карреро Л.—М.: Мед, лит. 2013. – С. 1-4
3. Онучин Н.А. Жизнь после инсульта. – М.: АСТ; СПб.: Сова; Владимир: ВКТ, 2008. – С.94-95
4. Рябова В.С. Отдаленные последствия мозгового инсульта (по материалам регистра) //Журн. невропат, и психиатр. –1986 – №4–С.532–536.
5. Скворцова В.И. Основы ранней реабилитации больных с острым нарушением мозгового кровообращения /Под ред. В.И. Скворцовой. – М.: Литерра, 2006. – 55 с.
6. Федерация профсоюзов в Беларуси. [Электронный ресурс] URL: <http://1prof.by/news/society/d58b20eea8c2afc.html>. – (Дата обращения 30.03.2018 г.)
7. Юнчис Н.О. Реабилитация после инсульта: лучшие практические рекомендации для больных и их близких. – Санкт-Петербург, Изд-во «Вектор», 2010. –С. 65-66

УДК 364-57(571.55)

Татьяна Васильевна Молчанова

врач по ЛФК,

ГБУСО «Центр медико-социальной реабилитации инвалидов

«Росток» Забайкальского края,

г. Чита, Россия

Сергей Тихонович Кохан

Канд. мед. наук, доцент,

Забайкальский государственный университет,

г. Чита, Россия

E-mail: ISPSmed@mail.ru

**АНАЛИЗ ОПЫТА ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ДИНАМИЧЕСКОЙ
ПРОПРИОЦЕПТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ В ЦЕНТРЕ МЕДИКО-
СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ «РОСТОК»
ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ**

Аннотация. В статье представлен анализ опыта реабилитации инвалидов с применением метода динамической проприоцептивной коррекции на базе реабилитационного центра.

Ключевые слова: реабилитация, инвалид, лечебный костюм, коррекция.

Tatyana Vasilyevna Molchanova

doctor LFK,

«Center of medico-social rehabilitation of disabled people «Rostock»

Zabaykalsky Krai, Chita, Russia

Sergey Tikhonovich Kokhan

PhD in Medical Science, Associate Professor,

Transbaikal State University, Chita, Russia

E-mail: ISPSmed@mail.ru

**ANALYSIS OF EXPERIENCE OF APPLICATION OF A METHOD
OF DYNAMIC PROPRIOTSEPTIVNY CORRECTION IN THE CENTER
OF MEDICO-SOCIAL REHABILITATION OF DISABLED PEOPLE
«ROSTOCK» OF ZABAYKALSKY KRAI**

***Abstract:** The analysis of experience of rehabilitation of disabled people with application of a method of dynamic proprioseptivy correction on the basis of the rehabilitation center is presented in article.*

***Keywords:** rehabilitation, disabled person, medical suit, correction.*

Актуальность. Детский церебральный паралич развивается, по разным данным, в 2-3,6 случаях на 1000 живых новорожденных и является основной причиной детской неврологической инвалидности в мире. В Российской Федерации распространённость зарегистрированных случаев детского церебрального паралича (ДЦП) составляет 2,2-3,3 случая на 1000 новорождённых [1, 2, 3].

Сегодня, согласно, клиническим рекомендациям по ДЦП от 2017 года отечественной разработкой, нашедшей широкое применение в комплексной реабилитации пациентов с ДЦП, является использование метода динамической проприоцептивной коррекции, осуществляемой при помощи специализированных костюмов (например, Адели, Гравистат, Атлант) [4, 5].

Уровень убедительности рекомендаций – В (дальнейшие исследования могут оказать значимое влияние на мнение в отношении эффекта и даже изменить его. Доказательность основана на одном исследовании высокого качества или нескольких исследованиях с определенными ограничениями).

Уровень достоверности доказательств-5 (Экспертное мнение, не подверженное явной критике, либо основанное на понимании физиологии, данных доклинических исследований или основных принципах диагностики).

Лечебный костюм «Адели» представляет собой силовую систему, состоящую из опорных элементов: жилетка, шорты, надколенники и эластичных регулируемых тяг, с помощью которых, с лечебной целью создается целенаправленная коррекция позы и дозированная нагрузка на опорно-двигательный аппарат пациентов с целью нормализации проприоцептивной афферентации.

В основу медицинского технического средства реабилитационный пневмокостюм (РПК) «Атлант» взят высотный компенсирующий костюм, предназначенный для обеспечения жизнедеятельности условий летчику. РПК «Атлант» выполнен в виде комбинезона, из плотной специальной ткани, в котором встроены эластичные камеры, в которые нагнетается воздух. Под воздействием накаченного воздуха, натягивается ткань костюма, что обеспечивает своеобразное корсетирование туловища и конечностей. В результате происходит растяжение мышц, связочного и суставного аппарата, при этом усиливается проприоцептивное раздражение. Создаются нейрофизиологические предпосылки для восстановления, нарушенного позотонического контроля.

В центре медико-социальной реабилитации инвалидов «Росток» лечебный костюм «Адели» применяется с 2005 г., реабилитационный пневмокостюм «Атлант» с 2014 г.

Лечебные костюмы назначались в рамках комплексной реабилитации вместе с курсом массажа, ЛФК, физиолечения, иппотерапии, гидрокинезитерапии.

Более 90% детей, у которых использовались лечебные костюмы – это дети с диагнозом детский церебральный паралич. Другие заболевания, при которых использовались лечебные костюмы это – последствия перенесенной нейроинфекции, последствия острого нарушения мозгового кровообращения, последствия черепно-мозговой травмы, органическое поражение нервной системы, болезнь Дауна, врожденные аномалии развития головного и спинного мозга, врожденная косолапость (после оперативного лечения), резидуальная энцефалопатия, окклюзивная гидроцефалия, миопатия Дюшена, синдром Денди-Уокера, синдром Ретта.

При анализе ежегодной результативности с 2011г. в группе ЛК «Адели» стабильно преобладает результат – улучшение функции с частотой от 49% до 66%. В группе РПК «Атлант» улучшение функции составляет от 50% до 64%.

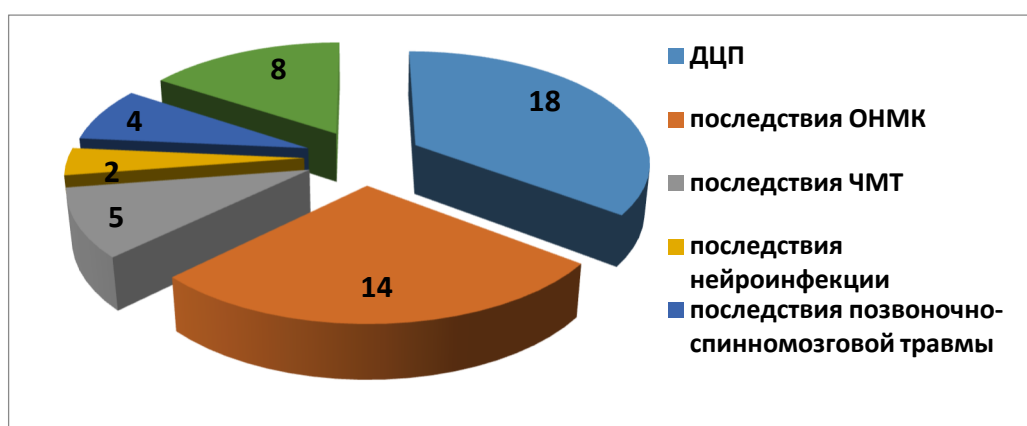
С 2016 года в центре «Росток» функционирует еще один прибор, работа которого основана на принципе динамической проприоцептивной коррекции – имитатор опорной нагрузки подошвенный (модель «Корвит»).

В основе работы программно-аппаратного комплекса «Корвит» лежит принцип пневмомеханического давления на участвующие в ходьбе опорные зоны стоп: пяточные и плюсневые. Таким образом, за счет механической стимуляции опорных зон стоп, формируется мощный афферентный поток импульсации, который оказывает регенерирующее действие на структуры ЦНС, моделируется сенсорный образ ходьбы в режиме физиологической закрепленной в эволюции циклограммы шага [6].

По конструкции «Корвит» представляет собой две пневмокамеры, выполненные в форме обуви, подключенные к блоку питания и генерации импульсных режимов.

За отчетный период было проведено 51 курс процедур на аппарате «Корвит».

Распределение детей по нозологиям



Из этого числа – 35% – 18 человек — это лица с ДЦП, III IV уровень по шкале GMFCS (шкала глобальных моторных функций). Наилучших результатов – улучшение функции – удалось добиться в группе пациентов с последствиями перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения 79% (11 человек), с последствиями позвоночно-спинномозговой травмы – 75% (3 человека) и у лиц с ДЦП – 50% (9 человек). В остальных группах

преобладающий результат – улучшение общего состояния. Вот некоторые функциональные улучшения, которых удалось добиться при помощи прибора «Корвит»: улучшение координации и равновесия, улучшение кинематического рисунка шага, улучшение чувства опоры пораженной конечностью, овладение новыми этапами в ходьбе – перешагивание через порог, ходьба по лестнице переставляя ноги, ходьба с использованием вспомогательных средств и ходьба с отказом от использования вспомогательных средств, улучшение или появление чувствительности в пораженных сегментах тела.

На основании анализа многолетнего опыта применения метода динамической проприоцептивной коррекции при помощи ЛК «Адели», РПК «Атлант», и имитатора опорной нагрузки подошвенного – модель «Корвит», в комплексной реабилитации инвалидов в условиях центра «Росток» можно сделать следующие выводы:

Метод динамической проприоцептивной коррекции является высокоэффективным средством в комплексной реабилитации инвалидов с патологией опорно-двигательной системы.

Наилучшие результаты были достигнуты у лиц с ДЦП (для лечебных костюмов и аппарата «Корвит») и у лиц после перенесенного инсульта или позвоночно-спинальной травмы (для аппарата «Корвит»).

Список литературы:

1. Бадалян Л.О. Детские церебральные параличи / Л.О. Бадалян, Л.Т. Журба, О.В. Тимонина. – Киев: Здоров'я, 1988. – 328 с.
2. Детский церебральный паралич. Клинические рекомендации 2017 г.
3. Реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья / С.Т. Кохан., Ю.Ю. Шурыгина, А.В. Патеюк [и др.] / под ред. С.Т. Кохана. Чита, ЗабГУ, 2016. – 280 с.

4. Dan B. Cerebral palsy: science and clinical practice / B. Dan, M. Mayston, N. Paneth, L. Rosenbloom. – London: Mac Keith Press, 2014. – 692 p.
5. Miller F. Physical Therapy of Cerebral Palsy. Springer Science & Business Media, 2007. – 416 p.
6. Инструкция по применению имитатора опорной нагрузки подошвенного (модель «Корвит») 2014 г.

УДК: 203-257-230:616.728.3-085

Нилуфар Юнусжоновна Нишонбоева

Ассистент

Ташкентская медицинская академия,

г. Ташкент, Узбекистан

Сагдияна Насруллаевна Буранова

Ассистент

Ташкентская медицинская академия,

г. Ташкент, Узбекистан

E-mail: sagdiana87@mail.ru

Дилором Абдухалиловна Абзалова

Ассистент

Ташкентская медицинская академия,

г. Ташкент, Узбекистан

Адибахон Муротхоновна Саидхонова

Ассистент,

Ташкентская медицинская академия,

г. Ташкент, Узбекистан

E-mail: adibakhon88@mail.ru

**СОМАТИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ У ЖЕНЩИН В РАЗЛИЧНЫЕ
ДЕКАДЫ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА**

Аннотация. Начало менопаузы у женщин сочетается с развитием коморбидных состояний. Нами проведена оценка частоты и характера соматической патологии. На основании анализа 150 медицинских карт женщин в возрасте от 40 до 60 лет по данным обращаемости установлено, что менопауза ведет к увеличению числа и сочетания коморбидных состояний.

Ключевые слова: женщины, климактерический период, сочетанная патология, наблюдение специалистов.

Nilufar Yunusjanovna Nishonboyeva

Assistant

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

Sagdiana Nasrullaevna Buranova

Assistant

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

E-mail: sagdiana87@mail.ru

Dilorom Abdukhailovna Abzalova

Assistant

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

Adibakhon Murotkhonovna Saidkhonova

Assistant

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

E-mail: adibakhon88@mail.ru

SOMATIC PATHOLOGY IN WOMEN VARIOUS DECADES OF CLIMACTERIC PERIOD

Abstract. *The onset of menopause in women is combined with the development of comorbid conditions. We estimated the frequency and nature of somatic pathology*

in women during the various periods of the climacteric period. Based on the analysis of 150 medical cards of women aged 40 to 60 years, according to the data of reversibility, it is established that menopause leads to an increase in the number and combination of comorbid conditions.

Keywords: *women, climacteric period, combined pathology, observation of specialists.*

В климактерический период на фоне снижения эстрогенов у женщин развиваются различные заболевания, которые часто сочетаются между собой. Гипоэстрогения может способствовать развитию артериальной гипертензии (АГ), дислипидемии, ишемической болезни сердца (ИБС), метаболическому синдрому (МС), миокардиодистрофии, сахарному диабету (СД) 2-го типа, желчнокаменной болезни (ЖКБ), а также формированию психосоматических расстройств. Связь гипоэстрогении с различными заболеваниями отмечают многие авторы [1, 2, 3, 4].

Целью исследования явилось выявить частоту и характер соматической патологии у женщин в различные декады климактерического периода по материалам обращаемости в лечебно-профилактическое учреждение.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе «Поликлиника № 38» г. В исследовании принимали участие 90 женщин в возрасте от 40 до 60 лет, проходившие лечение в дневном стационаре. Для выявления сочетанной патологии проводился анализ 90 «Медицинских карт стационарного больного» форма №003/2 – у и 90 «Медицинских карт амбулаторного больного» (форма № 025/у). Все пациентки были разделены на 3 группы по 30 человек: I группа - женщины в раннем климактерическом периоде (с сохраненной менструацией), возраст $42,2 \pm 1,8$ года, II группа - женщины в перименопаузальном периоде (от начала климактерических симптомов: нерегулярная менструация, симптомы эстроген-дефицитного состояния, до 2 лет после последней самостоятельной менструации), возраст $50,1 \pm 3,2$ года; III группа - женщины в постменопаузе (менструация

отсутствовала от 2 до 8 лет) возраст пациенток составил $54,4 \pm 3,8$ года (3-я группа). У всех женщин определялись индекс массы тела (ИМТ), отношение объема талии к объему бедер (ОТ/ОБ), общий холестерин (ОХС). Нормой считался уровень ОХС $<5,2$ ммоль/л. Исследование проводилось на автоматическом биохимическом анализаторе «MARS» фирмы «MedisonCo.» (Корея).

Обработка полученных данных выполнена с помощью пакета программ Statistica 6,0. При описании количественных показателей с нормальным распределением приводили среднее значение (M) и стандартное отклонение. Для качественных показателей определяли частоту выявления показателя в процентах. Сравнение значений количественных признаков в группах выполнено с помощью t-критерия Стьюдента для независимых выборок, качественных признаков с помощью критерия Пирсона χ^2 . Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования. В менопаузальный период у женщин нарастает частота соматической патологии, что зачастую связано с гормональными нарушениями. Наиболее часто у женщин в климактерическом периоде диагностировалось ожирение при ИМТ ≥ 30 кг/м² или ОТ/ОБ более 0,85, АГ при АД ≥ 140 и 90 мм рт.ст., ЖКБ, хронический холецистит, панкреатит, заболевания щитовидной железы, дорсопатии. Структура и частота выявленной патологии представлена в табл. 1.

Таблица 1

Структура и частота патологии внутренних органов у женщин в климактерии

Нозологические формы выявленной патологии	Ранний климактерический период (n=30)		Перименопауза (n=30)		Постменопауза (n=30)	
	абс.ч.	(%)	абс.ч.	(%)	абс.ч.	(%)
Ожирение	17	34	34 1-2*	68	28 1-3*	56
АГ	10	20	15	30	25	50

			2-3*		1-3**	
ЖКБ /холецистэктомия	сен.18	01.фев	19.мар 1-2**	38/6	11.июл 1-3*	22/14
Хр. холецистит/ хр. панкреатит	06.июн	12.дек	10.сен	20/18	07.июн	14.дек
Гастрит, язвенная болезнь	3	6	7	14	13	26 1-3**
Дорсопатия	9	18	13	26	12	24
Заболевания щитовидной железы (тиреоидит, узловой зоб)	4	8	7	14	10	20 1-3*
Варикозная болезнь нижних конечностей	3	6	6	12 1-2*	11	22 1-3**
Мочекаменная болезнь, хр. пиелонефрит	4	8	8	16 1-2*	15	30 1-3**
Миома матки	3	6	6	12 1-2*	2	4
Анемия	4 (8)	8	7	14 1-2*	5	10

Примечание. Достоверность различий * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$ при сравнении с показателями между 1-2-й, 2-3 и 1-3 группами.

Как видно из таблицы 1, в перименопаузальном периоде у женщин отмечается увеличение частоты встречаемости по всем представленным нозологиям, кроме ИБС. Достоверные различия по частоте встречаемости заболеваний получены среди женщин в перименопаузе по ожирению, АГ, ЖКБ, варикозной болезни нижних конечностей (ВБНК), мочекаменной болезни (МКБ), миомы матки и анемии. У пациенток в постменопаузе достоверно чаще, чем у регулярно менструирующих женщин, встречались ожирение, АГ, ЖКБ, язвенная болезнь, ВБНК, МКБ, сахарный диабет. Значительное повышение ОХС в постменопаузе отмечалось у женщин с ИБС. ОХС более 5,0 ммоль/л в I группе отмечался у 51% женщин, во II и III групп

59% и 86% соответственно. У пациенток с постменопаузой ОХС более 4 ммоль/л выявлялся в 96% и с ИБС в 100% случаев.

В связи с ростом заболеваемости отмечается и увеличение обращаемости женщин к врачам различных специальностей (Табл. 2).

Таблица 2

Обращаемость женщин в поликлинику к врачам различных специальностей

Специалисты	Ранний климактерический период (n = 30)		Перименопауза (n = 30)		Постменопауза (n = 30)	
	абс.ч.	(%)	абс.ч.	(%)	абс.ч.	(%)
	Гинеколог	7	14	17	34 1-2**	15 1-3*
Терапевт	11	22	18	36	24 1-3*	48
Эндокринолог	8	16	10	20	12 1-3*	24
Гастроэнтеролог	6	12	6	12	12 1-3*, 2-3*	24
Невролог	9	18	9	18	14 1-3*, 2-3*	28

Достоверность различий * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$ при сравнении с показателями между 1-2-й, 2-3-й и 1-3-й группами.

Как видно из таблицы (табл. 2) в раннем периоде климактерия пациентки нуждались в консультации терапевта, невролога и эндокринолога, в перименопаузе при нарастании нейровегетативной симптоматики в наблюдении терапевта, гинеколога и эндокринолога, а в постменопаузальном периоде в большей степени требовалось наблюдение терапевта, гинеколога и невролога. Обращаемость среди женщин к поликлиническим врачам увеличивается в пери - и постменопаузу в 1,5 – 2 раза.

В климактерическом периоде отмечается повышение частоты встречаемости (табл.1) таких заболеваний, как ожирение, артериальная гипертензия, желчнокаменная болезнь, заболевания щитовидной железы и др., напрямую связанных с гормональными нарушениями, происходящими у женщин в этот период, нарушениями нейроэндокринной регуляции со стороны высших отделов ЦНС, активацией симпатoadреналовой и ренин-ангиотензиновой систем. Проблема ведения женщин в климактерическом периоде заключается в том, что женщины обращаются к врачам, как правило, уже при развернутой картине заболеваний или даже при наличии осложнений, а сочетание нескольких заболеваний подчас ухудшают их течение и прогноз. Кроме того, в климактерии увеличивается не только частота встречаемости, но и частота обращаемости женщин с соматической патологией за медицинской помощью к различным специалистам, что требует своевременного взятия их на «Д» учет у терапевта, с привлечением специалистов соответствующего профиля.

Выводы. Таким образом, у женщин по мере увеличения продолжительности климактерического периода увеличивается число заболеваний и частота обращений к врачам различных специальностей, что требует преемственности в работе различных специалистов.

Список литературы:

1. Баранова Е.И. Артериальная гипертензия в постменопаузе: патогенез и подходы к терапии. Фарматека. – 2009, №12. - С. 29 – 33
2. Глезер М.Г. и участники исследования SELena. Подтверждение безопасности и терапевтического эффекта бетаксолола при лечении легкой и умеренной артериальной гипертензии у женщин с климактерическим синдромом. Проблемы женского здоровья и пути их решения. – 2008, № 1(3). – С. 12-21

3. Попов А.А. Соматическая патология у женщин в климактерии: клинико-функциональные, психологические и организационно-методические аспекты. Автореф. дисс.д.м.н. - Екатеринбург: 2009. – С. 47
4. Чазова И.Е., Сметник В.П., Балан В.Е., Зайдиева Я.З. и др. Ведение женщин с сердечно-сосудистым риском в пери- и постменопаузе: консенсус кардиологов и гинекологов Российский медицинский журнал. – 2016, №4. – С. 61 -78.
5. Fulson D.T. Of menopause in women // N. Engl. J. Med. – 2009. – Vol. 354. – P.841 – 848.

УДК:003052700

Нилуфар Юнусжонова Нишонбоева

Ассистент,

Ташкентская медицинская академия,

г. Ташкент, Узбекистан

Лола Анваровна Абдурахимова

Старший преподаватель,

Ташкентская медицинская академия,

г. Ташкент, Узбекистан

Адибахон Муротхоновна Саидхонова

Ассистент,

Ташкентская медицинская академия,

г. Ташкент, Узбекистан

E-mail: adibakhon88@mail.ru

ФАКТОРЫ РИСКА У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ

Аннотация. В статье рассматриваются вопросы факторов риска у женщин в климактерическом периоде: сердечно-сосудистых заболеваний,

депрессивных расстройств, остеопороза, остеоартроза и метаболического синдрома.

Ключевые слова: *женщина, климактерический период, остеоартроз, метоболический синдром.*

Nilufar Yunusjonovna Nishonboyeva

Assistant,

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

Lola Anvarovna Abdurakhimova

Senior Lecturer,

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

Adibakhon Murotkhonovna Saidkhonova

Assistant

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

E-mail: adibakhon88@mail.ru

RISK FACTORS IN WOMEN IN THE CLIMATIC PERIOD

Annotation. *The article considers the issues of risk factors in women in the climacteric period of cardiovascular diseases, depressive disorders, osteoporosis, osteoarthritis and metabolic syndrome.*

Keywords: *woman, climacteric period, osteoarthritis, metabolic syndrome.*

Значительное повышение частоты сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у женщин после наступления менопаузы не вызывает сомнений. Причину этого ряд исследователей видит в изменении гормонального фона, возникающей в этот период жизни женщины. Прежде всего, речь идет о снижении уровня эстрогенов, которые обладают кардиопротективным действием. В связи с этим неоднократно предпринимались попытки использования гормональной терапии эстрогенными и эстроген гестагенными препаратами для первичной и вторичной профилактики ССЗ у женщин.

Однако результаты завершенных крупных многоцентровых плацебо-контролируемых исследований не позволили решить вопрос однозначно. Они, без сомнения, нуждаются в дополнительном анализе. Очевидно, что дефицит эстрогенов многопланово влияет на сердечно-сосудистую систему, запуская множество механизмов: влияние на липидный обмен, формирование инсулинорезистентности и эндотелиальной дисфункции. Тем не менее, в современных условиях эстроген-гестагенные препараты не могут рассматриваться как средства первичной и вторичной профилактики ССЗ. На женщину, вступившую в климактерический период, продолжают действовать ряд других факторов. По данным последних лет в популяции велика распространенность дислипидемий, в том числе семейных, растет частота ожирения, курения и других независимых факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. Появились данные о роли депрессивных расстройств, остеопороза, остеоартроза в повышении частоты ИБС. С другой стороны, данные об эффективности у женщин различных групп препаратов, применяемых для лечения ССЗ, также весьма неоднозначны. Наличие высокой социальной значимости повышения заболеваемости и смертности женщин после выключения функции яичников послужили основой для разработки рекомендаций по профилактике и лечению ССЗ у этой категории пациентов. В связи с этим, для дальнейшего понимания роли различных факторов в развитии ССЗ, необходимо проведение исследований, изучающих их частоту и вклад в развитие атеросклероза и ИБС и оптимизация коррекции ССЗ у женщин в климактерическом периоде.

Обсуждение. Частота и структура атерогенных дислипидемий. Нормальные показатели липидного обмена зафиксированы у 210 (18%) обследованных. 898 имели нарушения липидного обмена: 308 женщин имели сниженный уровень ЛПВП, причем у 31 пациентки остальные параметры липидного обмена не были изменены. Наиболее распространенными были ПА (44%) и ПВ (26%) типы атерогенной дислипидемии. С увеличением возраста наблюдался рост уровня ОХС, ХС ЛПНГТ и ХС ЛПВП. уровень ТГ

значимо понижался. Соответственно наблюдалось изменение структуры атерогенных дислипидемий в зависимости от возраста (см. рисунок 1): уменьшалась доля дислипидемии IV типа и происходило увеличение числа лиц с IA типом. Эти изменения сопровождались существенным уменьшением количества пациенток, имеющих нормальные показатели липидного обмена. У лиц старше 55 лет реже наблюдалось ожирение, курение. Наибольший процент курящих был зафиксирован у лиц моложе 45 лет — 18,69%. Частота АГ была значимо выше в старшей группе и составила 76%, а у женщин моложе 45 лет 48,5% ($p < 0,001$), ИБС до 45 лет была выявлена только у 4,67%, в 0,93% случаев в анамнезе имелись указания на перенесенное ОНМК, в возрастной категории 55-64 лет 15,97% имели клинические проявления ИБС, а у 5,56% в анамнезе имелись сосудистые катастрофы. Различия достигали статистической значимости, $p < 0,001$ и 0,009 соответственно. Показания для липид снижающей терапии согласно «Российским национальным рекомендациям по диагностике и коррекции нарушений липидного обмена» 2004 года имели 485 женщин. Их доля увеличивалась при тяжелом течении КС 24,516, $p < 0,001$). У женщин моложе 45 лет она составила 27,1%, а в возрастной категории 55-64 года 57,99%, $p < 0,001$. Липидный обмен у членов семей женщин в постменопаузе. В исследование включены 22 женщины в постменопаузе, имевшие выраженные нарушения липидного обмена (уровень ОХС выше 6,2 ммоль/л). Обследовано 22 ребенка этих женщин, 7 мужей, 8 сестер. Группу сравнения для детей составили 22 добровольца. Дети пациенток имели значимо более высокий уровень ОХС, ХС ЛПНП, индекса атерогенности и более низкий уровень ХС ЛПВП по сравнению со здоровыми добровольцами. Группы мужчин и женщин не различались по возрасту и ИМТ. Мужчины имели значимо более низкий уровень ОХС 5,80 (5,00 - 6,20) ммоль/л и ХС ЛПНП 3,77 (3,28 - *• 4,74) ммоль/л по сравнению с женщинами 7,80 (7,20 8,80) ммоль/л и 5,41 (4,59 - 6,36) ммоль/л ($p < 0,01$). Мужчины не имели клинических проявлений ИБС, по частоте АГ мужчины и женщины не различались. По возрасту группы

пробандов и сестер не различались, сестры имели достоверно более низкий уровень ОХС, ТГ. Артериальная гипертензия. В одномоментное исследование включены 806 жительниц г. Ташкента (медиана возраста 52 года). Наряду с диагностикой АГ, ХСН, ИБС, атерогенных дислипидемий, остеоартроза, расстройств углеводного обмена, тяжести КС проводилась «Системная оценка коронарного риска» (SCORE - Systemic Coronary Risk Evaluation). Всем проводили скрининговое ультразвуковое исследование органов брюшной полости, а при наличии симптомов желудочной диспепсии - эндоскопию верхних отделов желудочно-кишечного тракта. АГ выявлена у 68% обследованных, из них АГ 1 степени - у 30,3%, 2 степени - у 26,1%, 3 степени - у 43,6% АГ ассоциировалась со значимым увеличением шансов развития ХСН (ОШ = 2,76; 95% доверительный интервал (ДИ) = 1,95-3,92). Не было выявлено ни в одном случае снижение фракции выброса, т.е. имела место диастолическая ХСН. Шанс развития ИБС (ОШ = 2,40; 95% ДИ = 1,30-4,46), стойкой утраты трудоспособности (ОШ = 3,81; 95% ДИ = 1,33-10,90) также был значимо выше у женщин с АГ. Не выявлено увеличения шансов развития ОНМК и ИМ. Пациентки с АГ значимо чаще имели клинические проявления хронического холецистита ($\chi^2 = 5,327$, $p = 0,021$), нарушений углеводного обмена ($\chi^2 = 12,60$, $p < 0,001$), абдоминального ожирения ($\chi = 24,18$, $p < 0,001$), имелась тенденция к увеличению частоты остеоартроза коленных суставов ($X = 3,45$, $p \sim 0,062$). Не выявлено различий между группами по частоте депрессии, заболеваний желудка, хронической обструктивной болезни легких и бронхиальной астмы. Тяжелый КС значимо чаще встречался также у лиц с АГ ($\chi^2 = 26,56$, $p < 0,001$). Ожирение - В исследование случай-контроль включены 849 женщин. Первую группу составили 283 женщины с нормальной массой тела (ИМТ $< 24,9$ кг/м²), во вторую группу включены 283 пациенток с избыточной массой тела (ИМТ $> 25 < 29,9$ кг/м²), третью составили 283 человека с ожирением (ИМТ > 30 кг/м²), подобранные по возрасту, возрасту наступления менопаузы, продолжительности постменопаузы. В основной группе женщины значимо чаще имели ожирение ($Oc^2 = 59,32$; $df = 3$; $P < 0,001$).

Группы различались по уровню ТГ, который был значимо выше при наличии расстройств углеводного обмена. В группе с нарушениями углеводного обмена значимо выше была частота АГ 83,3% и 69,2% ($\chi^2 = 12,094$, $p < 0,001$), ИБС 24,7% и 7,6% ($\chi^2 = 23,893$, $p < 0,001$), ХСН 52,9% и 32,4% ($\chi^2 = 19,288$, $p < 0,001$) и стойкой утраты трудоспособности 11,1% и 3,8% ($\chi^2 = 12,094$, $p < 0,001$). Отмечено значимое увеличение частоты ИБС и ХСН в группе ВГН по сравнению с женщинами без нарушений углеводного обмена. По частоте АГ, сердечно-сосудистых катастроф и стойкой утраты трудоспособности различий между группами не получено. Остеопенический синдром и кардиоваскулярный риск у женщин в постменопаузе. В исследование случай - контроль включены 150 женщин в постменопаузе. Первую группу составили 50 женщин с нормальной МПК, вторую - 50 женщин с остеопенией, третью - 50 женщин с неосложнённым остеопорозом, диагностированными с помощью двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (DEXA). У женщин с нормальной МПК значения ИМТ и ОТ были выше, чем у женщин с остеопорозом, но различия не достигали статистической значимости. Показатели липидного спектра были идентичны во всех трех группах. Имелась тенденция к снижению уровня триглицеридов по мере снижения МПК. АГ значимо чаще встречалась в группе с нормальной МПК ($\chi^2 = 6,98$, $p = 0,03$). В этой же группе чаще встречались лица, имеющие 10-летний фатальный риск больше 0 ($\chi^2 = 6,25$, $p = 0,04$). Не выявлено большей выраженности факторов риска ССЗ у женщин со сниженной МПК в КП. Частота ССЗ у женщин в климактерии с манифестным остеоартрозом коленных суставов. В исследование «случай-контроль» были включены 117 женщин с клиническими и рентгенологическими проявлениями ОА коленных суставов. Контрольную группу составили 117 женщин, не имеющих суставного синдрома, подобранных по возрасту и менопаузальному статусу из той же популяционной выборки. Женщины, страдавшие остеоартрозом, имели более высокие значения ИМТ и ОТ и более выраженные расстройства липидного обмена. Наиболее значимым явилось снижение уровня ХС ЛПВП,

что повлияло на значение индекса атерогенности и соотношение ХС ЛПВП и ХСЛПНП. Наличие остеоартроза значительно повышало шансы развития артериальной гипертензии, метаболического синдрома и ИБС.

Список литературы:

1. Климактерический синдром: особенности клинического течения на современном этапе и дифференциальная терапия / А.Н. Андреев, Н.В. Изможерова, А.А. Попов, А.Е. Щербинов // Вестник УГМА- Вып.3, 1997. – С.41-45
2. Ким В.В. Клиническая эффективность берлиприла и корвитола при лечении артериальной гипертензии у женщин в климактерическом периоде / В.В. Ким, К.Д. Плотко, Н.В. Изможерова // Геронтология и гериатрия, послевоенная медицина: материалы межобластной научно-практической конференции. – Екатеринбург: 1998, – С. 45-46
3. Изможерова Н.В. Систолическая функция левого желудочка у женщин в климактерическом периоде [Текст] / Н.В.Изможерова // Хроническая сердечная недостаточность: тезисы международной конференции. - Оренбург, 1998. – С.60.
4. Применение индапамида в амбулаторной практике у женщин в климактерическом периоде / Н.В. Изможерова, Андреев А.Н., Попов А.А., Л.В. Степанова, М.И. Хайкельсон // Тезисы докладов VI Всероссийского съезда кардиологов октябрь 13-15. – М.: 1999. - С. 62
5. Артериальная гипертензия у женщин с климактерическим синдромом / Н.В. Изможерова, А.А. Попов А.А., А.Н. Вараксин, А.В. Бакулев, Т.А. Лукина, А.В. Лапухина, М.А. Лопаква // Современные подходы к диагностике и лечению заболеваний в условиях многопрофильной ЦГБ № 6 г. Екатеринбурга: материалы 23 научно-практической конференции врачей ЦГБ № 6. - Екатеринбург: 1999. – С .50-52

6. Нарушение липидного обмена у женщин в климактерическом периоде [Текст] / А.Н. Андреев, А.Н. Вараксин, Н.В. Изможерова, А.А. Попов, К.Д. Плотно // Современные подходы к диагностике и лечению заболеваний в условиях многопрофильной ЦГБ № 6 г. Екатеринбурга: материалы 23 научно-практической конференции врачей ЦГБ № 6. – Екатеринбург: 1999. - С. 11-12.
7. Образовательные семинары «Здоровье женщины в перименопаузе»: мнение практических врачей / О.Ю. Породнова, В.В. Лунегова, А.А. Попов, Н.В. Изможерова, Т.А. Обоскалова, М.Н. Скорнякова, Л.В. Степанова, М.З. Оштрах, М.И. Хайкельсон, Т.П. Цанцингер // Первый Российский конгресс по менопаузе. – М.: Климактерий: 2001. - №3. – С.78.
8. Заместительная гормональная терапия в пери- и постменопаузе: роли гинеколога-эндокринолога и терапевта / А.Н. Андреев, Н.В. Изможерова, Г.Б. Колотова, А.А. Попов, Т.А. Обоскалова, Л.В. Степанова, М.И. Хайкельсон // Первый Российский конгресс по менопаузе. – М.: Климактерий: 2001. - №3. – С.79.
9. Фармакоэкономические аспекты заместительной гормональной терапии в перименопаузе / А.А. Попов, Н.В. Изможерова. О.Ю. Породнова, Л.В. Степанова, М.И. Хайкельсон // Первый Российский конгресс по менопаузе. – М.: Климактерий, 2001. - №3. – С.78.
10. Андреев А.Н. Фармакоэкономические аспекты применения ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента у женщин в перименопаузе / А.Н.Андреев, Н.В. Изможерова, А.А. Попов // Российский национальный конгресс кардиологов. – М.: Климактерий, 2001. – С.245.

УДК 378

Теодор Попов

Д. пед. наук, профессор

Заведующий кафедрой медицинской педагогики,

Факультет общественного здоровья, Медицинский университет

г. София, Болгария

E-mail: theoropov@abv.bg

Светослав Гаров

К. мед. наук, главный ассистент

Кафедра медицинской педагогики,

Факультет общественного здоровья, Медицинский университет

г. София, Болгария

E-mail: sv.garov@gmail.com

ЕЩЕ РАЗ О ПОДГОТОВКЕ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ» БОЛГАРИИ

***Аннотация:** Хорошо известна взаимосвязь между студенческой практикой, успешным обучением и работоспособностью. Однако существуют также особенности, которые необходимо учитывать как преподавателям, так и самим студентам.*

Глобализация проблем со здоровьем в современном обществе требует нового стиля работы, новых технологий, новой морали и отношения к пациенту. Новые реалии требуют нового подхода к медицинскому образованию. Традиционное медицинское образование нуждается в переменах и должно быть лучше адаптировано к нуждам здравоохранения в стране и районах, в которых находится учебное заведение, подготавливающее медицинский персонал. А студенты, помимо знаний, должны иметь свой личный опыт.

***Ключевые слова:** здравоохранение, санитарное просвещение, медицинские специалисты, медицинское образование, способность студентов работать.*

Theodor Popov

Doctor of Pedagogical Sciences, Professor

Head of the Department of Medical Pedagogy,

Faculty of Public Health, Medical University

Sofia, Bulgaria
E-mail: theopopov@abv.bg

Svetoslav Garov
Candidate of Medical Sciences, Chief Assistant
Department of Medical Pedagogy,
Faculty of Public Health, Medical University
Sofia, Bulgaria
E-mail: sv.garov@gmail.com

ONCE AGAIN ABOUT PREPARATION OF MEDICAL STAFF ON SPECIALTY "PUBLIC HEALTH OF BULGARIA"

Abstract. *The relationship between student practice, successful learning and working capacity is well known. However, there are also features that need to be taken into account by both the teachers and the students themselves.*

The globalization of health problems in modern society requires a new style of work, new technologies, new morals and attitude towards the patient. New realities require a new approach to medical education. Traditional medical education needs to be changed and should be better adapted to the health needs of the country and the areas in which the institution that prepares medical personnel is located. And students, in addition to knowledge, should have their own personal experience.

Keywords: *health care, health education, medical specialists, medical education, students' ability to work.*

Введение. *Здоровье людей, его сохранение и укрепление, является важнейшей социальной проблемой как для общества в целом, так и для соответствующих институций.*

Новый акцент в современном здравоохранении заключается в том, что каждый несет ответственность за свое собственное здоровье, но это не

отменяет заботы государства и учреждений о защите здоровья населения. Кроме того, глобализация проблем здравоохранения в современном обществе изменила профиль здравоохранения. Появились новые вопросы политики здравоохранения как на региональном, так и на международном уровне.

Национальная стратегия здравоохранения 2020 года является ведущим стратегическим документом, который определяет цели развития системы здравоохранения до 2020 года в Республике Болгарии. Этот документ соответствует обязательствам страны на европейском и международном уровнях, но также отражает стремление государства выбрать свой национальный путь развития системы здравоохранения. Реализация приоритетов и задач стратегии связана не только с социальной политикой Болгарии, с экономическими возможностями, но и с усилиями работников здравоохранения. [8]

Требуется новый стиль работы, новые технологии, новая мораль и отношение к пациенту.

Все это отражается на подготовке высококвалифицированных медицинских специалистов, которые по-новому будут выполнять свои ежедневные обязанности.

Цель: Целью настоящего исследования является изучение роли медицинского образования как одного из руководящих принципов для реализации неотложных изменений в здравоохранении в соответствии с новыми реалиями общественного здоровья.

Результаты и обсуждение: Образование, как известно, связано с социально-историческим развитием и идеалом образования любого социально-исторического формирования. Его цели и задачи направлены на развитие молодого поколения. Учебное содержание, методы, формы, инструменты и организация варьируются в зависимости от различных экономических, политических, национальных причин и традиций, а также и в связи с развитием наук. [9]

Через образование проходят подготовку квалифицированные специалисты во всех сферах общественной жизни. Это также относится и к медицинскому образованию в секторе здравоохранения. [10] Потребность в твердых теоретических знаниях и ряде практических навыков и компетенций в этой области наиболее непосредственно связана с ответственностью за здоровье и жизнь людей. [1] Здесь же встает и актуальный вопрос демографического кризиса и ряда показателей роста заболеваемости, увеличения смертности при некоторых заболеваниях, что еще сильнее отражается на ответственности медицинской профессии и необходимости подготовки высококвалифицированных кадров.

Поэтому нет сомнений в том, что обучение специалистов в области здравоохранения является особенно ответственной и престижной деятельностью соответствующих учреждений.

Хорошо известна взаимосвязь между студенческой практикой, успешным обучением и работоспособностью.

Часто неудачи многих начинающих студентов объясняются тем, что они не нашли для себя той специальности, которая бы отвечала их интересам и возможностям.

Студенческие занятия связаны с интенсивным умственным трудом, сочетающим в себе повышенные требования к центральной нервной системе и способности анализировать. А во время экзаменационной сессии студенты находятся в экстремальной ситуации, связанной с усилением нервного напряжения. Некоторые даже падают в стрессовые ситуации.

Гигиена умственного труда подразумевает, что они придерживаются надлежащего образа жизни - достаточный сон (не менее восьми часов в день) и хорошее питание, которые особенно важны для их здоровья, а не только для их способности учиться. Целесообразно выполнять процедуры закаливания, заниматься спортом или осуществлять другие виды двигательной активности (танцы, игры, соревнования и др.).

Кроме того, учащиеся должны научиться ритмической умственной работе - чередуя умственную работу с соответствующими перерывами. Это должно также учитываться учителями, чтобы избежать переутомления и формализма в обучении.

Особенно важно правильно организовать самоподготовку студентов во время сессии. Спонтанные и особенно ночные занятия без отдыха негативно влияют на результаты обучения и, прежде всего, на их здоровье.

В значительной степени эта проблема может быть решена, если подготовка к экзамену проводится круглый год. Это зависит не только от студента, но и от преподавателя. От того, как представлена научная информация, насколько хорошо понята, усвоена и даже выучена во время семинаров и практических занятий.

Медицинское образование в Болгарии имеет свои традиции и авторитет. Оно всегда было решающим фактором при подготовке специалистов, которые, благодаря своим знаниям и способностям всегда были хорошо приняты не только в Болгарии, но и во многих других странах.

Основными приоритетами государственных образовательных программ являются:

- обеспечение качественного и широко доступного образования;
- поддержание стабильности и порядка в образовании;
- повышение экономического и социального статуса преподавателей в высших учебных заведениях;
- развитие системы повышения квалификации, переподготовки и непрерывного обучения.

Политика Болгарии как члена Европейского Союза в последние годы направлена на согласование законов и положений в области образования с рекомендациями Европейской комиссии.

Образование в целом и в этом контексте высшее образование официально было признано в качестве компетенции ЕС согласно Договору Маастрихта еще в 1992 году.

В статье 165 (1) Договора о функционировании Европейского союза говорится, что «Союз вносит свой вклад в развитие качественного образования путем поощрения сотрудничества между государствами-членами и, при необходимости, путем поддержки и дополнения их действий при полном уважении ответственности государств-членов за содержание преподавания и организацию образования и профессиональной подготовки, их культурного и языкового многообразия». [6]

В статье 165 (2) того же Договора говорится, что действия Союза должны быть нацелены на «содействие мобильности студентов и преподавателей, на академическое признание дипломов и периодов обучения, поощрение сотрудничества между учебными заведениями и развитие обмена информацией и опытом по вопросам, общим для систем образования государств-членов». [7]

Основные мероприятия ЕС в области высшего образования реализуются через программы Erasmus и Horizon 2020, которые поддерживают международный обмен студентами, преподавателями и научными работниками, а также сотрудничество между высшими учебными заведениями и государственными органами различных стран.

Наряду с гармонизацией, с другой стороны, ЕС четко подчеркивает, что каждая страна должна разработать свою собственную систему здравоохранения с учетом местных условий и возможностей.

Все это требует нового подхода в медицинском образовании. Традиционное медицинское образование нуждается в переменах и должно быть лучше адаптировано к нуждам здравоохранения в стране и районах, в которых находится учебное заведение, подготавливающее медицинский персонал. А студенты, помимо знания, также должны иметь свой личный опыт.

Ц. Воденичаров говорит, что общественное здоровье - оно «внутри и над медициной». [2] Преимущества общественного здоровья видны в будущем и в настоящем. [11, 3] Глобализация проблем здравоохранения в современном

обществе подчеркнула роль общественного здоровья и определила необходимость реформ в здравоохранении. [4, 5].

В качестве новых стратегий в реформе высшего медицинского образования появились и такие более общиго характера, связанные с:

- оптимизацией людских ресурсов в здравоохранении;
- поиском национального консенсуса по конкретным вопросам, связанным с характером образовательного процесса, а именно: непрерывное образование, проблемное обучение и др.;
- коммуникация посредством информационных технологий;
- экспериментирование.

Заключение: Основным в области медицинского образования в стратегиях и Болгарии, и ЕС является то, что «обучение выходит на первый план, а не преподавание...» и «студент должен быть активной фигурой в процессе обучения».

Путем непрерывного обучения можно поддерживать высокую профессиональную компетентность и постоянно совершенствоваться. Студент должен стараться не только учиться, но и самостоятельно изучать и обогащать свои знания и культуру. Последнее относится и к уже закончившим обучение медицинским специалистам.

Описанные стратегии должны быть преобразованы в дидактические технологии, которые могут послужить для решения задач по изменению и совершенствованию системы медицинского образования.

Список литературы:

1. Воденичаров Ц. и коллектив. Социална медицина. Учебник. – София: Изд. ИК «Горекспрес», 2013 г. – 522 с.
2. Воденичаров Ц. 7-те разлики между медика и мениджъра. – София: „Симелпрес”, 2010 г. – 66 с.

3. Воденичаров Ц., Попова С. Медицинска етика. – София: Изд. „ЕкоПринт”, 2010 г. – 230 с.
4. Воденичаров Ц., Борисов В. Феноменът обществено здраве в променящия се свят – пътят към една нова наука. – София: Изд. ИК «Горекспрес», 2017г. – 37с.
5. Воденичаров, Ц., Факултет по обществено здраве, Отчетен доклад, сп. „Здравен мениджмънт”, специален брой. – София, 2005 г. – С.23-24
6. Договор о функционирании Европейского союза; ст. 165 (1), (The Treaty on the Functioning of the European Union; Article 165 / 1) [Электронный ресурс] URL:<http://www.lisbon-treaty.org/wcm/the-lisbon-treaty/treaty-on-the-functioning-of-the-european-union-and-comments/part-3-union-policies-and-internal-actions/title-xii-education-vocational-training-youth-and-sport/453-article-165.html>
7. Договор о функционирании Европейского союза; ст. 165 (2), (The Treaty on the Functioning of the European Union; Article 165 / 1) [Электронный ресурс] URL:<http://www.lisbon-treaty.org/wcm/the-lisbon-treaty/treaty-on-the-functioning-of-the-european-union-and-comments/part-3-union-policies-and-internal-actions/title-xii-education-vocational-training-youth-and-sport/453-article-165.html>
8. Министерство здравоохранения, Национальная стратегия здравоохранения 2020. - 93с. [Электронный ресурс] URL: <http://www.mh.government.bg/bg/politiki/strategii-i-kontseptsii/strategii/nacionalna-zdravna-strategiya-2020/>
9. Попов Т. Студентът като субект на обучението. – София: Изд. ИИК „Везни”, 2006 г. - С.11
10. Попов Т. и колектив, Медицинска педагогика, изд. Екс-Прес, Габрово, 2011 г. – С. 54
11. Попова, С. Социалноетични измерения на здравния мениджмънт. – София: Изд. „Пъблиш СайСет-Еко”, 2004 г. – 106 с.

Эмилиан Радев

К. мед. наук, главный ассистент

Кафедра Профилактики, Факультет общественного здоровья

Медицинский университет Софии, Болгария

E-mail: radev.e.n@abv.bg

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БОЛГАРИИ

***Аннотация:** Медицинское образование и медицинская профессия имеют первостепенное значение для любого государства. Обучение будущих медицинских специалистов и их профессиональная реализация в той стране, в которой они прошли обучение, имеет первостепенное значение для Республики Болгария. Стареющее население, как в Болгарии, так и в Европе, и во всем мире, увеличение средней продолжительности жизни - увеличивает спрос на медицинскую помощь и в результате этой тенденции растет потребность в медицинских работниках.*

Анализ национального законодательства Республики Болгарии в области медицинского образования в стране показывает всеобъемлющее регулирование и добрую волю со стороны исполнительной власти при создании высоких стандартов в области медицинского образования и подготовки будущих медицинских специалистов Болгарии.

***Ключевые слова:** регулирование, медицинское образование, Болгария.*

Emilian Radev

PhD in Medical Sciences, Chief Assistant

Department of Prevention, Faculty of Public Health

Medical University of Sofia, Bulgaria

E-mail: radev.e.n@abv.bg

LEGAL ASPECTS OF MEDICAL EDUCATION IN THE REPUBLIC OF BULGARIA

***Abstract:** Medical education and the medical profession are of paramount importance for any state. Training of future medical specialists and their professional implementation in the country in which they received training is of primary importance for the Republic of Bulgaria. The aging population, both in Bulgaria and in Europe, and throughout the world, an increase in the average life expectancy-increases the demand for medical care and, as a result of this trend, the need for medical workers is growing.*

An analysis of the national legislation of the Republic of Bulgaria in the field of medical education in the country shows a comprehensive regulation and goodwill on the part of the executive authorities in creating high standards in the field of medical education and the training of future medical specialists in Bulgaria

***Keywords:** regulation, medical education, Bulgaria.*

Медицинское образование имеет первостепенное значение для страны, оно «обеспечивает и гарантирует объем и качество подготовки медицинских специалистов, а также немедицинских специалистов, работающих в национальной системе здравоохранения» (ст.174 (1) Закона о здравоохранении). Медицинское образование осуществляется в соответствии с принципами продолжительности и высокого качества преподавания с использованием гарантированного количества теоретических знаний и практических навыков, периодичности и непрерывности образования, а также права выбора специальности обучения. Подготовка и получение степени бакалавра по специальностям профессиональной сферы «Общественное здоровье» и специальностям «Медсестринское дело», «Акушерка» и «Ассистент врача» из профессиональной области «Здравоохранение» и степени магистра по специальностям профессиональных направлений

«Стоматология», «Фармация» и «Общественное здоровье» организованы и проводятся на факультетах высших учебных заведений, получивших аккредитацию в соответствии с Законом о высшем образовании. Обучение по специальностям из профессиональных областей «Общественное здоровье», «медсестра», «акушерка» и «медицинский ассистент» из профессиональной области «Здравоохранение» может быть организовано и проводится также в филиалах высших учебных заведений, получивших аккредитацию в соответствии с Законом о высшем образовании. Подготовка лиц для получения образовательной и научной степени «доктор» по научным специальностям в области здравоохранения осуществляется в высших учебных заведениях, Болгарской академии наук, национальных центрах здравоохранения и других научных организациях, получивших аккредитацию в соответствии с Законом о высшем образовании.

После окончания учебы все врачи и стоматологи дают клятву Гиппократа. Текст клятвы принят Высшим медицинским советом.

По предложению министра здравоохранения Совет министров принимает единые государственные требования для получения высшего образования по специальностям регулируемых профессий из профессиональных областей «Медицина», «Стоматологическая медицина», «Фармация», «Общественное здоровье» и «Здравоохранение».

Для лиц, имеющих степень доктора, магистра и бакалавра, работающих в национальной системе здравоохранения, проводится последипломное обучение, которое включает в себя обучение для получения специальности и непрерывное медицинское обучение. Министр здравоохранения ежегодно определяет количество мест для последипломного обучения по специальностям, субсидируемым государством в соответствии с целями и приоритетами национальной стратегии здравоохранения. Он планирует, координирует и контролирует последипломное обучение для получения специальности медицинскими специалистами, а также немедицинскими специалистами с немедицинским образованием, работающим в национальной

системе здравоохранения. Номенклатура специальностей в системе здравоохранения, условия и порядок проведения обучения и приобретения специальности в здравоохранении, а также его финансирование определяются постановлением министра здравоохранения по согласованию с министром образования и науки и министром финансов.

Профессиональные организации врачей, стоматологов, фармацевтов и медсестер, акушерок и связанных с ними медицинских специалистов организуют, координируют, проводят, регистрируют и контролируют непрерывную медицинскую подготовку врачей, стоматологов, фармацевтов и медсестер, акушерок и соответствующих медицинских специалистов в условиях и порядке, установленных контрактами с высшими учебными заведениями, Болгарским Красным Крестом и Военно-медицинской академией. Союз научных медицинских обществ Болгарии, Союз ученых Болгарии и Медицинские ассоциации по специальностям могут участвовать в проведении непрерывной медицинской подготовки врачей, стоматологов и фармацевтов в соответствии с условиями и процедурами, определенными в контрактах с Болгарским союзом врачей, с Болгарским союзом стоматологов и Болгарским союзом фармацевтов.

Выводы: анализ национального законодательства Республики Болгарии о медицинском образовании в стране показывает всеобъемлющее регулирование и добрую волю со стороны исполнительной власти при определении высоких стандартов в области медицинского образования, отвечающих современным требованиям к подготовке медицинских специалистов и соответствующих стандартам образования медицинских специалистов различных специальностей на территории всего Европейского Союза.

Список литературы:

1. Вълканова М. Медицинско право, издателска къща. СТЕНО, Варна, 2014, ISBN 978-954-449-762-0, С. 114-124

2. Градинарова Н., Петков В., Петрова М. Човешките ресурси в сферата на здравеопазването според европейското законодателство и гражданите на Република България, Четиридесета научно-технологична сесия Контакт 2017, 27 октомври 2017, София, „Интердисциплинарната идея в действие“ (сборник статии), Издателство TEMTO, ISSN 1313-9134, С. 265-270
3. Закон о высшем образовании, ДВ. № 112 от 27.12.1995 г.
4. Закон о здравеохранении, ДВ, № 70 от 10.08.2004 г.
5. Михайлова Ц., Градинарова Н., Димитров Ц., Годорова Д. Психически и физически изисквания на длъжността в здравеопазването, Четиридесета научно-технологична сесия Контакт 2017, 27 октомври 2017, София, „Интердисциплинарната идея в действие“ (сборник статии), Издателство TEMTO, ISSN 1313-9134, С.293- 300
6. Abrahamson, S. Essays on Medical Education: (S.A.'s on Medical Education), University Press of America, 1996, ISBN 0-7618-0366-1, p. 148
7. Carter Y., Jackson N. Medical education and Training from theory to delivery, Oxford University Press 2009, ISBN 978-0-19-923421-9, p.357
8. Gradinarova N. Morality and ethics committees in modern healthcare, MEDICUS International medical scientific journal, № 3 (15), 2017, ISSN 2409-563X, 80-82
9. Jackson N., Jamieson A., Khan A. Assessment in Medical Education and Training: A Practical Guide, Radcliffe Publishing, 2007, ISBN-13: 978-1-84619-046-9, p. 175
10. Miteva A., N. Gradinarova I. Miteva. Legal liability of medical specialists in case of negligence, 1st International Conference on Public Health “From European to National Health Policy” 9-10 October 2017, Proceeding book, ISSN 978-954-9318-87-6, p. 295 – 301

УДК 614.251

Эмилиан Радев

Канд. мед. наук, главный ассистент

Кафедра Профилактики, Факультет общественного здоровья

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФЕССИИ В РЕСПУБЛИКЕ БОЛГАРИИ

***Аннотация:** Медицинская профессия юридически отрегулирована, подчиняется государственному контролю и требованиям к тем, кто ее практикует, очень высоки. Причина этого кроется в том, что медицинская профессия имеет большое общественное значение как для всей страны, так и для каждого отдельного индивида.*

Медицинская профессия является регулируемой профессией и ее практикуют лица, имеющие диплом о высшем образовании по одной из специальностей в областях «Медицина», «Стоматологическая медицина», «Фармация» и «Здравоохранение». В этой связи Совет Министров Республики Болгарии принял единые государственные требования для получения высшего образования по специальностям регулируемых профессий. Нормативные акты нашей страны определяют порядок подготовки будущих специалистов в области здравоохранения, а также и их профессиональной реализации.

***Ключевые слова:** регулирование, медицинская профессия, Болгария.*

Emilian Radev

PhD in Medical Sciences, Chief Assistant

Department of Prevention, Faculty of Public Health

Medical University of Sofia, Bulgaria

E-mail: radev.e.n@abv.bg

LEGAL ASPECTS OF THE MEDICAL PROFESSION IN THE REPUBLIC OF BULGARIA

***Abstract.** The medical profession is legally regulated, subject to state control and the requirements for its implementation are very high. The reason for this lies in the fact that the medical profession is of great social importance both for each country and for its citizens.*

The medical profession is a regulated profession, and it is practiced by persons with a higher education diploma in one of the specialties in the fields of Medicine, Dental Medicine, Pharmacy and Healthcare. In this regard, the Council of Ministers of the Republic of Bulgaria adopted unified state requirements in obtaining higher education in the specialties of regulated professions. Normative acts of our country determine the procedure for the preparation of future specialists in the field of health care, as well as their professional implementation

***Keywords:** regulation, medical profession, Bulgaria.*

Медицинскую профессию практикуют лица, имеющие диплом о высшем образовании по специальностям из профессиональных областей «Медицина», «Стоматология», «Фармация» и «Здравоохранение». Совет министров принимает единые государственные требования для получения высшего образования по специальностям регулируемых профессий из профессиональных областей «Медицина», «Стоматологическая медицина», «Фармация», «Общественное здоровье» и «Здравоохранение». Дипломы соответствующих специальностей удостоверяют полученное высшее образование по конкретной специальности и приобретенной образовательно-квалификационной степени, а также профессиональную квалификацию, определенную государственными требованиями. Полученные дипломы имеют силу удостоверений. Министерство здравоохранения составляет и ведет список лиц, окончивших высшее образование по специальностям: «Медицина», «Стоматологическая медицина», «Фармация», «Общественное

здоровье» и «Здравоохранение». Данные списка доступны для использования всеми лицами в соответствии с положениями и условиями Закона о доступе к общественной информации.

Закончившие и получившие диплом по одной из специальностей из профессиональных областей «Медицина», «Стоматологическая медицина», «Фармация», «Общественное здоровье» и «Здравоохранение» могут практиковать соответствующую медицинскую профессию после выполнения двух условий: 1) быть членом какой-либо из профессиональных организаций - Болгарского союза врачей, Болгарского союза стоматологов, Болгарской ассоциации специалистов здравоохранения и 2) не страдать болезнью, которая могла бы поставить под угрозу здоровье и жизнь пациентов (ст. 192 (2) Закона о здравоохранении). Оба критерия должны выполняться совокупно.

Граждане одного из государств-членов Европейского союза, других стран Европейского экономического пространства и Швейцарии практикуют медицинскую профессию в Республике Болгарии после признания их профессиональной квалификации в соответствии с Законом о признании профессиональной квалификации. Если это необходимо и отвечает интересам специалистов и интересам их пациентов, Министерство здравоохранения и высшие учебные заведения предоставляют заинтересованным лицам условия для получения необходимых языковых знаний и профессиональной терминологии на болгарском языке, необходимых для осуществления деятельности медицинских специалистов по их профессии в Республике Болгарии.

Иностранцы могут практиковать медицинскую профессию в Республике Болгарии при соблюдении следующих условий, помимо вышеперечисленных:

1. говорить на болгарском языке и знать профессиональную терминологию на болгарском языке, установленную порядком, определенным постановлением министра образования и науки и министра здравоохранения;
2. иметь признанную профессиональную квалификацию в соответствии с Законом о признании профессиональной квалификации, если

профессиональная квалификация была приобретена в государстве-члене Европейского Союза, или

3. после успешного прохождения экзамена, если профессиональная квалификация была приобретена в третьей стране. В этих случаях экзамен включает в себя государственные экзамены, установленные едиными государственными требованиями для осуществления регулируемой профессии в области медицины, стоматологии, фармации и здравоохранения, а также требованиями к осуществлению деятельности по специальности в системе здравоохранения.

Помимо вышеуказанных случаев, медицинскую профессию могут также практиковать иностранцы, приглашенные для научных обменов между медицинскими учреждениями, на условиях и в порядке, установленном постановлением министра здравоохранения.

Министр здравоохранения регулирует профессиональную компетентность лиц, работающих в национальной системе здравоохранения, окончивших высшее образование в области психологии, физиотерапии, биологии, биохимии, микробиологии и молекулярной биологии.

Все медицинские учреждения страны должны застраховать всех лиц, практикующих медицинскую профессию в медицинском учреждении на предмет ущерба, который может иметь место в результате невыполнения ими их профессиональных обязанностей. Условия, порядок, срок осуществления и размер минимальной страховой суммы в обязательном страховании определяются постановлением Совета министров.

Законодательством страны предусмотрена возможность лишения права на практику медицинской профессии в Республике Болгарии на срок от шести месяцев до двух лет. Органом, который может осуществить это, является министр здравоохранения. Лишение прав происходит путем выдачи административного акта в форме распоряжения в случаях, предусмотренных в ст. 193 (1) Закона о здравоохранении: повторное нарушение утвержденных медицинских стандартов, неоднократное нарушение принципов и порядка

проведения экспертизы работоспособности и неоднократное нарушение процедуры проведения медицинской экспертизы лица для удостоверения возможности его появления в следственных или в судебных органах. Распоряжение о лишении прав на осуществление медицинской профессии подлежит обжалованию в порядке, предусмотренном Административно-процессуальным кодексом. Министерство здравоохранения направляет в соответствующую профессиональную организацию и соответствующую региональную медицинскую инспекцию заверенную копию действующего приказа.

При осуществлении медицинской профессии лица имеют право на свободу действий и решений в соответствии с их профессиональной квалификацией, медицинскими стандартами и медицинской этикой.

Осуществляя медицинскую профессию в соответствии с Кодексом профессиональной этики, врач всегда обязан оказывать неотложную медицинскую помощь, когда этого требует состояние пациента. Во всех других случаях, врач может отказаться от лечения или консультации пациента, когда он убежден, что между ним и пациентом нет необходимого доверия или условий для осуществления его прав и обязанностей.

Каждый врач сам может выбрать, как практиковать свою профессию. Он независим в лечении своих пациентов, но несет ответственность за свои действия.

Все врачи равны при осуществлении своей профессии. Каждый врач имеет равные права на профессиональную реализацию, обучение, усовершенствование и практику, а также не может подвергаться дискриминации по признаку пола, расы, религии, происхождения, возраста и политической принадлежности.

Врачи должны быть коллегиальными в своей работе, делиться тем, чему они научились и обучать своих коллег. Коллегиальность - это правило, которое нужно соблюдать, защищая при этом интересы пациентов.

Врачи не имеют права осуществлять деятельность в отношении своих пациентов, когда они или их родственники (в случаях, предусмотренных Законом) не дали на это согласия. Врач обязан уважать права своих пациентов и информировать их о ходе лечения.

Кодекс профессиональной этики определяет сферу действия термина «медицинская конфиденциальность» и вводит обязанность врача защищать тайну своих пациентов.

Заключение: Анализ правового регулирования в Республике Болгарии в отношении медицинской профессии в стране показывает всеобъемлющую нормативную основу и добрую волю со стороны исполнительной власти при создании высоких стандартов в отношении человеческого потенциала в системе здравоохранения. Возрастающие тенденции нехватки выпускников и медицинских работников, а также их возможность свободно перемещаться внутри ЕС усиливают кризис дефицита и делают необходимыми изменения в управление здравоохранением в стране и внедрение новых правил для удовлетворения текущих потребностей населения.

Список литературы:

1. Градинарова Н., Петков В., Петрова М. Човешките ресурси в сферата на здравеопазването според европейското законодателство и гражданите на Република България, Четиридесета научно-технологична сесия Контакт 2017, 27 октомври 2017, София, „Интердисциплинарната идея в действие“ (сборник статии), Издателство TEMTO, ISSN 1313-9134, стр. 265-270
2. Закон о здравье, ДВ, № 70 от 10 августа 2004 г.
3. Закон о профессиональных организациях врачей и стоматологов, ДВ, № 76 от 2005 г., в сила от 01.01.2007 г.
4. Закон о профессиональной организации магистров-фармацевтов, ДВ. № 75 от 12 сентября 2006 г.

5. Закона о професионална организация на медицинските сестри, акушерки и асоциирани медицински специалисти, ДВ. № 46 от 3 юни 2005 г.
6. Кодекс на професионална етика на лекарите в България - издаден от Министерството на здравеопазването – ДВ. № 79 от 29 септември 2000 г., изм. и доп. ДВ № 85 от 28 септември 2013 г.
7. Кодекс на професионална етика на медицинските сестри, акушерки и асоциирани медицински специалисти, утвърден с Указ № РД-01-102 от 11 май 2015 г. на министъра на здравеопазването, ДВ., № 45 от 19 юни 2015 г.
8. Михайлова Ц., Градинарова Н., Димитров Ц., Тодорова Д. Психически и физически изисквания на длъжността в здравеопазването, Четиридесета научно-технологична сесия Контакт 2017, 27 октомври 2017, София, „Интердисциплинарната идея в действие“ (сборник статии), Издателство ТЕМТО, ISSN 1313-9134, С.293- 300
9. Пейчева К., Горанова Р., Градинарова Н., Чакърва Л. Права на човека от гледна точка на право, религия и медицина, сп. Здравна политика и мениджмънт 2017, том 17, № 4, ISSN 1313-4981, С. 53-59
10. Miteva A., Gradinarova N., Miteva I. Legal liability of medical specialists in case of negligence, 1st International Conference on Public Health “From European to National Health Policy” 9-10 October 2017, Proceeding book, ISSN 978-954-9318-87-6, p. 295 – 301
11. Радев Е., Градинарова Н. Характеристика на социално-психологическото общуване, 39-та научно-технологична сесия Контакт 2017, 30 юни 2017, София „Гражданската идея в действие“, сборник статии, Издателство ТЕМПО, София, 2017, ISSN 1313-9134, С.152-155
12. Спасов Е., Воденичарова А., Великов С., Градинарова Н. Затанова-Великова. Права на пациента при получаване на медицински услуги в първичната извънболнична помощ, сп. Здравна политика и мениджмънт, сп. Здравна политика и мениджмънт 2017, том 17, № 1, С. 21-23

13. Carter Y., Jackson N. Medical education and Training from theory to delivery, Oxford University Press 2009, ISBN 978-0-19-923421-9, p.357

14. Jackson N., Jamieson A., Khan A. Assessment in Medical Education and Training: A Practical Guide, Radcliffe Publishing, 2007, ISBN-13: 978-1-84619-046-9, p. 175

УДК 616-72-007.24:616.728.3-085

Адибахон Муротхоновна Саидхонова

Ассистент

Ташкентская медицинская академия,

г. Ташкент, Узбекистан

E-mail: adibakhon88@mail.ru

**ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ С ДЕФОРМИРУЮЩИМ
ОСТЕОАРТРОЗОМ ПУТЕМ ОПТИМИЗАЦИИ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕР В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

***Аннотация.** В статье рассматриваются вопросы повышения качества жизни больных с деформирующим остеоартрозом в амбулаторных условиях и характеристика наиболее эффективных методов лечения, как лечебная физическая культура у больных.*

***Ключевые слова:** повышение качества жизни, деформирующий остеоартроз, лечебная физическая культура, опросник SF-36.*

Adibakhon Murotkhonovna Saidkhonova

Assistant

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

E-mail: adibakhon88@mail.ru

IMPROVING QUALITY OF LIFE WITH DEFORMING OSTEOARTHRITIS BY OPTIMIZING PREVENTIVE MEASURES IN TERMS OF PRIMARY HEALTH CARE

Abstract. The article devoted to the questions of the improving quality of life in outpatient clinic and characteristic of the most effective methods of therapeutic physical training in patients.

Keywords: improving quality of life, deforming osteoarthritis, healing fitness, questionnaire SF-36.

На сегодняшний день существует большая группа хронических заболеваний опорно-двигательного аппарата разной этиологии, но с одним патогенетическим механизмом воспалительно-дегенеративными изменениями всего тканевого комплекса суставов (хрящевой ткани, субхондральной кости, синовиальной оболочки, связок, капсулы, периартикулярных тканей) и сходными клиническими проявлениями, приводящими к глубокому нарушению структуры суставов с потерей хрящевой ткани и частичной или даже полной утратой их функции [3, 1, 2].

Деформирующий остеоартроз (ДОА), имеет большое социально-экономическое значение из-за высокой распространенности, частого развития инвалидности больных, особенно старших возрастных групп, а также связанного с этим снижения качества жизни пациентов [4].

ДОА занимает второе место, уступив первую позицию остеопорозу, в рейтинге заболеваний костей и суставов, имеющих важнейшее медико-социальное значение [5,6, 7]. Распространенность и заболеваемость ДОА постоянно растут. Так, в 2002 году распространенность остеоартроза составила в США 13,2 млн, Европе - 14,5 млн, Японии - 6,6 млн, то в 2006 г. среди населения в возрасте 65-70 лет показатель распространенности ОА коленных суставов превышает 1000 на 100 тыс. населения [8]. В соответствии с мировой статистикой, ОА занимает 2-е место по количеству дней и 3-е - по

количеству случаев временной нетрудоспособности среди лиц трудоспособного возраста.

В настоящее время в связи со значительным постарением населения особенно актуальна проблема профилактики и лечения ДОА, так как с возрастом происходит разбалансировка процессов репарации и деградации суставного хряща, которые в норме уравновешены [8].

Материалы и методы. Контроль-случай. Исследование проводилось в 2014-2017 годах в семейной поликлинике № 9 города Ташкента с участием 60 больных 43-76 лет ($56,52 \pm 2,4$), страдающих остеоартрозом с длительностью заболевания от 1 до 25 лет ($11,3 \pm 1,1$). В соответствии с рентгенологической стадией болезни, больные были разделены следующим образом: I и II стадии - 65% и 35%; III и IV стадии – 35%. Все больные были распределены на 2 группы: 1-группа (основная группа) состояла из 35 пациента, которые получали лечебная физическая культура, хондропротектор (1000 мг в сутки) peros в течение 3-х месяцев в комплексе с НПВС. 2-группу (контрольная группа) составили 25 больных, которые получали хондропротектор, НПВС. Пациенты обеих групп не имели существенных различий по возрасту, длительности заболевания и рентгенологической стадии заболевания. Эффективность лечения определялась ежемесячно по схеме: клиническое обследование - функциональный индекс WOMAC; лабораторное исследование крови - СОЭ, С-реактивный белок, трансаминазы, билирубин; рентгенологическое исследование пораженных суставов и определение показателей качества жизни опросника SF-36.

Результаты и обсуждения. При анализе полученных результатов по изучению влияния лечебная физическая культура на заболевание было установлено, что клиническая эффективность наступает в среднем на 4 неделе и достигает максимума на 12 неделе. Так, в группе исследования количество больных, получающих НПВС, к концу 3-месяца снизилось до 10% ($P < 0,05$), как в группе контроля этот показатель составил 70% ($P < 0,05$). Также нами был изучен функциональный индекс WOMAC. Так, при анализе боли по ВАШ до

лечения средний индекс WOMAC составил 4,45, после лечения -0,80, снижение индекса составило 81,9% ($P < 0,05$); ограничения движений до лечения средний индекс был равен 4,7, после лечения - 1,0, снижение индекса составило 78,7% ($P < 0,05$). Средний индекс жизнедеятельности до лечения составлял – 4,69, после лечения – 1,27; снижение индекса - 72,6% ($P < 0,05$). Снижение среднего функционального индекса WOMAC по всем критериям к окончанию лечения произошло на 75,3% ($P < 0,05$). По опросникам качества жизни SF-36 динамику у основной группы пациентов улучшились показатели, характеризующие физическое здоровье. Так, физическая активность (PF) улучшилась на 32,4 % ($p < 0,05$), ролевое физическое функционирование (RP) — на 33,8 % ($p < 0,05$), телесная боль (BP) — на 39,7 % ($p < 0,05$), общее состояние здоровья (GH) — на 16,8 % ($p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, применение лечебная физическая культура в комплексе с общепринятой схемой лечения ДОА в течение 3 месяцев, по сравнению с контрольной группой, достоверно уменьшает суставной синдром, боль, увеличивает функциональную способность, улучшилась физическая активность, общее состояние здоровья.

Список литературы:

1. Арнот Б. Защити свои суставы / пер. с англ. И. В. Гродель. – М.: ООО Попурри, 2005. – 320 с. (Серия «Здоровье в любом возрасте»)
2. Бородулин С.Н., Братчикова В.А., Карягин В.В., Ачимов А.П. Применение интегрального показателя для оценки нарушения статодинамической функции у больных с деформирующим остеоартрозом коленного сустава // Медико-социальная экспертиза и реабилитация, 2012. - N 1. – С.52-55.
3. Коваленко В.Н., Борткевич ОП. Остеоартроз. Практическое руководство. – Киев: Морион, 2003. – 448 с.

4. Насонова ВА, Фоломеева ОМ. Медико-социальное значение XIII класса болезней для населения России // Научно-практическая ревматология. – 2001. – №1. – С.7-11.
5. Поворознюк В.В. Остеоартроз: современные принципы лечения // Здоровье Украины. – 2003. – № 3 (9). – С.16-21.
6. Яременко О.Б., Решотько ДА. и др. Новые возможности симптоматической противовоспалительной терапии ревматоидного артрита // "Здоров'я України", Ревматологія. Власне дослідження. – 2008. – № 3. – С.38-45
7. Felson D.T. Osteoarthritis of the knee // N. Engl. J. Med.-2006.-Vol.354. – P.841 - 848.
8. Jordan K.M., Насонов Е.Л., Squires G.R. и др. – 2004. – P.124 – 126.

УДК: 616.12+616-0054+616.12.044+616.2.03+616.34+007.43-031.

Маишхура Абдуламахмудовна Сайфиддинова

Резидент 3 курса магистратуры по направлению «Кардиология»

Ташкентская Медицинская Академия,

г. Ташкент, Узбекистан.

E-mail: medic.girl2607@gmail.com

Матлуба Эшбаевна Рахимова

канд. мед. наук., доцент

Ташкентская Медицинская Академия,

г. Ташкент, Узбекистан

E-mail: Doc.rakhimova@mail.ru

Абдунаби Абдурашидович Разиков

Ст. преподаватель,

Ташкентская Медицинская Академия,

г. Ташкент, Узбекистан

E-mail: abdunabi.58@mail.ru

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ПАТОЛОГИЕЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Аннотация. В статье приведены данные исследования 65 пациентов с ишемической болезнью сердца в сочетании с патологией гастродуоденальной зоны. Изучены истории болезни больных, получивших стационарное лечение с 2015 по 2017 гг. в 3-клинике ТМА с основным диагнозом ИБС в сочетании с патологией гастродуоденальной зоны. Установлена прямая корреляционная связь тяжести течения ИБС с патологией гастродуоденальной зоны, частотой встречаемости гастрита, язвенной болезни, гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, эзофагита.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, язвенная болезнь, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, гастрит, эзофагит.

Mashkhura Abdulamakhmudovna Sayfiddinova
3st year resident of Master's degree of Cardiology
Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

E-mail: medic.girl2607@gmail.com

Matlyuba Eshbayevna Rahimova
PhD in medical Sciences,
Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan.

E-mail: Doc.rahimova@mail.ru

Abdunabi Abdurashidovich Razikov
Senior Lecturer,
Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan.

E-mail: Abdunabi58@mail.ru

**FEATURES OF CRONIC HEART DISEASE WITH CONCOMITANT
GASTRODUODENAL PATHOLOGY**

***Abstract.** The paper presents involving 65 patients with ischemic heart disease in combination with gastroduodenal pathology. Case histories of patients who underwent hospital treatment from 2015 to 2017 in the 3 clinical TMA with a primary diagnosis of ischemic heart disease in combination with gastroduodenal pathology. A direct correlation between coronary artery disease with pathology of gastroduodenal zone and occurrence of gastritis, peptic ulcer disease, gastroesophageal reflux disease, esophagitis.*

***Keywords:** Coronary heart disease, peptic ulcer disease, gastroesophageal reflux disease, gastritis, esophagitis.*

В исследование было включено 65 пациентов с ИБС и патологией гастродуоденальной зоны, основной причиной госпитализации которых была стабильная стенокардия напряжения.

Пациенты были рандомизированы на две группы: первая группа 35 пациентов ИБС с ГДП, вторая группа - 30 пациентов (ИБС без ГДП), которую вошли в группу контроля. В группе сравнения пациенты получали стандартную терапию при ИБС.

Средний возраст пациентов основной группе составил $63 \pm 8,9$ года, в группе контроля $60,4 \pm 9,1$ года, количество женщин превышало количество мужчин в обеих группах. Основной фоне ИБС была гипертоническая болезни. По частоте сопутствующих заболеваний группы были сопоставимы.

Всем пациентам при поступлении выполнялся стандартный комплекс диагностических мероприятий, включая физикальное обследование, регистрацию ЭКГ, ЭХОКГ, ЭФГДС, биохимический и клинический анализ крови.

Сформированные группы достоверно не различались по возрасту, длительности ИБС, ФК стенокардии, частоте нарушений ритма и проводимости (таб.5) Кроме того, между группами не выявлено значимых различий по факторам риска ИБС и сопутствующим заболеваниям.

Общая характеристика больных по группам

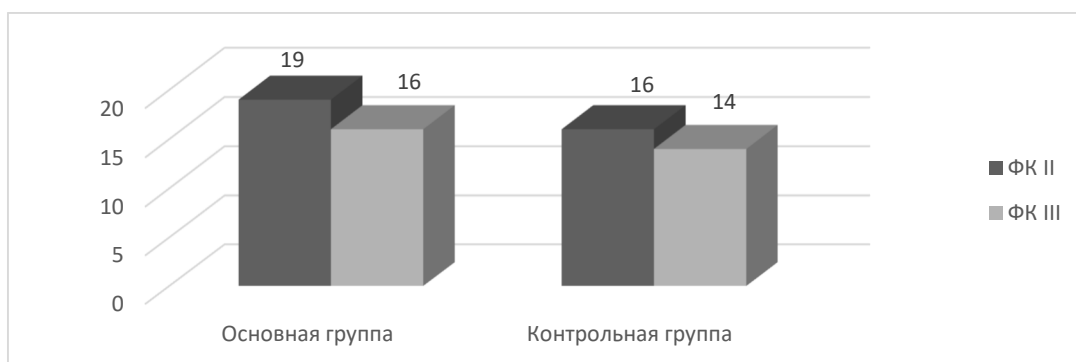
Показатели		Группы	
		Основная группа (n=35)	Контрольная группа (n=30)
Пол	Муж	11 (31,4%)	10 (33,3%)
	Жен	24 (68,6%)	20 (66,7%)
Возраст, лет		63 (45,0; 80,0)	60,4 (42,0; 79,0)
Длительность ГБ, лет		8 (5; 11)	10,0 (6,0; 12,0)
Нарушения проводимости		4 (11, 2%)	2 (6, 6%)
Нарушения ритма		5 (14, 2%)	4 (11, 4%)
Повторный ИМ в анамнезе		6 (17,1%)	5 (16, 6%)
Длительность ИБС, лет		6,8 (3; 11,0)	7,0 (3,0; 9,0)
Артериальная гипертензия		28 (80%)	19 (63,3)
Ожирение		16 (45,7%)	12 (40%)
Сахарный диабет		13 (37,1%)	9 (30%)
ОНМК (острый нарушения мозгового кровообращение) в анамнезе		8 (22,8%)	5 (16,7%)
Длительность Язвенная болезнь, лет		5,4 (2; 8;)	—
Язвенная болезнь желудка		11 (31,4%)	—
Язвенная болезнь 12 перстной кишки		16 (45,7%)	—
Гастрит		9 (30%)	—
Инвалидность		13 (37,1%)	11 (36,6%)
Курение		12 (34,3%)	13 (43,3%)
Гиподинамия		15 (42,9%)	14 (46,6%)
Оперативное лечение ИБС		3 (8,5%)	2 (6,7%)

Пациенты наблюдались в течение 6 месяцев. Клиническое состояние, лабораторные показатели, показатели качества жизни, оценивались исходно, через месяц и через 6 месяцев после начала лечения. ЭГДФС, ЭХО-кардиография повторно проводилась через 6 месяцев.

Поскольку критерием включения являлась госпитализация по причине ИБС, в исследование вошли пациенты с II-III ФК ИБС. В первой группе было 19 пациента (54,3%) II ФК и 16 (45,7%) III ФК, во второй 16 (53,3%) и 14 (46,7%) пациентов соответственно.

Исходно полученные данные продемонстрировали, что клиническая картина больных ИБС с сочетанием гастродуоденальной патологии, имеет значимые отличия от таковой у больных ИБС, не имеющих гастродуоденальной патологии.

Распределение пациентов по ФК ИБС Канадская классификации при включении в исследование



В клинической картине больных ИБС с гастродуоденальной патологией имели место боли ангинозного характера, одышка, диспепсические расстройства, астенические явления. Типичные ангинозные боли – это боли, возникающие на фоне определенной физической нагрузки и купирующиеся отдыхом или нитратами. У больных ИБС с гастродуоденальной патологией приступы ангинозных болей имели атипичную симптоматику, проявлялись спонтанной стенокардией, развивающейся в условиях покоя, а именно - после

приема пищи или утром натощак, купировались нитроглицерином. Данные ангинозные боли имели четко выраженную связь с приемом пищи, который можно рассматривать как эквивалент физической нагрузки. В группе больных ИБС с гастродуоденальной патологией типичные приступы ангинозных болей отметили 34(97,1%) больных. В то же время в группе больных ИБС без гастродуоденальной патологии 28(93,3%) больных отметили типичные ангинозные боли, и ни один больной не отметил спонтанных приступов стенокардии в покое, связанных с приемом пищи. Купирующий эффект нитроглицерина имел место у 32 (91,4%) больных ИБС с гастродуоденальной патологией. В то время как среди группы больных ИБС без гастродуоденальной патологии данный эффект нитроглицерина отметили все больные 30(100%). Что касается эпигастральных болей, они имели характер язвенноподобных, чаще всего были связаны с приемом пищи, могли возникать до приема пищи – натощак и/или после еды, и, соответственно, рассматривались в рамках диспепсических расстройств. Установленные диспепсические симптомы (изжога, отрыжка, тяжесть и дискомфорт в эпигастрии) в равной степени были выражены у больных группы больных ИБС с гастродуоденальной патологией, имели периодический характер и выраженную связь с приемом пищи. Причем, все 35(100%) больных четко отметили возникающие эпигастральные боли. К тому же, изжогу отметили 17 (48,6%) больных, отрыжку - 11(31,4%), метеоризм - 25(71,4%) больных. В группе больных ИБС без гастродуоденальной патологии диспепсические явления установлены у 8(26,7%) больных. Анализ выраженности астенического синдрома: в группе больных ИБС с гастродуоденальной патологией 22(62,4%) пациента отметили слабость и утомляемость. В то же время в группе больных изолированной ИБС лишь 11(31,4%) обозначили данный симптом.

Анализ выраженности астенического синдрома: в группе больных ИБС с ГДП 22(62,4%) пациента отметили слабость и утомляемость. В то же время

в группе больных изолированной ИБС астения встречалась гораздо реже – лишь у 11(31,4%).

Частота основных клинических симптомов у больных ИБС

Клинические данные	Группа I (n=35) (с ГДП)	%	Группа II (n=30) (без ГДП)	%
Ангинозные боли	29	76,3	19	63,3
Одышка	13	37,1	10	28,6
Нарушение ритма сердца	9	25,7	6	20
Купирующий эффективный нитроглицерин	32	91,4	26	86,7
Связь ангинозных болей с приемом пищи	9	25,7	-	-
Боли в эпигастрии	35	100	-	-
Боли во всех отделах живота	13	37,1	-	-
Метеоризм	25	71,4	8	26,7
Изжога	17	48,6	8	26,7
Отрыжка	11	35,4	8	26,7
Снижение аппетита	11	31,4	7	23,3
Нарушение сна	13	37,1	11	36,7
Снижение качество жизни	17	48,6	14	46,7
Слабость	22	62,9	16	53,3

Анализ спектра диспепсических симптомов продемонстрировал, что единым симптомом диспепсии у больных, имеющих ИБС, не отмечено. Картина диспепсии оказалась размытой. Большую часть жалоб представляют: изжога (48,6%), боли или дискомфорт, возникающие после еды (31,4%), отрыжка (35,4%), тяжесть в эпигастрии (57,1%). А такой болевой синдром, характерный для ЯБ (боли в эпигастрии, возникающие натощак), выявлен лишь у 45,7% больных.

Проведенный анализ морфологических особенностей гастродуоденальной зоны у больных ИБС с гастродуоденальной патологией продемонстрировал, что у 23(65,4%) больных в качестве сопутствующей патологии выявлена ЯБ, причем у 15(43,6%) – в стадии обострения, у 8(21,8%) - в стадии ремиссии.

Установленные у больных ИБС по результатам эндоскопического исследования диагноза

Показатель	ИБС с гастродуоденальной патологией (n=35)	
	абс.	%
Язвенная болезнь желудка		
Обострение	3	8,6
Ремиссия	8	22,9
Язвенная болезнь 12 перстной кишки		
Обострение	9	25,7
Ремиссия	7	20
Хронический гастрит		
Эрозивный	6	17,1
без эрозий	3	8,6
Хронический гастродуоденит		
Эрозивный	8	22,9
Без эрозий	4	11,4
Рефлюкс - эзофагит	9	25,7

Гастродуоденальная патология в виде хронического гастрита выявлена у 9(31,4%) больного. В данном случае нами использовалась иерархическая модель классификации больных по диагнозам (более тяжелый диагноз 24 поглощает менее тяжелый). То есть в фазе ремиссии ЯБ согласно эндоскопическому исследованию фиксировался гастрит или дуоденит, но, при этом больной классифицировался как больной ЯБ.

Анализ гастродуоденальной зоны у исследуемой группы больных показал, что рубцовая деформация луковицы ДПК определена у 10(28,6%) больных, язвенный дефект ДПК – 4 (11,4%), язвенный дефект желудка -7 (20%), эрозии

антрального отдела желудка -4 (11,4%), гастрит – 9 (25,7%), эрозии ДПК - 2(5,7%), дуоденит - 12(34,3%).

Выводы. 1. Частота гастродуоденальной патологии у больных хроническими формами ИБС составляет 53,5%. Лишь 4,35% больных ИБС не имеют факторы риска развития ГДП. 2. Больные ИБС, сочетающейся с гастродуоденальной патологией, имеют более тяжелое, часто (43,5%) - атипичное течение заболевания, вероятно обусловленное наличием общих этиопатогенетических факторов. Коморбидность ИБС и гастродуоденальной патологии, независимо от тяжести гастродуоденальной патологии, проявляется в ухудшении клинического статуса и качества жизни больных.

Список литературы:

1. Здоровье населения и здравоохранение в Республике Узбекистан за 1999–2009 годы. Информационные статистические сборники. Под. ред. Мин. здрав. РУз Ш. И. Каримова. – Ташкент, 1998 г. – 100с.
2. Здоровье населения в Республике Узбекистан в 1994–1995 годы и некоторые итоги реформы здравоохранения. Под. ред. Мин. Здрав. РУз Ш. И. Каримова. - Ташкент, 1996 г. – 105с.
3. Звенигородская Л.А., Потапова В.Б. Особенности язвенной болезни у лиц с сопутствующей ишемической болезнью сердца // Терапевтический архив, 1998. № 2. – С. 9-13.
4. Васильев Ю. В. Кислотозависимые заболевания ЖКТ и ишемическая болезнь сердца // Лечащий Врач. — 2006. — № 1. — С. 50–55.
5. Голикова З.Н. Эрозивно-язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки у больных с сердечно-сосудистой патологией, принимающих дезагрегантную терапию: диагностика, лечение и профилактика / З.Н.Голикова: дис...канд. мед. наук. – М., 2015. – 141с.

Dimitrina Kirilova Serafimova

MD, Assistant professor

Department of Dermatology and Venereology, Medical University,

Sofia, Bulgaria

Todor Dimitrov Cherkezov

PhD in Medical Science, Associate professor

Faculty of Public Health, Medical University,

Sofia, Bulgaria

Lyubka Gavrilova Stoyanova –Miteva

PhD in Medical Science, professor

Department of Dermatology and Venereology, Medical University,

Sofia, Bulgaria

E-mail: dr_serafimova@abv.bg

STUDY OF PSYCHOLOGICAL DETERMINANTS OF ANXIETY AND DEPRESSION IN PATIENTS WITH PSORIASIS

Abstract. *Psoriasis has a significant impact on patients' daily lives. Difficulties in social adaptation, anxiety and depression are often presented. In order to promote the full integration of psoriatic patients, it is imperative that the medical and psychosocial aspects of the disease be considered as equal. We investigated 111 psoriatic patients in order to evaluate the prevalence of anxiety and depression. The self-assessment questionnaire Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) was used.*

Keywords: *psoriasis, depression, anxiety, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*

Psoriasis is an inflammatory noninfectious disease with chronic recurrent evolution, specific skin involvement and a significant impact on the everyday life of patients and their cohabitants. It affects approximately 0.09%-11.4% of the world's population [1, 4]. According to the World Health Organization data of 2016, the affected people in the world are at least 100 million [14]. Survey of epidemiological data are limited to only about 20 countries, suggesting that there are significant geographical gaps in the knowledge of the spread of the disease [8, 10].

The perception of psoriasis as systemic suffering has become more and more necessary in recent years, although the relationship between psoriasis and comorbidities remains controversial [5, 12]. It is also necessary to understand the significance of the psychosocial characteristics of these patients. They often experience difficulties in social adaptation at all levels, from the family environment, through the friendly circle to the professional realization. Stress accompanies the patients in their daily lives and influences them in different directions, increasing the risk of depressive states and serious deterioration in quality of life [2]. In order to promote the full integration of psoriatic patients, it is imperative that the medical and psychosocial aspects of the disease be considered as equal. The lability of psychic equilibrium accompanies the patient in his daily routine and is particularly pronounced in a relapse period with increased anxiety and depression. The degree of anxiety and depression is not included within the study of the clinical picture of somatic diseases. During routine examinations these conditions are not taken into account. Underestimating their influence may be a major cause of inadequate behavior, difficult patient-to-doctor communication and unsatisfactory compliance with the treatment regimen.

The aim of the conducted study is to determine the levels of anxiety and depression in patients with psoriasis, as well as the role of the severity of clinical manifestation and socio-demographic characteristics.

MATERIALS AND METHODS: One hundred and eleven psoriatic patients directed at the Clinic of Skin and Venereal Diseases, University Hospital

"Alexandrovska" – EAD, Sofia, Bulgaria for the period 2014-2016 and agreed to complete the survey forms were included in the study.

Demographic and clinical data were collected by questionnaire and clinical examination. The severity of psoriasis was assessed by a dermatologist, using the Psoriasis Area and Severity Index (PASI) and Body surface area (BSA) Index. According to "the rule of tens" mild disease was defined as psoriasis area and severity index (PASI) ≤ 10 , body surface area (BSA) ≤ 10 and dermatology life quality index (DLQI) ≤ 10 . Moderate to severe psoriasis is presented by PASI > 10 , BSA > 10 , and DLQI > 10 [3].

The self-assessment questionnaire Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) was used to assess anxiety and depression. A higher score means a higher level of anxiety or depression. According to HADS anxiety/depression were considered as unlikely, possible and probable, if a patient received < 7 points, 8-10 points and > 10 points in each subscale, respectively.

The collected data was entered and processed with the statistical software SPSS – SPSS for Windows 13.0. For a significance level where the zero hypothesis was rejected, $p < 0.05$ was chosen.

RESULTS: Patients are 20 to 78 years of age (average 49.64 years), male – 51.4%, female – 48.6%. With secondary education are 60.9% of the respondents, with higher – 27.3%. Every fourth of them (20.9%) lives in a single household, 62.7% live in a family and 16.4% – with a partner.

The disease has a duration less of 5 years in one third of patients (39.3%), < 10 years – 59.9%. And 18.7% said they had psoriasis for more than 26 years. Without full clinical remission are 21,6%. The severity of the disease determined by PASI showed values below 10.0 (mild psoriasis) in 46.4% and above 10.0 (moderate to severe) – in 53.6% of patients. Area of involvement, determined by BSA revealed that less than 10% skin area affected had 44.5% of the patients and over 10% – 55.5%. Almost half (41,4%) have one accompanying disease, and every fourth (17,6%) have two or more. Only 32,1% have no other diseases. In our study, family history for psoriasis was found in 26.5% of cases.

Life Quality Data shows that it remains unchanged at only 3.6% of respondents. In another 17,1% psoriasis has a small effect on patient's life, but the effect is very large in 27,9% and extremely large for 19,8% of the surveyed.

The results show high degrees of anxiety and depression in psoriatic patients. One third of them (35.2%) have anxiety data, and every fourth (26.2%) has a different severity of depression. In all degrees anxiety overcomes depression. Moderate and severe anxiety have 18.9% compared to 10.8% for depression (Fig. 1).

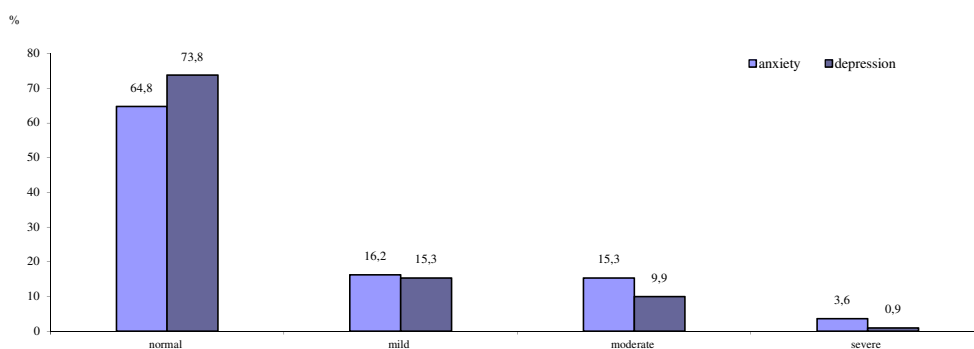


Fig. 1. Anxiety and depression

Patients with moderate or severe psoriasis (on PASI) have worse anxiety and depression scores than those with mild psoriasis. No significant correlation was found between anxiety and depression scores vs. patients' age, duration of psoriasis, number of recurrences, marital status, level of education and other demographic and social characteristics.

DISCUSSION: The study of psychological aspects of psoriasis plays an important role in the complex assessment of patients. It may help in minimization the burden of disease and to facilitate adaptation of patients. Clinical practice needs methods for the objective evaluation of subjective feelings such as anxiety and depression. The combined Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), which was proposed in 1983 by Zigmond and Snaith, is a self-assessment questionnaire used for investigation of anxiety and depression [15]. It is easy to fill and takes less than 5 minutes, while being characterized by high sensitivity and specificity. Used for wide spectrum of diseases it is also applied for many dermatological conditions, including psoriasis. Studies are very heterogeneous in terms of objectives and

specific tasks. A varied design has been used, with patients ranging in wide ranges with or without a control group. Recent publications investigate a large cohorts of patients from different countries [7, 9, 11]. Our group is comparable to the patients seen by Kouris A., et al. and Tee et al. The results are similar to that of other authors and confirm the high levels of anxiety and depression in psoriatic patients with the prevalence of anxiety [6, 7, 11, 13]. We did not find significant correlation with demographic and social factors, but the levels of anxiety and depression correlated with the severity of psoriasis. These findings correspond to those of Kouris A., et al., Pujol R.M., et al., and Tee S.I., et al.

Measurement of the emotional health of patients with psoriasis may therefore appropriately contribute to the overall measurement of global burden of disease.

CONCLUSION: The stressing the role of somatic illness aggravates the patient's condition. The recognition of emotional disorder in the clinical practice will be of help to the physician. The study of anxiety and depression as the main characteristics of the psychological state of patients with psoriasis can contribute to identify patients needing psychological support. Because anxiety and depression are mainly related to the severity of the disease, their measurement can also serve to take into account the effectiveness of different treatment regimens.

List of references:

1. Danielsen K., Olsen A.O., Wilsgaard T., Furberg A.S. Is the prevalence of psoriasis increasing? A 30-year follow-up of a population-based cohort. *Br J Dermatol*, 2013; 168: 1303-1310.
2. Darlenski R. Psoriasis and depression In: *Psoriasis as a systemic disease* Tsankov N. (ed.) Lambert Academic Publishing, Saarbrücken, 2016: 137-140.
3. Finlay AY. Current severe psoriasis and the rule of tens. *Br J Dermatol*. 2005; 152:861-867.
4. Gibbs S. Skin disease and socioeconomic conditions in rural Africa: Tanzania. *Int J Dermatol*, 1996; 35(9): 633-639.

5. Grozdev I., Korman N., Tsankov N. Psoriasis as a systemic disease. *Clin Dermatol*, 2014; 32(3): 343-350.
6. Kouris A., Christodoulou C., Stefanaki C. Et al. Quality of life and psychosocial aspects in Greek patients with psoriasis: A cross-sectional study. *An Bras Dermatol*, 2015; 90(6): 841-845.
7. Lesner K., Reich A., Szepietowski J.C. et al. Determinants of Psychosocial Health in Psoriatic Patients: A Multi-National Study. *Acta Derm Venereol*, 2017; 15; 97(10): 1182-1188.
8. Michalek I.M., Loring B., John S.M. A systematic review of worldwide epidemiology of psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2017; 31: 205-212.
9. Modalsli E.H., Åsvold B.O., Snekvik I. et al. The association between the clinical diversity of psoriasis and depressive symptoms: The HUNT Study, Norway. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2017; 29. doi: 10.1111/jdv.14449. [Epub ahead of print].
10. Parisi R., Symmons D.P., Griffiths C.E., Ashcroft D.M. Global Epidemiology of Psoriasis: A Systematic Review of Incidence and Prevalence. *J Invest Dermatol*, 2013; 133(2): 377-385.
11. Pujol R.M., Puig L., Daudén E. et al. Mental health self-assessment in patients with moderate to severe psoriasis: an observational, multicenter study of 1164 patients in Spain (the VACAP Study) *Actas Dermosifiliogr*, 2013; 104(10): 897-903.
12. Reich K. The concept of psoriasis as a systemic inflammation: implications for disease management. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2012; 26 Suppl 2: 3-11.
13. Tee S.I., Lim Z.V., Theng C.T. et al. A prospective cross-sectional study of anxiety and depression in patients with psoriasis in Singapore. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2016; 30(7): 1159-1164.
14. World Health Organization. Global report on psoriasis. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204417/1/9789241565189_eng.pdf. Accessed May 31, 2016.
15. Zigmond A.S, Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*, 1983; 67(6): 361-370.

Саранцацрал Цогтбаяр

Национальный центр психического здоровья

Улаанбаатар, Монголия

Сугармаа Мягмаржав

Национальный Университет Медицинских Наук,

Школа общественного здоровья

Улаанбаатар, Монголия

E-mail: sarantsatsral01@gmail.com

ОПРЕДЕЛЕНИЕ НАДЕЖНОСТИ И ДОСТОВЕРНОСТИ ОПРОСНИКА ЦЕНТРА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ДЕПРЕССИИ

***Аннотация:** Депрессия занимает лидирующую позицию среди причин заболеваемости и инвалидности во всем мире. Поэтому необходимо выявлять на ранней стадии и предупредить осложнения путем тестирования на уровне поликлиник, специалистов общественного здравоохранения. В этом исследовании мы перевели опросник центра эпидемиологических исследования (CES-D) от английского на монгольский и проверили надежность и достоверность опросника среди психиатрических пациентов и группы населения.*

***Ключевые слова:** опросник центра эпидемиологических исследований для выявления депрессии, надежность, достоверность, депрессивный симптом.*

Sarantsatsral Tsogtbayar

National Mental Health Center of Mongolia

Sugarmaa Myagmarjav

School of Public Health, MNUMS

ASSESSING RELIABILITY AND VALIDITY OF THE CENTER FOR EPIDEMIOLOGICAL STUDIES-DEPRESSION SCALE (CES-D)

***Abstract.** Depression is the leading cause of ill health and disability worldwide. This questionnaire is essential for screening depression symptoms among population, determining stress level among population. In this study, we translated CES-D from English into Mongolian and tested reliability and validity in sample of psychiatric patients and population group.*

***Keywords:** CES-D, reliability, validity, depressive symptom.*

Судалгааны хэрэглэгдэхүүн, арга зүй:

Асуумжийн орчуулга: СГ-ТЗТ-ийн асуумжийн орчуулгыг Брислиний ^[2] 5 шаттай загварыг ашиглан 5 үе шаттайгаар хийв. 1) Сэтгэл гутралыг илрүүлэх Тархвар зүйн төвийн асуумжийн орчуулгыг англи хэлтэй 2 хүнээр монгол хэлнээ хөрвүүлж, 2) орчуулагч, сэтгэцийн эмч, судлаач нарын бүрэлдэхүүнтэй эхний хэлэлцүүлэг хийн орчуулгыг харьцуулан хэлэлцэж, хамгийн боломжтой гэсэн хувилбарыг боловсруулсан. 3) Дараа нь монгол хэлнээ хөрвүүлсэн хувилбарыг уг асуумжийг мэдэхгүй 2 орчуулагчаар англи хэлнээ хөрвүүлж 4) 2 дахь хэлэлцүүлэг хийсэн. Оролцогчид 2 орчуулгыг харьцуулан хоорондын утга хэр ойрхон байна, монгол хэлнээ хэрхэн утга нь гарч орчуулагдсан байна, мөн анхны англи хувилбар дээрх асуумжтай хэр ижил орчуулагдсан байна гэдэгт дүгнэлт хийж СГ-ТЗТ-ийн асуумжийг бэлэн болгов. 5) Хамгийн сүүлд сэтгэл гутрах шинж тэмдэгээр эмнэлэгт хэвтэж буй 20 хүнээс сорилын судалгаа авч СГ-ТЗТ-ийн асуумжийн ойлгомжтой байдалд гутралын үеийн мэдрэмж, зовиур зэрэгт үндэслэн бага хэмжээний засварыг хийж, эцсийн монгол хувилбарыг боловсруулсан.

Судалгааны хамрах хүрээ, түүвэр: Судалгааг 2016 оны 4-р сараас 2017 оны 12-р сар хүртэлх хугацаанд 2 бүлэгт нийт 160 хүнийг хамруулав. Үүнд .

1) СЭМҮТ-д сэтгэл гутрал гэсэн оноштой болон сэтгэл гутрах шинж тэмдгээр байнга хэвтэн эмчлүүлдэг 80 хүнээс сурвалжлагын аргаар, 2) Харьцуулах зорилгоор хүн амын бүлэгт 80 хүнийг сонгон өөрөөр нь бөглүүлж оролцуулсан.

Мэдээлэл цуглуулсан арга: Судалгаанд сэтгэл гутралыг үнэлэх 2 асуумж (СГ-ТЗТ-ийн асуумж^[2], Хамилтоны сорил^[3]), сүүлийн нэг жилийн хугацаанд амьдралд тохиох стресст үйл явдал, өөрийн эрүүл мэндийн үнэлгээ, санхүүгийн гачигдал (Rose, 1996^[4]) өрхийн орлого зэргээс гадна нийгэм-хүн амзүйн асуултуудаар мэдээллийг цуглуулсан.

- (СГ-ТЗТ)-ийн асуумж нь (англи товчлол нь CESD) нь судлаач Радлоф 1977 онд боловсруулсан. Энэ асуумж нь “Би өмнө нь тоодоггүй байсан зүйлдээ санаа зовох болсон”, “Би хийж байгаа зүйлдээ байнга эргэлзэж байсан” гэх мэт 20 асуулттай бөгөөд бараг үгүй, хааяа, ихэнхдээ, байнга гэсэн дөрвөн сонголт бүхий хариулт нь 0-3 оноонд харгалзана. Мөн “Надад ирээдүйдээ итгэх итгэл төрсөн”. “Би аз жаргалтай байсан” гэх мэт дөрвөн асуулт нь эерэг утгатай бөгөөд боловсруулахдаа 3-аас 0 оноо хүртэл хувиргаж чиглэлийг ижил зүгт болгосны дараа нийлбэр оноогоор үнэлдэг. Нийлбэр оноо нь 0-60 хооронд хэлбэлзэнэ.
- Хамилтоны сорил нь олон улсын X ангиллын шалгуураар сэтгэл гутрах тохиол гэж оношлогдсон эмнэлэгт хэвтэж байгаа 80 хүнээс сорилыг авсан. Энэ сорил нь 21 асуулт бүхий 20-30 минут бөглөдөг сорил юм. Үүнийг эмнэлзүйн ярилцлага үзлэгийн үед эмч өөрөө бөглөж, үнэлэхдээ сэтгэл гутралын төрх үйл, амиа хорлох бодол, сэтгэхүйн бууралт, бие махбодийн өөрчлөлт зэргийг тус тусад нь үнэлдэг. Нэг асуулт 0-3 оноонд харгалзана. Хариултыг нийлбэр оноогоор дүгнэх ба нийт 0-69 оноонд хэлбэлзэнэ. Хамилтоны сорилыг зөвхөн эмнэлэгт суурилсан бүлэгт ашигласан.

- Санхүүгийн гачигдал: Энэхүү асуумж (Rose, 1996), нь сүүлийн нэг жилийн хугацаанд танай гэр бүлд хүнс авах, хувцас авах, цахилгаан, дулааны төлбөр төлөхөд хэр хүндрэлтэй байсан бэ гэсэн 3 асуулттай ба байнга (1), ихэнхдээ (2), хааяа (3), ховор (4), хэзээ ч үгүй (5) гэсэн хариулттай. Үнэлэхдээ 0-3 оноогоор дахин бүлэглэн кодлож, нийлбэр оноогоор үнэлнэ. Оноо ихсэх тусам санхүүгийн гачигдлыг илэрхийлнэ.
- Өөрийн эрүүл мэндийн үнэлгээ: Та сүүлийн нэг жилийн хугацаанд өөрийнхөө эрүүл мэндийг юу гэж үнэлэх вэ гэдэг стандарт асуултаар илрүүлж, маш муу (1), муу (2), дунд (3), сайн (5), маш сайн (5) гэсэн 5 хариултаас сонгодог.
- Сүүлийн нэг жилийн хугацаанд амьдралд тохиох стресст үйл явдал тохиолдсон эсэхийг асууж, тийм, үгүй гэсэн хариултаар тодруулсан.

Статистик боловсруулалт:

- Найдвартай байдлыг дотоод нийцэл^[5] (Кронбахын алфа) үнэлэв. Эдгээр коэффициент нь 0-1-ийн хооронд хэлбэлздэг ба 0.7-оос дээш буюу 1-рүү ойртох тусам хангалттай найдвартай гэж үздэг.
- Хүчин төгөлдөр байдлыг Пирсоны корреляцийн шинжилгээ^[6] хийж, хамаарлыг тооцож, үнэлсэн.

Үр дүн: Эмнэлэгт суурилсан судалгаанд оролцогчдын дундаж нас 41.3 (9.4) байхад хүн амд суурилсан бүлгийн судалгаанд оролцогчдын дундаж нас 35.8 (9.4) байна. Хүйсийн хувьд эмнэлэгт суурилсан бүлгийн хүмүүсийн 25% нь эрэгтэй, 75% нь эмэгтэй бол хүн амд суурилсан бүлгийн хүмүүсийн 23.8% нь эрэгтэй, 76.3% нь эмэгтэйчүүд буюу хүйсийн хувьд ойролцоо байв. Гэр бүлийн байдлын хувьд эмнэлэгт суурилсан бүлгийн судалгаанд оролцогчдын 37.5% нь гэр бүлтэй байсан бол, 26.2% нь ганц бие, 36.3% салсан ба бэлэвсэн хүмүүс байв. Хүн амд суурилсан бүлгийн судалгаанд оролцогчдын 72.5% нь гэр бүлтэй, 17.5% нь ганц бие, 10% нь салсан ба бэлэвсэн байжээ. Нийгмийн байдлын хувьд эмнэлэгт суурилсан бүлгийн судалгаанд оролцогчдын 68.8% (n=55) нь нийгмийн халамжийн тэтгэмж авдаг байгаа нь ихэнх нь сэтгэцийн өвчний улмаас хөдөлмөрийн чадвар алдсан хүмүүс байгаатай холбоотой

байсан. Хүн амд суурилсан бүлгийн судалгаанд ородцогчдын 85.0% нь (n=27) ажил эрхэлдэг, 5% нь (n=4) оюутан, 10% нь (n=8) ажил эрхэлдэггүй байв. (Хүснэгт. 1)

Хүснэгт 1. Оролцогчдын нийгэм-хүн амзүйн байдал:

Нийгэм-хүн амзүйн үзүүлэлт		Эмнэлэгт суурилсан (n=80)		Хүн амд суурилсан (n=80)	
		Дундаж (СХ)/%	N	Дундаж (СХ)/%	N
1.	Нас	41.3(9.4)	80	35.8 (9.4)	80
	18-29	16.2%	13	26.2%	21
	30-39	18.8%	15	42.5%	34
	40-49	43.8%	35	18.8%	15
	50-55	21.2%	17	12.5%	10
2.	Хүйс				
	Эрэгтэй	25%	20	23.8%	19
	Эмэгтэй	75%	60	76.2%	61
3.	Боловсрол				
	Дээд	31.2%	25	83.8%	67
	Тусгай дунд	0	0	6.2%	5
	Бүрэн дунд	56.3%	45	10%	8
	Бүрэн бус дунд	12.5%	10	0	0
4.	Гэр бүлийн байдал				
	Гэр бүлтэй/хамтран амьдрагчтай	37.5%	30	72.5%	58
	Ганц бие	26.2%	21	17.5%	14
	Салсан/бэлэвсэн	36.3%	29	10%	8
5.	Нийгмийн байдал				
	Ажил эрхэлдэг	27.5%	21	85.0%	68
	Оюутан	3.7%	3	5%	4
	Ажилгүй/нийгмийн халамжийн тэтгэмж авдаг	68.8%	55	10%	8

Найдвартай байдал: Судалгаанд тухайн хэмжих хэрэгслийн найдвартай байдлыг хэмжигдэхүүн хоорондын үнэлдэг бөгөөд Кронбахын альфа гэсэн коэффициентоор хэмждэг. Бидний судалгааны хувьд эмчлүүлэгчдийн бүлэгт СГ-ТЗТ-ийн асуумжийн Кронбахын алфа 0.85, хүн амын бүлэгт $\alpha=0.79$ байгаа нь уг асуумжийг найдвартай байдал нь хангалттай сайн гэж үнэлж болно.

Хүчин төгөлдөр байдал: СГ-ТЗТ-ийн асуумжийн хүчин төгөлдөр байдлыг конвергент хүчин төгөлдөр байдал буюу Пирсоны корреляцийн шинжилгээгээр тодорхойлов. Конвергент хүчин төгөлдөр байдал гэдэг нь хувьсагчуудын хэмжилтийн тоон утгуудын хоорондын логик хамаарлыг харьцуулан тохирч байгаагаар тодорхойлдог. Оролцогчдын сэтгэл гутралын нийлбэр оноог санхүүгийн гачигдал, өрхийн орлого, амьдралд тохиох стресст үйл явдал, өөрийн эрүүл мэндийн үнэлгээ зэрэг үзүүлэлтэй харьцуулж үнэлэв. Өөрийн эрүүл мэндийн үнэлгээгээр эрүүл мэндээ сайн гэж үнэлж байгаа хүмүүст СГ-ТЗТ-ийн асуумжийн оноо нэмэгдэж байгаа нь урвуу хамааралтай байна. Санхүүгийн гачигдлын оноотой сэтгэл гутралын оноо шууд эерэг хамааралтай буюу санхүүгийн гачигдал нэмэгдэх тусам сэтгэл гутралын түвшин ихэсч байна. Мөн өрхийн орлого багасах тусам СГ-ТЗТ-ийн асуумжийн оноо нэмэгдэх буюу урвуу хамааралтай байгаа нь орлого, санхүүгийн байдал нь сэтгэл гутралд нөлөөлөх нэг хүчин зүйл гэж үзэж болно. Харин сэтгэл гутрал нь сүүлийн нэг жилийн хугацаанд амьдралд тохиолдсон стресстэй үйл явдалтай хамааралгүй байна. (Хүснэгт. 2)

Хүснэгт 2. СГ-ТЗТ-ийн асуумжийн бусад үзүүлэлттэй харьцуулсан корреляцийн шинжилгээний үр дүн

	Сэтгэл гутралын оноо (СГ-ТЗТ)	Санхүүгийн гачигдлын оноо	Өрхийн орлого	Амьдралд тохиох үйл явдал	Эрүүл мэндийн өөрийн үнэлгээ
Сэтгэл гутралын оноо (СГ-ТЗТ)	1				
Санхүүгийн гачигдлын оноо	0.30**	1			
Өрхийн орлого	-.041**	-0.38**	1		
Амьдралд тохиох таагүй үйл явдал	0.02	0.03	0.02	1	
Эрүүл мэндийн өөрийн үнэлгээ	-0.34**	-0.31**	0.24**	-0.08	1

**p < 0.01

Дүгнэлт:

1. СГ-ТЗТ-ийн асуумжийг нийцтэй болон тогтвортой байдлын хувьд найдвартай хэрэглэгдэхүүн гэж үзэж байна.
2. СГ-ТЗТ-ийн асуумжийг санхүүгийн гачигдал, өрхийн орлого, өөрийн эрүүл мэндийн үнэлгээ зэрэг үзүүлэлттэй хамааралтай байгаа нь конвергент хүчин төгөлдөр байдлыг хангаж байна.

Номзүй:

1. Radloff, L.S. The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. Applied Psychological Measurement. 1997.1:385-401. <http://apm.sagepub.com/>
2. Brislin W. R, Back-Translation for Cross-Cultural Research. Journal of Cross-Cultural Psychology 1970 1: 185-216. DOI: 10.1177/135910457000100301
3. Hamilton. M. A rating scale for depression. Journal of Neurologic Neurosurgical Psychiatry, 1960, 23, 56-62.
4. Rose, R. New Russia Barometer VI: After the presidential election. Centre for the Study of Public Policy: Studies in Public Policy, No. 272. Glasgow: University of Strathclyde 1996.
5. Devillis, R. F. Scale development: Theory and application. New bury Park. CA sage. 2003;
6. Батзориг Б, Хүдэрчулуун Н, Ганчимэг Ө, Сэр-Од Х, Билэгт Б. Биостатистик. Улаанбаатар: Эрхэс; 2011; 206-20.

УДК 615.825

Элина Станиславовна Чепикова

Студент

*Сибирский Государственный Университет науки и технологии
имени академика М.Ф.Решетнёва, г. Красноярск, Россия*

Зотин Виталий Владимирович

Старший преподаватель

Сибирский Государственный Университет науки и технологии

имени академика М.Ф. Решетнёва, г. Красноярск, Россия

E-mail: elina.chepikova@rambler.ru

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ СТУДЕНТОВ С ГИПОТОНИЕЙ

***Аннотация.** В статье рассматривается такое заболевание как гипотония. Выявлены основные симптомы болезни. Поставлена основная цель, составлена специальная программа в Сибирском Государственном Университете науки и технологий имени академика Михаила Фёдоровича Решетнёва для обучающихся и сделаны основные выводы по данной программе по улучшению здоровья студентов.*

***Ключевые слова:** гипотония, артериальное давление, заболевание, дискомфорт.*

Elina Stanislavovna Chepikova

Student

Siberian state University of science and technology

named after academician M. F. Reshetnev, Krasnoyarsk, Russia

Vitaly Vladimirovich Zotin

Senior lecturer

Siberian state University of science and technology

named after academician M. F. Reshetnev, Krasnoyarsk, Russia

E-mail: elina.chepikova@rambler.ru

PHYSICAL REHABILITATION OF STUDENTS WITH HYPOTHONY

***Abstract.** The article considers such a disease as hypotension. The main symptoms of the disease are revealed. The main goal was set, a special program was prepared at the Siberian State University of Science and Technology named after Academician Mikhail Fedorovich Reshetnev for trainees and the main conclusions were drawn on this program to improve the health of students.*

***Keywords:** hypotension, blood pressure, disease, discomfort.*

Многие сталкивались с такой проблемой как гипертония. Люди, страдающие этим заболеванием, постоянно наблюдаются у врача, измеряют свое давление, принимают разные таблетки, чтобы снизить его. Но сейчас все больше людей жалуются врачам и на пониженное давление. [1]

Гипотония – это заболевание, которое проявляется в снижении артериального давления. Гипотоником можно считать человека, если его давление до 100/60 и ниже. Пониженное давление значительно ухудшает самочувствие и приносит дискомфорт. Это заболевание может коснуться людей любого возраста. В настоящее время все больше жалоб возникают у студенческой молодёжи. И по подсчетам данных это заболевание чаще встречается у девушек. Студентам с этим заболеванием приходится тяжело на учёбе. Плохо может стать когда и где угодно. Основными симптомами гипотонии являются:

- нервозность;
- бессонница;
- вялость;
- упадок сил в течение рабочего дня;
- головные боли;
- головокружение;
- потемнение в глазах;
- обмороки;
- снижение работы сердца;
- повышенная потливость;

- тремор рук;
- эмоциональное перенапряжение. [2]

Для всех известно, что физическая культура является неотъемлемой частью в жизни каждого человека. Поэтому для людей с гипотонией рекомендованы занятия лечебной физической культурой для тренировок сосудов и повышения их тонуса. С помощью упражнений можно добиться больших успехов в улучшении здоровья. [4]

Цель исследования. Разработать план упражнений для студенческой молодёжи и добиться максимального положительного результата в улучшении их здоровья.

Результаты исследования и их обсуждение. Исследования проводили в Сибирском государственном университете науки и технологий имени академика Михаила Фёдоровича Решетнёва в городе Красноярск. Для эксперимента отобрали студентов первого курса инженерно-экономического института, которые занимались в медицинской и специальной группе. У всех была одна проблема со здоровьем – низкое давление. [3]

На участие в данном эксперименте согласилось участвовать 32 человека. Преподавателями физической культуры для всех обучающихся была разработана специальная программа, в которую входил комплекс упражнений. Именно эта программа должна помочь в здоровье студенческой молодёжи. На занятиях студенты находятся под чётким наблюдением преподавателей. В основные задачи лечебной физической культуры при данном заболевании входят:

- общее укрепление здоровья;
- увеличение уровня трудовой деятельности;
- нормальному функционированию центральной нервной системы;
- выработка нормального кровообращения;
- эффективная тренировка всех органов;
- улучшение обмена веществ;
- улучшение дыхательной системы;

- повышение качества жизни;
- улучшение координации.

Занятия в течение года проводились на улице – осенью и весной, а также в спортивном зале университета – зимой. Чтобы был достигнут максимальный результат в повышении давления, следует сочетать ряд силовых упражнений, дыхательных упражнений и упражнений, направленных на равновесие.

Каждое занятие начиналось с дыхательной гимнастики. При выполнении дыхательных упражнений следует медленно и глубоко дышать, втянув живот на вдохе и вытянув на выдохе.

Далее все упражнения выполнялись лёжа, так как некоторые упражнения стоя могут вызвать головокружения у учащихся. Поэтому у кого низкое давление следует начинать занятия именно в таком положении.

Рассмотрим комплекс упражнений:

1. Ходьба обычная с нормальным дыханием;
2. Лежа на спине дыхательная гимнастика животом (диафрагмальное дыхание);
3. Лежа животом на стуле, скамейке. Ноги и руки должны касаться пола;
4. Лежа на полу. Упор сделать в локтях, ноги на стуле или скамейке – нужно опираться на ладони, далее следует приподнять туловище вверх в упор лежа;
5. Лежа на спине. Поднять руки вверх при вдохе и опустить вниз при выдохе;
6. Лежа на животе сначала оторвать руки и ноги от пола, потом следует прогнуться в спине, воздерживаться 7-10 секунд.
7. Лёжа на спине оторвать голову от пола и поднять стопы на себя и таким образом задержаться на несколько секунд;
8. Лёжа на спине выполнять ногами, будто крутите педалями на велосипеде.

Далее увеличивается комплекс упражнений для студенческой молодёжи. Прибавляются упражнения с использованием гантелей и других

спортивных средств. Также происходит увеличение темпа упражнений, а вот силовые упражнения все равно остаются в достаточно медленном темпе:

- В положении стоя опустить руки. Поднять руки вверх при вдохе и выдохе опустить;

- упражнение такое же, как и первое, только в руках у студентов теперь мячики;

- руки на поясе, при вдохе свести лопатки и локти, прогнуться, а при выдохе вернуться в исходное положение;

- стоя с гимнастической палкой в руках сзади. Выполнять повороты одновременно головы и корпуса тела.

- руки на поясе выполнять прыжки;

- обычная ходьба. [5]

В конце каждого занятия студентам предлагалось играть в различные спортивные игры волейбол, бадминтон, теннис, а также принять участие в спортивных эстафетах.

В конце учебного года среди студентов, которые участвовали эксперименте, прошли опрос по данной программе.

Результаты и выводы исследования. Все студенты, участвующие в эксперименте приобщились к занятиям физической культуры и активно занимаются самостоятельно за пределами университета. Состояние их значительно улучшилось, 70% в анкетировании отметили, что симптомы, приносящие им дискомфорт, исчезли. Из этого следует, что данная программа по укреплению здоровья среди студентов, страдающих гипотонией, годится в образовательную программу вуза. [3]

Список литературы:

1. Бакшеев В.И., Коломоец Н.И. Клинические и методические аспекты мониторинга артериального давления // Военно-медицинский журнал. 2006. - №10, С.36 - 38.

2. Гитун Т.В. Диагностический справочник кардиолога. – М.: АСТ, 2008. – С. 316–329.
3. Зотин В.В., Антоненко М.Н., Озорнина О.А. Физическая культура и здоровьесберегающая деятельность студентов в вузе //сб. тр. международной науч. практ. конф."Педагогика и психология: перспективы развития". - Чебоксары, 2017. – С.119-121.
4. Леонтьева И.В. Артериальная гипотония у подростковой молодёжи// Лекция для врачей. – М., 2003, 62с.
- 5.Потапенко В.П. Низкое давление. Причины и лечение. – М.: АСТ; СПб.: Сова, 2008. – 94с.

УДК. 616.12-008.46; 616.146.2

Феруз Хусанович Элмурадов

Ассистент кафедры внутренние болезни №3

Ташкентская Медицинская Академия,

г.Ташкент, Узбекистан

E-mail: Fer_uzbek@mail.ru

СОСТОЯНИЕ ПОЧЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ФУНКЦИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Аннотация, Перспективный анализ показывает, что во многих случаях нарушение функций почек является параллельной патологией при ХСН, которое ухудшает прогноз заболевания и требует особого внимания при лечении.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, хроническая болезнь почек, кардиоренальный синдром.

Feruz Khusanovich Elmurdov

*Assistant of internal diseases №3,
Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan*

E-mail: Fer_uzbek@mail.ru

STATE OF RENAL HEMODYNAMICS AND KIDNEY FUNCTION IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE

Abstract. *Prospective analysis shows that in many cases, kidney dysfunction is parallel pathology in CHF, which worsens the prognosis of the disease and requires special attention in the correct treatment.*

Keywords: *chronic heart failure, chronic kidney disease, cardiorenal syndrome.*

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является одной из наиболее важных медико-социальных проблем. Актуальность этой темы обусловлена прогрессирующим и прогностически неблагоприятным течением ХСН, её высокой распространенностью среди населения [1] и постоянно увеличивающимися финансовыми расходами на лечение больных.

Распространенность этого заболевания увеличивается с возрастом и достигает 10–20% у лиц в возрасте 70–80 лет [2]. В будущем в связи со старением популяции и увеличением выживаемости больных с различной сердечно-сосудистой патологией ожидается, что количество больных с ХСН еще более возрастет.

Прогноз у больных с ХСН крайне неблагоприятный. По международным данным, смертность среди них в 4–8 раз выше, чем в общей популяции соответствующего возраста, и сравнима или даже превосходит смертность от таких онкологических заболеваний, как рак молочной и предстательной железы, колоректальный рак [3]. У больных с ХСН IV ФК NYHA смертность

в течении полугода достигает 44%. При не тяжелой ХСН в течение 4 лет с момента постановки диагноза живет лишь половина больных [4].

В последние годы было показано, что к значительному ухудшению прогноза при ХСН считается нарушения функции почек, которое приводит повышение концентрации креатинина в сыворотке крови и снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) [5]. Нарушения функции почек являются важным фактором риска развития прогрессирование ХСН. Результаты эпидемиологических и популяционных исследований свидетельствуют о том, что даже самые ранние субклинические нарушения функции почек приводит к резкому ухудшению состояния пациентов с ХСН [6].

Назначение адекватной терапии способно снизить риск развития сердечно-сосудистых и почечных осложнений, замедлить прогрессирование нарушения функции почек. В настоящее время продолжают исследования взаимосвязи между состоянием почечного кровотока и показателей сердечной гемодинамики при ХСН, которое считается важным для определения прогноза.

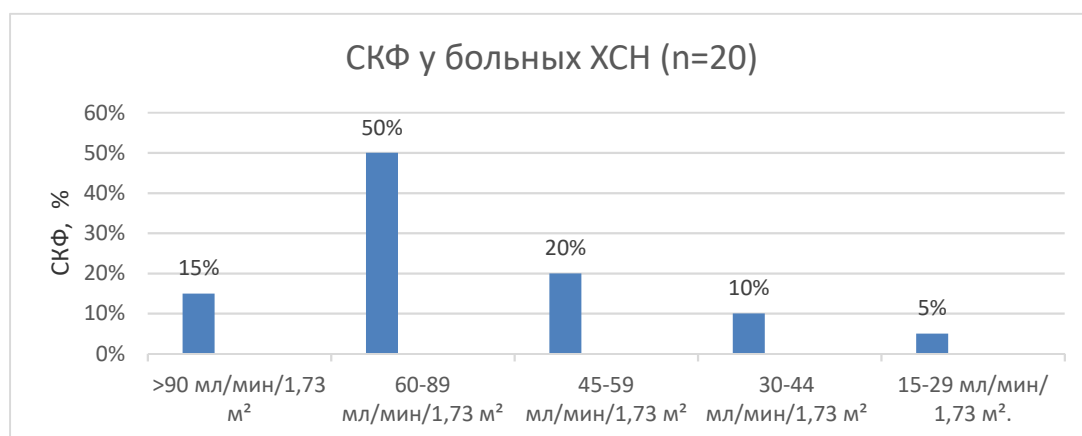
Цель исследования: Целью нашего исследования было изучить изменения функционального состояния почек и почечной гемодинамики, их взаимосвязь с выраженностью клинической симптоматики у больных с ХСН.

Материал и методы. Обследовано 20 пациентов (11 мужчины и 9 женщин) с клиническими проявлениями ХСН, находившихся на стационарном лечении в отделениях кардиологии и кардиореабилитации 3-клиники ТМА, в возрасте 51 - 83 лет, средний возраст - $66,8 \pm 9,8$ лет. Из исследования были исключены больные с острой сердечной недостаточностью, острым инфарктом миокарда, нестабильной стенокардией, идиопатической кардиомиопатией, перикардитами, ревматическими пороками сердца, миокардитами. Всем больным были проведены общепринятые методы исследования (клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, ЭКГ, ЭхоКГ, дуплексного сканирования почечных артерий). Диагностику и оценку ХСН проводили согласно с Национальными

Рекомендациями ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (2012). Клубочковую фильтрацию рассчитывали по формуле Cockcroft–Gault. Согласно NKF Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease (2002). Эхокардиография проводилась в В- и М-режимах импульсным датчиком 2,5-3,5 МГц, измерения проводили согласно рекомендациям американского эхокардиографического общества. Почечную гемодинамику оценивали с помощью ДСПА конвексным датчиком с частотой 2,5-5,0 МГц с полипозиционным положением больного.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы Statistica for Windows. Достоверность различий между параметрами определяли по критерию t Стьюдента.

Рисунок 1. Распространенность степеней ХБП среди больных ХСН.



Результаты исследования: в ходе исследования среди больных с ХСН у 15% была выявлена СКФ >90 мл/мин/1,73 м², у 50% - 60-89 мл/мин/1,73 м², у 20% - 45-59 мл/мин/1,73 м², у 10% - 30-44 мл/мин/1,73 м² и у 5% - 15-29 мл/мин/1,73 м² (Рисунок 1). Таким образом, ХБП со СКФ <60 мл/мин/1,73 м² наблюдалась у 35% больных с ХСН. Анализ возрастных особенностей распространенности ХБП среди больных с ХСН показал рост частоты снижения СКФ с увеличением возраста больных, а также при нарастании ФК ХСН. Линейные (V_{ps} , V_{ed}) и объемные скорости кровотока ($CO_{кобщ}$, $CI_{кобщ}$, $CO_{кбаз}$, $CI_{кбаз}$) у большинства больных с ХСН были ниже, а пульсационный (PI) и резистивный индексы (RI) – выше, чем у здоровых лиц ($p < 0,001$).

Линейные скорости кровотока, индексы периферического почечного сопротивления и параметры объемного почечного кровотока коррелировали с показателями сократительной функции сердца и проявлениями дисфункции почек. Средний ФК ХСН составляло $2,2 \pm 0,8$ у больных с нормальной СКФ почек, при ассоциированной ХБП этот показатель был выше ($2,6 \pm 0,7$; $p < 0,001$). У больных с ХСН, ассоциированной с ХБП, чаще наблюдалась анемия, при этом уровень гемоглобина снижался по мере нарастания тяжести ХБП. Проведенный многофакторный регрессионный анализ показал независимую связь концентрации гемоглобина и СКФ ($p < 0,01$). Эхокардиографические показатели такие как конечный диастолический размер (КДР) составлял $51,43 \pm 6,4$ мм и конечный систолический размер (КСР) $35,6 \pm 4,5$ мм ($p < 0,1$) у больных ХСН, в то время при ассоциированных с ХБП эти показатели были $52,1 \pm 8,0$ мм, $38,0 \pm 7,0$ мм ($p < 0,06$), соответственно. При оценке структурных изменений сердца установлено, что больные ХСН наличием и отсутствием ХБП не различались по величине ФВ левого желудочка.

Заключение: Течение хронической сердечной недостаточности, ассоциированной с хронической болезнью почек, характеризуется более тяжелыми клиническими проявлениями и течением заболевания. Результаты показывают, что во многих случаях нарушение функций почек является параллельной патологией при ХСН, которое ухудшает прогноз заболевания и требует особого внимания в коррекции лечения.

Список литературы:

1. Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т. Эпидемиологическое исследование сердечной недостаточности: состояние вопроса // Сердечная недостаточность, 2002. – С. 95.
2. Мареев В.Ю. Основные достижения в области понимания, диагностики и лечения ХСН в 2003 году // Сердечная недостаточность, 2004. – С.102.
3. Напалков Д.А., Сулимов В.А., Сеидов Н.М. Хроническая сердечная

недостаточность: смещение фокуса на начальные стадии заболевания // Лечащий врач, 2008 – С. 98.

4. Резник Е.В., Гендлин Г.Е., Сторожаков Г.И. «Дисфункция почек у больных с хронической сердечной недостаточностью: патогенез, диагностика и лечение» // «Сердечная недостаточность», том 6, №6(34), 2005. – С. 45-50

5. Marenzi G., Lauri G., Guazzi M. et al. Cardiac and renal dysfunction in chronic heart failure: relation to neurohumoral activation and prognosis // Am J Med Sci. 2001. Vol. 321 (6). P. 359-366.

6. Smith GL, Lichtman JH, Bracken MB et al. Renal impairment and outcomes in heart failure: systematic review and meta-analysis. J Am Coll Cardiol. 2006; P. 198.

УДК 614.1

Румяна Тодорова Янева

К. мед. наук, доцент

Медицинский университет Софии, Факультет общественного здоровья,

София, Болгария

E-mail: yaneva.1968@abv.bg

НИЗКАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ КАК ФАКТОР РИСКА ДЛЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

***Аннотация.** Сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной заболеваемости и смертности во всем мире. Эта проблема особенно актуальна для Болгарии, где, как показывают данные, из каждых трёх человек, двое умирают от сердечно-сосудистых заболеваний. Одним из основных факторов риска для их возникновения является низкая физическая активность.*

***Ключевые слова:** низкая физическая активность, фактор риска, сердечно-сосудистые заболевания, неблагоприятные факторы.*

Rumyana Todorova Yaneva

PhD in Medical Sciences, Associate Professor

Medical University of Sofia, Faculty of public health,

Sofia, Bulgaria

E-mail: yaneva.1968@abv.bg

LOW PHYSICAL ACTIVITY AS A RISK FACTOR FOR CARDIOVASCULAR DISEASES

***Abstract.** Cardiovascular diseases are the leading cause of morbidity and mortality worldwide. The problem is particularly striking for Bulgaria, where, according to the data two of three people die from cardiovascular diseases. Low physical activity is one of the main risk factors for their occurrence.*

***Keywords:** low physical activity, risk factors, cardiovascular disease, unfavorable consequences*

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются объединяющим понятием, которое включает в себя все сосудистые и сердечные проблемы. В глобальном масштабе, они являются основной причиной смертности. В 2012 г. от ССЗ умерло 17,9 миллионов человек: 7,8 миллиона человек с ишемией сердца (инфарктом) и 5,9 миллиона человек с проблемами сосудов мозга. Как абсолютная величина, смертность от этих заболеваний среди женщин намного ниже, чем среди мужчин. Разница между двумя полами достигает до 4 раз.

Более 80% сердечно-сосудистой смертности приходится на страны с низким и средним уровнем экономического развития. [6]

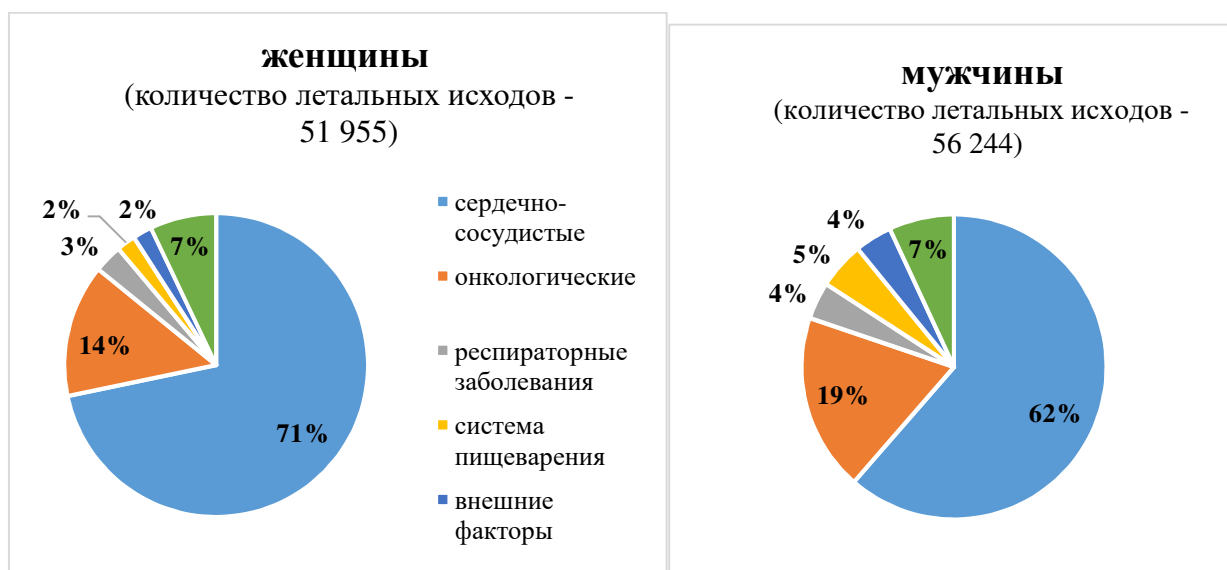
ССЗ в основном затрагивают людей среднего возраста в их самый продуктивный период, что серьезно ставит под угрозу социально-экономическое благополучие и развитие как самого индивида, так и его семьи, и всей нации. Лица с низким социально-экономическим статусом имеют более высокий уровень факторов риска, заболеваний и смертности, чем люди с более

высоким экономическим статусом. Если не будут приняты неотложные меры для осуществления управления и контроля над ССЗ во всем мире еще в раннем возрасте, бремя ССЗ будет продолжать расти. К 2030 году смертность от ССЗ может достигнуть 30 миллионов и, в основном, из-за увеличения смертности в развивающихся странах, останется единственной основной причиной смерти. [Global Status Report on noncommunicable diseases 2014, WHO), 6]

Эта проблема особенно актуальна для Болгарии, где, как показывают данные, из каждых трех человек, двое человека умирают от сердечно-сосудистых заболеваний (инфаркт миокарда, инсульт, сердечная недостаточность). [5] Особую тревогу вызывает факт омоложения смертности в нашей стране, особенно среди мужчин.

Чтобы проиллюстрировать этот процесс, приведем следующие цифры. За период 1981-2012 гг. смертность от цереброваскулярных заболеваний в Болгарии среди людей в возрасте 20-24 лет увеличилась с 1,6 до 2,8 на 100 000 человек. Соответственно, в возрасте 25-29 лет - от 1,8 до 6,7; в возрасте 30-34 лет - от 6,0 до 7,9; в возрасте 35-39 лет - от 10,8 до 14,7 на 100 000 человек. Аналогичные тенденции возрастной смертности и от ишемической болезни сердца для обоих полов.

Рисунок 1. Сердечно-сосудистые заболевания - ведущая причина смертности



Источник: база данных Евростата (данные относятся к 2014 году)

Несмотря на известное снижение, наблюдаемое с 2000 г. до сегодняшнего дня, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний остается основной причиной смерти как среди женщин, так и среди мужчин (рис. 1).

Что касается более конкретных причин смерти, ведущими причинами смерти являются сердечные заболевания и инсульты, и они в три раза выше, чем в остальных странах ЕС.

По данным Евростата, смертность от инсульта в Болгарии более чем в четыре раза превышает средний показатель по Европейскому союзу. [14]

Кроме того, смертность от гипертонии (почти в четыре раза выше средней по ЕС) и ишемической болезни сердца (в 1,5 раза выше, чем в ЕС) очень высока. Если Болгарии удастся снизить смертность от ССЗ до средней по ЕС, это позволит снизить общую смертность по всем причинам до уровня ниже среднего по ЕС. Улучшения в профилактике и лечении ССЗ возможны и могут оказать серьезное влияние на здоровье населения.

Неблагоприятные последствия от низкой физической активности.

Научные исследования причин, повлиявших на снижение смертности от ССЗ в США и в некоторых европейских странах, привели к общему выводу о том, что половина эффекта связана с уменьшением основных факторов риска (контролируемых) – режима питания (сокращение животного жира), курением и физической активностью. Другая половина, особенно в последние годы, связана с достижениями в области медицинской науки и практики. [1, 6]

Современная политика в области здравоохранения должна быть направлена на тот факт, что сам человек может сделать для своего здоровья и благополучия больше, чем самая развитая система здравоохранения. Существуют наблюдения и научный анализ, показывающие, что ответ на вопрос, будет ли человек здоров или болен, будет ли жить долго или умрет преждевременно, кроется в количестве индивидуальных поведенческих факторов, включающих и отсутствие физической активности. [3]

Низкая физическая активность (НФА) является одним из основных факторов риска для здоровья. В соответствии с выводами ВОЗ, гиподинамия обуславливает 10-15% от общей смертности в Европейском регионе и 3,5% от всех болезней (9,7% в сочетании с нездоровым питанием) [15]. НФА, наряду с другими факторами риска, приводит к высокой заболеваемости и смертности от ишемической болезни сердца, цереброваскулярных заболеваний, гипертонической болезни и др. [13]

В Европейском союзе 2/3 населения в возрасте старше 15 лет характеризуются недостаточной физической активностью. Они не занимаются никакими видами спорта, 60% из них занимаются спортом редко, а 41% - раз в неделю [11].

В течении десятилетий, низкая физическая активность является проблемой и для детей школьного возраста. [7] В Англии, 16% мальчиков и 18% девочек в возрасте 5-15 лет менее получаса в день уделяют умеренной физической активности. В США только 27% учащихся старшего школьного возраста принимают участие в занятиях физической культурой, в то же время 20% из них уделяют время умеренной, а 64% интенсивным физическим нагрузкам. [10]

Низкая физическая активность в значительной степени способствует ухудшению состояния здоровья всего населения в нашей стране. Она является причиной 7,7% всех случаев смерти и формирует 4,3% общего объема заболеваний (DALY`s). [14]

Согласно данным Национального исследования факторов риска для здоровья, проведенного в 2014 г. [4], для более 70,0% населения старше 20 лет характерна недостаточная физическая активность в нерабочее время, включая и тех, кто не может осуществлять ее из-за болезни или инвалидности.

14,3% мужчин и 9,5% женщин 2-3 раза в неделю практикуют физические упражнения или спорт, и только 12,8% из них, в основном те, кто моложе, делают это ежедневно или 4-6 раз в неделю. Низкой является частота

умеренных и больших физических нагрузок в течение недели, а также крайне недостаточна и их продолжительность.

Среди 2/3 опрошенных лиц физическая нагрузка на рабочем месте характеризуется как «очень легкая» или «легкая». У 38,1% из них среднесуточная продолжительность времени, проведенного в сидячем положении, составляет более 300 минут, немного чаще у женщин и лиц в возрасте 55-64 г. и 45-54 г.

Серьезной проблемой является низкая физическая активность среди детей возраст 10-19 лет. Результаты проведенного исследования показывают, что только 48,2% мальчиков и 25,5% девочек уделяют каждый день свое свободное время физической активности, 2-3 раза в неделю занимаются спортом или другой физической активностью 33,8% из них. Доля девочек почти в два раза выше, чем доля мальчиков (соответственно 38,6% против 20,0%) среди тех, кто редко или вообще не занимается спортом. Каждый третий учащийся физически активен один раз в неделю. Учащиеся в возрасте 15-19 лет характеризуются низким уровнем физической активности для обоих полов [2]. Недостаточна и средняя продолжительность физических упражнений. Каждый пятый учащийся уделяет спорту только около 30 минут, что не соответствует рекомендациям ВОЗ по физической активности в детском возрасте. [8]

Представленные негативные данные и вытекающие из этого проблемы требуют превращения систематического использования физических упражнений в режиме работы и отдыха людей в средство для предотвращения негативных последствий гиподинамии.

Физическая активность - важный фактор для укрепления нашего здоровья. Регулярная физическая активность повышает шансы прожить более долгую жизнь. ВОЗ рекомендует, по крайней мере 150 минут умеренно интенсивной аэробной физической активности в течение недели для взрослых в возрасте 18-64 лет, или эквивалентное сочетание умеренной и интенсивной физической активности (ВОЗ, 2011).

Пропаганда физической активности используется в публичных оздоровительных кампаниях многих странах. Растет число крупных частных компаний, вложивших свои средства в оздоровительные программы по пропаганде физической активности и улучшение поведения своих сотрудников в отношении их здоровья с целью укрепления их здоровья и работоспособности на длительное время. [12]

Выводы: В последние десятилетия, сердечно-сосудистые заболевания лидируют в структуре смертности в Болгарии. Меры, которые предпринимаются на данном этапе на национальном уровне, не дают значительных результатов, поскольку осуществляются, в основном, системой здравоохранения.

Результаты показывают, что для населения страны характерна недостаточная физическая активность. Это требует разработки и реализации национальной политики в этой области с участием всех государственных органов, занятых решением этой проблемы (здравоохранения, образования, транспорта, охраны окружающей среды, городского планирования, бизнес-структур, спорта и туризма и т.д.), что позволит осуществить соответствующие образу жизни населения нормативно подкрепленные мероприятия как в государственном, так и в частном секторе (НПО).

Список литературы:

1. Воденичаров Ц., Попова С., Мутафова М., Шипковенска Ел. Эпидемиология на социально значимите заболявания. – М: Социална медицина, 2013. - С.307-325
2. Ежегодный доклад о состоянии здоровья граждан Республики Болгарии и выполнении Национальной стратегии здравоохранения. – София: 2015. – С. 56-57
3. Национальная стратегия здравоохранения. 2020. – С.8

4. Национальное исследование факторов риска для здоровья лиц в возрасте 10-19 лет и старше 20 лет. МЗ, НЦОЗА, 2014.
5. Сердечно-сосудистые заболевания [Электронный ресурс] URL: <http://www.mh.government.bg/bg/informaciya-za-grazhdani/zdravosloven-nachin-na-zhivot/zabolyavaniya/sardechno-sadovi/ateroskleroza/> (дата обращения: 04.03.2018)
6. Шипковенска Ел. и кол. Социално значими заболявания. – М: Здраве на населението в свет, 2015. – С.105-115
7. Bauman A, Bull F, Chey T, Craig CL et al. The International Prevalence Study on Physical Activity: results from 20 countries. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 6-21; doi:10.1186/1479-5868-6-21, 2009.
8. Global recommendations on physical activity for health. World Health Organization. 2010, PP. 17-23
9. Global Status Report on noncommunicable diseases 2014, WHO, PP. 8-20
10. Gregory J., S. Lowe, C. Bates et al. National Diet and Nutrition Survey: Young People Aged 4 to 18 Years. Volume 1: Findings, London, The Stationery Office, 2000. P.163
11. Eurobarometer on Sport and Physical Activity. European Commission - MEMO/14/207 24/03/2014. PP. 9-10
12. HEALTH AT A GLANCE: EUROPE 2016 © OECD/EUROPEAN UNION 2016. P. 106
13. Löllgen H, Böckenhoff A, Knapp G. Physical Activity and All-cause Mortality: An Updated Meta-analysis with Different Intensity Categories. International Journal of Sports Medicine 2009; 30(03): 213 – 224 DOI: 10.1055/s-0028-1128150
14. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *България: Профилъ на здравето на страната 2017*, State of Health of EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264285071-bg>. PP. 1-3
15. The European Health Report 2005. Public health action for healthier children and populations. World Health Organization, 2005. PP. 19-20

СЕКЦИЯ 2. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
SESSION 2. PSYCOLOGICAL-PEDAGOGICAL ASPECT

УДК 796.01. (575.1)

Малохат Норижоновна Абдукадырова

К. пед. наук, доцент,

Ташкентский институт ирригации инженеров

и механизации сельского хозяйства, г.Ташкент, Узбекистан

E-mail: rasul6696@mail.ru

РОЛЬ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И СПОРТА В ОРГАНИЗАЦИИ
МАССОВОЙ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Аннотация. В статье раскрыта сущность теоретических основ физической культуры и спорта, адаптации студентов к здоровому образу жизни, анализ теории и практики физического воспитания. Изложены основные направления физической культуры как восстановления и укрепления здоровья.

Ключевые слова: Физическая культура, спорт, здоровье, спортивное направление, лечебное направление, консультационные пункты, оздоровительные мероприятия, спортивные соревнования.

Maloxat Norijonovna Abdukadyrova

PhD in pedagogical Sciences, Associate Professor

Tashkent Institute of Irrigation Engineers

and mechanization of agriculture, Tashkent, Uzbekistan

E-mail: rasul6696@mail.ru

THE ROLE OF PHYSICAL CULTURE AND SPORT IN THE ORGANIZATION OF MASS WELFARE ACTIVITY

Abstract. In the article the essence of theoretical bases of physical culture and sports of adaptation of students to a healthy way of life is opened. The role of physical culture of high schools on adaptation, the analysis of the theory and practice of physical education. The main direction of physical culture, as restoration and strengthening of health.

Keywords: Physical culture, sport, health, sport direction, healing direction, consultation point, health measures, sport measures.

Оздоровительно-рекреативное направление предусматривает использование средств физической культуры и спорта при коллективной организации отдыха и культурного досуга в выходные дни и в период каникул в целях после рабочего восстановления и укрепления здоровья. К средствам этого направления относятся туристические походы, экскурсии, подвижные игры, спортивные мероприятия, которые могут быть организованы на базах студенческих общежитии, в домах отдыха, в оздоровительно-спортивных лагерях, во время учебной практики и т.д.

Общее подготовительное направление обеспечивает всестороннюю физическую подготовку и поддержание ее на долгое время на определенном уровне. Средствами подготовки по этому направлению являются: утренняя гигиеническая гимнастика, легкая атлетика, плавание, лыжный спорт, туризм и другие виды упражнений. Для планомерной работы по этому направлению организуются специальные секции, проводят спортивные соревнования.

Спортивное направление - специализированные систематические занятия одним из видов спорта в учебных группах спортивного совершенствования, в спортивных секциях спортивного клуба или индивидуально, участие в спортивных соревнованиях с целью повышения или сохранения определенного уровня спортивного мастерства. Профессионально-

прикладное направление определяет использование средств физической культуры и спорта для подготовки к работе по избранной специальности с учетом особенностей получаемой профессии.

Лечебное направление предполагает использование физических упражнений, закаливающих факторов и гигиенических мероприятий в системе лечебных мер по восстановлению здоровья или отдельных функций организма, сниженных или утраченных в результате заболеваний или травм. Средствами этого направления являются: рациональный режим жизнедеятельности, естественные факторы природы, закаливающие процедуры, лечебный массаж, механотерапия и широкий круг разнообразных физических упражнений. Применение средств физической культуры в лечебных целях должно сопровождаться систематическим врачебным контролем и строгим учетом индивидуальных особенностей занимающихся.

Планирование массовых оздоровительных, физкультурных и спортивных мероприятий включает разработку программ, графиков, планов групповых индивидуальных занятий, календарей и положений спортивных соревнований; планов проведения оздоровительно-спортивных лагерей, соревнований, спортивных вечеров, праздников, показательных выступлений физкультурников и спортсменов и т.п. Данное планирование осуществляется управлением спортивного клуба с участием кафедры физического воспитания.

Непосредственное проведение мероприятий, занятий и спортивных соревнований обеспечивается силами общественного актива и платными работниками спортивного клуба при квалифицированной помощи кафедры физического воспитания. Для инструктирования общественного спортивного актива, а также для помощи самостоятельно занимающимся при поликлинике (здравпункте) ВУЗа и при кафедре физического воспитания, организовываются врачебные и педагогические консультационные пункты, где проводятся консультации по подбору физических упражнений, методике проведения занятий и мероприятий, врачебному контролю и самоконтролю, гигиене, использованию естественных сил природы.

Обязательным условием участия в мероприятиях, где возможны большие физические нагрузки (кроссы, длительные походы, конкурсы силачей и др.), являются предварительная физическая подготовка (тренировка) и разрешения врача. В целях выбора тех или иных форм изучаются интересы студентов, аспирантов, сотрудников и преподавателей; результаты изучения используются в практике работы спортивного клуба.

Оздоровительные мероприятия включают в себя индивидуальные и групповые занятия с использованием средств гигиенического, оздоровительно-рекреативного, профессионально-прикладного и лечебного направлений. Эти мероприятия могут носить индивидуальный характер (зарядка, соблюдение режима дня, закаливание и т.д.) и групповой (зарядка, занятия в различных группах, турпоходы и др.), под руководством общественных инструкторов и тренеров. Группы могут организовываться по принципу интересов, совместного обучения на курсе или в группе, по месту жительства. При комплектовании групп учитываются пол, возраст, физическая подготовленность и другие индивидуальные особенности занимающихся.

Активный отдых в выходные дни - туристические походы, прогулки, игры, купание и т.д. предусматривает преимущественно групповые занятия и мероприятия с использованием оздоровительно-рекреативного и общеподготовительного направлений. Эта форма распространяется и на отдых в период зимних и летних каникул и отпусков. В содержание этой формы работы входят проведение выходных дней, каникул (отпусков), в загородном оздоровительно-спортивном или в загородном молодежно-туристском лагере: участие в туристических походах, занятие охотой, рыбной ловлей, а также видами спорта с целью отдыха.

При организации работы по этой форме также изучаются интересы занимающихся для более эффективного ее использования. Занятия в группах здоровья. Наибольшее распространение в ВУЗах получили группы здоровья для студентов и аспирантов, имеющих отклонения в состоянии здоровья, а

также для сотрудников и преподавателей группы общей физической подготовки, группы любителей бега, атлетической гимнастики, закаливания и зимнего плавания, группы женской гимнастики, в занятиях которых используются специальные упражнения художественной гимнастики с музыкальным сопровождением и др.

В различных группах могут использоваться средства всех направлений. Занятия в группах проводят общественные и штатные инструкторы, и тренеры спортивного клуба, преподаватели кафедры физического воспитания. Такие группы могут организовываться на кооперативных началах с оплатой занятий самими занимающимися через бухгалтерию профкома или спортивного клуба. Спортивные соревнования являются одной из наиболее эффективных форм организации массовой оздоровительной, физкультурной и спортивной работы. В нашей стране существует определенная организация спортивных соревнований.

Список литературы:

- 1.Саламов Р.С. Спорт машғулотининг назарий асослари. Ўқув қўлланма. – Тошкент, 2005. – 237с.
- 2.Рахимов.М.М Спорт машғулотларининг назарияси ва услубияти асослари. – Тошкент, 2005. – 62с.
3. Керимов.Ф., Умаров. М. Спортда прогностлаштириш ва моделлаштириш. Дарслик. – Тошкент, 2005. – 256 с.

УДК 159.923:

Анна Давидовна Аракелян

К. психол. наук

Армянский Государственный Педагогический Университет им. Х.Абовяна,

г. Ереван, Армения

E-mail.ru: annahog@mail.ru

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОТРЕБНОСТЕЙ ДЕМОНСТРАТИВНОГО ТИПА ЛИЧНОСТИ

Аннотация. В статье представлены результаты корреляции основных потребностей и акцентуации личности демонстративного типа, проанализированы особенности проявления взаимоотношений. Результаты исследования показали, что особенности взаимоотношений потребностей и личностных свойств определяются профессиональными характеристиками.

Ключевые слова: основные потребности, демонстративный тип, корреляция потребностей и личностных свойств, акцентуация характера.

Anna Davydovna Araqelyan

PhD in Psychological Sciences,

Armenian State Pedagogical University after Kh. Abovyan,

Yerevan, Armenia

E-mail.ru: annahog@mail.ru

PECULIARITIES OF MANIFESTING THE NEEDS OF DEMONSTRATIVE TYPE OF PERSONALITY

Abstract. The article presents the correlation results of basic needs and demonstration type of personality; peculiarities of relationship demonstration are analyzed. The experiment results have shown that the profession characteristics also play a decisive role in the peculiarities of relationship demonstration.

Keywords: basic needs, correlation of needs and personal features, the emphasis of the character.

В условиях переходного периода в современном обществе на первый план выходит направленность активности личности на самоактуализацию. В этом контексте особую важность приобретает системное исследование особенностей

взаимодействия отдельных элементов потребностей и личностных качеств. Вопрос о дисгармоничном развитии качеств характера был глубоко изучен К. Леонгардом и А.Личко. Немецкий психолог, психиатр К. Леонгард ввел понятие «акцентуация характера». Акцентуация не является патологией, а скорее крайним проявлением нормы, преувеличенным развитием отдельных свойств характера в ущерб другим, в результате чего ухудшается взаимодействие с окружающими людьми. К. Леонгард выделяет 12 типов акцентуации, каждый из которых предопределяет избирательную устойчивость человека к одним жизненным невзгодам при повышенной чувствительности к другим, к частым однотипным конфликтам, к определенным нервным срывам.

А. Личко, изучая причины и условия акцентуации характеров, описал 11 типов акцентуации подростков.

В рамках проведенного системного исследования особенностей взаимодействия разных групп потребностей и личностных качеств была выдвинута задача выявить особенности проявления потребностей акцентуированных личностей и корреляционные особенности основных потребностей и личностных качеств. В основе исследования выдвинута гипотеза о том, что, исходя из адаптивной целесообразности, взаимоотношение качеств личности и потребностей проявляется по-разному. В группах потребностей проявления компонентов обусловлены разными сочетаниями личностных качеств. В проявлениях потребностей некоторые личностные качества имеют преобладающее функциональное значение.

В проведенном исследовании приняли участие 139 студентов 2-го курса. Выборку составили студенты АГПУ им. Х. Абовяна разных факультетов. Были использованы следующие методики:

1) Личностный опросник Леонгарда-Шмишека, который предназначен для диагностики типа акцентуации характера (демонстративный тип, застревающий тип, педантичный тип, возбудимый тип, гипертермный тип, дистимический тип, тревожно-боязливый тип, аффективно-экзальтированный тип, эмотивный тип, циклотимный тип) [3, с. 169-178]. Маскимальная сумма

баллов 24. Сумма баллов в диапазоне от 15 до 19 говорит о тенденции к тому или иному типу акцентуации. И лишь в случае превышения 19 баллов черта характера является акцентуированной.

2) Методика диагностики степени удовлетворенности основных потребностей (материальные потребности, потребности в безопасности, социальные потребности, потребности в признании, потребности в самовыражении) [4, с. 421-423].

Корреляционные особенности взаимодействия разных групп потребностей и личностных качеств были выявлены методом ранговой корреляции Спирмена.

В результате корреляции потребностей разных групп и типов акцентуации выявлены существенные показатели с учетом критического значения коэффициентов корреляции для различных степеней свободы ($n-2$) и разных вероятностей допустимых ошибок [1, с. 581].

В рамках этой статьи мы представляем результаты корреляции основных потребностей и акцентуации личности демонстративного типа.

По результатам корреляционного анализа во всех экспериментальных группах выявлены отрицательные связи между показателем «Демонстративный тип» и показателем «Я хочу иметь теплые отношения с людьми». Эти отрицательные связи свидетельствуют о том, что уровень проявления желания установить теплые отношения с людьми также обусловлен уровнем демонстративности. В случае акцентуации демонстративного типа желание установить теплые отношения с людьми не является актуальным в мотивации поведения.

Предполагалось, что будут выражены положительные связи между показателем «Демонстративный тип» и показателем «Я хочу добиться признания и уважения». Многие полагают, что стремление быть признанным является одним из типичных мотивов демонстративного типа, что именно в

ней заключается наиболее характерная особенность демонстративного типа [2, с. 375]. Однако никакой существенной корреляции не было обнаружено ни в одной экспериментальной группе. Это можно объяснить тем, что в мотивах человеческого поведения потребность в признании, стремление к принятию подвержены значительным индивидуальным колебаниям.

Результаты анализа корреляционных связей показывали, что особенности взаимоотношений потребностей и демонстративного типа определяются характеристиками специальности и направленности деятельности.

Положительная связь ($r=0.366$, когда $p \leq 0.01$) между показателем «Демонстративный тип» и показателем «Я хочу обеспечить себе положение влияния» в группе студентов факультета иностранных языков позволяет предположить, что степень желанья обеспечить себе положение и влияние также обусловлены характеристиками демонстративного типа. Возможно, именно по этой причине аналогичная положительная связь ($r = 0.283$, когда $p \leq 0,05$) была обнаружена в этой группе между показателем «Демонстративный тип» и показателем «Я хочу упрочить свое положение». Последнее представляет группу потребности в безопасности.

Поскольку характер деятельности в этой профессии связан с общением, выражением лингвистических способностей, в случае акцентуации демонстративности четко проявляется воздействующая функция коммуникации, волеизъявительная сторона речи, чтобы подчинить слушателя замыслу говорящего. В случае акцентуации демонстративных черт последнее определяет актуальный уровень проявления этой потребности, поскольку в этом случае вероятность влияния на других людей, возрастает.

Корреляционная связь между показателем «Демонстративный тип» и показателем «Я хочу упрочить свое положение» также может быть объяснена тем, что упрочнение положения дает возможность самореализации и проявлению способностей. В этом случае повышение и рост социального

положения воспринимается не только как гарантия безопасности, но и источник власти, который дает возможность доминировать над другими, добиваться признания и уважения. По всей вероятности, такое проявление потребности в безопасности осуществляет функцию компонентов потребности в признании, становясь более сложной потребностью.

В выборке студентов математического факультета выявлена положительная связь между показателем «Демонстративный тип» и показателем «Я хочу повышать уровень мастерства и компетентности» ($r = 0.409$, когда $p \leq 0.05$).

Акцентуация демонстративности в этом случае обусловлена проявлением другого компонента из группы потребностей в признании: желание повысить уровень мастерства и компетентности. Как известно, математикам характерна сосредоточенность в деятельности, а по результатам нашего исследования в мотивации у студентов этого факультета актуально стремление заниматься делом, требующим полной отдачи. Это может быть нацелено на реализацию стремлений демонстративного типа произвести впечатление, привлечь внимание, быть уникальным.

Можно предположить, что в познавательной мотивации будет актуальным стремление повышать уровень мастерства и компетентности при высокой развитости математических способностей и профессиональной ориентации.

Выявленная положительная корреляционная связь ($r=0.347$, когда $p \leq 0.05$) в выборке студентов музыкального факультета показывает, что степень проявления стремления к новому и неизведанному также обусловлена уровнем демонстративности.

В этих двух группах проявление показателей одного и того же содержания также были обусловлены тем, что признаки музыкальных и математических способностей почти идентичны: эти два типа деятельности

основаны на гармонии элементов, в одном случае - цифровых отношениях, а в другом - мерных.

Следует предположить, что последний является решающим фактором в процессе формирования познавательной мотивации. В этом случае познавательные мотивы и мотивы в признании по-видимому, переплетаются. Результаты показывают, что, в случае акцентуации демонстративного типа, познавательная мотивация, являющаяся показателем направленности и эффективности деятельности, также направлена на удовлетворение потребности в признании человека.

Во всех экспериментальных группах выявленные корреляционные связи между показателем «Демонстративный тип» и показателями разных проявлений «Потребности в признании» доказывают, что в пределах этого типа существуют различия в мотивации поведения. Некоторые люди демонстративного типа действительно ищут только признания, но стержнем мотивации поведения могут быть разные желания.

Потребности в признании у демонстративного типа в общем на том же уровне выраженности, как и у большинства людей. Чаще всего именно эту потребность истериков находится в центре внимания и принимаются за пресловутую жажду признания [2, с. 376].

Обобщая результаты мы можем сделать следующие выводы:

1. У демонстративного типа социальные потребности слабо выражены, они находятся в зоне удовлетворенности. В основном выявлены корреляционные отрицательные связи с показателями потребности этой группы.

2. Особое значение потребностных компонентов в системе мотивации обусловлено особенностями типов акцентуации.

3. Проявления взаимоотношений различных компонентов основных потребностей и демонстративного типа обусловлены как особенностями экспериментальной группы, так и характеристиками профессии.

4. Исследование особенностей взаимодействия разных групп потребностей и личностных качеств показало, что одним из наиболее важных личностных качеств, регулирующих проявления потребностей является демонстративность.

Список литературы:

1. Немов Р.С. Психология кн.3.: Психодиагностика. – М.: Изд. Центр ВЛАДОС, 2007. – 581 с.
2. Психология и психоанализ характера. Хрестоматия по психологии и типологии характеров. – Самара: Издательский Дом Бахрах, М.: 2007. – 640с .
3. Смирнов А. Г. Практикум по общей психологии. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2005. – 224 с.
4. Столяренко Л. Д. Основы психологии. Практикум. – Ростов н/Д, Феникс, 2006. – 704 с.

УДК 613.96

Эрхэмбаяр Ариунцэцэг

Преподаватель

Дарханская Медицинская Школа Монгольского Национального

Университета Медицинских Наук /МНУМН/,

Дархан, Монголия

Мягмар Нарантуяа

Преподаватель

Дарханская Медицинская Школа Монгольского Национального

Университета Медицинских наук /МНУМН/,

Дархан, Монголия

E-mail: Ariuntsetseg.e@mnums.edu.mn

ПРИОБЩЕНИЕ ПОДРОСТКОВ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ

***Аннотация.** Привычки, приобретённые в раннем детстве, оказывают важное влияние на дальнейшее здоровье человека. Данное исследование было проведено среди 80 подростков Дархан-Уульского аймака с целью изучения знания подростков о здоровом образе жизни. Используя методы анкетирования и интервью, были изучены регулярность употребления завтрака у подростков и их знание о пользе завтрака, а также степень их увлечённости спортом и факторы, влияющие на решение подростков заниматься спортом. Результаты показывают, что лишь 10% опрошенных подростков завтракают регулярно, в то время как подавляющее большинство или 76% завтракают иногда, а остальные пропускают завтрак. Подростки недостаточно осведомлены о пользе завтрака и регулярных занятий спортом, и лишь один из пяти подростков занимается спортом регулярно. Тот факт, что в некоторых школах за учебный год не было проведено ни одного спортивного мероприятия свидетельствует о неудовлетворительной работе школ по укреплению здоровья подрастающего поколения.*

***Ключевые слова:** здоровый образ жизни, подростки, употребление завтрака, занятия спортом.*

Erhambhayar Ariuntsetseg

Lecturers

Darkhan Medical School, Darkhan, Mongolia

Mygmar Narantuya

Lecturers

Darkhan Medical School, Darkhan, Mongolia

E-mail: Ariuntsetseg.e@mnums.edu.mn

PROMOTING HEALTHY LIFESTYLES IN ADOLESCENTS

Abstract. *Habits acquired in early childhood have an important influence on the future health of a person. This study was conducted among 80 adolescents of Darkhan-Uulaimag to explore their knowledge about healthy lifestyles. A questionnaire and interviews were used to determine the regularity of eating breakfast among adolescents, their knowledge of the benefits of having regular breakfast, as well as their enthusiasm for sports and the factors influencing adolescents' decision to exercise regularly. The results show that only 10% of the participants have breakfast regularly, while the vast majority or 76% eat breakfast sometimes, and the rest skip breakfast. Adolescents lack sufficient knowledge of the benefits of breakfast and regular exercise, and only one in five adolescents exercise regularly. The fact that some schools have not organized a single sports event entire the academic year is indicative of the unsatisfactory work schools do to promote the health of younger generations.*

Keywords: *healthy lifestyle, adolescents, eating breakfast, playing sports/exercising.*

Обоснование. Исследование, проведённое в 2015 году, установило, что среди детей и подростков в возрасте 10-18 лет часто наблюдаются такие явления, как отставание в развитии, недостаточность питания, анемия, заболевания, передаваемые половым путем, беременность, алкоголизм, и курение. Привычки, приобретённые в детстве и на ранних этапах жизни, впоследствии способны оказать не только положительное влияние на здоровье человека, но и привести к неизлечимым хроническим заболеваниям. Поэтому приобщение к здоровому образу жизни важно начать в детском и подростковом возрасте путём обеспечения безопасной среды для жизни и формирования навыков здорового образа жизни у детей.

Цель исследования. Определить уровень знания подростков о влиянии завтрака на здоровье и повседневную деятельность человека, и о пользе занятий спортом.

Задачи. Изучить регулярность употребления завтрака у подростков

1. Изучить и оценить уровень знания подростков о важности употребления завтрака
2. Изучите и оценить степень увлечения спортом среди подростков

Материалы и методы исследования: Исследование было проведено с 15 ноября по 30 декабря 2017 года с применением методов опроса и интервьюирования. В исследовании принимали участие 80 детей в возрасте 16-17 лет. Полученные данные были проанализированы с использованием программного обеспечения SPSS 11.0.

Результаты исследования

Таблица 1. Частота употребления завтрака среди опрошенных

№	Частота употребления	Число ответов	В процентах
1	Завтракаю регулярно	8	10%
2	Завтракаю изредка	61	76%
3	Никогда не завтракаю	11	14%

На вопрос, следует ли регулярно употреблять завтрак, все опрошенные (100%) ответили положительно, но на практике оказалось, что только 10% опрошенных завтракают регулярно, 76% завтракают изредка, и 14%--никогда не завтракают.

Таблица 2. Знание и понимание пользы завтрака среди опрошенных

№	Почему важен завтрак	Число ответов	В процентах
1	Улучшает память и концентрацию внимания	39	49%
2	Поддерживает активное участие на уроках	34	43%
3	Повышает тонус и бодрость	28	35%
4	Способствует сохранению здоровой кожи	6	8%
5	Укрепляет иммунитет	32	40%
6	Предотвращает избыточный вес и препятствует ожирению	6	8%
7	Полезно для здоровья	22	28%

Несмотря на то, что 49% опрошенных ответили, что завтрак улучшает память и концентрацию внимания, а 43% -- поддерживает активное участие на уроках, 28% опрошенных ответили, что завтрак полезен для здоровья, и 8% -- завтрак предотвращает избыточный вес и ожирение. Данные ответы свидетельствуют о недостаточности знания и понимания пользы завтрака у детей и подростков.

Таблица 3. Участие в спортивных соревнованиях /в течение года /

№	Участие в спортивных соревнованиях	Как часто	В процентах	
1	Да, участвовал(а)	30%	1 раз	43%
			2 раза	36%
			3 или более раз	21%
2	Нет, не участвовал(а)	70%		

В течение последнего года около 30% опрошенных приняли участие в спортивных соревнованиях. Из них 43% участвовали один раз, 36% --2 раза, 21% --участвовали 3 или более раз.

Таблица 4. Причины, по которым дети и подростки не занимаются спортом

№	Причина	Число ответов	В процентах
1	Недостаточные условия для занятий спортом	23	35%
2	Нехватка времени	20	31%
3	Недостаток интереса	20	31%
4	По состоянию здоровья	2	3%

Большинство опрошенных (81,2%) ответили, что они не занимаются спортом на регулярной основе. Те, кто занимается спортом, отдают предпочтение баскетболу, художественной гимнастике, волейболу, и фитнесу. При выяснении причин не заниматься спортом, 35% опрошенных указали на недостаток условий для занятий спортом, 31 %--не хватку времени, 31% --на личную незаинтересованность, и 3%--на состояние здоровья. На вопрос “Для

чего занимаются спортом?”, 62.3% опрошенных ответили—полезно для здоровья, а 37% не смогли ответить.

Заключение:

1. По результатам исследования 10% опрошенных подростков завтракают регулярно, 76% --завтракают иногда, а 14% -- пропускают завтрак.

2. Ограниченная осведомленность опрошенных о пользе завтрака указывает на недостаток соответствующей информации среди детей и подростков

3. Вследствие недостаточной осведомлённости о пользе спорта лишь не большая часть подростков регулярно занимается спортом

4. Тот факт, что в некоторых школах за полный учебный год не было проведено ни одного спортивного мероприятия свидетельствует о неудовлетворительной работе школ и коллективов по сохранению и укреплению здоровья подрастающего поколения

Благодарность. Выражаем искреннюю благодарность школьникам, принявшим участие в исследовании.

Список литературы:

1. Бямбасурэн С. “Психическое здоровье” . Уланбатор. 2007. – С. 729-736
2. Бурэндэндэв Д. “Основы гигиены и морали для будущих семей ”. Уланбатор. 1986. – С.45-46
4. Новые направления в охране здоровья. ВОЗ, Региональное бюро для стран западной части Тихого океана. – Уланбатор, 1993.
5. Национальная программа действий по развитию детей по 2000 год. – Уланбатор, 1993.

УДК 378.095:001.76 (575.1)

Мухайё Худайбергеновна Байбаева

К. пед. наук, доцент

Ташкентский институт ирригации инженеров

и механизации сельского хозяйства

г.Ташкент, Узбекистан

E-mail: rasul-nizamiev@mail.ru

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ МЕТОДОВ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ

Аннотация. Данная статья посвящена раскрытию инновационных методов в образовательном процессе и их применению.

Ключевые слова: инновационные методы обучения, образовательный процесс, информационная технология, портфолио, дискуссия.

Mukhayo Khudaibergenovna Baibaeva

PhD in pedagogical Sciences, Associate Professor

Tashkent Institute of Irrigation Engineers

and mechanization of agriculture,

Tashkent, Uzbekistan

E-mail: rasul-nizamiev@mail.ru

THE USE OF INNOVATIVE METHODS IN THE EDUCATIONAL PROCESS

Abstract. This article is devoted to the disclosure of innovative methods in the educational process and their application.

Keywords: innovative methods of teaching, educational process, information technology, portfolio, discussion.

Задача высших учебных заведений Узбекистана – готовить специалистов будущего. Молодежь должна уметь не только получать, но и создавать новые знания. Креативное мышление, умение перерабатывать знания, рождать новые технологии и инновации – вот что важно в ближайшем

будущем. Общество, в котором знания становятся капиталом и главным ресурсом экономики, вправе предъявить более высокие требования к высшему профессиональному образованию. Образование может быть эффективным лишь тогда, когда студент становится его субъектом, т. е. не его учат, а он учится. Процесс, организованный самым совершенным образом, не достигнет своей цели, если студент не мотивирован учиться. Сегодня образование должно реализовывать концепцию человеческого капитала, который включает профессионализм специалиста, развитые индивидуальные способности, интеллектуальный потенциал, профессионально значимые личностные характеристики [1, с. 236]. Для его формирования необходимы соответствующая образовательная среда, методология и организация образования, его воспитательный потенциал, что требует применения новых интенсивных образовательных технологий, творческих подходов к построению образовательного процесса. Главным из них является переход от образования предметноинформационного к профессионально-деловому, от констатирующего – к опережающему и перспективному, от репродуктивного – к креативному.

Современное образование требует нового подхода к методам преподавания в учебных заведениях. Понятно, что необходимо выпустить специалиста не только с хорошими знаниями, но умеющего на практике их использовать. Чтобы научить студентов самостоятельно мыслить, принимать решения, работать в группах, развивать коммуникативные, творческие способности, брать ответственность на себя, преподавателям приходится изучать и использовать новые методики. Термин «инновация» происходит от латинского “novatio”, что означает «обновление» (или «изменение»), и приставки “in”, которая переводится с латинского как «в направление», если переводить дословно “Innovatio” – «в направлении изменений». Само понятие innovation впервые появилось в научных исследованиях XIX в. Инновация – это не всякое новшество или нововведение, а только такое, которое серьёзно повышает эффективность действующей системы. Соответственно развитие

инновационных процессов – есть способ обеспечения модернизации образования, повышения его качества, эффективности и доступности. Инновации в образовании необходимы, так как требуют творческий подход в подготовке преподавателей, что качественно влияет на личностный рост студентов [2, с. 134]. Хотим особенно остановиться на следующие инновационные методы: метод портфолио, метод проблемного изложения, метод проектов, проблемно-поисковые методы, научно-исследовательская деятельность студентов, встроенная в учебный процесс, проблемное обучение, практико-ориентированная и творческая деятельность, лекция-визуализация, применение информационных технологий в обучении.

Метод портфолио – современная образовательная технология, в основе которой используется метод аутентичного оценивания результатов образовательной и профессиональной деятельности. Портфолио – систематический и специально организованный сбор доказательств, который служит способом системной рефлексии на собственную деятельность и представления её результатов в одной или более областях для текущей оценки компетентностей или конкурентоспособного выхода на рынок труда.

Метод проблемного изложения – метод, при котором преподаватель, используя самые различные источники и средства, прежде чем излагать материал, ставит проблему, формулирует познавательную задачу, а затем, раскрывая систему доказательств, сравнивая точки зрения, различные подходы, показывает способ решения поставленной задачи.

Метод проектов – система обучения, при которой учащиеся приобретают знания и умения в процессе планирования и выполнения постепенно усложняющихся практических заданий-проектов. Работу над проектом начинаем на занятиях, студенты продолжают ее дома, а презентация осуществляется на уроке. При представлении проекта оцениваются не столько знания, сколько усилия учащихся (у каждого своя «планка»). Если слабый обучающийся в состоянии изложить результаты совместной работы группы, ответить на вопросы, значит, цель достигнута. В наше время метод проектов

стал самым популярным и эффективным в образовании и нацелен на воспитание личности. При обобщении, закреплении и повторении учебного материала, при отработке навыков и умений его практического применения этот метод принадлежит к числу наиболее эффективных.

Проблемно-поисковые методы обучения (усвоение знаний, выработка умений и навыков) осуществляются в процессе частично поисковой или исследовательской деятельности обучаемых, реализуется через словесные, наглядные и практические методы обучения, интерпретированные в ключе постановки и разрешения проблемной ситуации.

Научно-исследовательская работа студентов, встроенная в учебный процесс – выполняются в соответствии с учебными планами и программами учебных дисциплин в обязательном порядке. К данному виду научно-исследовательской деятельности студентов относится самостоятельное выполнение аудиторных и домашних заданий с элементами научных исследований под методическим руководством преподавателя (подготовка эссе, рефератов, аналитических работ, подготовка отчётов по учебным и производственным практикам, выполнение курсовых и выпускных квалификационных работ, защита диплома). Результаты всех видов научно-исследовательской деятельности студентов, встроенной в учебный процесс, подлежат контролю и оценке со стороны преподавателя.

Проблемное обучение – технология, направленная в первую очередь на «возбуждение интереса». Обучение заключается в создании проблемных ситуаций, в осознании и разрешении этих ситуаций в ходе совместной деятельности обучающихся и преподавателя при оптимальной самостоятельности студентов и под общим направляющим руководством преподавателя.

Практико-ориентированные проекты – особенность данного типа проектов состоит в предварительной постановке чётко значимого для студента, имеющего практическое значение результата, выраженного в материальной форме.

Творческие проекты – самые сложные виды проектной деятельности, так как требуют большой подготовки. Студентам необходимо изучить большое количество литературы, часто противоречащей друг другу. Преподаватель лишь направляет деятельность учащихся, предлагает статьи, материал, ссылки в интернете. Творческие проекты вызывают максимальную активизацию познавательной деятельности обучаемых, способствуют эффективной выработке навыков и умений работы с документами и материалами, умений анализировать их, делать выводы и обобщения.

Лекция-визуализация – «Лучше один раз увидеть, чем сто раз услышать», – гласит древняя поговорка. И мы не можем с ней не согласиться. Принцип наглядности много лет используется в педагогике, он дает возможность «сфотографировать» предлагаемый видеоматериал, что позволяет несколько приблизить теорию и практику преподаваемого материала. Наглядность может быть выражена в разных формах: натуральные материалы, изобразительные (слайды, рисунки, фото), символические (схемы, таблицы). Важно соблюдать: визуальную логику и ритм подачи материала, дозировку, стиль общения [3, с. 8].

Новые информационные технологии – это педагогические технологии сегодняшнего дня, дающие возможность учащимся по-новому представлять изучаемый материал, систематизировать его. Для учителя – это расширение возможности применения на уроке наглядности (или при локальной сети в кабинете, или при помощи мультимедийного проектора). Новые информационные технологии ведут педагогику к эпохе единого мирового образовательного пространства и единого глобального образовательного сообщества [4, с. 11]. Возможность использовать презентации к урокам, подготавливать разного рода материал, пользоваться справочным материалом. Преподавателям и студентам одинаково необходимо пользоваться интернетом. Целью инновационной деятельности является качественное изменение личности выпускника: отличная профессиональная подготовка, повышение его культурного уровня, умение правильно вести себя в обществе,

уметь видеть ситуацию, решать самостоятельно проблемы. Но это станет возможным только при мастерском использовании педагогами тех или иных инновационных методов.

Список литературы:

1. Михайленко О.И. Общая педагогика. Уч. пособие для студ. пед. спец. – Нальчик: Изд. КБГУ им. Х.М. Бербекова, 2008. – 487 с.
2. Никитина Н.Н., Железнякова О.М., Петухов М.А., Основы профессионально-педагогической деятельности, Уч. изд., – М.: Изд-во «Мастерство», 2008. – 307 с.
3. Абрамова И.Г. Активные методы обучения в системе высшего образования // Открытое образование – 2010. – № 2.

УДК 378.095:001.76(575.1)

Мухайё Худайбергеновна Байбаева

К. пед. наук, доцент

Ташкентский институт ирригации инженеров

и механизации сельского хозяйства,

г.Ташкент, Узбекистан

Нодира Хамидовна Гуломходжаева

преподаватель кафедры «Языков»,

2-Республиканский медицинский колледж,

г.Ташкент, Узбекистан

E-mail: rasul6696@mail.ru

ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ОБРАЗОВАНИЮ

Аннотация. В данной статье рассматривается инновационный подход к образованию, инновационные методы в образовательном процессе.

Ключевые слова: инновация, образования, концепция, модернизация.

Mukhayo Khudaibergenovna Baibaeva

PhD in pedagogical Sciences, Associate Professor

Tashkent Institute of Irrigation Engineers

and mechanization of agriculture,

Tashkent, Uzbekistan

Nodira Khamidovna Gulomkhodzhaeva

the teacher of the "Languages" department,

2-Republican Medical College

Tashkent, Uzbekistan

E-mail: rasul6696@mail.ru

INNOVATIVE APPROACH TO EDUCATION

Abstract. *In this article, an innovative approach to education, innovative methods in the educational process is considered.*

Keywords: *innovation, education, concept, modernization.*

Человеческое сообщество XXI века активно решает проблему становления единого цивилизационного пространства. Немаловажная роль в глобальном пространстве будет принадлежать инновациям. Ученые формулируют новые концепции, свидетельствующие о создании современного феномена – инновационного мира. Такие радикальные инновации, как Интернет, персональный компьютер, мобильная телефонная связь, различные микропроцессорные технологии, спутниковое телевидение, привели к основательному преобразованию современной действительности в различных сферах жизнедеятельности, в том числе в сфере образования.

Формируются тенденции и приоритеты инновационных подходов к обучению, в которых значительная роль принадлежит гуманизации

современного образования. Устойчивым инновационным фактором становится непрерывность образования и его социальная значимость. Образовательный процесс все более основательно адаптируется к демократическим стандартам развития личности, интересам и потребностям отдельно взятого человека. Сама познавательная деятельность в процессе инновационного образования сопровождается активизацией личностного творческого потенциала, использованием современных информационных технологий, поиском новых методов и программ, улучшающих образовательный процесс, и их внедрение, и творческое переосмысление.

Инновационный подход к образованию как к образовательной услуге требует изменений в его финансировании. На смену сметному финансированию идет нормативное финансирование, когда деньги следуют за учеником. Государство выделяет деньги не на развитие школы в целом, а на конкретную личность, на получение полноценного образования гражданином. При этом происходит стимулирование школ к увеличению количества учеников: если в школе больше учеников, то она больше получает денег. А это возможно только при высоком качестве предоставляемого образования. Одновременно предполагается, что направление бюджетных средств на реализацию программ развития непосредственно в школы, будет способствовать становлению их финансово-хозяйственной самостоятельности. В разрабатываемой новой системе оплаты труда преподавателей делается акцент на стимулирование качества и результативности педагогической работы, а не на набор максимального количества учебных часов. Таким образом, инновационные механизмы развития образования включают:

- 1) создание в педагогическом коллективе творческой атмосферы, без которой усилия отдельных педагогов не получают должной поддержки и не станут системообразующим фактором;

- 2) пропагандирование интереса к педагогическим новшествам, проведением соответствующих лекций, курсов повышения квалификации;

3) создание материальных фондов и разработка критериев для стимулирующих

выплат перспективным сотрудникам, проектов и позитивных нововведений;

4) организация механизмов их всесторонней поддержки, как на базе собственного образовательного учреждения, так и на более масштабных уровнях;

5) интеграцию перспективных и продуктивных инноваций в реально функционирующие образовательные системы.

В соответствии с данными инновационными подходами к обучению выделяют на два вида образовательного процесса.

1) Инновации-модернизации, обновляющие учебный процесс, в рамках его традиционной репродуктивной ориентации при заданности конечных результатов и способов действий по образцу. Такие инновации ориентируются на разработку новых форм, технологий и методов учебно-воспитательного процесса.

2) Инновации-трансформации, направленные на обеспечение исследовательского характера учебной деятельности и организацию творческих методов и форм работы в сочетании с выработкой ценностных ориентации. Направлены на разработку нового содержания образования и новых способов его структурирования.

Немаловажную роль играет техническая оснащенность учебных кабинетов компьютерами, интерактивными досками, дидактическими пособиями и открытым доступом в Интернет для создания схемы сетевого взаимодействия. Причем в свете гуманизации образовательного процесса важно каждому учащемуся предоставить тот объем и вариант работы, который будет соответствовать его интеллектуальному и эмоциональному потенциалу. Немаловажной инновацией организации учебного процесса становится профилизация образовательных программ, особенно в старших классах общеобразовательных учреждений. Это дает тот необходимый уровень специализации, который позволяет качественно подготовиться к предстоящим

экзаменам, определить и развить внутренние способности, апробировать на уровне обучения выбранный профессиональный выбор.

Инновации в обучении предусматривают новые методики преподавания, включая мультимедийные программы и авторские разработки. Причем интересным представляется варьирование программных и проблемных методик обучения. Учащиеся должны отталкиваться в самостоятельном поиске от фундаментальных сложившихся программ и методик. Затем осваивать и прорабатывать новые взгляды и подходы, и, как результат, уметь формулировать собственные варианты понимания проблемы исследования. В значительной степени успех данного подхода в обучении будет зависеть от профессиональной и научной компетентности самого преподавателя, а также от инновационных форм и способов проведения подобной исследовательской работы.

Новые формы организации занятий подразумевают, например, лекционно-семинарский вариант проведения уроков в школах. Результатом, ожидаемым в процессе исследовательской деятельности, становится написание персональных докладов и эссе, курсовых работ, научных проектов или проведение мероприятия в рамках выбранного направления работы. Не менее важным элементом инновационного подхода к обучению становятся проведение конференций и диспутов и др. Данный подход к обучению позволяет вывести обсуждение в дискуссионное русло для апробирования всех возможных взглядов к рассмотрению исследования и решению проблем.

Список литературы:

1. Косырев В.П. Непрерывная методическая подготовка педагогов профессионального обучения. – М.: Изд-во АНО «СПО», 2006. – 320, 348 с.
2. Кларин В.М. Педагогическая технология в учебном процессе. М.; Знание, 2009. – 58 с.

3. Талипов У., Усманбаева М. Педагогические технологии: теория и практика. Ташкент, Издательство «Фан», 2005. – 42 с.
4. Гулбоев Т. Новые педагогические технологии и использование их в процессе обучения. – Ташкент, Издательство «Навой», 2001. – 85 с.

УДК 796.01. (575.1)

Туйчибай Дусатович Байтураев

К. пед. наук, доцент,

*Ташкентский институт ирригации инженеров
и механизации сельского хозяйства, г.Ташкент, Узбекистан*

Шахида Ахроровна Раупова

Старший преподаватель,

*Ташкентский институт ирригации инженеров
и механизации сельского хозяйства, г.Ташкент, Узбекистан*

Мохим Равшан кизи Отоханова

Студентка,

*Ташкентский институт ирригации инженеров
и механизации сельского хозяйства, г.Ташкент, Узбекистан*

E-mail: rasul6696@mail.ru

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Аннотация. В статье раскрыта сущность теоретических основ физической культуры и спорта для адаптации студентов к здоровому образу жизни. Изложены основные направления физической культуры как восстановления и укрепления здоровья.

Ключевые слова: здоровье, активная жизнь, учебно-тренировочный процесс, медицинское обеспечение, врачебный контроль, физические качества.

Tuychibay Dusatovich Baiturayev

PhD in pedagogical Sciences, Associate Professor

Tashkent Institute of Irrigation Engineers

and mechanization of agriculture, Tashkent, Uzbekistan

Shaxida Axrorovna Raupova

Senior Lecturer,

Tashkent Institute of Irrigation Engineers

and mechanization of agriculture, Tashkent, Uzbekistan

Mohim Ravshan kizi Otokhanova

student,

Tashkent Institute of Irrigation Engineers

and mechanization of agriculture, Tashkent, Uzbekistan

E-mail: rasul6696@mail.ru

THE ROLE OF COMPETITIVE ACTION IN THE EDUCATION OF A HEALTHY LIFESTYLE IN A RISING RANGE

Abstract. *The article reveals the essence of the theoretical foundations of physical culture and sports for the adaptation of students to a healthy lifestyle. The main directions of physical culture are described as the restoration and strengthening of health.*

Keywords: *health, active life, physical training, medical provision, medical control, physical quality.*

Здоровье - бесценное достояние не только каждого человека, но и всего общества. При встречах, расставаниях с близкими и дорогими людьми мы желаемым доброго и крепкого здоровья так как это - основное условие и залогом счастливой жизни. Здоровье помогает нам выполнять наши планы, успешно решать основные жизненные задачи, преодолевать трудности, а если придется, то и значительные перегрузки. Доброе здоровье, разумно

сохраняемое и укрепляемое самим человеком, обеспечивает ему долгую и активную жизнь.

Научные данные свидетельствуют о том, что у большинства людей при соблюдении ими гигиенических правил есть возможность жить до 100 лет и более. К сожалению, многие люди не соблюдают самых простейших, обоснованных наукой норм здорового образа жизни. Одни становятся жертвами малоподвижности (гиподинамии), вызывающей преждевременное старение, другие излишествуют в еде с почти неизбежным в этих случаях развитием ожирения, склероза сосудов, а у некоторых - сахарного диабета, третьи не умеют отдыхать, отвлекаться от производственных и бытовых забот, вечно беспокожны, нервны, страдают бессонницей, что в конечном итоге приводит к многочисленным заболеваниям внутренних органов. Некоторые люди, поддаваясь пагубной привычке к курению и алкоголю, активно укорачивают свою жизнь.

Физическая культура - неотъемлемая часть жизни человека. Она занимает достаточно важное место в учебе, работе людей. Занятием физическими упражнениями играет значительную роль в работоспособности членов общества, именно поэтому знания и умения по физической культуре должны закладываться в образовательных учреждениях различных уровней поэтапно. Немалую роль в дело воспитания и обучения физической культуре вкладывают и высшие учебные заведения, где в основу преподавания должны быть положены четкие методы, способы, которые в совокупности выстраиваются в хорошо организованную методику обучения и воспитания.

Среди актуальных проблем физического воспитания значительное место занимает такая специфическая проблема, как развитие основных физических(двигательных) качеств. Важную роль здесь играют не только пути их развития и совершенствования, но и средства их контроля, особенно педагогического.

Задача последнего состоит в необходимости ознакомиться с вопросами, решаемыми с помощью педагогических наблюдений, познакомиться с

методами и организацией их проведения. Такие наблюдения могут проводиться не только вовремя занятий или тренировки, но и до и после них. Основная задача этих наблюдений - совершенствование учебно-тренировочного процесса с целью получения наилучшего эффекта. Такая задача может быть решена плодотворно с участием врача, хорошо знающего спорт, методы планирования, а педагог-тренер, в свою очередь, должен обладать необходимыми медицинскими знаниями. При этом тренер должен четко представлять какие сведения он может получить с помощью врача и какие самостоятельно. Такие наблюдения в естественных условиях спортивной деятельности, проводимые совместно с врачом позволяют оценить физическую подготовленность и специальную тренированность спортсмена, оценить правильность используемых методик и режима тренировок, предупредить перенапряжения и переутомление. Исходя из вышеизложенного, эти наблюдения следует называть врачебно-педагогическими.

Важнейшей задачей врачебно-педагогического контроля является уточнения в планировании учебно-тренировочного процесса, дозировка физических нагрузок в недельном цикле, определения длительности интервалов отдыха между упражнениями и тренировками, нахождение наиболее рационального сочетания различных средств тренировок и т.п.

Практическая реализация врачебно-педагогического контроля осуществляется в системе специально реализуемых проверок, включаемых в содержание занятий по физическому воспитанию, либо тренировочных занятий. Такие проверки позволяют вести систематический учет по двум наиболее важным направлениям:

- . определение степени усвоения техники двигательных действий;
- . определение уровня развития двигательных (физических) качеств.

Существующие методы врачебно-педагогического контроля можно разделить на две группы:

. не тренирующие сложной аппаратуры, отличающиеся простотой методики оценки (визуальное наблюдение, определение частоты дыхания, измерение артериального давления, веса тела, различные координационные пробы и др.)

. требующие довольно сложной аппаратуры и специально подготовленных людей, проводящих контроль (Электрокардиография и др.) В системе педагогического контроля за усвоением техники двигательных действий, осуществляемого в процессе занятий преподавателями физического воспитания, принято различать три вида проверок (контроля):

. предварительную (прием первичных контрольных нормативов);

. текущую (отмечается преподавателем-тренером в журнале или дневнике);

. итоговую (прием государственных тестов).

Особое место при проведении педагогического контроля занимает медицинское обеспечение - одно из решающих условий рационального использования средств физической культуры и спорта, высокой эффективности проведения учебно-тренировочных занятий.

Медицинское обеспечение способствует реализации принципа оздоровительной направленности системы физического воспитания и осуществляется в виде врачебного контроля.

Врачебный контроль - научно-практический раздел медицины, изучающий вопросы физического развития, функционального состояния и состояния здоровья человеческого организма в процессе занятий физическими упражнениями и спортом. Врачебный контроль является основным разделом спортивной медицины, имеющей свои четко определенные принципы и задачи.

Главная задача врачебного контроля - обеспечение правильности и высокой эффективности учебно-тренировочных занятий и спортивных мероприятий. Задача врачебного контроля - ознакомить студентов с основными вопросами медицинского контроля.

Выполнение этой задачи облегчается тем, что на практических занятиях студенты уже получают некоторые представления об основных методах контроля. Однако, следует учитывать, что в настоящее время все большее число людей, причем, различного возраста охвачено занятиями физическими упражнениями и спортом. Это обстоятельство требует от них более глубоких знаний в области медицины, поскольку не все из них находятся под контролем преподавателя-тренера на занятиях (чаще) или врача (реже).

Цель врачебного контроля является всемерное содействие эффективности процесса физического воспитания, правильному использованию средств физической культуры. Он призван исключить все условия, при которых могут появляться отрицательные воздействия от занятий физическими упражнениями и спортом на организм занимающихся.

Врачебный контроль является обязательным условием предупреждения травматизма, сохранения здоровья человека, долголетия, творческой активности и осуществляется в соответствии с "Положением о врачебном контроле за физическим воспитанием в вузе".

Основные задачи врачебного контроля:

1. определение состояния здоровья занимающихся и решение вопросов допуска их к занятиям в различных формах и группах;
2. осуществление врачебного контроля на занятиях по физическому воспитанию и спортом;
3. диагностика функционального состояния;
4. оценка физического развития и выявление заболеваний и травм;
5. медицинское обеспечение соревнований;
6. агитация и пропаганда физической культуры среди населения.

Врачебный контроль - научно-практический раздел медицины, изучающий состояние здоровья, физического развития, функционального состояния организма занимающихся физическими упражнениями и спортом. Главная задача врачебного контроля - обеспечение правильности и высокой эффективности учебно-тренировочных занятий и спортивных мероприятий.

Врачебный контроль призван исключить все условия, при которых могут появляться отрицательные воздействия от занятий физическими упражнениями и спортом на организм занимающихся. Врачебный контроль является обязательным условием предупреждения травматизма в процессе физического воспитания студентов и осуществляется в соответствии с "Положением о врачебном контроле за физическим воспитанием в вузе".

Врачебный контроль в вузе проводится в следующих формах:

- * регулярные медицинские обследования и контроль занимающихся физическими упражнениями и спортом;

- * врачебно-педагогические наблюдения за занимающимися во время занятий и соревнований

- * санитарно-гигиенический контроль за местами, условиями занятий и соревнований;

- * санитарно-просветительская работа, пропаганда физической культуры и спорта, здорового образа жизни;

- * профилактика спортивного травматизма и заболеваний;

- * проведение комплексных и восстановительных мероприятий

Для студентов медицинское обследование проводят перед началом учебного года один раз в год. Для лиц, имеющих отклонение в здоровье - 2 раза в год, а для лиц, активно занимающихся спортом - 3-4 раза в год.

Ежегодные врачебные осмотры студентов позволяют изучить состояние здоровья, физическое развитие и функциональные способности важнейших систем организма, а также установить медицинскую группу занимающихся студентов установленное многолетней практикой врачебного контроля распределение занимающихся происходит на группы:

- основную (без отклонений в состоянии здоровья);

- * подготовительную (без отклонений, но с недостаточным физическим развитием и подготовленностью);

- * специальную (имеют отклонения в состоянии здоровья и требуют ограничения физических нагрузок).

Это позволяет правильно дозировать физические нагрузки в процессе занятий по физическому воспитанию в соответствии с состоянием здоровья занимающихся.

Список литературы:

1. Абдуллаев, А., Хонкелдиев, Ш. Жисмоний тарбия назарияси ва услубияти. Учебное пособие. – Ташкент, Изд-во «Гулистон давлат университети», 2016. – 269 с.
2. Саламов Р.С. Спорт машғулотининг назарий асослари. Ўқув кўлланма. – Тошкент, 2005. – 237с.
3. Керимов, Ф., Умаров, М. Спортда прогнозлаштириш ва моделлаштириш. Дарслик. – Тошкент, 2005. – 256 с.

УДК 796.01. (575.1)

Туйчибай Дусатович Байтураев

К. пед. наук, доцент

*Ташкентский институт ирригации инженеров
и механизации сельского хозяйства, г.Ташкент, Узбекистан*

Шахида Ахроровна Раупова

Старший преподаватель,

*Ташкентский институт ирригации инженеров
и механизации сельского хозяйства, г.Ташкент, Узбекистан*

E-mail: rasul6696@mail.ru

РОЛЬ СОРЕВНОВАТЕЛЬНЫХ ДЕЙСТВИИ В ВОСПИТАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У ПОДРАСТАЮЩЕГО ПОКОЛЕНИЯ

Аннотация. В статье раскрыта сущность теоретических основ физической культуры и спорта для адаптации студентов к здоровому образу

жизни. Изложены основные направления физической культуры как восстановления и укрепления здоровья.

Ключевые слова: здоровье, активная жизнь, учебно-тренировочный процесс, медицинское обеспечение, врачебный контроль, физические качества.

Tuychibay Dusatovich Baiturayev

*PhD in pedagogical Sciences, Associate Professor
Tashkent Institute of Irrigation Engineers
and mechanization of agriculture, Tashkent, Uzbekistan*

Shaxida Axrorovna Raupova

*Senior Lecturer,
Tashkent Institute of Irrigation Engineers
and mechanization of agriculture, Tashkent, Uzbekistan*

E-mail: rasul6696@mail.ru

THE ROLE OF COMPETITIVE ACTION IN THE EDUCATION OF A HEALTHY LIFESTYLE IN A RISING RANGE

Abstract. *The article reveals the essence of the theoretical foundations of physical culture and sports for the adaptation of students to a healthy lifestyle. The main directions of physical culture are described as the restoration and strengthening of health.*

Keywords: *health, active life, physical training, medical provision, medical control, physical quality.*

В древнем письменном источнике зороастризма в книге «Авесто» раскрывается роль физических способностей в развитии человеческого общества. Определён роль соревновательных игр, проводимых в различных праздниках древности. В книгах по древней культуре Средней Азии

приводятся примеры празднования весеннего праздника «Навруз» и проведения в нем соревнования по подвижным играм.

Во многих своих произведениях великий мыслитель Средней Азии Ибн-Сина рассматривает существенные проблемы нравственного воспитания. Нравственность, с его точки зрения, не врожденное свойство человека, а важнейшая область воспитания и его существенный результат. Целью нравственного воспитания он считал формирование человека, который должен жить не для себя, а для других людей. Физическое и нравственное воспитание по мнению Ибн-Сины, вызывает у учащийся желание соревноваться между собой, стремление не отставать друг от друга, предупреждает скуку и леность мысли. В беседах между собой ученики передают друг другу что-то интересное, почерпнутое ими из книг и от старших. Учась вместе, дети начинают дружить между собой, учатся уважать других, помогать им в усвоении учебных материалов. Они воспринимают друг у друга хорошие привычки.

Великий мыслитель Средней Азии Ал-Фараби также особое место уделял физическому развитию учащихся через построения развитого, справедливого, равноправного общества. В таком обществе все жители могли и должны были участвовать в соревнованиях по подвижным играм. В педагогических воззрениях Ибн Сины придается серьезное значение воспитанию и обучению учащихся в школах. В своей книге «Семейное хозяйство» он посвящает этому вопросу специальную главу. В разделе «Обучение и воспитание учащихся в школе» он говорит в первую очередь о необходимости охвата всех учащихся школьным обучением и проводит идею коллективного обучения, выступает против индивидуального обучения учащихся в домашних условиях. Ибн Сино классифицируя науку, создаёт единую систему теории обучения и воспитания. Классификация науки по Ибн Сино в книге «Китоб-аш-шифо». Обучение, совместное, по его мнению, вызывает у учащихся желание соревноваться между собой, стремление не отставать друг от друга, предупреждает скуку и леность мысли. В беседах

между собою ученики передают друг другу что-то интересное, почерпнутое ими из книг и от старших. Учась вместе, дети начинают дружить между собой, учатся уважать других, помогать им в усвоении учебных материалов. Они воспринимают друг у друга хорошие привычки. В программу обучения учащихся до 14 лет Ибн Сино включил изучение языка, грамматики, стихосложения, содержательных нравоучений, физическое воспитание, зачатки ремесла. Ибн Сино считал необходимым строить процесс обучения на следующих принципах: не следует сразу привязывать ребенка к книге; проводимые с ребенком упражнения должны быть нормированными и посильными, быть коллективными, сочетаться с физическими упражнениями, учитывать склонности и способности ребенка; обучение должно идти постепенно, от легкого к трудному.

Подвижная игра носит коллективный характер. Мнение сверстников, как известно, оказывает большое влияние на поведение каждого игрока. В зависимости от качества выполнения роли тот или иной участник подвижной игры может заслужить поощрение или, наоборот, неодобрение товарищей; так дети приучаются к деятельности в коллективе.

Подвижные игры создают атмосферу радости и потому делают наиболее эффективным комплексное решение оздоровительных, образовательных и воспитательных задач. Активные движения, обусловленные содержанием игры, вызывают у учащихся молодёжь положительные эмоции и усиливают все физиологические процессы. Ситуации на игровой площадке, которые все время меняются, приучают учащихся молодёжь целесообразно использовать двигательные умения и навыки, обеспечивая их совершенствование. Естественно проявляются физические качества - быстрота реакции, ловкость, глазомер, равновесие, навыки пространственной ориентировки и др.

Необходимость подчиняться правилам и соответствующим образом реагировать на сигнал, организует и дисциплинирует учащихся молодёжь, приучает их контролировать свое поведение, развивает сообразительность, двигательную инициативу и самостоятельности в принятии решения по всем

вопросам. Стабильное участие в подвижных играх расширяют общий кругозор учащийся, стимулируют использование знаний об окружающем мире, человеческих поступках, поведениях по отношению с животным миром, пополняют словарный запас у молодого поколения, совершенствуют здорового развития психических процессов учащихся в последующей жизни. При правильной организации занятий с учетом возрастных особенностей и физической подготовленности занимающихся, подвижные игры оказывают благоприятное влияние на рост, развитие и укрепление костно-связочного аппарата, мышечной системы, на формирование правильной осанки у учащийся, а также повышают функциональную деятельность организма. Подвижные игры в большой степени способствуют воспитанию физических качеств: быстроты, ловкости, силы, выносливости, гибкости, и, что немаловажно, эти физические качества развиваются в комплексы. В подвижных играх выполняются различные движения: ходьба, бег, подпрыгивание, прыжки, ползание, метание, бросание, ловля и многие упражнения физической культуры. Игры свойственны противодействия одного игрока другому, одной команды - другой, когда перед играющим возникают самые разнообразные задачи, требующие мгновенного разрешения. Для этого необходимо в кратчайший срок оценить окружающую обстановку, выбрать наиболее правильное действие и выполнить его. Так, подвижные игры способствуют самопознанию. В настоящее время что все физические качества у детей школьного возраста развиваются в комплексе.

В данной статье было показана о необходимости построения процесса обучения по следующим принципам: проводимые с ребенком упражнения должны быть нормированными и посильными, быть коллективными, сочетаться с физическими упражнениями, учитывать склонности и способности ребенка; обучение должно идти постепенно, от легкого к трудному, силовыми упражнениями. А так-же даны взгляды классиков философской мысли о значении физических упражнениях, подвижных игр в укреплении физического здоровья и духовных сил человека.

Список литературы:

1. Аль-Фараби. Трактат о взглядах жителей добродетельного города // Философские трактаты. – Алма-Ата, 1970. – 237с.
2. Абу Али ибн Сина (Авиценна). Канон врачебной науки. В 5 т. / Перевод с арабского М.А.Салье, У.И.Каримова, А.Расулева, П.Булгакова. – Ташкент, Изд-во «Фан», 1979. – 832с.
3. Хайруллаев М. М. Абу Наср ал-Фараби. – М.: Изд-во «Наука», 1982. – 304с. Серия: "Научно-биографическая серия".

УДК 796.015.01(5755.1)

Туйчибай Дусатович Байтураев

К. пед. наук, доц.,

*Ташкентский институт ирригации инженеров
и механизации сельского хозяйство, г.Ташкент, Узбекистан*

Шахида Ахроровна Раупова

Старший преподаватель,

*Ташкентский институт ирригации инженеров
и механизации сельского хозяйство, г.Ташкент, Узбекистан*

Мохим Равшан кизи Отоханова

Студентка,

*Ташкентский институт ирригации инженеров
и механизации сельского хозяйство, г.Ташкент, Узбекистан*

E-mail: rasul6696@mail.ru

ИЗУЧЕНИЕ ОСНОВНЫХ ТРЕНИРОВОЧНЫХ ЗАНЯТИЙ В СПОРТИВНЫХ СЕКЦИЯХ

Аннотация. В статье раскрыта сущность организационной формы тренировочного процесса для молодежи, которые занимаются в спортивных

секциях. В статье также изучается групповые занятия, особенно в подготовительном периоде, который состоит из четырех частей. В статье анализируется также вариант из трех частей, который чаще используется для спортсменов высших разрядов, особенно в соревновательном периоде.

Ключевые слова: тренировочный процесс, физическое упражнение, специальная подготовка, спортивная техника, нагрузка, тренировки.

Tuychibay Dusatovich Baiturayev

PhD in pedagogical Sciences, Associate Professor

*Tashkent Institute of Irrigation Engineers
and mechanization of agriculture, Tashkent, Uzbekistan*

Shaxida Axrorovna Raupova

Senior Lecturer,

*Tashkent Institute of Irrigation Engineers
and mechanization of agriculture, Tashkent, Uzbekistan*

Mohim Ravshan kizi Otokhanova

student,

*Tashkent Institute of Irrigation Engineers
and mechanization of agriculture, Tashkent, Uzbekistan*

E-mail: rasul-nizamiev@mail.ru

STUDY OF MAIN TRAINING SESSIONS IN SPORTS SESSIONS

Abstract. *The article reveals the essence of the organizational form of the training process for all young people who are engaged in sports section. In the article, group lessons are also studied, especially in the period under preparation, a variant of four parts is characteristics. The article explores a variant of three parts, is more often used for top especially in the competitive period.*

Keywords: *Training process, physical workout, special preparation, sport technics, strain, workouts.*

Основной организационной формой тренировочного процесса для всех спортсменов является групповое и индивидуальное занятие продолжительностью от 1 до 5 часов. В спортивных секциях до 2 часов. Основные тренировочные занятия строятся по общепринятой схеме. Занятие состоит из четырех частей (вводной, подготовительной, основной, заключительной) или из трех частей (разминка, основная, заключительная). Для групповых занятий, особенно в подготовительном периоде, характерен вариант из четырех частей. Вариант из трех частей чаще используется для спортсменов высших разрядов, особенно в соревновательном периоде.

Задачи частей занятия:

1. Вводная - организационная — построение, рапорт, проверка посещаемости, объяснение задач и содержание урока, строевые упражнения, повороты

Общая продолжительность вводной части 3-10 минут.

2. Подготовительная (разминка) - разогревание занимающихся, подготовка предстоящей нагрузке, улучшение эластичности мышц, подвижности в суставах, общая и специальная физическая подготовка.

Продолжительность подготовительной части от 15 до 30 минут.

3. Основная - повышение у занимающихся уровня все сторонней физической специальной подготовки, обучение спортивной технике и тактике, воспитание моральных и волевых качеств (силы, быстроты, выносливости и др.), привитие навыков и умения самостоятельного выполнения заданий.

4. Заключительная - постепенное снижение нагрузки, приведение организма в состояние, близкое к исходному. Продолжительность его до 10 минут.

Важное значение для повышения уровня тренированности имеют физические упражнения, выполняемые на дополнительных тренировочных занятиях по заданию тренера дома. Продолжительность таких занятий в виде утренней зарядки или утренней тренировки могут быть 30-60 минут.

К дополнительным тренировочным занятиям относятся, кроме утренней зарядки, кроссы, ходьба на лыжах, игры в баскетбол, волейбол и другие виды спорта, которыми спортсмены-студенты занимаются в свободное время.

При проведении занятий используется групповой метод обучения. Групповой метод тренировки хорош тем, что при разучивании техники классических (соревновательных) упражнений, все ученики группы, один за другим повторяют показанное упражнение. И когда преподаватель указывает на ошибку одного из спортсменов, другие уже стараются не повторять эту ошибку.

Бывает, что новички сами уже указывают друг другу на допущенные ошибки. Это облегчают процесс обучения и ускоряет формирование навыков. При обучении новичков, обязательно надо применять подводящие упражнения. Это такие упражнения, которые по координации близки к отдельным частям обучаемого упражнения, но значительно проще его. Например, иногда бывает в приседаниях долго объясняешь, как держать спину, колени, не получается. А стоит сделать приседания на скамейку, с нужной высотой, спортсмен сразу улавливает.

Последовательность отработки того или другого упражнения вытекает из выше перечисленного и включает в себя ознакомление, разучивание и совершенствование. Ознакомление способствует созданию у обучаемого правильного представления о разучиваемом упражнении. Для ознакомления необходимо:

- . назвать упражнение;
- . образцово его показать;
- . объяснить сложности техники и предназначение упражнения;
- . если необходимо, показать упражнение по разделениям;

В процессе ознакомления может производиться опробование упражнения обучаемым. Разучивание направлено на формирование у обучаемых новых двигательных навыков. В зависимости от подготовленности

обучаемых и сложности упражнений применяются следующие способы разучивания:

- . в целом;
- . по частям - если упражнение сложное и его можно разделить на отдельные элементы;
- . по разделениям - если упражнение сложное и его можно выполнить с остановками;
- . с помощью подготовительных упражнений - если упражнение выполнить в целом сложно из-за его трудности, а разделить на части невозможно.

Совершенствование направлено на закрепление у обучаемых двигательных навыков и умений. Совершенствование обеспечивается постоянной тренировкой.

Список литературы:

- 1.Абдуллаев.А, Хонкелдиев.Ш. Жисмоний тарбия назарияси ва услубияти. Учебное пособие. – Ташкент, Изд-во «Гулистон давлат университети», 2016. – 269 с.
2. Саламов Р.С. Спорт машғулотининг назарий асослари. Ўқув қўлланма. – Тошкент, 2005. – 237с.
- 3.Керимов.Ф., Умаров. М. Спортда прогнозлаштириш ва моделлаштириш. Дарслик. – Тошкент, 2005. – 256 с.

УДК 796.015.01(5755.1)

Туйчибай Дусатович Байтураев

К. пед. наук, доц.,

*Ташкентский институт ирригации инженеров
и механизации сельского хозяйства, г.Ташкент, Узбекистан*

Шахида Ахроровна Раупова

Старший преподаватель,
Ташкентский институт ирригации инженеров
и механизации сельского хозяйства, г.Ташкент, Узбекистан

Дилбар Рахимовна Мадазизова

Старший преподаватель,
Ташкентский институт ирригации инженеров
и механизации сельского хозяйства, г.Ташкент, Узбекистан

E-mail: rasul6696@mail.ru

ИЗУЧЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ СПОРТИВНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ ЗАНЯТИЙ ПО ВИДАМ ЕДИНОБОРСТВ

Аннотация. В статье раскрыта сущность организационной формы тренировочного процесса для всей молодежи, которые занимаются в спортивных секциях. В статье также изучается групповые занятия, особенно в подготовительном периоде, который состоит из четырех частей. В статье анализируется также вариант из трех частей, который чаще используется для спортсменов высших разрядов, особенно в соревновательном периоде.

Ключевые слова: Тренировочный процесс, физическое упражнение, специальная подготовка, спортивная техника, нагрузка, тренировки.

Tuychibay Dusatovich Baiturayev

PhD in pedagogical Sciences, Associate Professor
Tashkent Institute of Irrigation Engineers
and mechanization of agriculture, Tashkent, Uzbekistan

Shaxida Axrorovna Raupova

Senior Lecturer,
Tashkent Institute of Irrigation Engineers

and mechanization of agriculture, Tashkent, Uzbekistan

Dilbar Raximovna Madazizova

Senior Lecturer,

Tashkent Institute of Irrigation Engineers

and mechanization of agriculture, Tashkent, Uzbekistan

E-mail: rasul6696@mail.ru

STUDY ORGANIZATION OF SPORTS AND HEALTH SESSIONS BY UNIFORM PROVIDERS

Abstract: *The article reveals the essence of the organizational form of the training process for all young people who are engaged in sports section. In the article, group lessons are also studied, especially in the period under preparation, a variant of four parts is characteristics. The article explores a variant of three parts, is more often used for top especially in the competitive period.*

Keywords: *Training process, physical workout, special preparation, sport technics, strain, workouts.*

Оздоровительно-рекреативное направление предусматривает использование средств физической культуры и спорта при коллективной организации отдыха и культурного досуга в выходные дни и в период каникул в целях после рабочего восстановления и укрепления здоровья. К средствам этого направления относятся туристические походы, экскурсии, подвижные игры, спортивные мероприятия, которые могут быть организованы на базах студенческих общежитии, в домах отдыха, в оздоровительно-спортивных лагерях, во время учебной практики и т.д.

Обще подготовительное направление обеспечивает всестороннюю физическую подготовку и поддержание ее на долгое время на определенном уровне. Средствами подготовки по этому направлению являются: утренняя гигиеническая гимнастика, легкая атлетика, плавание, лыжный спорт, туризм

и другие виды упражнений. Для планомерной работы по этому направлению организуются специальные секции, проводят спортивные соревнования.

Спортивное направление - специализированные систематические занятия одним из видов спорта в учебных группах спортивного совершенствования, в спортивных секциях спортивного клуба или индивидуально, участие в спортивных соревнованиях с целью повышения или сохранения определенного уровня спортивного мастерства. Профессионально-прикладное направление определяет использование средств физической культуры и спорта для подготовки к работе по избранной специальности с учетом особенностей получаемой профессии.

Лечебное направление предполагает использование физических упражнений, закаливающих факторов и гигиенических мероприятий в системе лечебных мер по восстановлению здоровья или отдельных функций организма, сниженных или утраченных в результате заболеваний или травм. Средствами этого направления являются: рациональный режим жизнедеятельности, естественные факторы природы, закаливающие процедуры, лечебный массаж, механотерапия и широкий круг разнообразных физических упражнений. Применение средств физической культуры в лечебных целях должно сопровождаться систематическим врачебным контролем и строгим учетом индивидуальных особенностей занимающихся.

Планирование массовых оздоровительных, физкультурных и спортивных мероприятий включает разработку программ, графиков, планов групповых индивидуальных занятий, календарей и положений спортивных соревнований; планов проведения оздоровительно-спортивных лагерей, соревнований, спортивных вечеров, праздников, показательных выступлений физкультурников и спортсменов и т.п. Данное планирование осуществляется управлением спортивного клуба с участием кафедры физического воспитания.

Непосредственное проведение мероприятий, занятий и спортивных соревнований обеспечивается силами общественного актива и платными работниками спортивного клуба при квалифицированной помощи кафедры

физического воспитания. Для инструктирования общественного спортивного актива, а также для помощи самостоятельно занимающимся при поликлинике (здравпункте) ВУЗа и при кафедре физического воспитания организовываются врачебные и педагогические консультационные пункты, где проводятся консультации по подбору физических упражнений, методике проведения занятий и мероприятий, врачебному контролю и самоконтролю, гигиене, использованию естественных сил природы, подготовке и выполнению требований по разрядной классификации.

Обязательным условием участия в мероприятиях, где возможны большие физические нагрузки (кроссы, длительные походы, конкурсы силачей и др.), являются предварительная физическая подготовка (тренировка) и разрешение врача. В целях выбора тех или иных форм изучаются интересы студентов, аспирантов, сотрудников и преподавателей; результаты изучения используются в практике работы спортивного клуба.

Оздоровительные мероприятия включают в себя индивидуальные и групповые занятия с использованием средств гигиенического, оздоровительно-рекреативного, профессионально-прикладного и лечебного направлений. Эти мероприятия могут носить индивидуальный характер (зарядка, соблюдение режима дня, закаливание и т.д.) и групповой (зарядка, занятия в различных группах, турпоходы и др.), под руководством общественных инструкторов и тренеров. Группы могут организовываться по принципу интересов, совместного обучения на курсе или в группе, по месту жительства. При комплектовании групп учитываются пол, возраст, физическая подготовленность и другие индивидуальные особенности занимающихся.

Активный отдых в выходные дни - туристические походы, прогулки, игры, купание и т.д. предусматривает преимущественно групповые занятия и мероприятия с использованием оздоровительно-рекреативного и обще-подготовительного направлений. Эта форма распространяется и на отдых в период зимних и летних каникул и отпусков. В содержание этой формы

работы входят проведение выходных дней, каникул (отпусков), в загородном оздоровительно-спортивном или в загородном молодежно-туристском лагере: участие в туристических походах, занятие охотой, рыбной ловлей, а также видами спорта с целью отдыха.

При организации работы по этой форме также изучаются интересы занимающихся для более эффективного ее использования. Занятия в группах здоровья. Наибольшее распространение в ВУЗах получили группы здоровья для студентов и аспирантов, имеющих отклонения в состоянии здоровья, а также для сотрудников и преподавателей группы общей физической подготовки, группы любителей бега, атлетической гимнастики, закаливания и зимнего плавания, группы женской гимнастики, в занятиях которых используются специальные упражнения художественной гимнастики с музыкальным сопровождением и др.

В различных группах могут использоваться средства всех направлений. Занятия в группах проводят общественные и штатные инструкторы, и тренеры спортивного клуба, преподаватели кафедры физического воспитания. Такие группы могут организовываться на кооперативных началах с оплатой занятий самими занимающимися через бухгалтерию профкома или спортивного клуба. Спортивные соревнования являются одной из наиболее эффективных форм организации массовой оздоровительной, физкультурной и спортивной работы. В нашей стране существует определенная организация спортивных соревнований.

Список литературы:

- 1.Абдуллаев.А, Хонкелдиев.Ш. Жисмоний тарбия назарияси ва услубияти. Учебное пособие. – Ташкент, Изд-во «Гулистон давлат университети», 2016. – 269 с.
2. Саламов Р.С. Спорт машғулотининг назарий асослари. Ўқув кўлланма. – Тошкент, 2005. – 237с.

З.Керимов.Ф., Умаров. М. Спортда прогнозлаштириш ва моделлаштириш.
Дарслик. – Тошкент, 2005. – 256 с.

УДК 159.98:

Араксия Азатовна Бозоян

Студент

Сибирский государственный университет науки и технологий

имени академика М.Ф. Решетнева,

г. Красноярск, Россия

E-mail: araq_sia@mail.ru

ПСИХОЛОГИЯ СТРЕССА И МЕТОДЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ С ПОМОЩЬЮ ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ

Аннотация: В статье рассмотрены причины возникновения стресса.
Воздействие на стресс с помощью физических упражнений. Приведено
несколько методов борьбы со стрессом.

Ключевые слова: стресс, здоровье человека, физическое упражнение,
эмоциональная сфера человека, спорт.

Araksiya Azatovna Bozoyan

Student

Siberian State University of Science and Technology named

after Academician M.F. Reshetnev,

Krasnoyarsk, Russia

E-mail: araq_sia@mail.ru

PSYCHOLOGY OF STRESS AND METHODS OF INFLUENCE BY MEANS OF PHYSICAL EXERCISES

***Abstract.** The article deals with the causes of stress. Exposure to stress through exercise. Several methods of combating stress are described.*

***Keywords:** stress, human health, physical exercise, the emotional sphere of man, sport.*

Введение. В современной жизни стрессы играют значительную роль. "Стресс - это напряженное состояние организма человека, как физическое, так и психическое." [3]. Стресс присутствует в жизни каждого человека, так как наличие стрессовых импульсов во всех сферах человеческой жизни и деятельности, несомненно. Стресс представляет собой состояние чрезмерно сильного и длительного психологического напряжения, которое возникает у человека, когда его нервная система получает эмоциональную перегрузку [1].

Любое событие, факт или сообщение может вызвать стресс, т.е. стать стрессором. Стрессорами могут быть самые разнообразные факторы: микробы и вирусы, различные яды, высокая или низкая температура окружающей среды, травма и т.д. Но оказывается, что такими же стрессорами могут быть и любые эмоциогенные факторы, т.е. факторы, влияющие на эмоциональную сферу человека. Это все, что может нас взволновать, несчастье, грубое слово, незаслуженная обида, внезапное препятствие нашим действиям или стремлениям. При этом, выступит та или иная ситуация причиной стресса или нет, зависит не только от самой ситуации, но и от личности, ее опыта, ожиданий, уверенности в себе и т.д. Особенно большое значение имеет, конечно, оценка угрозы, ожидание опасных последствий, которую содержит в себе ситуация [2].

Методов борьбы со стрессом существует множество. А это: [4]

1. Физические методы уменьшения стресса
2. Биохимические методы снятия стресса
3. Физиологические методы регуляции стресса
4. Психологические методы уменьшения стресса

Более подробно поговорим о физическом методе уменьшения стресса. Двигательная активность – это возможность стать сильнее, гибче, выносливее. При этом это очень мощное антистрессорное средство, активизирующее работу сердца, сжигающее адреналин. Когда наш организм двигается, в теле вырабатываются эндорфины (гормоны счастья). Именно поэтому при физической нагрузке улучшается настроение и самочувствие. В науке оздоровления существует холистическое направление (от слова whole – «целый»). Его сторонники убеждены, что неподвижность физическая влияет на качество мыслей в голове. Чем меньше с возрастом мы двигаемся, тем больше «окаменеваем» на духовном и эмоциональном уровнях [5].

Пессимизм, уныние и разочарование больше характерны для людей с малоподвижным образом жизни. Поэтому любая двигательная активность способна изменить систему мировоззрения и психологический настрой.

Физические упражнения являются немаловажным фактором положительного влияния на психологического стресса. На стресс можно повлиять физическими упражнениями, которые обладают мощнейшим эффектом при снятии нервного напряжения. В первую очередь это обусловлено тем, что физическая активность является естественным, генетически ответом организма на стрессор. Кроме того, занятия физкультурой и спортом отвлекают сознание человека от проблемной ситуации, переключают его внимание на новые раздражители, снижая тем самым значимость наболевшей проблемы.

Спорт активизирует работу сердечно-сосудистой и нервной системы, сжигает избыток адреналина, повышает активность иммунной системы. Активность тела, соединенная с положительными эмоциями, автоматически приводит к повышению активности психики, хорошему настроению. Как писал английский писатель Уильям Годвин, «самое важное свойство для физического здоровья представляет бодрость духа. Упадок духа сродни смерти. Но бодрость духа придает новую жизнь нашему физическому организму и ускоряет циркуляцию соков».

Специалисты в области предотвращения производственных стрессов отмечают:

«Использование различных видов специальных двигательных и дыхательных упражнений – давно и хорошо известный способ нормализации функционального состояния. Повышение общей физической подготовки на устойчивость к возникновению неблагоприятных состояний не требует специальных доказательств. Занятия спортом, различные системы закаливания, нормализация режима двигательной активности широко используются в этих целях».

Вот как работают физические нагрузки:

1. **Упражнения уменьшают беспокойство.** Исследователи выяснили, что после выполнения комплекса предписанных упражнений электрическая активность мышц уменьшается. Люди становятся более спокойными.

2. **Упражнения помогают расслабиться.** Одна тренировка снимает напряжение на 90–120 минут. Некоторые называют это послетренировочной эйфорией или эндорфинным ответом. Впрочем, в том, что вы расслабитесь, а ваше настроение улучшится, будет виноват не только эндорфин, но и многие другие нейромедиаторы.

3. **Упражнения повышают самооценку.** Попробуйте вспомнить свои ощущения после тренировки. Обычно после занятий мы хвалим себя за проделанную работу и за то, что не поленились и пошли в спортзал. И уровень стресса падает.

4. **Упражнения улучшают аппетит и качество еды.** Люди, которые регулярно тренируются, как правило, больше едят и отдают предпочтение полезной пище. Полноценное питание помогает организму успешно справляться со стрессом и его последствиями [6].

Выводы. Именно стресс значительно снижает энергозатраты организма и увеличивает вероятность и опасность набора лишнего веса, уменьшения мышечной массы, нарушения деятельности ряда

функциональных систем организма, развивает функциональные нарушения, следовательно, понижается эффективность человека. С помощью определенных физических нагрузок, которые были описаны в статье, можно избавиться от стресса навсегда.

Итак, мы в очередной раз убедились в том, что регулярные физические нагрузки улучшают настроение и помогают бороться со стрессом.

Список литературы:

1. Камнева А.М. Технология повышения психологической устойчивости у студентов- будущих спортивных менеджеров, на основе применения традиционных и нетрадиционных средств физической культуры. – Монография: [Электронный ресурс] URL: <http://www.docme.ru/doc/1177779/8458.tehnologiya-povysheniya-psihologicheskoy-ustojchivosti-u-...> (дата обращения:15.03.2018).
2. Коган Б.М.«Стресс и адаптация». М. –«Знания», 1936. – С.
3. Мандель Б.Р. Психология стресса. – Учебное пособие: [Электронный ресурс] URL: <http://www.docme.ru/doc/1352469/psihologiya-stressa--1->(дата обращения:10.03.2018).
4. Основные методы борьбы со стрессом. Методики для самостоятельного выполнения и методы лечения у специалиста. [Электронный ресурс] URL: <http://onevroze.ru/osnovnye-metody-borby-so-stressom-metodiki-dlya-samostoyatel'nogo-vypolneniya-i-metody-lecheniya-u-specialista.html> (дата обращения:14.03.2018).
5. Какие упражнения помогают бороться со стрессами. [Электронный ресурс] URL: <http://indepres.ru/stress/uprazhneniya.html> (дата обращения:15.03.2018).
6. Психология стресса и методы коррекции. [Электронный ресурс] URL: <https://psy.wikireading.ru/7686> (дата обращения:14.03.2018).

Марина Владимировна Бутырина

К. пед. наук, доцент

Донбасский государственный педагогический университет,

г. Славянск, Украина

E-mail: butyrina_mv@ukr.net

РАЗВИТИЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ БУДУЩИХ ПЕДАГОГОВ

Аннотация. В статье рассмотрены способы применения здоровьесберегающих технологий в учебных заведениях, пути создания здоровьесберегающей образовательной среды для учащихся, особенности организации ведущей деятельности учащихся для сохранения их здоровья и приведены нормы параметров освещения, вентиляции, теплового режима, размеров мебели для учебных аудиторий в соответствии с ГСанПиН 5.5.6.008-98.

Ключевые слова: *здоровьесберегающие технологии, здоровьесберегающие мероприятия, рациональная организация учебного процесса, санитарно-гигиенические нормы, освещение, микроклимат.*

Marina Vladimirovna Butyrina

PhD in pedagogical Sciences, Associate Professor

Donbass State Pedagogical University,

Sloviansk, Ukraine

E-mail: butyrina_mv@ukr.net

THE DEVELOPMENT HEALTHKEEPING COMPETENCE OF FUTURE TEACHERS

Abstract. *The article discusses the methods of applying healthkeeping technologies in educational institutions, ways of creating a health-preserving educational environment for students, the peculiarities of organizing the conducting activity of students in order to preserve their health, and the norms of the parameters of lighting, ventilation, thermal regime, furniture sizes for the classrooms are given according to SSanRandR 5.5.6.008-98.*

Keywords: *healthkeeping technologies, healthkeeping measures, rational organization of educational process, sanitary-hygienic norms, lighting.*

Здоровьесберегающие технологии – это технологии, которые способствуют созданию безопасных условий для пребывания, обучения и труда в учебном заведении, решению задач рациональной организации учебно-воспитательного процесса (с учетом возрастных, половых, индивидуальных особенностей и гигиенических норм) и помогают установить соответствие учебных и физических нагрузок возможностям ученика [1].

Здоровьесберегающие технологии предусматривают [3]:

- изменение видов деятельности, чередование интеллектуальной, эмоциональной, двигательной деятельности учеников;
- применение групповой и парной форм работы, которые способствуют повышению двигательной активности, учат умению уважать мнения других, выражать свои мысли и правилам общения;
- проведение игр и игровых ситуаций, нестандартных занятий, интегрированных занятий.

Исследователь Сонькин В.Д. под здоровьесберегающими технологиями предлагает понимать следующее [2]:

- благоприятные условия обучения ученика (отсутствие стресса, адекватность требований, адекватность методик обучения и воспитания);

– оптимальную организацию учебного процесса (в соответствии с возрастными, половыми, индивидуальными особенностями и гигиеническими требованиями)

– достаточный и рационально организованный двигательный режим.

На состояние здоровья молодежи существенно влияют как генетическая обусловленность, неблагоприятные социальные и экологические условия развития, так и факторы риска, обусловленные особенностями организации учебного процесса (интенсификация и нерациональная организация учебного процесса, несоответствие методик обучения возрастным возможностям учащихся) [4].

Показатели рациональной организации учебного процесса [5]:

– соответствующий возрасту объем учебной нагрузки;

– количество занятий, их продолжительность, время выполнения домашних заданий;

– рациональное расписание занятий: физиолого-гигиенические требования к составлению расписания занятий определяются изменением физиологических функций и работоспособности учащихся в течение учебного дня и недели;

– оптимальная организация занятия – строгое соблюдение временных промежутков организационных частей занятия и смена деятельности учащихся;

– рациональная организации общего режима дня учащихся – проблема перегрузки тесно связана с нарушениями в организации общего режима дня учащихся;

– двигательная активность учащихся состоит из ежедневной (утренняя гимнастика, пешая ходьба, подвижные перемены и паузы в режиме учебного дня) и периодической (участие в спортивных мероприятиях, посещение кружков, связанные с двигательной активностью и т.п.) физической активности – в общем количестве для исключения гиподинамии не менее 1,5 часа в день.

Основными составляющими здоровьесберегающих технологий являются:

- контроль за выполнением санитарно-гигиенических правил организации учебно-воспитательного процесса;
- нормирование учебной нагрузки;
- профилактика переутомления учащихся;
- соблюдение санитарно-гигиенических норм в учебных помещениях: уровня освещения, влажности, температуры воздуха.

Санитарно-гигиенические условия учебных аудиторий должны отвечать ДСанПиН 5.5.2.008-01 «Государственные санитарные правила и нормы устройства, содержания общеобразовательных учебных заведений и организации учебно-воспитательного процесса» [6].

Оборудование школьных помещений должно соответствовать санитарно-гигиеническим требованиям и способствовать обеспечению педагогического процесса и проведения внеклассной воспитательной работы.

Итак, для сохранения здоровья учащихся важную роль играет соблюдение санитарно-гигиенических условий:

- режим влажной уборки (после каждого урока);
- выполнение санитарно-гигиенических правил организации учебного процесса;
- эстетическое оформление интерьера школы и класса, в котором гармонично используются здоровьесберегающие аспекты: озеленение (выбор цветочных композиций, растений, что обладает терапевтическим эффектом), цветовая гамма, которая поддерживает положительный психоэмоциональный фон;
- создание условий для проветривания классов и коридоров.

Внедрение здоровьесберегающих технологий требует от учителя:

- не допускать перегрузки учащихся, определяя оптимальный объем учебной информации и способы ее предоставления,

- учитывать интеллектуальные и физиологические особенности учащихся, индивидуальные языковые особенности каждого ученика
- планировать такие виды работы, которые способствуют снижению усталости
- обязательно знать и контролировать выполнение санитарно-гигиенических норм освещения и микроклимата учебных помещений

Школа по условиям обучения должна соответствовать санитарным нормам: уровень освещения, размеры мебели, полиграфические параметры учебников и наглядных пособий и т.д., то есть во всем, что подлежит нормированию.

Список литературы:

1. Вашлаева Л.П., Панина Т.С. Теория и практика формирования здоровьесберегающей стратегии педагога в условиях повышения квалификации // Валеология. – 2004. – №4. – С.93–98.
2. Здоровье и образование. [Электронный ресурс] URL: www.valeo.edu.ru
3. Синягина Н.Ю., Кузнецова И.В. Как сохранить и укрепить здоровье детей: психол. установки и упражнения. – М.: Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2004. – 150 с.
4. Смирнов Н.К. Здоровьесберегающие образовательные технологии и психология здоровья в школе. – М.АРКТИ, 2003. – 270с.
5. Топалова О.А. Впровадження здоров'язберігаючих технологій у навчально-виховний процес [Електронний ресурс] URL: <http://dnz308.klasna.com/uk/article>
6. ПОСТАНОВА №63 Про затвердження Державних санітарних правил і норм 5.5.2.008-01 «Державні санітарні правила і норми влаштування, утримання загальноосвітніх навчальних закладів та організації навчально-виховного процесу» від 14.08.2001.

Нина Иннокентьевна Виноградова

Д. психол. наук, доцент

Забайкальский государственный университет, г. Чита, Россия

E-mail: vin57@list.ru

Татьяна Викторовна Воронченко

Д. филол. наук, профессор

Забайкальский государственный университет, г. Чита, Россия

E-mail: tavoronch@mail.ru

**МИРОВАЯ ХУДОЖЕСТВЕННАЯ ЛИТЕРАТУРА
(В.Г. КОРОЛЕНКО, Э. ДОРР) КАК РЕСУРС
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ СТУДЕНТОВ С ОВЗ**

Аннотация. Статья посвящена исследованию художественной литературы как ресурса психологической поддержки людей с ОВЗ, в частности, студентов. Авторы обращают внимание на необходимость оказания поддержки студентам с ОВЗ при решении проблем личностного и профессионального самоопределения и сохранения психического здоровья с привлечением образцов мировой художественной литературы.

Ключевые слова: студенты с ОВЗ, психологическая поддержка, профессиональное здоровье, художественная литература.

Nina Innokentievna Vinogradova

PhD in Psychological Sciences, Associate Professor

Transbaikal State University, Chita, Russian

E-mail: vin57@list.ru

Tatiana Victorovna Voronchenko

PhD in Philology Sciences, Professor

Transbaikal State University, Chita, Russian

WORLD LITERATURE (V.G. KOROLENKO, A. DOERR) AS A PSYCHOLOGICAL SUPPORT RESOURCE FOR STUDENTS WITH HEALTH LIMITATIONS

***Abstract.** The article is concerned with world literature as a psychological support resource for students with health limitations. The authors of the article points out that it is necessary to give students with health limitations support in seeking to resolve self-determination and professional problems and to sustain mental health with the involvement of world literature works.*

***Keywords:** students with health limitations, psychological support, professional health, world literature.*

Вопросам взаимоотношений между психологией и художественной литературой посвящены исследования психологов, филологов, писателей. В работах Д.С. Лихачёва, Н.В. Рубакина, Н.А. Логиновой литература представлена как ресурс воздействия на личность, имеющий широкий диапазон направленности – «от кратковременной оптимизации эмоционального состояния до глубоких личностных переживаний, от стимулирования интеллектуальной активности до переосмысления системы мировоззренческих идей» [Китаева, 44]. К концу 1940-х годов относят создание Б.М. Тепловым «Заметок психолога при чтении художественной литературы», в которых он, хоть и отмечая, что «анализ художественной литературы обычно не указывается в числе методов психологического исследования» [Теплов, 306], признаёт, что «художественная литература содержит неисчерпаемые запасы материалов, без которых не может обойтись научная психология» [Теплов, 306]. Особый интерес исследование художественной литературы как инструмента воздействия на личность приобретает в осмыслении литературы как ресурса психологической

поддержки людей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), в особенности – молодых людей, студентов вузов.

Современное высшее образование, обеспечивающее профессиональную подготовку будущих специалистов, всё чаще оказывается в ситуации «догоняющего» непрерывные мощные преобразования быстроменяющегося мира и изменяющиеся представления людей о способах жизнедеятельности. Возрастающие демографические изменения, образ жизни современной молодёжи, меняющийся рынок труда, влияние информационных систем, грядущие экологические проблемы значимо изменили мироощущение молодых людей.

Далеко не в лучшую сторону изменяется и их физический статус. Известно, что в России 65 процентов студентов имеют хронические заболевания [Фильчаков, 192]. Такие молодые люди постепенно пополняют группы студентов с ОВЗ и инвалидностью. Раньше на таких студентов смотрели как на отклонение от нормы, однако сейчас эти заболевания наслаиваются друг на друга и определяют общий фон развития студенческой молодёжи.

Резко снижающиеся показатели физического и психического здоровья студенческой молодёжи вызывают снижение эффективности образовательных технологий. Большинство из студентов «выживают» на грани нормы возрастного развития, что требует от них больших усилий при достижении поставленной цели, ставит в позицию не созидающих, а преодолевающих, преждевременно «сжигающих» свой психофизический ресурс. В связи с этим, студентам с ОВЗ необходима психологическая поддержка при решении проблем личностного и профессионального самоопределения, сохранения психического и профессионального здоровья, развития социальной активности и личности в целом. В предыдущих публикациях Н.И. Виноградова и Т.В. Воронченко касались проблем профессионального здоровья в сфере образования в современном мире [Voronchenko, Vinogradova].

В жизни людей с ограниченными физическими возможностями искусство, в частности, литература, может сыграть важнейшую роль. Восприятие и изучение художественной литературы не только расширяют внутренний мир личности в духовном и эстетическом плане, но и дают возможность людям с физическими ограничениями преодолеть чувство тревожности, депрессии, неуверенности в себе и своих интеллектуальных возможностях в профессиональном поле, помогают ощутить сопричастность к общечеловеческим ценностям.

Целью статьи является исследование возможностей использования мировой художественной литературы (на примере повести-этюда В.Г. Короленко «Слепой музыкант» и романа Э. Дорра «Весь невидимый нам свет») в качестве ресурса психологической поддержки студентов с ОВЗ.

Мы предполагаем, что в процессе профессионализации в университете каждый современный молодой человек, в том числе студент с ОВЗ, должен руководствоваться собственным вариантом саморазвития, основываясь на базовых жизненных ценностях. Нам импонирует концепция ведущих потребностей и возможностей современного человека, предложенная Мартой Нуссбаум [Nussbaum], среди которых: жизнь (Life), телесная неприкосновенность (Bodily Integrity), физическое здоровье (Bodily Health), репродуктивное здоровье, организация досуга (Play), воображение и мышление (Imagination and Thought), практический разум (Practical Reason), эмоции (Emotions), связь с другими людьми (Affiliation), (физический) контроль своей среды обитания ([Material] Control over one's Environment).

Рассматривая в данном контексте процесс профессионализации студента с ОВЗ в призме его движения к достижению системы перечисленных потребностей, стоит опереться на развивающееся в нём ощущение субъективной безопасности за счёт снижения уровня страха за своё будущее и гарантировать результативность профилактики деформаций профессионального здоровья. Под профессиональным здоровьем современного студента нами понимаются такие системные составляющие его

физического, психического и социального статуса, которые направляют его к достижению базовых жизненных потребностей через здоровьесберегающую самореализацию в профессиональной подготовке.

В соответствии с этим определением претерпевает изменение ценностный аспект сопровождения преподавателем профессиональной подготовки студентов с ОВЗ. Такое сопровождение можно рассматривать как поэтапную диагностику, проектирование и апробирование каждым студентом наиболее эффективных для него ценностных, содержательных и динамических составляющих своего профессионального здоровья в рамках изучаемой дисциплины.

В Забайкальском государственном университете было проведено исследование качества и содержания самооценки студентов с ОВЗ. [10] Применение диагностической программы позволило выделить 3 уровня её развития. Выборку составили 110 студентов 4 курсов с разной нозологией (нарушение слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата и хронических соматических заболеваний).

Высоким уровнем овладели 4,3% от общей выборки. На этом уровне отмечаются проявления глубокой контрольно-регулирующей рефлексии студентом всех условий профессионализации, прежде всего качества аутокомпетентности. Это позволяет им расширять актуальные и потенциальные поля рефлексии своего профессионального здоровья, что становится основанием для формирования позитивной Я-концепции в будущем. В результате увеличивается количество творческих решений образовательных и самообразовательных ситуаций. Высокое качество профессионального мышления выводит студентов на уровень самоуправления становлением профессионализма.

Среднего уровня достигли 42,8% студентов. Образ «Я – счастливый в будущем профессионал» носит неопределенный характер. Его проявления ориентируют студента на соответствие норме «пребывания» в вузе, вследствие чего его «перцептивный мир» достаточно узок. Затруднения,

испытываемые ими, рассматриваются с позиции внешних, организационных недостатков.

Низкий уровень выявлен у 37,5% студентов. Непродуктивная Я-концепция способствует развитию неуверенности в своих интеллектуальных качествах. Их аналитические способности сосредоточены преимущественно на предмете подготовки. Они «не видят» перспектив профессионального развития. Способы подготовки соотносятся репродуктивным усвоением и «копированием» заданных образцов профессиональной подготовки. Учебные затруднения объясняются стечением внешних обстоятельств.

Возможность повышения уровня рефлексивной составляющей профессионального здоровья студентов с ОВЗ мы видим в использовании произведений художественной литературы в качестве психологической поддержки. В данной статье мы обращаемся к произведениям художественной литературы, которые могли бы показать позитивный пример преодоления кризиса личности студентам с ослабленным зрением. Опыт идентификации себя с героем художественного произведения может помочь человеку пережить травмирующие события [Шеманова, 163]. Сопереживание у студентов с ограничениями зрения могут вызвать те образцы мировой литературной классики, в которых описываются слабовидящие или слепые герои, и показывается пример преодоления или психологических трудностей. Такими произведениями являются повесть известного русско-украинского писателя В.Г. Короленко «Слепой музыкант» (1886) и роман современного американского писателя Э. Дорра «Весь невидимый нам свет» (2014).

В повести Владимира Короленко «Слепой музыкант» в центре повествования – описание жизни слепого от рождения мальчика Петра. Автор изображает процесс познания мира «особенным человеком» до его «прозрения» – духовного преодоления физической слепоты. Короленко акцентирует внимание на мучительном характере познания мира маленьким Петрусем. Важным фактором формирования личности мальчика становится наставничество его дяди Максима – тоже человека с ограниченными

возможностями здоровья. Через занятия музыкой, творчеством, общение с дядей Максимом, матерью, возлюбленной Эвелиной, слепым звонарём Романом Петр находит себя, учится сопереживанию другим, приходит к пониманию жизни во всей её полноте: «Да, он прозрел... На место слепого и неутомимого эгоистического страдания он носит в душе ощущение жизни, он чувствует и людское горе, и людскую радость, он прозрел и сумеет напомнить счастливым о несчастных...» [Короленко, 123-124]. В своём произведении писатель с большой силой убеждения воплощает идею внутреннего, духовного прозрения как приобретения умения преодолеть эгоизм, личное несчастье, чувствовать чужое горе, воспринимать и ценить жизнь во всех её проявлениях.

Идея ценности жизни, несмотря на личные несчастья, недуги, трагические обстоятельства, носит, безусловно, общечеловеческий характер. Этой теме посвящён роман «Весь невидимый нам свет» (2014) современного американского писателя Энтони Дорра, обладателя Пулитцеровской премии. Писатель фокусирует внимание на истории жизни двух молодых людей на фоне событий Второй мировой войны: французской девочки Мари-Лоры, ослепшей в детстве, и немецкого солдата Вернера. Оба героя, поступая по совести, пытаются, каждый на свой манер, выжить, не потерять человеческий облик в условиях войны и сохранить своих близких.

Лишившись зрения, девочка Мари-Лора благодаря любви и терпению своего отца не утратила жизнелюбия, не замкнулась в себе. Автор показывает процесс открытия для неё нового мира в процессе приобретения навыков жизни в мире зрячих: «Мари-Лора всё время что-нибудь трогает, гладит, изучает. <...> Ощупать что-нибудь по-настоящему – кору платана в саду, жука-оленья на булавке в отделе энтомологии, гладкую, словно лакированную, внутреннюю сторону морского гребешка в кабинете доктора Жеффара – значит полюбить» [Дорр, 23]. Ключевым сюжетным ходом является описание встречи двух подростков, находящихся по разные стороны баррикад и не подозревающих о существовании друг друга, во время бомбардировки в

нормандском городке Сен-Мало в августе 1944 года: «происходит неожиданное: юный немецкий солдат спасает слепую французскую девочку, которая всё это время с помощью дедушки передавала важную информацию союзникам. Сам он попадет в плен и погибнет, подорвавшись на mine, пытаясь в ночном мраке идти на лунный свет» [Стулов, 309]. Вопреки судьбе, Мари-Лора проживает долгую и плодотворную жизнь, становится учёным, заводит семью. В данном случае психология героя даёт пример преодоления личностных проблем, связанных с недугом, через проявление любви к миру, обладающей живительной силой.

Таким образом:

- основной механизм перехода от низкого уровня сформированности рефлексивной составляющей профессионального здоровья к среднему мы видим в трансформации неопределённой позиции людей с ОВЗ, в частности, студентов, в осознание возможности достижения базовых жизненных ценностей;
- художественная литература является важным фактором формирования и укрепления базовых жизненных ценностей студентов с ОВЗ и даёт неоценимую возможность позитивного влияния на этот процесс;
- произведения мировой литературы, изображающие людей с ограниченными возможностями здоровья и содержащие примеры успешного преодоления ими психологических трудностей, влияют на мировосприятие людей с ОВЗ, дают примеры различных механизмов переживания личностных кризисов и тем самым создают благоприятные условия для формирования позитивной Я-концепции и осуществления профилактики деформаций профессионального здоровья.

Список литературы:

1. Дорр Э. Весь невидимый нам свет. М.: Азбука, 2015. – 592 с.

2. Китаева А.И. Мотивация чтения художественной литературы в системе работы с зависимыми и созависимыми гражданами // Социальное обслуживание семей и детей: научно-методический сборник. СПб.: Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение «Городской информационно-методический центр «Семья», 2015. – С. 43-55.
3. Короленко В.Г. Слепой музыкант. М.: Советская Россия, 1991. – 256 с.
4. Стулов Ю.В. Французская девочка и немецкий мальчик в годы военного лихолетья: роман Э. Дорра «Весь невидимый нам свет» // Аксиологический диапазон художественной литературы: сборник научных статей по материалам международной научной конференции. – Витебск: ВГУ имени П.М. Машерова, 2017. – С. 308-311.
5. Теплов Б.М. Избранные труды: в 2-х т. Т 1. – М.: Педагогика, 1985. – 328 с.
6. Фильчаков С.А. Чернышева И.В. Шлемова М.В. Актуальные проблемы здоровья студентов // Успехи современного естествознания. – 2013. – № 10 – С. 192.
7. Шеманова Н.А. Жизненные кризисы в литературном отражении // Психология и литература в диалоге о человеке: материалы Международной научной конференции / под ред. Н.А. Борисенко, Н.Л. Карповой, А.А. Голзицкой. – М.: ПИ РАО, 2015. – 171 с. – С. 162-167.
8. Nussbaum M. *Frontiers of Justice*. Cambridge/London: Belknap, 2007. 512 p.
9. Voronchenko T.V., Vinogradova N.I., Zherebtsova E.V. Teacher's Professional Health as a Factor of the Development of a Student's Harmonic Personality // *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, № 159, 2014. P. 235-238. URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042814064945>. Doi: 10.1016/j.sbspro.2014.12.36. (Перевод: Воронченко Т., Виноградова Н., Жеребцова Е. Профессиональное здоровье учителя как фактор развития гармоничной личности студента).
10. Виноградова Н. И. Социально-психологические условия профессионального развития будущих психологов образования // Ученые записки ЗабГУ. 2017. Т12, №3. С. 87-93

Светлана Степановна Волкова

К. пед. наук, профессор

Коммунальное высшее учебное заведение

«Хортицкая национальная учебно-реабилитационная академия»

Запорожского областного совета, г. Запорожье, Украина

E-mail: phystherapy2017@gmail.com

ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИНКЛЮЗИВНОГО ПОДХОДА К ОБУЧЕНИЮ СТУДЕНТОВ

***Аннотация.** В статье показаны медико-психолого-педагогические особенности сопровождения обучения студентов с особыми образовательными потребностями. Раскрыты принципы инклюзивного образования. Описан опыт инклюзивного обучения студентов в Хортицкой национальной академии.*

***Ключевые слова:** инклюзивное обучение, студенты, принципы, Хортицкая национальная академия.*

Svetlana Stepanovna Volkova

PhD in pedagogical Sciences, Professor

Municipal Institution of Higher Education

«Khortytsia National Educational Rehabilitation Academy»

of Zaporizhzhia Regional Council, Zaporizhzhia, Ukraine

E-mail: phystherapy2017@gmail.com

THEORETICAL SUBSTANTIATION OF THE INCLUSIVE APPROACH TO STUDENT TRAINING

***Abstract.** The article shows the medical-psychological-pedagogical features of accompanying the education of students with special educational needs. The*

principles of inclusive education are revealed. The experience of inclusive education of students in the Khortytsia National Academy is described.

Keywords: *inclusive education, students, principles, Khortytsia National Academy.*

В последние годы отмечается повышение интереса к инклюзивному образованию. Это обусловлено увеличением среди населения Украины лиц, имеющих отклонения в физическом и умственном развитии.

Инклюзивное (от лат. «include» – заключаю, включаю) или включенное образование – термин, используемый для описания процесса обучения лиц с особыми потребностями в общеобразовательных учреждениях. Основой инклюзивного образования является идеология, которая исключает любую дискриминацию и обеспечивает равное отношение ко всем людям.

Инклюзивное образование подразумевает доступность образования для всех и обеспечивает его для лиц с особыми потребностями. Международное бюро образования совместно с национальными комиссиями и региональными отделениями ЮНЕСКО [3, с. 12] определило перспективные мероприятия, которые могут способствовать преодолению неравности в сфере образования лиц с ограниченными возможностями.

Среди перспективных мероприятий, которые могут способствовать преодолению неравности, выделены следующие:

– отношение к образованию как к основополагающему праву, которое имеют все люди, независимо от их особенностей, с целью всестороннего развития своего потенциала;

– расширение системы базового образования с одновременным уделением внимания аспектам справедливости и качества;

– обеспечение возможности для получения высококачественного образования с дальнейшим официальным определением навыков и квалификаций, полученных в учебных заведениях;

– применение динамичных стратегий обучения, которые могут реагировать на разнообразные цели обучения.

Анализ доступной литературы показывает, что основные публикации по вопросам инклюзивного образования раскрывают организацию инклюзивного обучения в классах общеобразовательной школы, которая регламентируется законодательными документами Кабинета Министров Украины и мира [1; 2; 4].

На протяжении последних лет инклюзивное образование успешно развивается в Украине [2; 3; 5; 6]. В работах Е. В. Листопад представлен анализ концептуальных подходов к определению сущности инклюзивного образования, дана характеристика модели инклюзивного образования в Украине, сформулированы рекомендации по оптимизации процесса становления инклюзивной украинской школы.

Актуальность разработки и реализации внедрения инклюзии в студенческую среду продиктована решением следующих задач:

1. Развитие социального партнерства между студентами с ограниченными физическими возможностями и здоровыми студентами.
2. Возможность совершенствования социального опыта между всеми студентами.
3. Поиск новых форм взаимодействия студентов с одногруппниками и всеми участниками высшего учебного заведения.
4. Получение возможности студентам почувствовать удовлетворение от учебы, развить свои способности.
5. Необходимость развития у студентов способности самостоятельно организовать свое время.
6. Воспитание в инклюзивной группе у студентов гуманистических черт общения, взаимовыручки, творческого совместного решения проблем.

В решении задач инклюзивного образования имеет значение реализация восьми принципов инклюзивного образования [5; 7]:

1. Ценность человека не зависит от его способностей и достижений.

2. Каждый человек способен чувствовать и думать.

3. Каждый человек имеет право на общение и на то, чтобы быть услышанным.

4. Все люди нуждаются друг в друге.

5. Подлинное образование может осуществляться только в контексте реальных взаимоотношений.

6. Все люди нуждаются в поддержке и дружбе ровесников.

7. Для всех обучающихся достижение прогресса скорее может быть в том, что они могут делать, чем в том, что не могут.

8. Разнообразие усиливает все стороны жизни человека.

Опыт инклюзивного обучения студентов с инвалидностью раскрыт недостаточно. В статье В. В. Нечипоренко [6] представлен инновационный опыт безбарьерной образовательной среды и организации медико-психолого-педагогического сопровождения студентов с особыми образовательными потребностями. Вне зависимости от нозологической группы для всех студентов обязательным является выполнение учебного стандарта специальности, это позволит быть успешным в профессиональной деятельности.

Хортицкая национальная академия имеет большой опыт экспериментальной деятельности в реализации инновационных технологий инклюзивного образования студентов [6].

Успешное обучение студентов с особыми образовательными потребностями обеспечивается путем создания безбарьерной образовательной среды и организации медико-психолого-педагогического сопровождения, которое предусматривает:

– ведение медицинских карт студентов с особенностями психофизического развития, контроль их состояния здоровья и оказания необходимой медицинской помощи;

– предупреждение и помощь в решении психологических проблем студентов, связанных с адаптацией к коллективу, установлением

коммуникативных контактов со студентами и преподавателями, выполнением учебных требований и т. д.;

– обеспечение в случае необходимости индивидуализации учебного процесса с учетом особых потребностей студентов, разработку и реализацию индивидуальной программы и графика обучения, обеспечение студентов необходимыми учебно-методическими материалами;

– внедрение элементов дистанционного образования в случаях, если студент по состоянию здоровья не может определенное время посещать учебное заведение;

– оказание помощи выпускникам в трудоустройстве.

Главным условием успешного обучения студентов указанной категории является готовность преподавателей и кураторов гибко реагировать на их особые образовательные потребности.

В 2015–2016 учебном году среди 293 студентов Хортицкой национальной академии 15 имеют инвалидность. По нозологиям: нервная система, желудочно-кишечный тракт, опорно-двигательный аппарат, органы зрения, дыхательная система, сердечно-сосудистая система, ЛОР-заболевания, эндокринная система, мочеполовая система.

В то же время неизменным для всех студентов остается образовательный стандарт, соблюдение которого определяет успешность их профессиональной деятельности в будущем.

В Хортицкой национальной академии инклюзивное образование предполагает реализацию шести задач:

1. Адаптация материально-технических условий с учетом особых потребностей детей и молодежи, создание безбарьерной среды.

2. Вариатизация и индивидуализация образовательного процесса в соответствии с возможностями воспитанников и студентов с особыми образовательными потребностями.

3. Обеспечение положительного психологического микроклимата в инклюзивных детских коллективах.

4. Привлечение специалистов для оказания воспитанникам специальных образовательных услуг.

5. Организация психолого-педагогического сопровождения родителей воспитанников с особыми образовательными потребностями.

6. Исследование влияния инклюзивного обучения на всех участников учебно-воспитательного процесса, местную общину.

В. В. Нечипоренко [6] в статье «Организация инклюзивного обучения» формирует выводы оптимизации инклюзивного обучения детей и молодежи с особенностями психофизического развития в условиях общеобразовательных и высших учебных заведений различных типов:

– активизировать привлечение учеников и студентов с особенностями психофизического развития в социальную практику, которая положительно влияет на их социализацию, развитие жизнетворческих, коммуникативных, социальных, информационных и профессионально-трудовых компетенций;

– отдавать предпочтение формам группового взаимодействия учеников и студентов с особенностями психофизического развития с ровесниками, специалистами для формирования социального опыта;

– направить учебно-коррекционный процесс на формирование у учеников и студентов с особенностями психофизического развития положительной самооценки;

– продолжать адаптацию материально-технических условий в особых образовательных потребностях учеников и студентов с особенностями психофизического развития, их обеспечение адаптивными техническими средствами обучения в соответствии с нозологиями;

– привлекать учеников и студентов с особенностями психофизического развития в художественные мероприятия (фестивали, концерты, конкурсы и т. п.), которые способствуют их социальной адаптации и интеграции в общество;

– шире використовувати можливості фізкультурно-спортивної практики учасників і студентів з особливостями психофізичного розвитку для їх соціальної самореалізації.

Можно сделать вывод, что инклюзивное обучение студентов требует дальнейшего теоретического обоснования и внедрения в практическую деятельность всех вузов Украины.

Список литературы:

1. Всесвітня декларація про освіту для всіх. Таїланд, 1990.
2. Дорожня карта впровадження інклюзивної освіти в Запорізькій області : модель / С. М. Лупінович, Т. А. Волошина, В. В. Довбня, І. Г. Марієва. URL: <http://drive.google.com/file/d/11gmWnoe37GHilt2Z9tiKmOz6nFUEntR4/view>.
3. Інклюзивне навчання: досвід упровадження / упоряд. А. Колупаєва. Київ : Видавнича група «Шкільний світ». 2015. – 200 с.
4. Конвенція о правах инвалидов. URL: <http://www.un.org.ua>.
5. Листопад Е. В. Развитие инклюзивного образования в Украине. Вектор науки Тольяттинского государственного университета. Серия: Педагогика, психология. 2013. – № 2 (13). С. 171–174.
6. Нечипоренко В. В. Організація інклюзивного навчання. Директор школи. 2016. – № 9–10 (777–778). С. 41–71.
7. Основи інклюзивної освіти: навчально-методичний посібник / за заг. ред. А. А. Колупаєвої. Київ : «А.С.К.», 2012. – 308 с.
8. Шевців З. М. Основи інклюзивної педагогіки : підручник. Київ : Центр навчальної літератури, 2016. – 248 с.
9. Шевців З. М. Теорія і методика професійної підготовки майбутніх учителів початкової школи до роботи в інклюзивному середовищі загальноосвітнього навчального закладу : автореф. дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.04 / Рівненський державний гуманітарний університет. Рівне, 2017. – 44 с.

Ульяна Сергеевна Вольнич

студент

Барановичский государственный университет,

Барановичи, Беларусь

E-mail: uliana_myu@mail.ru

**ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ ВИКТИМНОЙ ЛИЧНОСТИ РАННЕГО
ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА:
ХАРАКТЕРИСТИКИ И ПСИХОКОРРЕКЦИЯ**

Аннотация. Статья посвящена рассмотрению актуальной психологической проблемы ранней юности – нарушениям пищевого поведения. Виктимность рассмотрена как фактор нарушений пищевого поведения личности в ранней юности. Описаны результаты исследования склонности аутовиктимных, виктимных и гипервиктимных юношей и девушек к эмоциогенному, экстернальному и ограничительному типам пищевого поведения.

Ключевые слова: виктимность, пищевое поведение, ранняя юность.

Ulyana Sergeevna Volnych

Student

Baranovichi State University, Baranovichi, Belarus

E-mail: uliana_myu@mail.ru

**FOOD BEHAVIOR OF THE VICTUAL PERSON OF THE EARLY
YOUNG AGE: CHARACTERISTICS AND PSYCHO CORRECTION**

Abstract. The article is devoted to the consideration of the actual psychological problem of early adolescence - eating disorders. Victimness is considered as a factor in the disturbance of the eating behavior of an individual in

early adolescence. The results of a study of the tendency of autoviktivnykh, victimovykh and hypervictimic young men and women to emotionogenic, external and restrictive types of food behavior are described.

Keywords: *victimhood, food behavior, early youth.*

Нарушение пищевого поведения в настоящее время является одной из центральных медико-психолого-социальных проблем. Эта проблема привлекает внимание специалистов разных предметных областей знания, что является явным признаком ее междисциплинарного характера.

Актуальность ее психологического исследования обусловлена как сложностью и неоднозначностью самого феномена, так и немногочисленными научными данными в той или иной степени объясняющими механизмы его возникновения [1].

Результаты исследования показывают, что более 50% юных респонденток изнуряют себя диетами, а около 30% напротив – «заедают» свои проблемы. От 2 до 5% подростков и молодых женщин страдают от анорексии, и при отсутствии соответствующего лечения, смертность достигает почти 20%. Еще приблизительно 5% страдает от булимии.

Среди факторов неадекватного пищевого поведения могут выступать социально-психологические свойства личности, такие как: высокая подверженность стрессам, склонность к тревожным реакциям, неуверенность в себе и др. [2].

В своём исследовании мы рассматриваем виктимность как один из факторов неадекватного пищевого поведения юношей и девушек.

Приводя психологический портрет виктимных личностей, Т.Е. Яценко отмечает следующие их личностные характеристики: не способность развивать психологическое пространство, трудности самоопределения вследствие не критичного и ситуативного следования воле и интересам других людей, утрата доверия к себе, деформированные личностные границы (неумение отказывать, делать выбор, проявлять избирательность в межличностных отношениях,

отстаивать свои интересы, некритичное принятие негативных оценок своей личности, отрицание своих желаний и потребностей, не соответствующих ожиданиям других людей, и собственной значимости), безынициативность в изменении своей жизни, низкий уровень осознания себя как причины возможных изменений своей жизни, склонность делегировать контроль за свою жизнь социальному окружению [4; 8].

В исследованиях Т.Е. Яценко отмечается категория лиц, являющаяся потенциально виктимной: юноши и девушки, воспитывающиеся в неблагополучных, социально незащищенных и дисфункциональных семьях, страдающие хроническими заболеваниями, оставшиеся без попечения родителей, сироты, инвалиды, стигматизированные индивиды [5; 6; 7].

Особую актуальность изучение характеристик пищевого поведения виктимных юношей и девушек имеет в раннем юношеском возрасте, т.к. в этот период происходит интенсивное развитие самосознания, формируется личностная идентичность, закладываются стилевые характеристики совладающего поведения.

Эмпирическое исследование пищевого поведения виктимных юношей и девушек проводилось на базе учреждений общего среднего образования г. Барановичи. Выборка исследования – 30 человек, учащиеся 10-11 классов. Диагностический инструментарий – «Голландского опросника пищевого поведения».

Результаты исследования по шкале «ограничительное пищевое поведение»: высокий уровень склонности диагностирован у 17% школьников, средний уровень – у 20%, низкий уровень – у 63% испытуемых. Таким образом, большинство школьников не характеризуется хаотичными, непоследовательными ограничениями в пище, нацеленными на сокращение количества калорий для достижения или поддержания желаемого веса.

По шкале «эмоциогенное пищевое поведение» мы получили следующие результаты: высокий уровень склонности к данному типу пищевого поведения свойственен 40 % испытуемых, средний уровень – 47 % и низкий уровень – 13%.

Значит, большинство юношей и девушек не прибегают к пище как способу получения положительных эмоций, замещающих негативный эмоциональный фон.

По шкале «экстернальное пищевое поведение» показатели следующие: высокий уровень склонности к данному типу пищевого поведения характерен для 67 % испытуемых, средний – для 30% и низкий – для 3% испытуемых. Большинство юношей и девушек способны верно идентифицировать наличие / отсутствие у себя чувство голода, внешние факторы, такие как вид еды или принимающего пищу человека, реклама пищевых продуктов, доступность продуктов, еда «за компанию», не провоцируют их на дополнительные приемы пищи.

По результатам регрессионного анализа можно сказать, что чем выше склонность к исполнению «игровой роли жертвы», тем ниже вероятность формирования эмоциогенного типа пищевого поведения ($B=-0,19$; $p=0,14$). То есть чем больше юноши и девушки склонны манипулировать своим положением жертвы, ссылаться на свою беспомощность наряду с проявлением доброжелательности и уступчивости [3], тем в низкой степени склонны к возрастанию приёма пищи при психоэмоциональном напряжении или сразу после окончания действия фактора, вызвавшего стресс.

Чем выше склонность к исполнению «игровой роли жертвы», тем выше вероятность формирования ограничительного пищевого поведения ($B=0,17$; $p=0,2$). Они в высокой степени склонны проявлять жесткий контроль за процессом своего питания, для которого характерны такие особенности, как строгий подсчет калорий, строгие правила, исключаящие из рациона те или иные продукты, и частое использование диеты. Такой негибкий и бескомпромиссный подход к соблюдению диеты повышает вероятность переживания аутовиктимными школьниками, что, в свою очередь, вызывает у них чувство вины, снижение самооценки. Кроме того, можно утверждать, что школьники, склонные к исполнению игровой роли жертвы в межличностных отношениях, подвержены возникновению «диетической депрессии». «Диетическая депрессия» – это

эмоциональная нестабильность, возникающая на фоне соблюдения жёстких диет. У человека постоянно возникает чувство усталости, повышенная утомляемость, раздражительность, тревожность, агрессия, чувство внутренней напряжённости, удручённость и т.п.

Чем выше склонность к исполнению «социальной роли жертвы», тем ниже вероятность формирования эмоциогенного типа пищевого поведения ($B = -0,27$; $p = 0,03$). То есть юноши и девушки, которые являются аутсайдерами и глубоко переживают пренебрежение со стороны других людей, верят в свою беспомощность и уклоняются от ответственности за свою жизнь [3] в низкой степени склонны к возрастанию приёма пищи при психоэмоциональном напряжении или сразу после окончания действия фактора, вызвавшего стресс. Виктимные школьники хотя и в низкой степени, но склонны к деструктивному совладанию со стрессовыми, эмоционально дискомфортными ситуациями посредством чрезмерного приема пищи. При этом как правило, эпизоды переизбытка проходят в одиночестве из-за того, что они чувствуют неадекватность своего поведения и стесняются его. На фоне приступа переизбытка у них возникает ощущение отвращения к себе, подавленность или чувство вины, усиливающие виктимность и подтверждающие их убеждение в неспособности быть принятыми другими людьми, повышающие вероятность уклонения от социальных контактов и нарастание социальной изолированности.

Чем больше выраженность «ролевой виктимности», тем ниже вероятность формирования эмоциогенного типа пищевого поведения ($B = -0,23$; $p = 0,07$). То есть юноши и девушки, которые склонны к самоуничижению и снимают с себя ответственность за происходящее, постоянно обвиняя в своих бедах других людей, агрессивно требуя помощи и снисхождения [3], склонны уходить от проблем, смиряются с ситуацией и не желают ничего менять, потому что считают, что любые попытки что-то изменить бесполезны, тем в низкой степени склонны к возрастанию приёма пищи при психоэмоциональном напряжении или сразу после окончания действия фактора, вызвавшего стресс. Для гипервиктимных юношей и девушек, хоть в низкой степени, но характерна склонность компенсировать

отсутствие привлекательной внешности истерическими реакциями. Как правило, они страдают сонливостью, вялостью, снижением работоспособности из-за чрезмерно приема пищи в первую половину дня, а также нарушением засыпания вечером. Это дает им основания для демонстративных жалоб на плохое самочувствие, требований сочувствия и снисхождения, что провоцирует рост виктимности.

Подводя итог выше сказанному, можно выделить следующие основные векторы психологической коррекции пищевого поведения виктимной личности в период ранней юности:

- 1) содействие овладению адаптивными копинг-стратегиями в противовес чрезмерному потреблению пищи, как способу замещения негативных эмоций на позитивные;
- 2) содействие формированию позитивного образа собственного тела, образа физического «Я», принятию своей внешности, что обеспечит отвержение ограничительного типа пищевого поведения;
- 3) содействие восстановлению личностных границ такой составляющей психологического пространства е личности, как тело.

Список литературы:

1. Андронникова О.О. Психологические факторы возникновения виктимного поведения подростков: автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Новосибирск, 2005. – 16 с.
2. Крылов В.И. Пограничные психические заболевания с нарушениями пищевого поведения. – СПб.: Шанс, 1995. – 243с.
3. Яценко Т.Е., Рзаева Ж.В. Виктимология образования: в помощь практическому психологу. – Барановичи: РИО БарГУ, 2014. – 363 с.
4. Яценко Т.Е. Стратегии совладания со стрессом виктимных подростков: типологическая характеристика и условия формирования // Адукацыя і выхаванне. 2017. – № 10. – С. 40 – 46.

5. Яценко Т. Е. Бутько А.Ю. Временная перспектива подростков из городской и сельской местности // Вестн. БарГУ. Сер., Педагогические науки. Психологические науки. Филологические науки. – 2018. – Вып. 6. – С. 77–82.
6. Яценко Т. Е., Гилько А.В. Родительские установки женщин с ролевым виктимным поведением в период ранней взрослости // Родительские установки женщин с ролевым виктимным поведением в период ранней взрослости // Психологическое благополучие современной семьи: материалы межрегионал. науч.-практ. конф. с Междунар. участием / под ред. докт. психол. н., профессора Н. В. Нижегородцевой. – Ярославль: РИО ЯГПУ, 2016. – С. 197 – 200.
7. Яценко Т. Е. Динамика уровня сформированности компонентов социально-личностных компетенций у будущих педагогов в процессе элективного обучения девиктимизации // Вестн. БарГУ. Сер., Педагогические науки. Психологические науки. Филологические науки. – 2015. – Вып. 3. – С. 70–75.
8. Яценко Т. Е. Лушкевич Т.И. Ориентация виктимных подростков на образ «значимого Другого» как условие их девиктимизации // Адукацыя і выхаванне. 2016. – № 10. – С. 26 – 32.

УДК 377.5

Николай Сергеевич Воробьев

К. пед. наук, доцент

Владимирский государственный университет

им. А.Г. и Н.Г. Столетовых

Институт физической культуры и спорта

г. Владимир, Россия

E-mail: sd.ifks2012@yandex.ru

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОТНОШЕНИЯ УЧАЩИХСЯ
VI –XI КЛАССОВ К УРОКАМ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ С
ПОЗИЦИЙ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ**

Аннотация. В статье рассматриваются вопросы отношения учащихся VI-XI классов общеобразовательных организаций к урокам физической культуры как предпосылки к формированию здорового образа жизни.

Ключевые слова: здоровый образ жизни, обучающиеся, анкетирование, респонденты.

Nikolai Sergeevich Vorobiev

PhD in pedagogical Sciences, Associate Professor

Vladimir state University A. G. and N. G. Stoletov

Institute of physical culture and sport

Vladimir, Russia

E-mail: sd.ifks2012@yandex.ru

**COMPARATIVE ANALYSIS OF THE ATTITUDE OF STUDENTS
CLASSES V –XI TO THE LESSONS OF PHYSICAL CULTURE FROM
THE VIEWPOINT OF FORMATION OF A HEALTHY LIFESTYLE**

Abstract. The article discusses the attitude of students of the VI-XI grades of secondary associations to the lessons of physical culture as a prerequisite to the formation of a healthy lifestyle.

Keywords: healthy lifestyle, studying, questioning, respondents.

Проблема состояния физического и психического здоровья населения Российской Федерации в современных условиях жизни приобретает особую остроту. Продолжающееся ухудшение здоровья взрослых и детей, падение качества медицинского обслуживания, снижение уровня жизни заставило государство принять ряд экстренных мер по исправлению данной ситуации.

Это принятие таких документов как: Постановление Правительства РФ от 29 декабря 2001 г. N 916 "Об общероссийской системе мониторинга состояния физического здоровья населения, физического развития детей,

подростков и молодежи"; Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 07.03.2018) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и ряд других.[1,2]

Вместе с тем следует отметить, что у населения России еще не сформировался культ здоровья. Современная молодежь в большинстве своем несерьезно относится к собственному здоровью. Довольно часто можно в холодную зимнюю погоду увидеть подростков без головных уборов, в коротких, выше пояса куртках, с оголенными выше ботинок ногами, с пивом и с сигаретами, и в том числе девушек. Все это серьезно сказывается на здоровье подрастающего поколения. А ведь именно в детском возрасте закладываются основы здорового образа жизни, главной составляющей которого является гармоничное развитие личности.

В настоящее время в различных научных и методических материалах по преподаванию разных образовательных предметных областей довольно часто встречается термин «здоровье сберегающие» технологии.

Вместе с тем так же отмечается отсутствие системности в работе по воспитанию у обучающихся серьезного отношения к своему здоровью, недостаточность действий учителей по пропаганде преимуществ здорового образа жизни и соблюдения его норм в повседневной жизни.

Содержание большинства учебных дисциплин, в том числе и по физической культуре, не способствует формированию у учащихся ценностного отношения к собственному здоровью. Здесь прослеживается слабая дифференциация обучения, когда не учитывается состояние здоровья учащихся, обучение не опирается на индивидуальные и возрастные особенности обучающихся. Многие учителя в своем поведении сами не являются пропагандистами здорового образа жизни. Кроме того, многие школы, особенно старой постройки, не имеют реальных возможностей формировать у школьников ценностного отношения к своему здоровью, вследствие недостатка учебно-методической литературы и отсутствия должной материальной базы. [3]

Однако одной пропагандой здорового образа жизни данный вопрос решить невозможно. Школьникам необходимо самим осознать приоритетность ценностного отношения к собственному здоровью по отношению к другим значимым жизненным приоритетам.

И в решении вопроса формирования здорового образа жизни, наряду с другими средствами, при правильной организации учебно-воспитательного процесса немалая роль принадлежит физической культуре.

В своем исследовании мы попытались выявить отношение школьников VI-XI классов общеобразовательных организаций к урокам по физической культуре через призму формирования здорового образа жизни.

В исследовании приняли участие 535 подростков и юношей и 698 девочек и девушек V-XI классов обучающихся общеобразовательных школ г. Владимира. Обучающимся были предложены анкеты, разработанные доктором педагогических наук, профессором В. И. Ляхом, в которых они должны были ответить на 11 вопросов. Вопросы сопровождались вариантами ответов, из перечня которых необходимо было выбрать наиболее для них предпочтительный или предложить свой. На некоторые вопросы можно было выбрать несколько ответов.

В каждой параллели классов проанкетировано: подростков и юношей от 80 до 90 человек, девочек и девушек - примерно по 100 человек. Возраст обучающихся в каждой параллели классов был примерно одинаковым.

В результате обработки анкет выявлено, что обучающиеся обоего пола в целом положительно относятся к урокам физической культуры, но в разной степени. Отношение к урокам изменяется с возрастом. Так, если в VI и VII классах более 34% респондентов девочек ответили, что очень любят заниматься, то в VIII - XI классах их количество значительно сократилось (от 20% до 0%). Вместе с тем количество школьников, указавших, что любят заниматься на уроках по физической культуре превалирует во всех классах (от 65 до 82%). Кроме того, если в среднем возрасте девочек, не любящих уроки

физической культуры, было сравнительно мало (6-7%), то в старших классах таких школьников оказалось больше (18-19%).

У подростков и юношей определенной картины в этом вопросе выявить не удалось. В целом большинство респондентов во всех классах ответили, что любят заниматься на уроках по физической культуре (40-75%). В VI и VII классах, школьников, указавших, что очень любят заниматься выявлено в равной степени (41,7 и 41,9 5 соответственно). Но в VIII и XI классах их количество снизилось до 21,4% и 12,5%. Однако в X и XI классах произошло увеличение обучающихся любящих уроки физической культуры (53,3% и 45,5% соответственно). Вместе с тем настораживает тот факт, что если во всех классах количество учащихся негативно относящихся к урокам по физической культуре было незначительным (5-12%), то в XI классах таковых оказалось, 54,5%. По всей видимости, здесь учителя физической культуры игнорируют дифференцированный подход при отборе содержания учебного материала, тем самым снижая мотивацию учащихся к занятиям.

Различный спектр ответов получен на вопрос о предпочтительных типах уроков по их содержанию.

Большинство обучающихся обоего пола во всех классах отдали свое предпочтение спортивным играм: 56-72% - у девочек и девушек и 50-74,4% - у подростков и юношей. К остальным видам физкультурно-спортивной урочной деятельности предпочтения выражены в разной, но значительно меньшей степени. Причем эти предпочтения достаточно постоянны и практически не изменяются от класса к классу вместе с тем отмечено негативное отношение девочек и девушек к урокам единоборств, плавания и по зимним видам спорта. Подростки и юноши в большей степени во всех классах негативно относятся к урокам гимнастики. Скорее всего, это объяснимо малым содержанием элементов снарядной гимнастики, особенно в старших классах.

Считают уроки по физической культуре интересными большинство обучающихся обоего пола всех классов, но в разной степени. Особенно

разноречивые ответы получены у девочек и девушек разных классов при выборе ответа, что уроки интересные всегда (от 26% до 63%). Вместе с тем выявлены школьницы, указавшие, что уроки физической культуры никогда не бывают для них интересными (VII класс -3%, VIII и X класс – по 6%). У подростков и юношей выявлена примерно такая же картина. Здесь отрицательные ответы на поставленный вопрос отмечены лишь в VII (2,4%) и IX (6,3%) классах.

Основными причинами при ответе на вопрос почему уроки по физической культуре не всегда интересные, обучающиеся обоего пола всех классов указывают на организацию урока: «постоянно проводятся одни и те же упражнения»; «одни играют и упражняются, другие сидят на скамейке». На остальные, предложенные в ответах причины, указало небольшое количество респондентов во всех анкетированных классах. Вместе с тем выявлено большое количество ссылок на ответ «другие причины» во всех классах, как у девочек и девушек (25-51%), так и у подростков и юношей (12,5–45,0%).

В ответах об удовлетворенности уроками физической культуры так же не выявлено определенной закономерности. На удовлетворенность уроками физической культуры указывает большинство респондентов обоего пола во всех классах, но не в одинаковой степени. Больше количество школьников, всегда удовлетворенных уроками физической культуры, выявлено (по отношению к другим классам) у девушек в IX классах – 50% и в XI классах – 36%, и в X и в XI классах у юношей – соответственно 46,7% и 54,5%. Вероятнее всего, это объясняется тренировочной направленностью уроков физической культуры в старших классах. Большое количество обучающихся удовлетворенных уроками физической культуры временами, так же выявлено во всех классах: у девочек и девушек -50-74%, у подростков и юношей – 45,5-71,4%. Вместе с тем выявлены учащиеся обоего пола никогда не удовлетворенные уроками физической культуры. Среди девушек так ответили в VIII классах 8% респондентов, в X классах – 12%. Среди подростков и юношей такие ответы обнаружены во всех классах (4,7-6,7%). Наибольшая

неудовлетворенность выявлена у школьников VIII классов – 14,3%. Следует, однако указать, что в XI классах таких ответов не оказалось вовсе.

На положительное отношение родителей к спортивным занятиям своих детей указывает основная масса респондентов всех классов обоего пола (50-76% у девочек и девушек; 56,3-86,7% - у подростков и юношей). Выявлено и безразличное отношение родителей к спортивным занятиям своих детей. Такие ответы получены в практически во всех классах у девочек и девушек (12-44%) и у подростков и юношей ((13,3- 43,8%). Но встречаются и ответы указывающие, что родители отговаривают детей заниматься спортом. И если у подростков такие ответы обнаружены лишь в VII классах (2,3%), то у девочек и девушек такая тенденция выявлена почти во всех классах (4-9%). Не отмечено таких ответов лишь в VII и X классах.

Нет однозначного мнения обучающихся обоего пола всех классов о необходимости урока физической культуры как общеобразовательного предмета в школе.

Во всех классах школьницы в большинстве своем ответили на этот вопрос положительно (60,7- 84%), или же что не имеют собственного мнения (13-36%), то в IX классах 100% девушек указали на необходимость урока. В то же время на ненужность урока как общеобразовательного предмета в школе указали: в V классах 17,9%, в VII классах 15%, в VIII классах 26%, в X классах 12% школьниц.

Подростки и юноши на тот же вопрос ответили примерно так же. Что урок физической культуры как общеобразовательный предмет необходим, ответили 57,1 - 86,7% респондентов VI – XI классов. Не определились в этом вопросе от 11,6% учащихся в VI классах до 35,8% - VIII в классах.

Однако большое количество респондентов во всех классах указали на ненужность урока физической культуры как общеобразовательного предмета в школе (6,7-18,2%). Интересна позиция юношей IX классов. Здесь отмечены категоричные ответы: 68,8% - респондентов за обязательные уроки, а 31,2% - за их ненужность.

О необходимости введения, каких-либо изменений в уроки физической культуры не получено однозначного ответа. 5% - 25% школьниц и 6,7% - 33,3% школьников всех классов ответили, что никакие изменения не нужны. Вместе с тем во всех классах указывалось на необходимость увеличения количества уроков по спортивным играм (31-66% респондентов у девочек и девушек, 13,3 - 68,3% у подростков и юношей). Остальные предложения были направлены на изменение содержания и организации урока. Обучающиеся обоего пола VI - IX классов предлагают увеличить количество часов на уроки по физической культуре (школьницы – 15-37% респондентов; школьники - 14,3 - 31,3%). Подростки и юноши всех классов предлагают использовать в уроке большее количество упражнений, предполагающих соперничество (5 - 18,8%), и количество респондентов, указывающих на это, увеличивается от класса к классу.

Большинство респондентов обоего пола во всех классах собираются в дальнейшем продолжать заниматься физическими упражнениями (75-88% школьниц и 68,8-93,4% школьников). Лишь в XI классах таких девушек оказалось всего 46, %. Во всех классах выявлены неопределившиеся с дальнейшими занятиями респонденты (12-45% среди школьниц и 6,6 - 21,4% среди школьников). Отрицательно ответили на вопрос о продолжении занятий учащиеся в VII классах - 3%, в VIII - 12% и в XI классах – 9% девушек-респондентов. У подростков и юношей такие ответы выявлены в VII классах – 2,3%, в VIII - 7,1% и в IX классах - 12,5%.

Таким образом, проведенные нами исследования позволили выявить отношение обучающихся VI – XI классов к урокам физической культуры в общеобразовательных организациях. Исходя из результатов проведенного исследования следует констатировать, что современный урок физической культуры по своей организации и содержанию недостаточно мотивирует обучающихся к систематическим занятиям физическими упражнениями. Тем самым не способствует эффективному формированию здорового образа жизни подрастающего поколения. Для положительного решения данного вопроса

учителям физической культуры необходимо вносить коррективы в содержание, направленность и организацию школьных уроков по физической культуре с целью повышения мотивации обучающихся к систематическим занятиям физическими упражнениями, тем самым способствую формированию здорового образа жизни.

Список литературы:

1. Постановление Правительства РФ от 29 декабря 2001 г. N 916 "Об общероссийской системе мониторинга состояния физического здоровья населения, физического развития детей, подростков и молодежи".

<https://giod.consultant.ru/documents/707321>

2. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 07.03.2018) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/

3. Нефедова А. С., Сахарова Н. А. Формирование ценностного отношения к здоровью как психолого-педагогическая проблема // Молодой ученый. 2014.

№13. С. 274-276. [Электронный ресурс] URL:

<https://moluch.ru/archive/72/12349/> (дата обращения: 31.03.2018).

УДК 373.1

Татьяна Анатольевна Высоцкая

К. мед. наук, доцент

Забайкальский государственный университет, г. Чита, Россия

E-mail: kafedra.mbofk@mail.ru

Екатерина Александровна Рогозинская

Студентка

Забайкальский государственный университет, г. Чита, Россия

E-mail: rogozinskaya@mail.ru

ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ В ПРОЦЕССЕ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ

Аннотация: в статье рассматриваются вопросы организации уроков физической культуры в начальной школе по приобщению школьников к соблюдению здорового образа жизни.

Ключевые слова: физическое развитие младших школьников, здоровый образ жизни.

Tatyana Anatolievna Vysotskaya

PhD in Medical Science, Associate Professor

Transbaikal State University, Chita, Russia

E-mail: kafedra.mbofk@mail.ru

Ekaterina Alexandrovna Rogozinskaya

Student

Transbaikal State University, Chita, Russia

E-mail: rogozinskayae@mail.ru

FORMATION OF A HEALTHY WAY OF LIFE OF YOUNGER SCHOOLCHILDREN IN THE PROCESS OF PHYSICAL EDUCATION

Abstract. The article deals with the issues related to teaching a healthy lifestyle.

Keywords: physical development of junior schoolchildren, healthy lifestyle.

По данным Всемирной организации здравоохранения здоровье человека на 50-55 % зависит от образа жизни, который он ведет. Поэтому первостепенная роль в сохранении и формировании здоровья принадлежит

самому человеку, его образу жизни, его ценностям, установкам, степени гармонизации его внутреннего мира и отношений с окружением.

Основы здорового образа жизни человека необходимо закладывать на начальном этапе школьного обучения, так как в этот период дети особенно восприимчивы к воспитательным воздействиям. В младшем школьном возрасте происходит восприятие определенных норм и образцов поведения, накопление соответствующих знаний и умений, осознание потребностей и мотивов, определение ценностных ориентаций, интересов и представлений. [2].

Необходимым условием гармоничного физического и умственного развития младших школьников является двигательная активность. Последние годы в силу высокой учебной нагрузки у большинства школьников отмечается дефицит двигательной активности в режиме дня, которая обуславливает появление гипокинезии, вызывающая ряд серьезных изменений в организме школьников. [1].

Исследования гигиенистов свидетельствуют, что до 82 – 85 % дневного времени большинство учащихся находится в статическом положении (сидя). У младших школьников произвольная двигательная деятельность (ходьба, игры) занимает только 16 – 19 % времени суток, из них на организованные формы физического воспитания приходится лишь 1-3 %. Общая двигательная активность детей с поступлением в школу падает почти на 50%, снижаясь от младших классов к старшим. [5].

Актуальность нашего исследования обусловлена необходимостью повышения роли физической культуры в воспитании младших школьников, увеличения двигательной активности, укрепления их здоровья, формирования здорового образа жизни.

Мы предположили, что применение традиционных форм, методов и средств физической культуры недостаточно способствуют формированию здорового образа жизни младших школьников, в связи с чем, требуется включение дополнительных разнообразных форм физического воспитания.

Физическое развитие младших школьников резко отличается от развития детей среднего и особенно старшего школьного возраста. Младший школьный возраст характеризуется равномерным развитием опорно-двигательного аппарата, темп роста в длину несколько замедляется по сравнению с предыдущим периодом дошкольного возраста, но вес тела увеличивается. Рост увеличивается ежегодно на 4-5 см, а вес на 2-2,5 кг. Костная система младшего школьника находится в стадии формирования: окостенение позвоночника, грудной клетки, таза, конечностей не завершено и в костной системе все еще много хрящевой ткани. Это необходимо принимать во внимание на уроках физической культуры и постоянно заботиться о правильной осанке, походке учащихся. Процесс окостенения кисти в младшем школьном возрасте продолжается, поэтому мелкие и точные движения пальцев и кисти рук затруднительны и утомительны, особенно для первоклассников. [7,8].

Существенной физической особенностью младших школьников является усиленный рост мускулатуры, увеличение мышечной массы и значительный прирост мышечной силы. Развитие крупных мышц опережает развитие мелких, дети лучше выполняют сильные и размашистые движения, чем мелкие движения, требующие точности. Мышцы детей младшего школьного возраста имеют тонкие волокна, содержат в своем составе лишь небольшое количество белка и жира и поэтому еще слабы, особенно мышцы спины, и не способны длительно поддерживать тело в правильном положении, что приводит к нарушению осанки. Чаще всего сила мышц правой стороны туловища и правых конечностей в младшем школьном возрасте оказывается больше, чем сила левой стороны туловища и левых конечностей. Поэтому при занятиях физическими упражнениями нужно уделять большое внимание симметричному развитию мышц, воспитанию правильной осанки. Развитие мышечной силы и опорно-двигательного аппарата способствует большой подвижности младших школьников, их стремление к бегу, прыжкам, лазанию. [8].

Физическое воспитание представляет собой воспитательно-образовательный комплекс разнообразной деятельности школьников, основу которой составляет двигательная активность ребенка. Процесс физического воспитания включает разнообразные формы физической культуры. Совокупность этих форм создает определенный двигательный режим, необходимый для полноценного физического развития и укрепления здоровья детей [6].

Все эти формы, отвечая общим задачам физического воспитания и всестороннего развития детей, находятся во взаимосвязи, каждая из них имеет свои специальные задачи, определяющие ее место в режиме дня школьного учреждения. К формам организации физического воспитания младших школьников относятся:

1. Уроки физической культуры.
2. Физкультурно-оздоровительные мероприятия в режиме учебного дня.
3. Внеурочные формы организации физкультурно-оздоровительных и спортивно-массовых занятий.
4. Самостоятельные занятия физическими упражнениями.

Урок физической культуры является основной формой занятий физическими упражнениями, на котором решаются задачи всестороннего, гармоничного развития учащихся, их направленной и эффективной подготовки к жизни, формирования у школьников здорового образа жизни. Урок физической культуры обладает особенностями, обусловленными возрастными возможностями учащихся, содержанием учебных программ, комплексностью решения педагогических задач, местом каждого урока в ряду других общеобразовательных уроков и в режиме учебного дня. Все это указывает на необходимость соблюдения ряда требований к его организации и проведению [3].

Педагогический эксперимент проводился в средней общеобразовательной школе № 2 поселка Чернышевск, Чернышевского

района Забайкальского края с учащимися 3-го класса. В исследовании принимали участие 22 школьника, из которых 12 девочек и 10 мальчиков.

Физическую подготовленность младших школьников оценивали с помощью двигательных тестов [4]. Полученные результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1

**Уровни показателей физической подготовленности
школьников 9 лет (по В.И. Ляху, 1998)**

Название теста	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень
Мальчики			
Бег 30 м (сек)	6,8	6,7-5,7	5,1
Челночный бег 3×10 м (сек)	10,2	9,9-9,3	8,8
Наклон туловища вперед из положения стоя (см)	1	3-5	7,5
Подтягивания на высокой перекладине (количество раз)	1	3-4	5
6-минутный бег (м)	800	850-1000	1200
Девочки			
Бег 30 м	7,0	6,9-6,0	5,3
Челночный бег 3×10 м	10,8	10,3-9,7	9,3
Наклон туловища вперед из положения стоя	2	6-9	13,0
Подтягивания на низкой перекладине	3	7-11	16
6-минутный бег (м)	600	700-900	1000

Анализ полученных данных показал, что средний результат скоростных способностей у девочек составил $6,52 \pm 0,13$ секунды, у мальчиков $6,02 \pm 0,14$ секунды, что соответствует среднему уровню.

Средний результат координационных способностей у девочек составил $9,91 \pm 0,07$ секунды, у мальчиков $9,49 \pm 0,10$ секунды, что также соответствует среднему уровню.

Средний результат общей выносливости у девочек составил $783,33 \pm 26,47$ метров, у мальчиков $850,00 \pm 28,87$ метров, полученные результаты характеризуют средний уровень.

Отметим также, что средний результат гибкости у девочек соответствует высокому уровню – $14,42 \pm 1,01$ см, у мальчиков – среднему – $5,40 \pm 0,87$ см, а результат силовых способностей, наоборот, у девочек представляет средний уровень – $10,00 \pm 0,72$ повторений, у мальчиков – высокий – $4,40 \pm 0,37$ повторений (табл.,2).

Таблица 2.

**Показатели физической подготовленности школьников
экспериментальной группы, в результате математико-статистической
обработки**

Исследуемые показатели	Девочки (n=12)		Мальчики (n=10)	
	X±m	Оценка	X±m	Оценка
Бег 30 метров (сек)	$6,52 \pm 0,13$	«4»	$6,02 \pm 0,14$	«4»
Челночный бег 3×10 м (сек)	$9,91 \pm 0,07$	«4»	$9,49 \pm 0,10$	«4»
Наклон вперед из положения сидя на полу (см)	$14,42 \pm 1,01$	«5»	$5,40 \pm 0,87$	«4»
6-минутный бег (м)	$783,33 \pm 26,47$	«4»	$850,00 \pm 28,87$	«4»

Подтягивания на перекладине (кол-во повторений)	на 72	10,00±0,	«4»	4,40±0,	«5»
				37	

Физическая подготовленность учащихся характеризуется следующими уровнями: высокий уровень соответствует оценке «5»; средний уровень соответствует оценке «4»; низкий уровень соответствует оценке «3».

У мальчиков и девочек уровень физической подготовленности характеризуется, как средний (4,2 единицы).

Результаты функциональной подготовленности отражены в таблице 3.

Таблица 3.

№	Исследуемые показатели	Девочки (n=12)		Мальчики (n=10)	
		X±m	Результат	X±m	Результат
	Проба Руфье (усл. ед.)	10,60±0,16	Удовлетв.	6,40±0,11	Хорошо
	Проба Штанге	28,14±0,90	Ниже нормы	32,10±0,60	Норма
	Проба Генчи	17,34±0,30	Ниже нормы	20,50±0,45	Норма

По результатам пробы Руфье можно судить о работе сердечно-сосудистой системы во время физической нагрузки. Удовлетворительный результат у девочек - 10,60±0,16 условных единиц характеризует среднюю работоспособность и отсутствие сердечной недостаточности. У мальчиков зафиксирован хороший результат - 6,40±0,11 условных единиц, что характеризует хорошую работоспособность.

Функциональная подготовленность по результатам индекса Руфье, пробам Штанге и Генчи у мальчиков соответствует норме, у девочек оказались показатели немного ниже нормы.

Данные результаты исследования свидетельствуют о необходимости проведения активной работы учителей физической культуры по приобщению школьников к соблюдению здорового образа жизни.

Выводы: Формирование здорового образа жизни является длительным педагогическим процессом, осуществляемым учителями, совместно с родителями. Данный процесс должен носить систематический характер, только тогда он дает положительный характер. Основы здорового образа жизни человека, ценностное отношение к здоровью необходимо закладывать уже на начальном этапе школьного обучения, так как в этот период дети особенно восприимчивы к воспитательным воздействиям.

Выявлены методические особенности формирования здорового образа жизни младших школьников в процессе физического воспитания, включающего - уроки физической культуры, физкультурно-оздоровительные мероприятия в режиме учебного дня и внеурочные спортивно-массовые мероприятия:

- расширение и углубление санитарно-гигиенического просвещения учащихся;
- использование естественных сил природы;
- организация правильного, рационального питания;
- сотрудничество педагогов, родителей и детей.

Список литературы:

1. Беляев Н.Г. Суворов О.В. Характеристика физического развития современных школьников // Актуальные проблемы развития физической культуры в современных условиях: Материалы научно-практической конференции. Ставрополь: изд-во СГУ, 2008. – С. 30 - 31.

2. Васильева О.С., Журавлева Е.В. Здоровый образ жизни - теоретические представления и реальная ситуация // Школа здоровья, 2009. –№2. – С. 16-21.
3. Ирхин В.Н. Формирование культуры здоровья школьников на уроках. Белгород: Политерра, 2008. –168 с.
4. Лях В.И. Тесты в физическом воспитании школьников: Пособие для учителя. М.: ООО «Издательство АСТ», 1998. – 272 с.
5. Максимова Т.М. Современное состояние, тенденции и перспективные оценки здоровья населения. М.: ПЕРСЭ, 2010. – 192 с.
6. Поташник М.М. Педагогическое творчество: проблемы развития и опыт: пособие для учителя. Киев: Рад.школа, 2008. – 189 с.
7. Сапин М.Р. Анатомия и физиология человека: Учебник. М.: ИЦ Академия, 2009. –384 с.
8. Швырев А.А. Анатомия и физиология человека с основами общей патологии: Учебное пособие. Ростов-на-Дону. Феникс, 2013. – 411 с.

УДК 373.21

Алексей Владимирович Гаськов

Д. пед. наук, профессор

Забайкальский государственный университет, г. Чита. Россия

E-mail: gaskov@bsu.ru

Анна Александровна Шibaева

К. пед. наук, доцент

Забайкальский государственный университет, г. Чита. Россия

E-mail: musya129@yandex.ru

Александр Валерьевич Сафронов

магистрант

Забайкальский государственный университет, г. Чита. Россия

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РЕКРЕАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
В ПРОЦЕССЕ ПОДГОТОВКИ ДОШКОЛЬНИКОВ
К СДАЧЕ НОРМАТИВОВ ГТО**

Аннотация. В работе представлена модель подготовки детей дошкольного возраста к сдаче нормативов первой ступени ГТО средствами базовых видов двигательной деятельности, с направленностью на формирование осознанной гражданской позиции по отношению к малой родине и Отчизне, а также сохранение и укрепление здоровья. Показана роль рекреационных технологий в физкультурно-оздоровительной деятельности дошкольников, в процессе подготовки к сдаче нормативов ГТО.

Ключевые слова: нормативы ГТО, рекреационные технологии, дошкольники.

Aleksey Vladimirovich Gaskov

*PhD in pedagogical Sciences, Professor
Transbaikal State University, Chita, Russia*

E-mail: gaskov@bsu.ru

Anna Alexandrovna Shibaeva

*PhD in pedagogical Sciences, Associate Professor
Transbaikal State University, Chita, Russia*

E-mail: musya129@yandex.ru

Alexander Valeryevich Safronov

graduate student

Transbaikal State University, Chita, Russia

**EXPERIENCE WITH THE USE OF RECREATIONAL
TECHNOLOGY IN THE PROCESS OF PREPARING PRESCHOOLERS
TO THE DELIVERY STANDARDS TRP**

Abstract: *The paper presents a model of preparation of preschool children for the delivery of standards of the first stage of TRP by means of basic types of motor activity, aimed at the formation of a conscious civil position in relation to the Motherland and Motherland, as well as the preservation and strengthening of health. The role of recreational technologies in the sports and recreational activities of preschool children, in the process of preparation for the submission of standards TRP.*

Keywords: *GTO, recreational technology, preschoolers.*

В соответствии с «Национальной стратегией действий в интересах детей до 2025 гг.» воспитанию в нашей стране придается большое значение, оно по справедливости является задачей большой государственной важности, поскольку стране нужны творческие, гармонично развитые, активные личности. Забота о здоровье ребёнка занимает ведущую позицию в данном направлении деятельности. Обеспечение процесса физической подготовки, спортивного воспитания, а значит, подготовка физически здоровых детей сегодня является приоритетной задачей Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (далее – комплекса ГТО).

Первая ступень комплекса ГТО охватывает возрастную группу дошкольников и младших школьников от 6 до 8 лет - период, когда закладывается основа для физического развития, крепкого здоровья и сильного характера человека в будущем. В связи с этим учреждения дошкольного образования, по нашему мнению, должны не только ориентировать детей на сдачу нормативов комплекса ГТО, но и активно использовать его положительный потенциал в процессе физкультурно-оздоровительной деятельности.

Исследование проводилось на базе МБДОУ «Центр развития ребенка – детский сад № 22» г. Читы в период с сентября 2015 по декабрь 2017 гг.

Целью исследования являлась разработка, теоретическое и экспериментальное обоснование модели подготовки детей дошкольного

возраста к сдаче нормативов первой ступени ГТО средствами базовых видов двигательной деятельности, с направленностью на формирование осознанной гражданской позиции по отношению к малой родине и Отчизне, а также сохранение и укрепление здоровья (далее – модели).

Модель разрабатывалась с учетом нормативных документов, регламентирующих деятельность дошкольных учреждений [3] и внедрение комплекса ГТО, и охватывала дошкольников старшей (5-6 лет) и подготовительной (6-7 лет) групп, которые были распределены на две условные группы:

- «Горжусь тобой, Отечество», с направленностью на развитие физических качеств и формирование основных движений (группа здоровья: I-II; резистентность: высокая; нормированный интегральный показатель (НИП): 1-3) – 57 %;

- «Будь здоров» с оздоровительной направленностью для детей часто болеющих острыми респираторными заболеваниями, а также имеющих отклонения в состоянии опорно-двигательного аппарата и хронические заболевания в стадии компенсации (группа здоровья: II-III; резистентность: сниженная и резко сниженная; НИП: 4-7) – 43 %.

Модель предполагала интеграцию осваиваемых ребенком образовательных областей «Социально-коммуникативное» и «Познавательное развитие» в образовательную область «Физическое развитие» [3, 5], и включала пять структурных блоков:

Первый блок модели «Учебная работа по физическому воспитанию», планировался в соответствии с комплексной образовательной программой дошкольного образования «От рождения до школы» (под ред. Н.Е. Вераксы, Т.С. Комарова, М.А. Васильева, 2014) и включал реализацию следующих форм двигательной активности детей в режиме дня ДОУ:

1) физкультурное занятие – 3 раза в неделю, из них 1 занятие – на воздухе, при условии благоприятных погодных условий в соответствии с требованиями СанПиН 2.4.1.2660-10 [4];

- при проведении третьего физкультурного занятия в спортивном зале в основную часть в соответствии с направленностью экспериментальной модели дополнительно включались упражнения на обучение технике двигательных действий, применяемых в процессе выполнения тестов из комплекса ГТО, в соответствии с тематическим содержанием учебного материала; подвижная игра умеренной интенсивности на развитие физического качества, оцениваемого с помощью осваиваемого в ходе текущего занятия контрольного упражнения из комплекса ГТО; на этапе совершенствования двигательных умений и навыков и развития физических качеств применялся метод круговой тренировки. Обязательным условием являлось осуществление 1 раз в квартал врачебно-педагогического контроля общей и моторной плотности занятия, интенсивности и направленности физической нагрузки, а также внешних признаков утомления.

- При проведении третьего физкультурного занятия на воздухе в основную часть включалось основное движение или спортивное упражнение, направленное на овладение техникой выполнения теста из комплекса ГТО. Завершалась основная часть игрой на развитие физических качеств в соответствии с тематическим содержанием учебного материала.

2) утренняя гигиеническая гимнастика проводилась ежедневно, по плану воспитателя с использованием упражнений игрового характера, полосы препятствий, оздоровительных пробежек в теплое время года;

3) физкультминутки (в форме игры средней подвижности и с использованием имитационных упражнений) – в течение учебных занятий (на 13-й, 15-й мин) в зависимости от возраста детей;

4) физкультурные паузы в форме произвольных движений с использованием различных мячей - в перерывах между учебными занятиями – ежедневно;

5) гимнастика после дневного сна (с направленностью на оптимизацию и повышение функционального состояния опорно-двигательного аппарата и дыхательной системы), самомассаж – ежедневно;

б) подвижные игры (умеренной и большой интенсивности) и физические упражнения на прогулке, с направленностью на развитие физических качеств (60 % - на общую выносливость, 40 % - на другие физические качества) – 2-3 раза в неделю; применение дифференцированного подхода в зависимости от функциональной подготовленности детей;

7) самостоятельная двигательная деятельность детей, в т.ч. на прогулке – ежедневно. Включение подвижных сезонно-ориентированных подвижных игр и игр [2, 3, 5].

Второй блок модели «Дополнительные занятия общеразвивающей и спортивной направленности» с дошкольниками группы «Горжусь тобой, Отечество» включал занятия во второй половине дня, представленные «Школой основных движений», включающих «Школу» мяча (элементы мини-футбола) и «Школу» бега и прыжков (элементы легкой атлетики).

Дополнительные занятия проводились тренерами-преподавателями детского спортивно-развивающего центра «Бэби спорт» 2 раза в неделю длительностью одного 25-30 минут.

Третий блок модели «Рекреационно-оздоровительная работа» представлен рекреационными технологиями двигательной деятельности дошкольника, включающими следующие средства физической рекреации:

1) физкультурные праздники и досуги спортивной, патриотической и оздоровительной направленности – 2-3 раза в год и 1-2 раза в месяц соответственно;

2) физкультурно-оздоровительная работа в режиме дня: с использованием нетрадиционных видов закаливания – ходьбы и бега босиком по разным рельефным и уровневым поверхностям, дорожки Здоровья, элементов гимнастики Цигун, пальчиковой и суставной гимнастики, фитбол-гимнастика и, хоп-бола, физкультурных досугов; упражнений силового характера, направленных на формирование правильной осанки дошкольников (комплексы упражнений на развитие мышечной силы, укрепление мышц, оптимизацию состояния опорно-двигательного аппарата, содействие

развитию и функциональному совершенствованию органов дыхания, кровообращения, сердечно-сосудистой и нервной систем организма);

3) дни здоровья в период каникул;

4) простейший туризм в форме дополнительных занятий в режиме дня ДОУ 1-2 раза в неделю и туристских походов и мини-путешествий в период летних/зимних каникул;

5) занятия корригирующей гимнастикой после дневного сна для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата и недостаточной резистентностью организма – 2-3 раза в неделю [3].

Данный блок модели реализовывался в условной группе дошкольников «Горжусь тобой, Отечество» в качестве рекреационных мероприятий в режиме дня ДОУ и группе «Будь здоров» в качестве дополнительных занятий оздоровительной направленности.

Четвертый блок модели «Работа с родителями» включал формы: представление на сайте ДОУ содержания и результатов инновационной деятельности; ведение online-консультаций по вопросам повышения уровня физической подготовленности и здоровья детей – по запросу; представление методических рекомендаций по повышению уровня физической подготовленности и здоровья; создание информационных стендов в группах о реализации ВФСК «Готов к труду и обороне»; физкультурные праздники спортивно-патриотической и оздоровительной направленности; Flash mob-акции спортивно-патриотической и оздоровительной направленности; родительские собрания в группах.

Пятый блок модели «Организационно-управленческая работа» предполагал контроль и организационно-методическое сопровождение осуществления инновации; организацию взаимодействия ДОУ и родителей воспитанников с Единым центром тестирования ВФСК ГТО в Забайкальском крае.

Сравнительный анализ изменения показателей физического развития детей 6–7 лет на протяжении исследования выявил, что целенаправленное

повышение физической подготовленности нашло свое отражение в достаточно высоких приростах жизненной емкости легких, силы кистей рук.

Показатели ЖЕЛ у девочек 6–7 лет повысилась на 25,7, у мальчиков – на 20,4%, сила правой кисти повысилась у девочек на 26,7, у мальчиков – на 31,4% ($P < 0,01-0,001$).

Анализируя динамику показателей роста и веса старших дошкольников на протяжении исследования, мы установили, что они по-видимому, имеют довольно широкие границы норм и весьма лабильны, а их изменение в большей степени детерминировано естественным ходом развития организма, экологическими условиями проживания, влияющими на наследственный аппарат и т.п., чем воздействием целенаправленной двигательной активности [1, 3].

Таким образом, подводя итог и оценивая результаты внедрения разработанной модели подготовки детей дошкольного возраста к сдаче нормативов первой ступени ГТО средствами базовых видов двигательной деятельности, с направленностью на формирование осознанной гражданской позиции по отношению к малой родине и Отчизне, а также сохранение и укрепление здоровья, мы пришли к выводу, что рекреационные технологии, занимая важное место в физкультурно-оздоровительной деятельности дошкольников, не только несут огромный оздоровительный потенциал для детей, имеющих отклонения в состоянии здоровья, но и являются «функциональной подушкой безопасности» для практически здоровых детей, непосредственно готовящихся к сдаче нормативов ГТО в ходе дополнительных занятий спортивной направленности.

Список литературы:

1. Безруких М.М., Сонькин В.Д., Фарбер Д.А. Возрастная физиология (физиология развития ребенка): учебное пособие для студентов высших

педагогических учебных заведений. 3-е изд.; стер. - Москва: Академия, 2008. – 416 с.

2. Дмитриева Г.Р., Фараджева Н.А. Формирование культуры здоровья и культуры безопасности у детей дошкольного возраста // Инновационные подходы к содержанию и организации физкультурно-оздоровительной деятельности дошкольников. – Чита: 2010. – С. 67-121.

3. Николенко Ю.Ф., Шibaева А.А., Овчинникова Е.И. Проектирование процесса физического воспитания в дошкольных образовательных: учеб. пособие. - Чита: ЗабГУ, 2016. – 173 с.

4. Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы в дошкольных организациях (СанПиН 2.4.1.2660-10) [Электронный ресурс] URL: <http://blanker.ru/doc/sanpin-2-4-1-2660-10> (дата обращения: 13.02.2018).

5. Спутник руководителя физического воспитания дошкольного учреждения: Методическое пособие для руководителей физического воспитания дошкольных учреждения / Под ред. С.О. Филипповой. - СПб.: «ДЕТСТВО-ПРЕСС», 2011. – 416 с.

УДК 159.99

Михаил Васильевич Голос

студент

Барановичский государственный университет,

г. Барановичи, Беларусь

E-mail: mikhail.golos@gmail.com

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ

Аннотация. В статье обозначены возрастно-психологические предикторы склонности подростков к девиантному поведению. Описаны

подходы ученых к пониманию психологической профилактики. Систематизированы и обоснованы современные методы психологической профилактики девиантного поведения, учитывающие возрастные особенности подростков.

Ключевые слова: девиантное поведение, подростки, психологическая профилактика, методы психопрофилактики.

Mikhail Vasilevich Voice

student

Baranovichi State University, Baranovichi, Belarus

E-mail: mikhail.golos@gmail.com

MODERN METHODS OF PSYCHOPROPHYLAXIS OF ADOLESCENTS' DEVIANT BEHAVIOR

Abstract. *The age and psychological predictors of adolescent tendency to deviant behavior are indicated in the article. The scientific approaches to the understanding of the psychological prevention are described. The modern methods of psychological prevention of deviant behavior, taking into account the age peculiarities of teenagers, are systematized and justified.*

Keywords: *deviant behavior, adolescents, psychological prevention, psycho-techniques.*

Подростковый возраст может рассматриваться как фактор риска девиантного поведения [8; 9]. К девиантному поведению подростки могут быть предрасположены в силу особенностей данного возрастного периода: кризис идентичности, кризис авторитетов, стремление к экспериментированию, страх одиночества, принятие новых социальных ролей, гормональный диссонанс. Кризис данного этапа развития человека, в основе которого лежит перестройка нейроэндокринной системы, отличается особой остротой и длительностью. Все это наряду с несформированностью адаптивных копинг-стратегий обуславливает

повышенную склонность подростков к освоению девиантных социальных ролей и модели девиантного поведения.

Исследователи все больше говорят о необходимости организации превентивной работы в образовании, основой которой должна стать превентивная психология развития личности – прикладная область психологии, занимающаяся изучением закономерностей и факторов, влияющих на состояние и динамику психологического здоровья личности, с целью создания возможностей своевременного предупреждения неблагоприятных тенденций в ее развитии. Данная цель совпадает с основной целью психопрофилактики, состоящей в предупреждении возможного неблагополучия в развитии (в том числе и возникновения отклоняющегося поведения) [5, с. 9]

Согласно И.В. Дубровиной, психопрофилактика – это специальный вид деятельности психолога, направленный на сохранение, укрепление и развитие психологического здоровья личности [2].

Н.Д. Лакосина, Г.К. Ушаков предлагают следующее определение психопрофилактики: вид деятельности психолога, который включает мероприятия, направленные на предупреждение психических заболеваний [4]. Схожей точки зрения придерживается Б.Д. Карвасарский. Он трактует психопрофилактику как деятельность, цель которой – предупреждение нервно-психических заболеваний.

Ученые предлагают выделять первичную, вторичную и третичную профилактику. Критерии их дифференциации: форма профилактики и расстояние от девиации. Е.В. Змановская предлагает следующее описание данных видов психопрофилактики.

Первичная профилактика – это работа с популяцией условно здоровых людей, в которой существует определенное количество лиц из группы риска. В этот контингент могут входить молодые люди, относящиеся к группе риска, употребляющих спиртные напитки, наркотики; лица, имеющие генетическую предрасположенность к психическим заболеваниям или находящиеся в неблагоприятных семейных или социальных условиях и т.д.

Вторичная профилактика – это система действий, направленная на изменение уже сложившихся дезадаптивных форм поведения и позитивное развитие личностных ресурсов и личностных стратегий.

Третичная профилактика – это система действий, направленных на уменьшение риска возобновления девиаций и активизацию личностных ресурсов, способствующих адаптации к условиям среды и формированию социально-эффективных стратегий поведения [1].

Анализ психологической литературы позволяет обозначить следующие задачи психопрофилактической деятельности: формирование мотивации на эффективное социально-психологическое и физическое развитие, мотивации на социально-поддерживающее, развитие протективных факторов здорового и социально-эффективного поведения, личностно-средовых ресурсов и поведенческих стратегий; формирование знаний и навыков в области противодействия различным видам девиантного поведения у детей школьного и дошкольного возраста, родителей и учителей в организованных и неорганизованных группах населения; формирование мотивации на изменение дезадаптивных форм поведения; изменение дезадаптивных форм поведения на адаптивные; формирование и развитие социально-поддерживающих сетей сверстников и взрослых; поощрение стремления подростков к изменению дезадаптивных форм поведения и минимизация вреда от такого поведения [1; 2; 3; 4; 5].

Эффективной формой психопрофилактики девиантного поведения подростков является групповая форма в силу ряда причин. Она позволяет пробовать и разучивать новые роли, которые в группе, в отличие от семьи и школы, не так строго определены возрастом и полом; дает возможность проверять границы допустимого; помогает преодолеть эгоцентризм в процессе социализации благодаря развитию коммуникативных навыков и навыков сотрудничества; ставит перед подростком задачу определить свое отношение к другим. Кроме того, именно в группе подросток может получать социальную поддержку (эмоциональную, оценочную, информационную, инструментальную),

которая, по утверждению автора теории аффиляции Б.П. Буунка, обеспечивает уменьшение степени их одиночества, включающего отчаяние, депрессию, скуку, ощущение собственной непривлекательности, глупости и постоянное ощущение опасности, способные провоцировать девиантное поведение. Групповая форма психопрофилактики девиантного поведения отвечает ведущему виду деятельности подростков – общению, мотивами которого, согласно Б.П. Буунку, выступают мотив социального сравнения, связанный с состоянием неуверенности подростка; мотив редукции тревоги; мотив поиска информации [3; 7, с. 296].

При проведении мероприятий в групповой форме имеет место символическое моделирование. Значение символического моделирования в формировании и распространении новых форм поведения и социальных отношений подростков отмечали А. Бандура и Р. Уолтерс [6, с. 107].

Таблица 1.

Методы психопрофилактики девиантного поведения подростков

Психологическая особенность подросткового возраста	Методы психопрофилактики, учитывающие возрастные особенности
Потребность в межличностном общении	диалог-кафе, дебаты (предпочтение диалоговых и дискуссионных форм)
Жажда «нормы» (стремятся подражать сверстникам)	тренинги на сплочение, тренинг резистентности (устойчивости) к негативному социальному влиянию (диалоговые и дискуссионные методы)
Подростковый комплекс (кризис идентичности, кризис авторитетов, стремление к экспериментированию, страх одиночества, принятие новых социальных ролей)	методы арт-терапии (изотерапия – рисование акварелью, гуашью, карандашами, восковыми мелками, пастелью, пальчиковыми красками, раскрашивание фрактальных матриц); психодрама; тренинг асертивности или аффективно-ценностного обучения; тренинг самопрезентации; психологический театр.
Реакция эмансипации, чувство взрослости	кружки, построенные по принципу самоуправления (предоставление возможности принятия ответственности); волонтерство
Стремление к самоутверждению,	привлечение к научной деятельности

Нами систематизированы методы психопрофилактически девиантного поведения, эффективные для подросткового возраста.

Список литературы:

1. Беличева С.А. Основы превентивной психологии. – М.: Консорциум «Социальное здоровье России», 1993. – 198 с.
2. Дубровина И. В. Психологическая служба образования // Психол. наука и образование. – 2001. – № 2. – С. 83-93.
3. Змановская Е.В. Девиантология. Психология отклоняющегося поведения: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – 2-е изд., испр. – М.: Академия, 2004. – 288 с.
4. Пахальян Б.Э. Развитие и психологическое здоровье. Дошкольный и школьный возраст. – СПб.: Питер, 2006. – С. 9.
5. Чупров Л.Ф. Психологическое просвещение в системе психопрофилактической работы практического психолога: основы теории и методика // Psychology. Educology. Medicine. – 2013. – № 1-2. –С. 164-175.
6. Anderson S. Psycho-Educational Processes as Strategies for Students Presenting with Emotional and Behavioural Disorders // American International Journal of Contemporary Research. – Vol. 2. – №. 7. – July 2012. – P. 99–108.
7. Buunk В.Р. Affiliation and Helping Interactions within Organizations: A Critical Analysis of the Role of the Social Support with the Regard to Occupational Stress // European Review of Social Psychology. – 1990. – Vol. 1. – P. 293–322.
8. Яценко Т. Е., Рзаева Ж.В. Виктимология образования: в помощь практическому психологу. – Барановичи: РИО БарГУ, 2014. – 363 с.
9. Яценко Т. Е. Динамика уровня сформированности компонентов социально-личностных компетенций у будущих педагогов в процессе элективного обучения

девиктимизации // Вестн. БарГУ. Сер., Педагогические науки. Психологические науки. Филологические науки. – 2015. – Вып. 3. – С. 70–75.

УДК 796.01

Екатерина Юрьевна Горбатовская

Студент

Сибирский государственный университет,

г. Красноярск, Россия

E-mail: ekaterina_grr@mail.ru

ИССЛЕДОВАНИЕ СПОРТИВНОЙ АКТИВНОСТИ СТУДЕНТА

Аннотация. В статье рассматриваются вопросы о том, какое количество студентов занимаются спортом и для каких целей.

Ключевые слова: физическая культура, спорт, здоровый образ жизни, активность.

Ekaterina Yurievna Gorbatovskaya

Student

Siberian State University, Krasnoyarsk, Russia

E-mail: ekaterina_grr@mail.ru

THE STUDY OF SPORTS ACTIVITY STUDENT

Abstract. The article discusses the issues of how many students are engaged in sports and for what purposes.

Keyword: physical culture, sport, healthy lifestyle, activity.

Понятие «здоровый образ жизни» однозначно ещё не определено. Представители философско-социологического направления рассматривают здоровый образ жизни как глобальную социальную проблему, составную часть жизни общества в целом. Одной из составляющих этого понятия является спортивная активность индивида.

Спорт - это один из наиболее доступных способов поддержания и сохранения здоровья и работоспособности человека. В настоящее время спорт приобретает настолько высокую значимость в обществе, что появляются основания считать его одним из основных видов человеческой деятельности. В системе норм и ценностей общества он также играет большую роль. Занятия спортом, особенно любительские, довольно часто рассматриваются не только как способ укрепления и сохранения здоровья, но и как превентивная мера по предотвращению алкоголизации и наркотизации и других антисоциальных проявлений поведения, особенно в среде молодежи. [1]

В связи с этим, популяризация здорового образа жизни как одно из направлений государственной политики в информационной сфере должна превратиться в одну из приоритетных задач, от решения которой во многом зависит достижение поставленных стратегических целей. [2]

Распространение физической культуры, спорта и здорового образа жизни нуждается в четко специфицированном разделении в соответствии с основными формами спорта, укоренившимися в обществе в настоящее время. Можно сказать, что существуют две основные взаимосвязанные организационные формы спорта: массовый самодеятельный спорт и спорт высших достижений (или т.н. большой спорт). [3]

Мы провели исследование, целью которого стало изучение степени активности молодёжи в массовом самодеятельном спорте в настоящее время по сравнению с их детским периодом.

Экспериментальная группа состояла из 20 человек: 10 юношей и 10 девушек. Мы предложили им анкету из 10 вопросов на предложенную тему. Возраст испытуемых составил от 18 до 25 лет.

На первый вопрос «Занимались ли вы в детстве спортом?» все испытуемые ответили положительно, что может быть обусловлено рядом факторов: во-первых, организацией досуга ребёнка занимаются родители, у которых уже сформировано представление о здоровом образе жизни, во-вторых, занятия спортом высоких достижений, начинаются зачастую в раннем возрасте и поэтому спортивных секций для детей гораздо больше, чем для молодёжи.

На второй вопрос «Занимаетесь ли вы на данный момент спортом?» только 20 % ответили положительно, остальные 80 % отрицательно, факторы, влияющие на ответы на первый вопрос актуальны и здесь.

На третий вопрос: «Курите ли вы и с какого возраста?» 20 % девушек и 80 % парней курят приблизительно с подросткового возраста, а остальные не курят. Это может быть обусловлено тем, что именно в этом возрасте происходит самоопределение и самоутверждение, где курение принимается как элемент взросления.

На четвёртый вопрос: «К каким видам спорта вы склонны?» мы сделали вывод, что парни больше склонны к экстремальным видам спорта (ушу, лыжные гонки, горнолыжный спорт, фристайл, бокс), а девушки к более спокойным видам спорта, таким как легкая атлетика, фитнес, спортивные танцы, что также обусловлено гендерными физиологическими отличиями.

На пятый вопрос «Как вы относитесь к спорту?» все ответили положительно. Это говорит о сформированности в обществе благоприятного отношения к спортивной активности.

На шестой вопрос «Как часто вы занимаетесь спортом?» 70 % девушек и 60 % парней занимаются спортом два раза в неделю, 20 % парней и девушек занимаются спортом раз в неделю, а остальные ответили, что занимаются несколько раз в месяц. Учитывая ответы на второй вопрос нашей анкеты, данные результаты свидетельствуют о том, что респонденты путают понятия массового самодеятельного спорта и спорта высоких достижений.

На седьмой вопрос «Для чего вы занимаетесь спортом?» были ответы: 80 % парней и 20 % девушек занимаются спортом для поддержания себя в хорошей физической форме, 20 % парней ответили, что спорт для них - это карьера и 80 % девушек занимаются для эстетических целей.

На седьмой вопрос: «У вас много знакомых, которые занимаются спортом?» получились такие ответы: у 30 % всех опрошенных – много знакомых, 50 % ответили, что половина знакомых занимается спортом, а остальные 20 % имеют мало знакомых, занимающихся спортом.

Ответы на последние вопросы, и исследование в целом, показывают, что спортивная активность студенчества достаточно велика, массовый самодеятельный спорт популярен среди современной молодёжи, у которой достаточно сформировано представление о здоровом образе жизни. А вот спорт высоких достижений актуален лишь в младшем школьном возрасте, в подростковом же возрасте большинство утрачивает интерес к профессиональному спорту, и переходит к массовому самодеятельному спорту.

Список литературы:

1. Бальсевич В.К. Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. 2006. - №5. – С. 4-8.
2. Бальсевич, В.К. Физическая культура для всех и для каждого - М.: Физкультура и спорт, 1988. – 208 с
3. Зотин В.В., Дьяченко А.И. Физическое воспитание и физическая подготовленность студенческой молодежи // сб.тр. всеросс. науч. практ. конф. "Физическая культура и спорт на современном этапе: проблемы, поиски, решения». –Томск,2016. – С.41-44
4. Зотин В.В., Мельничук А. А. Физическая культура и спорт в высшем учебном заведении// сб. тр. науч.- практ. конф."Современные проблемы физической культуры и спорта: ретроспектива, реальность и будущее". – Курган, 2014. – С.45-47

5. Фарфель В.П. Направление движениями в спорте. – М.: Изд-во «ФиС», 2005.
– 132с.

УДК 316.624.2-057.87

Наталія Іванівна Губарева

магістрант

Донбаський державний педагогічний університет,

м. Слов'янськ, Україна

Олена Юріївна Мезенцева

Заступник головного лікаря з медсестринства міської лікарні №1

м. Краматорськ, Україна

Email: nataliegubareva@gmail.com

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК САМОТНОСТІ Й ЗАХИСНИХ МЕХАНІЗМІВ У СТУДЕНТСЬКОМУ ВІЦІ

Анотація. В статті авторами розглядаються особливості взаємозв'язку самотності та захисних механізмів в студентському віці. На основі теоретичного аналізу та експериментального дослідження виявлено, що, коли студентська молодь переживає стан самотності, вона схильна заперечувати свої переживання, проєктувати їх на оточуючих та виражати протилежні тенденції.

Ключові слова: самотність, захисні механізми, студентський вік.

Nataliya Ivanivna Gubareva

Master Student

Donbass State Pedagogical University,

Sloviansk, Ukraine

Olena Yuriyivna Mezentseva

Deputy Chief Phisician for Nursing of City Hospital №1

Kramatorsk, Ukraine

Email: nataliegubareva@gmail.com

INTERRELATION OF LONELINESS AND DEFENCE MECHANISMS IN THE STUDENT AGE

Abstract. *In the article the authors consider the features of the relationship of loneliness and defense mechanisms in the student age. On the basis of theoretical analysis and experimental research it is revealed that when student youth experiences a state of loneliness, they tend to deny their experiences, project them to others and express opposite tendencies.*

Keywords: *loneliness, protective mechanisms, student age.*

Феномен самотності є однією з серйозних проблем сучасного суспільства. Вона пов'язана з переживанням ситуацій, що суб'єктивно сприймаються людиною як небажаний дефіцит спілкування і позитивних відносин з оточуючими людьми. Нерідко переживання самотності проявляється у формі бажання бути включеним в якусь групу чи потреби бути в контакті з ким-небудь.

У зарубіжній психології розроблено ряд теоретичних підходів до самотності: неофрейдський, гуманістичний, екзистенційний, соціологічний, інтеракціоністський, когнітивний. Ці дослідження зводяться до вивчення рис характеру й особистісних якостей самотніх людей, вікових особливостей та атрибутивних моделей самотності, до виділення її складових, визначення різних типологій і шкал [3].

У вітчизняній психології підходи до проблеми самотності можна звести до двох концептуальних напрямів, в яких самотність розглядається як негативне чи позитивне явище. Об'єднує ці підходи розуміння самотності як

емоційного стану людини, яка перебуває в ізоляції реальній або у самосвідомості.

Самотність сприймається як суб'єктивне, суто індивідуальне переживання, яке виражає певну форму самосвідомості і показує розкол основної реальної системи відносин і зв'язків внутрішнього світу особистості. Значення цієї специфічної форми самосвідомості особливо важливо для людини тоді, коли переживання самотності стають причиною краху надій. Самотні люди відчують себе покинутими, забутими, втраченими, непотрібними. Це дуже болісні відчуття, тому, що вони виникають всупереч їхнім очікуванням. Почуття самотності може сприяти розвитку важкого розладу особистості. Самотність зазвичай переживається на двох рівнях:

1. Емоційний рівень: відчуття повної заглибленості в себе, приреченості, непотрібності, безладу, порожнечі, відчуття втрати.
2. Поведінковий рівень: падає рівень соціальних контактів, розрив міжособистісних зв'язків [4].

Визначення власної самотності є результатом тривалого когнітивного процесу, в ході якого людина усвідомлює і наділяє сенсом свої унікальні переживання і узагальнює їх у цілісну категорію. До висновку: «Я самотній» люди зазвичай приходять з допомогою афективних, поведінкових і когнітивних доказів. Афективні ознаки самотності нерідко бувають розмитими. Не існує певного набору емоцій, що асоціюється з самотністю, тим не менш, самотні люди відчують себе нещасливими [1].

Для ідентифікації самотності частіше використовують цілий ряд поведінкових характеристик, включаючи низький рівень соціальних контактів, розрив усталених зв'язків, а також незадовільні зразки соціальної взаємодії.

Типи самотності проявляються у двох формах:

- 1) соціальна ізоляція (немає друзів) – дефіцит дружнього спілкування;
- 2) емоційна ізоляція – найтяжча форма самотності.

З нашої точки зору на прояв самотності істотний вплив мають захисні механізми.

Поняття психологічного захисту вперше було використано З. Фрейдом у роботі "Нейропсихологія захисту" (1894). З його точки зору, провідну роль в людській поведінці, в її духовному житті відіграє несвідоме. Зміст несвідомого складають вроджені інстинкти. Психічний і соціальний розвиток людини відбувається через встановлення балансу між інстинктами і культурними нормами. Таким чином, в процесі розвитку Я людини змушене постійно шукати компроміс між енергією несвідомого, що рветься назовні, і тим, що допускається суспільством. Цей баланс, компроміс встановлюється за допомогою захисних механізмів психіки. Захисним механізмом називається специфічна зміна змісту свідомості, що виникає в ситуації внутрішнього конфлікту [2].

Експериментальне дослідження проводилося на базі ВНЗ Донбаського державного педагогічного університету, м. Слов'янськ. Експериментальна вибірка складала 50 студентів. Згідно з поставленими задачами були використані наступні методи та методики: метод математично-статистичної обробки отриманих даних; методика «Діагностика типологій психологічного захисту» Р. Плучник (в адаптації Л. В. Вассермана, О. Ф. Єришева, Є. Б. Клубової); методика «Діагностика рівня суб'єктивного відчуття самотності» Д. Рассела і М. Фергюсона «Опитувальник для визначення виду самотності» С.Г. Корчагіна.

На основі проведеного експериментального дослідження можемо стверджувати, що в нашій вибірці серед студентської молоді переважають два рівні суб'єктивного відчуття самотності: високий рівень (48%) – досліджувані невпевнені в собі, залежні від зовнішніх обставин та оцінок, схиляються до контролю з боку оточуючих, з метою уникнення відповідальності за прийняття рішення. Та низький рівень (36%) - студенти мають оптимістичні уявлення про життя, ініціативні, незалежні в соціальних контактах, вирізняються високим

самоконтролем, здатні самостійно приймати рішення й брати на себе відповідальність за їхню реалізацію.

Домінуючими видами самотності у нашій виборці є відчуженість при якому студентська молодь відчувають себе покинутими, не можуть знайти розуміння, переконані у власній непотрібності, недовірливі, підозрілі. Виражено також показники диссоційованої самотності, при прояві якого студенти ідентифікують себе з іншими значущими людьми, приймають їх спосіб життя, а потім обривають всі контакти з об'єктами свого наслідування. У незначній кількості досліджуваних студентів домінує дифузна самотність.

В результаті дослідження механізмів еґо-захисту нами виявлено домінування показників заперечення (28%), заміщення (18%) та реактивних утворень (18%). Досліджувані не визнають у себе наявність переживань, різкі зміни свого настрою, самопочуття, вони приписують іншим причинам. Їм притаманне спрямування негативних емоційних проявів на людей, які представляють меншу небезпеку, ніж ті, що викликали ці прояви. А також їм властиве запобігання вираження неприємних для неї думок, почуттів або вчинків шляхом перебільшеного розвитку протилежних прагнень. Менш виражені інтелектуалізація, проєкція, компенсація. Студенти припиняють переживання, викликані неприємною або суб'єктивно неприйнятною ситуацією за допомогою логічних установок, навіть за наявності переконливих доказів на користь протилежного. Їм присуще перенесення своїх проблем, переживань, емоцій на людей, нижчих за статусом. Також студентській молоді властиві намагання знайти відповідну заміну недоліку іншою якістю, найчастіше за допомогою фантазування або привласнення собі властивостей, достоїнств, цінностей, поведінкових характеристик іншої особи. Компенсація, витіснення та регресія представлені у незначній мірі.

Для встановлення взаємозалежності між показниками, нами було обчислено коефіцієнт лінійної кореляції К Пірсона (r_{xy}). Нами було виявлено прямопропорційно значущу залежність між захисним механізмом «Заперечення» та суб'єктивним відчуттям самотності ($r_{xy}=0,54$; при $p < 0,1$).

При суб'єктивному відчутті самотності студентська молодь не визнають у себе наявність переживань, їм притаманні різкі зміни у настрої, самопочутті, вони приписують це будь-яким іншим причинам

Також виявлено статистично значущу прямо пропорційну залежність між суб'єктивним відчуттям самотності та захисним механізмом «Заміщення» ($r_{xy}=0,45$; при $p < 0,1$). Щоб впоратись з самотністю представники студентства вдаються до розрядки пригнічених емоцій, які спрямовуються на об'єкти, що представляють меншу небезпеку або доступніші, ніж ті, що викликали негативні емоції і почуття.

Виявлено також прямопропорційно значущу залежність між суб'єктивним відчуттям самотності та захисним механізмом «Реактивні утворення» ($r_{xy}=0,52$; при $p < 0,1$). Для подолання відчуття самотності студентська молодь удається до запобігання вираження неприємних або неприйнятних для неї думок, почуттів або вчинків шляхом перебільшеного розвитку протилежних прагнень, примушує себе переживати почуття, протилежне справжньому – любов замість ненависті, захоплення замість зневаги.

Таким чином, ми можемо стверджувати, що існує взаємозв'язок між проявом суб'єктивного почуття самотності та захисними механізмами. Коли студентська молодь відчуває суб'єктивне почуття самотності, вони схильні заперечувати ці переживання, приписувати їх оточуючим та виражати протилежні прагнення.

Список літератури:

1. Гримак Л.П. Одиночество / Л.П. Гримак. – СПб.: Питер, 2000. – 401 с.
2. Журбин В.И. Понятие психологической защиты в концепциях З. Фрейда и К. Роджерса // Вопросы психологии. - 1990. - № 4. С.14 - 23.

3. Слободчиков И.М. Современные исследования переживания одиночества / И.М. Слободчиков // Психологическая наука и образование.: № 3 – 2007. – с. 27 - 34.
4. Хараш А.У. Психология одиночества / А. У. Хараш / Педология – новый век. – 2000. – № 4. – С. 187-192.
5. Яценко Т.С. Особливості взаємозв'язку між свідомою та несвідомою сферами психіки суб'єкта // Неперервна професійна освіта: теорія і практика: науково-методичний журнал. – 2002. – Вип.4 (8). – С. 99–110.

УДК 316. 613.4:616.891 – 053.6

Лариса Николаевна Дейниченко

К. пед. наук, доцент

Донбасский государственный педагогический университет,

г.Славянськ, Украина

E-mail: Deynichenkolora@gmail.com

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ КОНФЛІКТНОСТІ І НЕВРОТИЧНИХ СТАНІВ ТА ЇХ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

Аннотація. В статті розглянуті основні наукові підходи до проблеми конфліктів в психології, розкриті причини виникнення невротів у підлітків, що обумовлено особливостями їх міжособистісних відносин. Виявлені взаємозв'язки між частотою конфлікту і типом конфліктного поведінки з проявами невротичного стану у підлітків.

Ключевые слова: *конфликтность, конфликтное поведение, межличностные отношения подростков, невротические состояния.*

Larysa Mykolaivna Deinychenko

*PhD in pedagogical Sciences, Associate Professor
Donbas State Pedagogical University,
Sloviansk, Ukraine
E-mail: Deynichenkolora@gmail.com*

**PECULIARITIES OF MANIFESTING PRONENESS TO CONFLICT
AND NEUROTIC STATES AND THEIR INTERRELATION
AT ADOLESCENT AGE**

Abstract. The paper deals with analysing the basic scientific approaches to the problem of conflicts in psychology, with disclosing the reasons of appearing neuroses in adolescents, which is due to the peculiarities of their interpersonal relationships. The interrelations between the frequency of conflict and types of conflict behaviour with manifestations of the neurotic state in adolescents are revealed.

Keywords: *proneness to conflict, conflict behaviour, interpersonal relationships of adolescents, neurotic states.*

Зростання напруженості у сучасному суспільстві обумовлює збільшення різноманітних конфліктів та необхідність їх всебічного вивчення з метою подолання негативних наслідків та якнайповнішого використання закладених у них позитивних можливостей для розвитку особистості. Саме у міжособистісній взаємодії підлітків найчастіше виникають конфліктні ситуації, які супроводжуються відчуженням, напруженням, дискомфортом, стресом та нерідко призводять до неврозів.

Аналіз наукових досліджень дає змогу стверджувати, що прояви неврозів у підлітків розглядалися в роботах В.В. Лебединського, О.І.Захарова, В.І. Гарбузова, Г. Еберлейна, А.Є. Личко, Н.Ю. Максимової тощо. Існують різні точки зору щодо визначення причин виникнення неврозів у підлітковому віці. Так, В.В. Лебединський у своїх дослідженнях спирався на

рівневий підхід до патології емоційної системи, де кожний з рівнів пов'язаний із ступенем активності та взаємодії дитини з навколишнім середовищем. О.І. Захаров вважав, що одним з першочергових факторів виникнення неврозів у підлітків є порушення міжособистісної взаємодії з однолітками, конфлікти та психологічна напруга.

Питанням конфліктів і конфліктної поведінки присвячено багато праць вітчизняних і зарубіжних психологів. Вагомий внесок у дослідження психології конфліктної поведінки зробили Б.С. Волков, Т.В. Драгунова, І.А.Коваль, Н.Д. Левітов, К.Леонгард, Н.І. Л Скотт, Л.Б. Філонов та ін. Особливості конфліктів у підлітковому віці вивчали Л.І. Божович, Л.С.Славіна, Б.С. Волкова, Т.В.Драгунова, В.І. Ілійчук, О.В. Первишева.

І.М. Веренікіна та Л.В. Сімонова вивчали особливості конфліктів між учнями та вчителями, зокрема, дослідження Л.В. Сімонової присвячене вивченню конфліктів між педагогами та старшокласниками.

Аналіз наукової літератури показує, що протягом останніх десятиріч зацікавленість науковців проблемою конфлікту помітно зростає (І.В.Ващенко, А.К. Дусавицький, Н.Є.Герасимова, І.А. Коваль, Г.В. Ложкін, Г.С. Костюк, Н.І. Пов'якель, Т.М.Титаренко), проте в психології спостерігається ще недостатня експериментальна вивченість взаємозв'язку між конфліктністю та невротичними станами у підлітків.

Підлітковий період – це загострення кризи відносин дорослих і дітей, який проявляється, враховуючи соціальну ситуацію розвитку, на таких полях взаємодії, як «підліток-підліток» і «підліток-дорослий». У ролі дорослих виступають вчителі та батьки, з якими найчастіше виникають конфлікти. Відносини підлітків і педагогів супроводжуються конфліктами діяльності, відносин і поведінки. Конфлікти підлітків та батьків обумовлені деструктивністю внутрішньо-сімейних відносин, недоліками у вихованні, індивідуально-психологічними змінами в психічному розвитку підлітків та індивідуальними особливостями самих дорослих.

Питання про психологічні детермінанти виникнення конфліктної поведінки, яке дозволяє розкрити глибинні основи конфліктної поведінки, займає важливе місце в дослідженні конфлікту. Для кращого розуміння конфлікту та управління ним слід чітко визначити зміст понять "конфліктність" і "конфліктна поведінка". Зигмунд Фрейд створив одну з перших концепцій людської конфліктності - теорію психоаналізу. Причини міжособистісних конфліктів він вбачав у сфері несвідомого. Конфлікт виникає в глибинах психіки в силу законів її об'єктивного існування; тенденція до конфліктів - результат спотворення базових атиюдів людини, які виникають під впливом негативного досвіду, набутого в дитинстві [3].

Представники ситуаційного підходу до конфліктів дають свою інтерпретацію природи виникнення конфліктів і визначення конфліктності. На думку У.Клар конфліктною особистістю називають людину, яка є учасником конфліктних взаємодій, тобто має підвищену схильність до сприйняття ситуацій як конфліктних або визначає її як схильну до конфліктного реагування на ті чи інші обставини.

За К.Хорні, конфліктність може бути характеристикою «невротичної особистості», тобто людина невротично реагує на життєві ситуації, які у здорової людини не викликають конфлікту взагалі [4]. В якості ще однієї основи конфліктності виступає неадекватність сформованих уявлень про інших, завищена самооцінка, яка не відповідає реальним можливостям людини, тенденція до самоствердження за рахунок інших.

Конфліктність передбачає певний рівень психічної напруженості. Він може бути різним для різних людей, що пов'язано з рівнем психологічної стійкості людини. Психічно стійкі та психічно нестійкі люди в складних ситуаціях поведуться по-різному. У психічно нестійких підлітків відсутні ефективні способи подолання перешкод, тому іноді спостерігається явище самоіндукції негативного емоційного напруження: дезорганізована поведінка посилює стресовий стан, який ще більше дезорганізовує поведінку, що веде до виникнення «хвилі дезорганізації» [2].

Аналіз соціально-психологічної літератури показав, що у роботах дослідники відображають різні наукові підходи до тлумачення сутності конфліктної поведінки. Зокрема Л.О. Петровська дає таке визначення: «конфліктна поведінка - це дії, що характеризують другу основну стадію будь-якого конфлікту і спрямовані на те, щоб прямо або опосередковано блокувати досягнення протилежною стороною її мети, інтересів, потреб». К.Леонгард, В.М. Нагаєв, Л.О. Петровська підкреслюють, що конфліктна поведінка не може виникати поза конфліктом, тому в дослідженні конфліктна поведінка розглядається ними як поведінка в конфлікті, зокрема в конфліктних ситуаціях.

У роботах Л.І. Божович, Л.С. Славіної, Б.С. Волкова, В.І. Ілійчука конфліктна поведінка розглядається як результат внутрішніх і зовнішніх протиріч між суспільством, мікросередовищем і самою людиною. Це результат внутрішніх і зовнішніх протиріч між потребою в самоствердженні та можливістю її задоволення, між самооцінкою і оцінкою групи, між вимогами групи і власними установками і переконаннями, тобто конфліктна поведінка виступає як схильність людини до конфлікту при взаємодії особистісних факторів і факторів зовнішнього середовища [4, 5].

У підлітковому віці через складність і суперечність особливостей підростаючого покоління, внутрішніх і зовнішніх умов їх розвитку можуть виникати ситуації, які порушують нормальний хід особистісного становлення, створюючи об'єктивні передумови для виникнення та прояву конфліктності. Наслідком міжособистісних конфліктів є прояв невротичних станів у старших підлітків. Нервова система підлітка не може впоратися з емоційною напругою та суперечками, які породжують жорстокість, брутальність, хамство, озлобленість у міжособистісних стосунках. Тому важливо не тільки знати про міжособистісні конфлікти, а й уміти конструктивно їх вирішувати [2].

Експериментальне дослідження проводилося в ЗОШ №3 м. Артемівськ, Донецької області. Вибірку склали 60 підлітків: 28 хлопців і 32 дівчини, віком 13-15 років. Під час дослідження ми використовували метод анкетування

спрямований на виявлення частоти конфлікту та методики: експрес – діагностика схильності до конфліктів К. Томаса, вивчення стилю і структури міжособистісних стосунків та їх особливостей Т.Лірі, виявлення рівня невротизації особистості за методикою Л. І. Вассермана, діагностика домінуючих аспектів прояву невротичних розладів у дітей (методика ДОН).

Результати дослідження свідчать, що домінуючим стилем особистісної поведінки підлітків у конфліктних ситуаціях є суперництво (37%), а менш вираженим стилем є уникнення (16%) як стратегії психологічного захисту у конфліктних ситуаціях. Середній рівень - співробітництво та компроміс, що говорить про здатність підлітків знаходити альтернативні вирішення конфліктних ситуацій. Слід зазначити, що дівчата обирають стиль компромісу, а хлопці стиль суперництва під час конфлікту.

Під час дослідження, спрямованого на вивчення стилю і структури міжособистісних стосунків було виявлено що у більшості підлітків (36%) - агресивний тип цих стосунків. Таким підліткам, як правило, властиво проявляти упертість, наполегливість в досягненні цілей, енергійність, різкість в оцінці інших, жорстокість, нестриманість та агресивність. Саме тому у таких підлітків може проявлятися такий вид нервових розладів, як невроз. Авторитарний тип спостерігали у 23% підлітків, які виявляли нетерплячість до критики, переоцінку особистісних можливостей, риси деспотизму, Необхідно зауважити, що залежним типом характеризуються 23% підлітків вони постійно чекають допомоги та поради від інших, довірливі, слухняні, невпевнені в собі, тривожні, не мають своєї точки зору стосовно різноманітних.

Психологічні особливості підлітків, які можуть призводити до виникнення міжособистісних конфліктів, проявляються у рівні конфліктності, особистісної тривожності, невротизації. Було виявлено, що у більшості підлітків виражений високий та середній рівень конфліктності. Це свідчить про схильність до суперечок, про здатність підлітків до адекватного сприйняття конфліктної ситуації, вихід із якої вони здатні знайти самостійно,

але він не завжди конструктивний та прийнятний для кожної із конфліктуючих сторін. Низький рівень конфліктності становить лише 18% підлітків, які намагаються уникати конфліктів з однолітками та здатні до мирного порозуміння під час суперечок.

Більшості випробуваних властивий високий рівень невротизації (34%), що свідчить про виражену емоційну збудливість, у результаті якої з'являються негативні переживання такі як тривожність, занепокоєння, дратівливість. До домінуючих показників прояву невротизму у підлітків належать такі: порушення поведінки (32%), вегетативні розлади (22%), що виявляється, як правило, в агресивності, непокорі. Основна суть проблеми полягає в тому, що у дітей підліткового віку вегетативні розлади, висуваючись на перший план, можуть маскувати невротичну симптоматику. Слід зазначити, що багато підлітків потрапляючи під залежність від фізичного стану, починають нервувати та звинувачувати себе в неповноцінності.

Кореляційний аналіз показав, що виявлено взаємозв'язок частоти та типів конфліктної поведінки з проявами невротичних станів.

Існує значущий прямий зв'язок між частотою конфліктів та депресією $r=0,61$ ($P < 0,05$); це свідчить про те, що чим частіше підлітки конфліктують між собою, сперечаються, проявляють, озлобленість у міжособистісній взаємодії, то у підлітків проявляється депресивний стан. Значущий прямий зв'язок встановлений між частотою конфліктів та рівнем «невротизації» $r=0,83$ ($P < 0,05$), це свідчить про те, що чим частіше підлітки конфліктують між собою, тим більше рівень невротизації. Між високим рівнем порушень поведінки з частотою конфліктів $r = 0,78$ ($P < 0,05$), що вказує на те, що коли поведінка підлітка супроводжується агресивністю, непокорюю, то все це супроводжується частими конфліктами.

Встановлений зворотній кореляційний зв'язок між рівнем невротизації і такими стилями особистісної поведінки, як компроміс $r = -0,11$ ($P < 0,05$), уникнення $r = -0,17$ ($P < 0,05$), пристосування $r = -0,15$ ($P < 0,05$), показником «гнучкість поведінки» ($r \leq -0,51$), це дозволяє зробити висновок що, підлітки які

здатні до компромісу, успішно та конструктивно вирішувати складні життєві ситуації, а також проявляти гнучкість поведінки у спілкуванні з однолітками у них менше виявляються невротичні розлади.

Менш виражений прямий кореляційний зв'язок між рівнем невротизації та таким типом міжособистісних відносин як авторитарний $r = 0,43$ ($P < 0,05$), агресивний $r=0,61$ ($P < 0,05$), залежний $r = 0,39$ ($P < 0,05$), недовірливо-скептичним $r=0,43$ ($P < 0,05$). Це свідчить про те, що, коли підлітки проявляють ворожість, займають суперечливу позицію в групі однолітків, авторитарний стиль міжособистісної взаємодії, то між підлітками найчастіше виникають конфліктні ситуації, які супроводжуються відчуженням, дискомфортом, стресом, що призводить до неврозів.

Отже, міжособистісні конфлікти сприяють прояву невротичних станів у підлітків, корекція щодо запобігання міжособистісних конфліктів може виступати профілактикою невротичних станів у підлітків. Така робота дозволяє не лише допомогти особистості одержати знання про ефективні способи розв'язання конфліктів, але і надає їй інформацію про можливості саморегуляції у складних життєвих ситуаціях, здійснює цілеспрямований вплив на особистість з метою гармонізації її психічного та соціального життя.

Список літератури:

1. Бедлінський О. І. Проблеми підліткового віку в сучасному суспільстві // Практична психологія і соціальна робота. – 2011. – № 2. – С. 54-60.
2. Кондратенко Н. Особливості конфліктної поведінки підлітків // Психолог – 2005. – №48. – С.16-22.
3. Конфліктологія: Навч. Посібник / За ред. В. М. Петюха, Л.М.Емельяненко, Л. В. Торгової. – К.: КНЕУ, 2003. – 316 с.
4. Ложкін Г. В., Пов'якель Н. І. Психологія конфлікту: теорія та сучасна практика: Навчальний посібник / Ложкін Г. В., Пов'якель Н. І. – К.: ВД «Професіонал», 2006. – 416 с.

5. Матяш-Заяц Л.П. Стиль спілкування як чинник міжособистісних конфліктів у ранньому юнацькому віці // Психологія: Зб. наук. пр. НПУ імені М.П. Драгоманова. Випуск 15. – К.: НПУ імені М.П. Драгоманова, 2002. – С.178 – 183.

УДК [613.2+612.392]:378.17-057.87

Майса Нобатбайгызы Джумабаева

Студентка

Витебский государственный университет имени П.М. Машерова,

г. Витебск, Беларусь

Марина Александровна Щербакова

К. биол. наук, доцент

Витебский государственный университет имени П.М. Машерова,

г. Витебск, Беларусь

E-mail: mas-80@mail.ru

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ ПРИ УМСТВЕННЫХ И ИНТЕНСИВНЫХ НАГРУЗКАХ

Аннотация. В статье рассматриваются основные проблемы организации студенческого питания, аспекты питания и рациональное питание студентов.

Ключевые слова: питание, рацион питания, умственная работа, интенсивная работа, студент.

Maysa Nobatbaygyzy Jumabayewa

Student

Vitebsk State University named after P.M. Masherov,

Vitebsk, Republic of Belarus

Maryna Aleksandrovna Shcharbakova
PhD in Biological Sciences, Associate Professor
Vitebsk State University named after P.M. Masherov,
Vitebsk, Republic of Belarus
E-mail: mas-80@mail.ru

THE MAIN PROBLEMS OF SUPPLY OF STUDENTS IN MENTAL AND INTENSIVE LOADS

***Abstract.** The article deals with the main problems of the organization of student nutrition, aspects of nutrition and rational nutrition of students.*

***Keywords:** food, food ration, mental work, intensive work, student.*

Питание – это сложный процесс взаимодействия человеческого организма с пищей, в результате которого человек может существовать физически. Каждому из нас присуща своя комбинация клеток и атомов, из которых состоит физическая оболочка, а значит, каждому нужен свой состав пищи. Понятие пищи трудно поддается определению. С химической точки зрения пищей можно назвать смесь органических и неорганических веществ. А пищеварением - процесс механической и химической переработки пищи. В результате пищеварения питательные вещества, поступившие в организм с пищей, всасываются и усваиваются, а ненужные – выводятся [6].

Проблема здоровья, а значит, и питания важна для каждого человека - молодого, пожилого, больного и практически здорового. От того, что мы едим, зависит не только наше здоровье в целом, но и наше настроение, работоспособность и даже способность к творчеству, то есть наш духовный мир.

Одной из важнейших составляющих здорового образа жизни является рациональное питание. Большинство населения с пренебрежением относится к своему здоровью. Нехватка времени, некомпетентность в вопросах культуры

питания, темп современной жизни - все это привело к неразборчивости в выборе продуктов [5].

Беспокоит рост популярности у студентов продуктов питания быстрого приготовления, содержащих в большом количестве различные ароматизаторы, красители, модифицированные компоненты. Поэтому неправильное питание становится серьезным фактором риска развития многих заболеваний. К сожалению, статистика последних лет показывает резкое увеличение среди молодых людей лиц, страдающих ожирением, заболеваниями сердечно-сосудистой системы, сахарным диабетом и так далее. Предотвратить такие заболевания можно, если вести здоровый образ жизни и, в первую очередь, правильно питаться [1].

Организму студентов свойственны особенности, обусловленные возрастом, влиянием условий учебы и быта. Большое влияние на организм студентов младших курсов оказывают изменения привычного уклада жизни. В организме молодых людей еще не завершено формирование ряда физиологических систем, в первую очередь нейрогуморальной, поэтому они очень чувствительны к нарушению сбалансированности пищевых рационов.

В связи с нарушением режима питания за время учебы у многих студентов развиваются заболевания пищеварительной системы, получившие название «болезни молодых», а также гипертоническая болезнь, невроты и другое. Студенческая пора очень насыщена и разнообразна, отличается большим перенапряжением нервной системы. Нагрузка, особенно в период сессии, значительно увеличивается вплоть до 15-16 час в сутки. Хроническое недосыпание, нарушение режима дня и отдыха, характера питания и интенсивная информационная нагрузка могут привести к нервно-психическому срыву. В компенсации этой негативной ситуации большое значение имеет правильно организованное рациональное питание [4].

Чаще всего студенты питаются крайне нерегулярно, перекусывая на ходу, всухомятку, 1-2 раза в день, многие не пользуются услугами столовой. В рационе питания студентов преобладают углеводы, так как за счет них легче

восполнить энергетические затраты. При выборе продуктов следует учитывать ограниченность денежного бюджета студентов. С целью обеспечения рационов студентов достаточным количеством биологически ценных белков следует использовать их дешевые источники (субпродукты, обезжиренное молоко, нежирный кефир и другое). Для обеспечения потребности в жирах в рацион необходимо вводить в непрогретом виде растительное и сливочное масла (20 - 25 г). Следует избегать избытка сладостей, так как это может привести к ожирению и сахарному диабету, потребление сладостей, особенно прилипающих к зубам, приводит к кариесу. С целью ликвидации последствий малоподвижного образа жизни следует шире включать в питание растительные продукты, которые являются источником пищевых волокон [2, 3].

Для нормальной жизнедеятельности организма необходимо сбалансированное поступление с пищей основных ее компонентов, а именно: белков, жиров, углеводов, витаминов, микроэлементов. Очень важно, чтобы калорийность рациона соответствовала энергетическим затратам организма в зависимости от индивидуальных особенностей - таких, как рост, вес, возраст и степень физической и эмоциональной нагрузки. Питание должно быть разнообразным, включать в себя мясо, рыбу, яйца, молочные продукты - основные источники белка, необходимого для роста и восстановления клеток и тканей организма и его нормальной жизнедеятельности [5].

С целью изучения отношения студентов «Витебского государственного университета им. П.М. Машерова» к проблеме здорового питания нами была составлена анкета и проведено анкетирование первокурсников. В опросе приняли участие студенты биологического факультета первого курса в количестве 52 человек. Из них девушек – 30, юношей – 22, возраст, которых от 17 до 23 лет.

В ходе исследования отношения студентов к проблеме здорового питания были получены следующие результаты:

1. Исходя из полученных результатов, можно говорить о том, что занимаются спортом 42% опрошенных студента, 19% - посещают различные секции, 16% - занимаются только на физической культуре в университете, 23% - не могут заниматься, так как противопоказано из-за болезни. Большинство опрошенных 61 % занимаются спортом или танцами, бегом, многие из них соблюдают режим дня.

2. Результаты исследования показали, что 75% опрошенных студентов живут в общежитии, из них ответили, что питаются не менее 3-х раз в день 88 %, менее 3-х раз питаются лишь 12%. Студенты, проживающие с родителями (25%) питаются от 3 до 5-6 раз в день.

3. Исследование показало, что 27 % опрошенных студентов выпивают 1 или менее 1 стакана воды в день, этого недостаточно для нормального функционирования молодого организма.

4. Исходя из полученных данных, можно сделать вывод о том, что у юношей (7%) количество приемов белка в суточном рационе значительно больше, чем у девушек (0%). Однако и юношей, и у девушек в суточном рационе присутствуют белки.

5. Проведя исследование, нами был сделан вывод о том, что 81 % опрошенных студентов проверяют срок годности товара, ничего не проверяют лишь 4 %.

6. Как показали результаты исследования, половина опрошенных студентов часто употребляют жаренную и жирную, острую пищу редко, но употребляют фаст-фуды, пиво, газированные напитки. Этот факт свидетельствует об отсутствии культуры здорового питания у значительной части опрошенных студентов. Опрос показал, что 75% студентов не соблюдают никаких диет, а 25 % придерживаются диеты: из них 10% - для здоровья и 15 % - для похудения.

7. Исходя из результатов исследования, можно говорить о том, что 27 студентов придерживаются принципов здорового питания, 15 – не регулярно, но стараются придерживаться принципов здорового питания, 10 студентов –

не придерживаются здорового питания. Это говорит о том, что все опрошенные студенты знакомы с принципами здорового питания, но не каждый их соблюдает.

8. Проведя исследование, можно сделать вывод о том, что 31 студент употребляет пиво и слабоалкогольные напитки, а 21 – не употребляет.

9. Исходя из проведенного исследования, можно сделать вывод о том, что 30 студентов постоянно употребляют витаминные комплексы, 17 – иногда и 5 студентов из опрошенных не употребляют никаких витаминных комплексов.

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

1. Большинство опрошенных студентов – 73% не считают себя здоровыми, лишь 27% осознают себя здоровыми людьми.

2. Вместе с тем, большинство студентов занимаются физическим развитием – 61 %.

3. Однако, значительная часть, больше половины опрошенных студентов, питается неправильно, употребляя нездоровую пищу, не соблюдая режимные моменты.

4. Учитывая, полученные данные, анализ литературы мы предлагаем рекомендации по организации правильного питания, которые можно увидеть далее.

5. С целью решения проблемы здорового питания студентов предлагаем создать в общежитиях «Кухни здорового питания студентов». Волонтеры этого движения могут использовать разные формы работы от листовок-информаций здорового питания до фестивалей здоровой кухни народов мира.

Список литературы:

1. Горшков А.И., Липатова О.В. Гигиена питания. – М., Медицина, 1987. – 416 с.

2. Государственный стандарт Республики Беларусь. Общественное питание. Термины и определения: СТБ 1209 - 2005. - Введ.01.01.2006. - Минск. Министерство торговли Республики Беларусь, 2006. – 13 с.
3. Грязева Е.Д., Жукова М.В., Кузнецов О.Ю. и др. Физическое развитие и совершенствование физического воспитания в вузе [Текст]: система воспитания в высшей школе. – М.: ФИРО, 2012. – 72 с.
4. Захарченко М.Н., Кучер Л.С., Обслуживание на предприятиях общественного питания. – Москва, 1986. – 272с.
5. Иванова, Л.Ю., Ивахненко Г.А., Резникова Т.П. Студенты: поведение как фактор риска для здоровья [Текст]: система воспитания в высшей школе. – М., «ФИРО», 2011. – 80 с.
6. Иванюшкин А.Я. «Здоровье» и «болезнь» в системе ценностных ориентаций человека. // Валеология. – 1982. - № 1, С.49 – 58, № 4, С. 29 – 33.

УДК 159.964.21:5

Діана Сергіївна Дроздова

К.. психол. наук

Донбаський державний педагогічний університет

м. Слов'янськ, Україна

E-mail: diana.drozdova@gmail.com

МІЖСОБИСТІСНЕ СПІЛКУВАННЯ ЯК СКЛАДОВА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Аннотація. В статті зроблено акцент на важливості побудови продуктивного міжособистісного спілкування в загальному розумінні здорового людини і психокорекції, яка сприяє досягненню результату в процесі соціального взаємодія.

Ключевые слова: межличностное общение, психокоррекция, психологические защиты.

Diana Sergeevna Drozdova

PhD in Psychological Sciences

Donbass State Pedagogical University,

Sloviansk, Ukraine

E-mail: diana.drozdova@gmail.com

INTERPERSONAL COMMUNICATION AS A COMPONENT OF MENTAL HEALTH

Abstract. The article focuses on the importance of constructing productive interpersonal communication in the general sense of a healthy person and psycho-correction, which contributes to the achievement of the result in the process of social interaction.

Keywords: interpersonal communication, psychocorrection, psychological protection.

У стрімкому розвитку сучасного суспільства все більшої актуальності набувають такі поняття як: «лідерство», «конкуренція», «соціальне визнання», «професійна самореалізація» та ін., які характеризують сучасну людину. Поряд з цим, треба розуміти, що тільки психічно та фізично здорова людина спроможна поєднати у собі якості успіху. Сьогодні акцент робиться на тому, що поліпшення стану здоров'я залежить від розумової діяльності самої людини щодо відношення до своїх життєвих ресурсів.

Всесвітня організація охорони здоров'я зазначає, що людське здоров'я – це не просто відсутність хвороби, а повне фізичне, душевне та соціальне благополуччя. Тобто, людина є автором власного здоров'я, а в справі його збереження вона виконує основну роль, що визначається зрілою

самосвідомістю індивіда. Психічне здоров'я забезпечується на різних, але взаємозалежних рівнях функціонування: біологічному, психологічному і соціальному. Здоров'я на психологічному рівні пов'язане з індивідуальними особливостями розвитку та становлення особистості [3].

Умовним можна назвати перехід від психічного до соціального рівня. Людина, як соціальна істота, постійно включена у систему суспільних відносин, знаходиться під впливом різних соціальних груп (колективів) до яких належить. Це і зрозуміло: тут розвивається і формується її особистість, тут вона навчається соціальній поведінці, яка є значущою, задовольняє свої потреби, приймає участь в соціальному житті [5]. І, відповідно, спілкування є значимим для особистості, воно є обов'язковою умовою «формування загального інтелекту людини, особливо перцептивних, мнемічних і мисленнєвих характеристик», «в розвитку емоційної сфери людини та формуванні почуттів» [1; 121-122].

Дослідження процесу спілкування висвітлено в роботах О. О. Бодальова, Д. Б. Ельконіна, О. В. Запорожця, Я. Л. Коломінського, О. М. Леонтьєва, Б. Ф. Ломова, Д. Майєрса, В. М. М'ясищева, Л. А. Петровської, Т. С. Яценко та інших.

З літератури відомо що, труднощі у міжособистісному спілкуванні виникають внаслідок неприйняття партнера по спілкуванню, його поведінки, власного емоційного стану, помилок в обробці отриманої інформації.

Дослідження, проведенні в рамках психодинамічної теорії (Т. С. Яценко), підтверджують той факт, що спілкування може обтяжуватись психологічними викривленнями, породжуваними психологічними захистами психіки, які дестабілізують поведінку людини та можуть обумовити ригідність психіки та закритість для нового досвіду [3]. Психологічні захисти, «знижуючи рівень емоційного переживання, дають можливість людині підтримувати переконання, що вона є тим, ким хоче вважати себе, незважаючи на те, що є багато даних, які заперечують ці переконання» [4; 25], а тому «при психологічному захисті суб'єкт не завжди усвідомлює справжню доцільність

власних дій» [там само]. При цьому окремі форми психологічних захистів (проекція, перенесення, заміщення, раціоналізація тощо) підтримують ілюзію просоціальної спрямованості активності, а уявлення про власне «Я» залишається незмінно ідеалізованим.

Провідною характеристикою психологічних захистів є цілісність і системність. Захисти – це диспозиційне утворення, яке є впорядкованим і самодостатнім. При цьому функціонування захисної системи людини не усвідомлюється. Її формування значною мірою пов'язане із системою заохочень і покарань у дитинстві, що згодом трансформується в потребу підтримувати гідність власного «Я» в ситуації спілкування [2]. Система психологічних захистів суб'єкта впродовж життя деструктивно впливає на життєдіяльність та соціальну адаптацію [7].

Як показує наше дослідження процес спілкування безпосередньо знаходиться під впливом психологічних захистів, яким властива автоматизованість реалізації інфантильних інтересів, що задаються глибинно-психологічними цінностями. Дія захисних механізмів незалежно від різновиду (ситуативні та базові) підлягає імперативу впливу тенденції до психологічної сили, що обумовлює маскування почуття меншовартості. Такі відступи від реальності, що задаються захисною системою деструктують особистісну поведінку й шкодять міжособистісному спілкуванню. Дисфункції спілкування можуть мати замасковані форми вираження, які суб'єкт не усвідомлює. При цьому в поведінці починають превалювати ірраціональні компоненти та немотивовані вчинки. Такій поведінці властива ілюзорність у розв'язанні тих чи інших проблем, а засоби спілкування та взаємодія з оточенням не відповідають свідомим намірам.

Групова психокорекція за методом активного соціально-психологічного пізнання (АСПП, засновник Т.С. Яценко) слугує поліпшенню взаємин суб'єкта з іншими людьми та нівелює труднощі спілкування. Практичне вивчення труднощів спілкування та їх інфантильних першопричин, пов'язаних з історією життя суб'єкта, передбачає опанування основ процесуальної

психодіагностики та психоаналізу. У процесі психодіагностики розкривається зміст міжособистісних стосунків і з'ясовуються причини того, що створюється в ситуації спілкування для зміни на краще відповідно до цілей самої людини та збереженні при цьому її психічного здоров'я та індивідуальної позиції у соціумі.

У психокорекційній групі АСПП пізнанню процесу спілкування того чи іншого учасника сприяє виявлення повторюваності поведінки, що детермінується несвідомою сферою, із різними членами групи й у різних ситуаціях. Ситуація в групі АСПП має подвійну спрямованість: на реалізацію загальнолюдських цінностей у стосунках між людьми (щирість, прийняття іншого таким, яким він є, взаємопідтримка, взаємоприйняття, психологічна безпека контактів, взаєморозуміння а ін.) й наближення до пізнання індивідуально-неповторної проблематики кожного з учасників навчання. Індивідуально-особистісна проблема може визначати характер реалізації загальнолюдських цінностей у спілкуванні [6].

Результатом проходження психокорекції можуть слугувати так звані показники поліпшення взаємин з партнером та соціальної зрілості людини, а саме: спільний пошук шляхів розвитку рівноправних стосунків, послаблення намагання «підігнати» себе та інших під певну модель чи зразок; зменшення бажання знайти винного у своїх невдачах; нівелювання взаємних докорів, надто гострих жартів, претензій і впливу минулого травматичного досвіду спілкування на ситуацію «тут і тепер».

Таким чином, забезпеченню здорового функціонування особистості у суспільстві сприяє націленість її на особистісний розвиток та самовдосконалення, налагодження продуктивного спілкування та ефективної взаємодії з оточуючими. Участь у психокорекційних групах АСПП для власного вдосконалення забезпечить людині можливість виявити домінуючі тенденції власної деструктивної поведінки, зрозуміти причини виникнення таких тенденцій та розкриє можливість вибору здоров'язберігаючого підходу побудови соціальних відносин.

Список літератури:

1. Бодалев А. А. Психология личности. – М.: Изд-во Моск. ун-ва, 1988. – 188 с.
2. Концептуальні засади і методика глибинної психокорекції: Підготовка психолога-практика: Навч. посіб./ Т. С. Яценко, Б. Б. Іваненко, С. М. Аврамченко та ін., за ред. Т. С. Яценко. - К.: Вища шк., 2008. – 342 с.
3. Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І. Психологія здоров'я людини / За ред. І. Я. Коцана. – Луцьк: РВВ “Вежа” Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2009. – 316 с.
4. Яценко Т. С. Активная соціально-психологическая підготовка учителя к общению с учащимися: Кн. для учителей. – К., 1993. – 208 с.
5. Яценко Т. С., Іваненко Б. Б., Горобець Т. В., Дметерко Н. В., Психологічні викривлення у контексті цілісного розуміння психіки // Проблеми загальної та педагогічної психології. Зб. наук. праць інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України. – К., 2004. – Т. 6. – вип. 7. – с. 376-384.
6. Яценко Т. С. Основи глибинної психокорекції: феноменологія, теорія і практика: Навч. посіб. – К.: Вища шк., 2006. – 382 с.: іл.
7. Яценко Т. С. Функціонально-структурний підхід до розуміння психіки у внутрішній динаміці / Розвиток педагогічної і психологічної наук в Україні 1992-2002/ Збірник наукових праць до 10-річчя АПН України. Частина 1. – Харків: ОВС, 2002. – с. 452-468.

УДК 159.9+616.8

Елена Борисовна Егорова

К. психол. наук, доцент

Донбасский государственный педагогический университет,

г. Славянск, Украина

E-mail: egorovahb@list.ru

Анна Сергеевна Кизим

Старший преподаватель

Донбасский государственный педагогический университет,

г. Славянск, Украина

E-mail: kizimania@yandex.ru

Анна Владимировна Шамардина

студентка

Донбасский государственный педагогический университет,

г. Славянск, Украина

E-mail: annshamardina78@gmail.com

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ СОМАТИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ПОДРОСТКОВ С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ ТРЕВОЖНОСТИ

***Аннотация.** В статье рассматриваются вопросы организации психологического сопровождения соматически больных подростков с высоким уровнем тревожности, определяются направления психологической помощи данной категории населения.*

***Ключевые слова:** психологическое сопровождение, соматически больные подростки, тревожность.*

Elena Borisovna Egorova

PhD in Psychological Sciences,

department of applied psychology

Donbass State Pedagogical University, Slavyansk, Ukraine

E-mail: egorovahb@list.ru

Anna Sergeevna Kizim

senior teacher

Donbass State Pedagogical University, Slavyansk, Ukraine

E-mail: kizimania@yandex.ru

Anna Vladimirovna Shamardina

student

Donbass State Pedagogical University, Slavyansk, Ukraine

E-mail: annshamardina78@gmail.com

PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF JUVENILE SOMATIC PATIENTS WITH HIGH LEVEL OF ANXIETY

***Abstract.** The article is devoted to the questions of psychological support's organization of juvenile somatic patients with high level of anxiety. The article deals with the information about the directions of a psychological help to this category of population.*

***Keywords:** psychological support, juvenile somatic patients, anxiety.*

Постановка проблемы. Сегодня на Украине четко выявляются тенденции к увеличению числа детей и подростков, которые имеют значительные ухудшения здоровья [4]. В психическом состоянии соматического больного подростка развиваются дисгармоничные процессы, происходит нарушение биосоциальной адаптации (Изуткин А.).

Частое пребывание больного в больничных условиях приводит к дефициту полноценных социальных контактов, провоцирует ощущение одиночества, неуверенности в себе, несформированность коммуникативных умений, вызывает нарушение эмоциональной, волевой и когнитивной сферы, - то есть способствует реализации паттерна поведения высоко тревожной личности [1; 2; 3], что проявляется в росте тревоги и школьной тревожности.

Школьная тревожность, согласно Филлипсу [5], определяется наличием тревожных синдромов (переживание социального стресса; фрустрация потребности; страх самовыражения; страх ситуации проверки знаний; страх не отвечать ожиданиям окружающих; низкая физиологическая сопротивляемость стресса; проблемы и страхи в отношениях с учителями), их количеством,

может способствовать возникновению психосоматических заболеваний.

Как утверждает В. Манова – Томова (1981), учеба больного ребенка является частью проблемы школы. Цель психологической коррекции – привести состояние больного ребенка к такому уровню, который позволит ему учиться в обычной школе, но в период его стабилизации и возобновления здоровья ему необходима более специальная система. Таким образом, соматически больные ученики нуждаются в психологическом сопровождении [6]

Анализ последних исследований и публикаций. Проблема психологического сопровождения привлекает внимание все большего числа исследователей (Битянова М., Мордовкина М., Пономарева Ж., Стрижев В., Швецова М., Юдин С. и др.).

Психологическое сопровождение (от англ. psychological support - психологическая поддержка) - это целостный процесс изучения, формирования, развития личности. Психологическое сопровождение в школе (Мамайчук И.) направлено на образование социально психологических условий для успешного овладения учебной деятельностью школьниками. Особенно важным является сопровождение в так называемых психогенных ситуациях, которыми изобилует школьная жизнь. А именно: психоэмоциональная подготовка учеников к занятиям, снятие эмоционального напряжения перед контрольными и экзаменами и др. [7].

По мнению ряда исследователей, [3;6;7], психологическое сопровождение в школе должно включать диагностику и анализ индивидуально психологических проблем личности ученика, - всего, что в совокупности может привести к проблемам в учебе школьника, его общения со сверстниками и с учителями, к социально психологической дезадаптации.

На основе полученных данных и обнаруженных психологических проблем должна проводиться работа по их коррекции или устранению (Хижняк А., 2013).

Цель статьи – определение динамики показателей тревожности

соматически больных подростков с разными диагнозами как диагностической и коррекционной стороны психологического сопровождения их учебной деятельности.

Изложение основного материала. Данное исследование проводилось на базе городских школ г. Славянска Донецкой области. В эксперименте принимали участие соматически больные подростки возрастом 12 - 15 лет.

Для решения поставленных заданий были применены методы (наблюдение, беседа, анализ медицинской документации), психодиагностические методики (рисуночная проба «Дом. Дерево. Человек» Дж. Бука в адаптации Р. Беляускайте; рисуночная проба «Кинетический рисунок семьи» Р. Бернса, С. Кауфмана в адаптации Р. Беляускайте; тест школьной тревожности Филлипса; методика «Незаконченные предложения» Сакса - Леви); методы математической статистики (t- критерий Стьюдента и линейная корреляция Пирсона).

В ходе констатирующего эксперимента были получены следующие показатели. Так, благодаря *методу изучения медицинских карт подростков* выделены группы больных учащихся: группа 1 - «болезни сердечно-сосудистой системы» (вегето - сосудистая дистония) - 55,4% (условно – «сердечные» больные); группа 2 – «болезни дыхательной системы» (подростки с бронхитом, гайморитом; ринитом; тонзиллитом), - 26,8% (больные с поражением органов дыхания); группа 3 – «хирургические болезни» (сколиоз, сколиоз грудного отдела) - 10,7% («хирургические больные»); группа 4 – «нервные болезни» (школьники с астеноневротичным синдромом), - 7,1% («нервные больные»).

Согласно методике «*Дом. Дерево. Человек*», личностная тревожность у всех исследуемых в пределах нормы, но меньшие показатели обнаружены в группе хирургических больных и больных с поражениями органов дыхания. Максимальные показатели личностной тревожности среднего уровня есть у так называемых «сердечных» больных (не значимо).

Как показала методика «*Кинетический рисунок семьи*», наименее

тревожными в своих семья являются хирургические больные и школьники с болезнями органов дыхания; повышена семейная тревожность у «нервных» больных. Максимальный уровень тревожности в семье (не значимо) проявляет группа «сердечников».

Методика *Филлипса* позволила определить, что в меньшей мере у соматически больных нашей выборки проявляется страх в ситуациях проверки знаний; показатели во всех группах совпадают и достигают среднего уровня.

Больше всего школьники проявляют страх самовыражения (иногда боятся вступить в спор, могут переживать из-за некоторых высказываний сверстников, часто боятся выглядеть плохо, волнуются относительно мыслей, окружающих о себе): в группе 1, в группе 4 и в группе 3 - высокий уровень; в группе 2 – средний.

Также на среднем уровне проявляются у исследуемых социальный стресс, фрустрация потребностей в достижении успеха, низкая физиологичная сопротивляемость стрессу, страх не отвечать ожиданиям других; при этом наибольшие показатели проявляются у «сердечных» больных (не значимо), наименьшие - у хирургических больных (не значимо) и подростков с поражением органов дыхания (не значимо).

Наибольшую школьную тревожность проявляет группа «сердечников», самими спокойными в общении с одноклассниками и учителями оказались хирургические больные, за ними идут школьники с нарушением органов дыхания и нервными болезнями.

В целом, школьная тревожность исследуемых нами учащихся выше, чем тревожность в семье.

Методика «*Незаконченные предложения*» обнаружила, что лучше всего соматически больные подростки относятся к матери, хуже всего - к своему отцу и к своему прошлому.

При этом представители группы «сердечников» лучше всего относятся к матери (высокий уровень), хуже всего – к своему прошлому (средний уровень); больные с проблемами органов дыхания лучше всего относятся к

матери (высокий уровень), хуже всего – к отцу (средний уровень); хирургические больные верят в лучшее будущее (высокий уровень; $p \leq 0,05$) и имеют негативные воспоминания о прошлом (средний уровень); нервные больные лучше всего относятся к матери (высокий уровень), хуже всего – к своему будущему (средний уровень).

В целом к себе и к другим лучше всего относятся представители группы 2, хуже всего - группы 4.

Подсчет коэффициента *линейной корреляции Пирсона* обнаружил, что личностная тревожность усиливает проявления вегето -сосудистой дистонии и также семейную тревожность.

Школьная тревожность усиливает личностную тревожность ($r = 0,576$, $p < 0,001$) и семейную тревожность ($r = 0,558$, $p < 0,001$) у школьников исследуемой категории.

Также обнаружены значимые обратные связи между семейной тревожностью соматически больных школьников и субъективными отношениями к матери ($r = - 0,483$, $p < 0,01$), к отцу ($r = - 0,702$, $p < 0,001$), к себе ($r = - 0,511$, $p < 0,001$), к будущему ($r = - 0,554$, $p < 0,001$), к прошлому (не значимо), - то есть чем лучше относится больной подросток к себе, к другим, тем меньше проявляется тревожность в семейной ситуации.

По результатам констатирующего эксперимента была разработана программа психологического сопровождения, направленная на снижение тревожности у соматически больных подростков. Основным методом выступал психологический тренинг. Тренинг включает этюды, игры, упражнения и рассчитан на 10 занятий. Также была отобрана экспериментальная группа в количестве 10 человек, куда вошли больные ученики с высоким уровнем тревожности.

После проведения формирующего эксперимента у школьников уменьшились показатели личностной, семейной и школьной тревожности. Это свидетельствует об эффективности проведенной психокоррекции. Тот факт, что названные показатели в экспериментальной группе изменились не

значимо, указывает на необходимость дополнительного исследования с больными учениками.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование показало наличие связи между тревожностью и субъективными отношениями к себе, к другим у больных подростков. Также были определены коэффициенты Стьюдента, которые на умеренном уровне присущи ученикам с разными соматическими болезнями, что свидетельствует об отличиях тревожности у школьников с разными диагнозами, и дает возможность наладить специальную работу по преодолению высоких уровней тревожности подростков. Средствами коррекции высокого уровня тревожности у соматически больных учащихся во время ремиссии может выступать психологический тренинг в школе как метод психологического сопровождения.

Список литературы:

1. Вітенко І.С Зміни психіки при соматичних розладах — актуальна проблема медичної психології // Практична психологія і соціальна робота. — 2000. - №4. - С 31-32.
2. Ильин Е.П. Тревога // Эмоции и чувства. 2-е изд. – СПб.: Питер, 2008. – С. 159-163.
3. Психологическое сопровождение диагностического и терапевтического процесса // Клиническая психология / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2007. – С. 695-746.
4. Подкорытов В.С. Станет ли больной ребенок в Украине правилом, а здоровый – исключением? // Практична психологія та соціальна робота, № 6-7, 1998. – С. 66-69.
5. Тест школьной тревожности Филлипса // Детский психолог. - Ростов-на-Дону: Тотем, 1996. – С. 40-46.
6. Хижняк А.А. Психологічний супровід діяльності викладача фізичного виховання у професійному становленні // Проблеми сучасної психології:

Збірник наукових праць Кам'янець – Подільського національного університету. - Кам'янець – Подільський.: Аксіома, 2013. – вип. 22. – С. 599-610.

7. Республиканский портал «Профессиональное образование». [Электронный ресурс] URL: www.rpo.unibel.by (дата обращения: 13.02.2018).

УДК 159.99+616.831

Елена Борисовна Егорова

К. психол. наук, доцент

Донбасский государственный педагогический университет,

г. Славянск, Украина

E-mail: egorovahb@list.ru

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СО СПИНАЛЬНЫМИ БОЛЬНЫМИ

Аннотация. В статье рассматриваются вопросы организации психологической реабилитации спинальных больных, определяются направления психологической помощи данной категории населения.

Ключевые слова: психологическая реабилитация, спинальные больные, эмоции.

Elena Borisovna Egorova

PhD in Psychological Sciences, Associate Professor

Donbass State Pedagogical University,

Sloviansk, Ukraine

E-mail: egorovahb@list.ru

CHARACTERISTICS OF PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF SPINAL PATIENTS

***Abstract.** The article is devoted to the questions of psychological rehabilitation's organization of spinal patients. The article deals with the information about the directions of a psychological help to this category of population.*

***Keywords:** psychological rehabilitation, spinal patients, emotions.*

Постановка проблемы. Сегодня на Украине четко выявляются тенденции к увеличению числа больных с поражением позвоночника и спинного мозга [4; 10]. Открываются новые санаторные корпуса для спинальных больных (Куяльник, 2015), создана ассоциация инвалидов спинальников Украины (2015).

Спинальная травма является серьезной и необычно серьезной социально-медицинской проблемой, которая требует помощи и разрешения. Человек, которому не удалось восстановить свои духовные силы и возможности после перенесения физической или психической болезни, даже при незначительном отклонении от нормы с трудом возвращается к нормальному самочувствию. Может возникнуть состояние постоянной тревожности и угнетенности, реакции страха, чувство неполноценности, что в свою очередь снижает трудоспособность человека и нередко ведет к еще более серьезным нарушениям психики. [2; 3; 9]

Больные спинального профиля имеют свои психологические особенности и поэтому нуждаются в реабилитации для интеграции в социуме. Проведение своевременной психологической реабилитации может способствовать профилактике суицидов среди указанной категории больных Украины, которая стала, увы, рекордсменом Европы [10].

Анализ последних исследований и публикаций. Проблема психологической реабилитации привлекает внимание все большего числа зарубежных и отечественных исследователей (Боголюбова В., Вастьянова Ю., Кискера К., Осадчих А., Порнякова А., Перре М., Сидорова П., Филатова А., Фрайбергера Г., Щербаковой А., Юмашева Г. и др.) [3; 6; 8; 9].

Психология и медицина применяют разные виды вмешательств (интервенций). М. Перре и У. Бауманн подразделяют все виды интервенций, используемых в медицине, на четыре группы: медикаментозные (фармакотерапия), хирургические (хирургия), физические (физиотерапия) и психологические (психотерапия) [6].

Больные с травмами позвоночника и спинного мозга, по мнению большинства авторов, составляют от 1 до 4 % от общего числа больных с разными видами травм. Значительно чаще спинальные травмы получают мужчины в возрасте 20-45 лет. При этом виде травмы остаются существенная часть инвалидов и летальных случаев.

Частота поражений позвоночника распределяется в таком соотношении: поясничный – 43,2 %, грудной – 41,4 %, шейный – 10,2 %. Таким образом, наиболее чувствительными при травме является поясничный и грудной отделы позвоночника [9].

Травматическое поражение спинного мозга выступает не только местным, но и общим заболеванием, которое охватывает различные органы и системы организма. Все это обуславливает необходимость проведения патогенетического лечения больных с поражением спинного мозга с первых минут с момента травмы. Так, необходимо проводить медицинские меры, к которым относятся лечебная физкультура [5], лечение по методу Кенни, минеральные ванны, водолечение, питьевые минеральные воды, пиелотерапия [7].

Цель реабилитации – восстановление человека как личности, которая включает в себя физиологические, физические, психологические и социальные функции. Достичь ее можно только при условии тесной интеграции и координации деятельности специалистов разного профиля, которые принимают участие в процессе реабилитации, с учетом специфики перенесенной травмы или болезни.

Таким образом, основные задачи реабилитации заключаются в том, чтобы сделать больного или инвалида способным к жизни в обществе [1].

Только одно лечение, пусть даже очень успешное, во многих случаях не может вернуть человеку способность работать, быть экономически независимым, активным членом общества, - но это же конечная цель реабилитации [2]. Возвращение к труду позволяет больному снова занять определенное место в обществе и семье, обеспечить личностную независимость; содействует успешному завершению процесса психологической реабилитации.

В большинстве болезней программа «Школы» должна включать занятия на такие темы: 1) суть болезни, методы и возможности лечения; 2) проблемы, вызванные болезнью и ее последствием, роль возможности больного и его близких в их решении; 3) система реабилитации, реабилитационный потенциал; 4) методы физической реабилитации; 5) психологическая реабилитация; 6) социально-трудовая реабилитация; 7) вопросы вторичной профилактики.

Как подчеркивает М. Волков, значение психологического влияния медицинского персонала, который имеет непосредственный контакт с больным, без преувеличения, огромно. Ятрогения - не всегда результат явной ошибки в поведении врача. Иногда в этом виновато отсутствие внимания к личности больного, к его переживаниям, психологической реакции на происходящее. В большинстве случаев больной должен знать правду о своем состоянии, какой бы горькой правда не была [3].

После стабилизации и улучшения основных функций организма, уменьшения интоксикаций психологическое состояние больного улучшается, в этот период больных характеризует некоторая переоценка своих сил, повышенное настроение. Наступает второй период и формируется реакция на болезнь. Больные часто начинают осознавать всю глубину настигнувшего их несчастья. Наряду с тревожными переживаниями относительно здоровья, прислушивается к своему состоянию появляются тяжелые мысли о будущем, страх перед возможной инвалидностью, тревога о благосостоянии семьи.

Процесс формирования психологической реакции на болезнь

завершается на 2-3 - м месяце заболевания. Выделяют два основных типа реакции: адекватный и невротический. Критерием, отделяющим один тип от другого, выступает совокупность поведенческих признаков. Если больной придерживается режима, советов врача, способен контролировать свои эмоции, если его представления о болезни и ее последствиях отвечают информации, полученной от врача, реакцию больного на заболевание оценивают, как адекватную. Если же появляются специфические психопатологические синдромы, тесно связанные с переживаниями и представлениями о болезни, то имеет место невротическая реакция на заболевание.

Обычно к 4-6 месяцу с начала болезни реакции на нее нивелируются. В динамике психологического состояния наступает третий этап. Однако иногда психические изменения усиливаются, закрепляются, формируются более стойкие психические нарушения – неврозы и патологические отклонения личности – которые значительно осложняют реабилитацию.

Динамика психологического состояния при других различных условиях зависит от сроков стационарного лечения, в частности от длительности постельного режима. В результате этого формируются ипохондрические и фобические нарушения, которые усложняют реабилитацию. Постепенное расширение режима, лечебная физкультура укрепляют уверенность в выздоровлении, устраняют страх перед физическим напряжением даже при усложнении течения болезни.

Цель статьи – определение психического состояния больных после травмы позвоночника и спинного мозга, разработка методов психологической реабилитации для спинальных больных.

Изложение основного материала. Данное исследование проводилось базе санаторно-курортного реабилитационного центра. В эксперименте принимали участие 50 больных, из них 26 мужчин и 24 женщины возрастом от 20 до 42 лет с различной степенью двигательной депривации из-за травмы позвоночника.

Для решения поставленных заданий были применены *методы и методики*: анализ медицинских карт больных; беседа со спинальными больными с целью осознания ими цели эксперимента и получения их согласия на участие в нем; методика диагностики самооценки психических состояний Г. Айзенка; личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ) для диагностики типов отношения к болезни; методика «Четыре персонажа»; восьмицветный тест М. Люшера; методы математической статистики (t-критерий Стьюдента).

В нашей выборке все испытуемые были разделены на четыре группы: к 1 группе отнесены больные с общим заболеванием позвоночника; к 2 – с поражением грудного отдела; к 3 – поражением поясничного отдела позвоночника; к 4 группе отнесены больные с поражением шейного отдела.

Результаты исследования показали, что больные спинального профиля имеют свои психологические особенности. Так, у больных с общим заболеванием позвоночника преобладают агрессивность, ригидность, фрустрация. У больных с травмой грудного отдела преобладает ригидность высокого уровня, с травмой поясничного отдела – тревожность и фрустрация. В 4 группе больных с травмой шейного отдела наблюдается проявление высокого уровня по всем шкалам: тревожности, фрустрации, ригидности, агрессивности.

У представителей 1, 2, 4 групп выявлены высокие показатели по шкале «отношение к процессу своего развития» (способность использовать жизненные ресурсы); во всех группах высокие показатели по шкале «переживание стабильности и определенности в себе» (стабильность). Также в группах 1, 3, 4 отмечен высокий показатель «принятия себя» (принятие своего пола), во 2, 3, 4 группах – принятие своего возраста.

Кроме этого, низкие показатели по шкалам: отношение к жизненной энергии (отказ от анализа проблем своей витальности) наблюдаются у больных с 1, 2, 4 групп, по шкале «символ силы и власти» - у 1, 2, 3, 4 групп. Тенденция «приручить жизненную энергию» намечена у больных с

поражением поясничного отдела позвоночника, «наличие негативного в себе» выявлено во всех группах испытуемых. По шкале «отношение к процессу своего развития» (нет необходимости изменить ситуацию) низкий балл - в группах 1, 2, 3, 4.

Что касается эмоционального состояния, то следует отметить, что у представителей группы 1, 3, 4 преобладает эмоциональное неудовлетворение, у 1, 2, 3, 4 – состояние стресса, у 2, 4 групп – повышенная чувствительность, у больных 1, 4 групп – импульсивность. Во всех группах отмечены низкие показатели по шкале эмоционального благополучия.

Отношение к болезни также различается в группах. Так, в 1 группе больных с общим заболеванием позвоночника выраженный неврастенический тип отношения к болезни, в группе 2 с поражением грудного отдела – анозогнозический; в группе 3 с поражением поясничного отдела позвоночника проявились следующие типы отношения к болезни – неврастенический, обсессивно-фобический, сенситивный. Для пациентов группы 4 с поражением шейного отдела характерны: тревожный, неврастенический, эйфорический, паранойяльный, – типы отношения к болезни.

Таким образом, выявлена связь между поражением определенного отдела спинного мозга и нарушением психического состояния больных. Так, у больных с общим заболеванием позвоночника преобладают агрессивность, ригидность, фрустрация; у больных с поражением грудного отдела преобладает ригидность высокого уровня ($p < 0,05$), с поражением поясничного отдела позвоночника – тревожность, фрустрация ($p < 0,01$).

Имеет место зависимость между состоянием эмоционального комфорта и травмой позвоночника и спинного мозга. Дискомфорт вызывает болезнь, которая переходит на следующую стадию, закрепляя тревожность, фрустрацию и другие негативные эмоциональные состояния в организме больного с травмой позвоночника.

На основании результатов констатирующего эксперимента была разработана программа психологической реабилитации, направленная на

снижение эмоционального дискомфорта у спинальных больных. Программа включает специальные методы работы: беседы, суггестию, упражнения, создание t-группы, либротерапию (чтение литературы с описанием схожего случая, где герой преодолевает болезнь; можно посмотреть фильм с описанием разрешения проблемы больного со схожим диагнозом или кинофильм об опыте работы В. Дикуля) - которые способствуют снижению уровня тревожности, фрустрации и других негативных эмоциональных состояний.

Выводы. Проблема реабилитации больных спинального профиля является актуальной и недостаточно разработанной в практическом отношении. Существуют различные подходы к проблеме реабилитации. Больные с поражением позвоночника имеют свои психологические особенности и нуждаются в психологической реабилитации. Своевременное проведение реабилитации способствует реинтеграции больного в общество и повышению качества его жизни.

Список литературы:

1. Боголюбов В.М. Лечебная физическая культура – основа профилактики и физической реабилитации [Электронный ресурс] URL: // elibrary.kubg.edu.ua (дата обращения: 27.02.2018)
2. Вальчук Э.А. Основы организации медицинской реабилитации | Э.А. Вальчук // Здоровоохранение Белоруссии, 1989. - №2. - С. 46-50.
3. Волков М.В. Пути развития реабилитации в травматологии и ортопедии. [Электронный ресурс] URL:// travma.ru (дата обращения: 27.02.2018)
4. Закон Украины о реабилитации инвалидов в Украине [Ведомости Верховной Рады Украины (ВВР) 2006, №2 - 3, с. 36]
5. Общереабилитационный комплекс упражнений Валентина Дикуля. [Электронный ресурс] URL: // www.beloretskvoi.ru (дата обращения: 20.01.2017)

6. Психологические аспекты реабилитации // Клиническая психология / Под ред. М. Перре, У. Бауманна. - СПб.: Питер, 2002. – С. 611- 633.
7. Совместимость и последовательность применения лечебных физических факторов: Методические рекомендации / Мин. здравоохранения УССР. – Сост. А.А. Шатров. [Электронный ресурс] URL:// elibrary.kubg.edu.ua (дата обращения: 27.02.2018)
8. Щербакова А.М. Психологическая реабилитация. – М.: МГППУ, 2009. – 342с.
9. Юмашев Г.С., Ренкер К. Основы реабилитации.–М.: Медицина, 1973. – 110 с.
- 10.[Электронный ресурс] URL: <http://www.herbalist.ru/ill17.htm/> (дата обращения: 15.03.2017)

УДК 613.96 – 053.6:37.037.1 +371.72

Инна Ивановна Ефременко

К. биол. наук, доцент

Витебский государственный университет имени П.М.Машерова,

г. Витебск, Беларусь

Татьяна Викторовна Бондарь

студентка

Витебский государственный университет имени П.М.Машерова,

г. Витебск, Беларусь

E-mail: inna.efremenko2012@yandex.by

ФОРМИРОВАНИЕ ПОЗИТИВНЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ЗДОРОВОМ ОБРАЗЕ ЖИЗНИ В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ

Аннотация. В статье рассматриваются вопросы формирования позитивных представлений и навыков здорового образа жизни подрастающего поколения

Ключевые слова: *здоровый образ жизни, здоровье, физическое здоровье, психологическое здоровье, молодежная среда*

Inna Ivanovna Efremenko,

PhD in biological Sciences, Associate Professor

Vitebsk state University named after P. M. Masherov, Vitebsk, Belarus

Tatiana Victorovna Bondar

Student

Vitebsk state University named after P. M. Masherov, Vitebsk, Belarus

E-mail: inna.efremenko2012@yandex.by

THE FORMATION OF POSITIVE PERCEPTIONS ABOUT HEALTHY LIFESTYLE IN YOUTH ENVIRONMENT

Abstract. *The article discusses the formation of positive ideas and skills of healthy lifestyles of the younger generation.*

Keywords: *healthy lifestyle, health, physical health, psychological health, youth environment.*

Формирование здорового образа жизни в молодежной среде – сложный системный процесс, охватывающий множество компонентов образа жизни современного общества и включающий основные сферы и направления жизнедеятельности молодых людей. Ориентированность молодежи на ведение здорового образа жизни зависит от множества условий. Это и объективные общественные, социально-экономические условия, позволяющих вести, осуществлять здоровый образ жизни в основных сферах жизнедеятельности (учебной, трудовой, семейно-бытовой, досуга), и система ценностных отношений, направляющая сознательную активность молодых людей в русло именно этого образа жизни [1, 3].

Актуальность проблемы формирования здорового образа жизни в молодежной среде обусловлена, прежде всего, критическим состоянием физического и духовного развития молодого поколения. Причинами нарушений здоровья являются как факторы внешней среды (неблагоприятные экологические факторы), так и факторы риска, имеющие поведенческую основу: курение, употребление алкоголя, иных токсических и психоактивных веществ, отсутствие интереса к регулярным занятиям физической культурой, несоблюдение правил личной гигиены и др. [2, 6]

Здоровый стиль жизни учащихся включает в себя следующие основные компоненты: режим учебы без перегрузок, организацию свободного времени с преобладанием движений, личную гигиену, привычное питание, отсутствие травматизма, здоровые привычки, физическую активность [4].

Современная система мер, предпринимаемых обществом для формирования здорового образа жизни, способствующего укреплению здоровья молодых людей и включения их в активную социальную жизнь, развивается и реализуется на трех уровнях:

- социальном, который предполагает пропаганду здорового образа жизни средствами массовой информации, проведение образовательной и информационно-просветительской работы учреждениями здравоохранения, образования, культуры, социальной защиты населения, подростково-молодежными клубами, общественными объединениями и др.;
- инфраструктурном, т.е. создание условий для ведения здорового образа жизни в основных сферах жизнедеятельности (наличие свободного времени, материальных средств), развитие сети физкультурно-спортивных и досуговых организаций, региональных профилактических организаций (центров медицинской профилактики, восстановительной медицины и реабилитации); проведение экологического контроля; оснащение образовательных, медицинских и др. учреждений, организаций необходимым оборудованием и проч.;
- личностном, который предполагает формирование системы ценностных

ориентаций молодого человека, стандартизация бытового уклада его жизни [5, 7].

Материал и методы. Исследование проводилось на базе ГУО «Бабиническая средняя школа г. Орши». Нами были опрошены учащиеся 10-11 классов; возраст респондентов на момент исследования: 15–17 лет. Общее количество респондентов: 52 человека (33 – девушки и 19 – юношей), которым была предложена анкета, целью которой является определение представлений о здоровом образе жизни у учащихся средней школы.

Результаты и их обсуждение. Результаты проведенного анкетирования показали, что, безусловно, здоровье занимает первое место в системе ценностных ориентаций в молодежной среде. Основой здорового образа жизни является занятия физкультурой и спортом, закаливание организма, личная гигиена, рациональное питание и т.д. Однако только 21,2% респондентов среди девушек и 43,2% среди юношей постоянно занимаются физкультурой и спортом и 4,2% среди девушек и 17,3% среди юношей занимаются закаливанием организма, остальные занимаются спортом время от времени или не занимаются вообще.

Вместе с тем, анализ результатов анкеты позволяет сделать заключение о том, что количество детей, отдающих приоритет именно здоровью, не так и много, учитывая тот факт, что 47,4% юношей и 26,7% девушек курят постоянно, 32,1% и 23,1% соответственно курят время от времени, более 50% респондентов как со стороны девушек, так и со стороны юношей употребляют спиртные напитки в кругу семьи по праздникам, и в среднем около 20% один два раза в месяц в компании сверстников, друзей, что дает основание судить об отличиях отношения к собственному здоровью у испытуемых. При этом 90,3% юношей и 92,7% девушек знают о вреде, наносимом организму курением и употреблением спиртных напитков (рисунок 1).

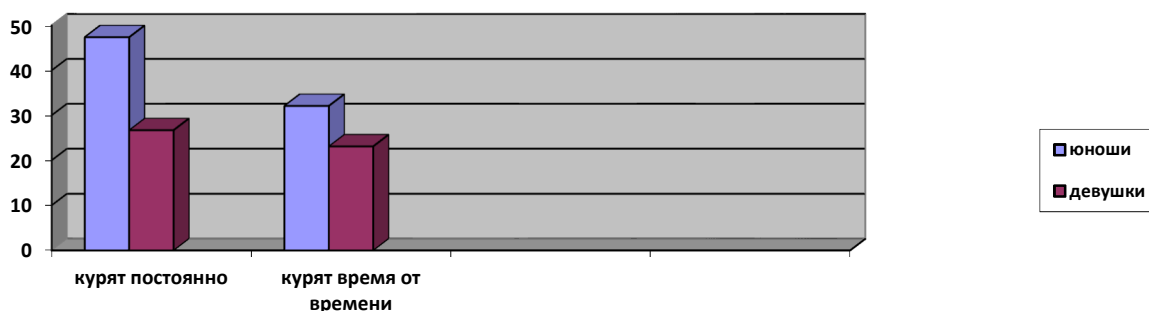


Рисунок 1 – Отношение учащихся к курению

Показательным является тот факт, что хотели бы вести более здоровый образ жизни (в сумме баллов по всей анкете) 64% юношей и 56% девушек, затрудняются ответить – 21% и 27, 4% и оставили бы всё как есть – 15% и 14,2% респондентов соответственно (рисунок 2). Как видно из приведенных данных, чем менее реализованным считают испытуемые здоровый образ жизни, тем чаще возникает у них желание к ведению более здорового образа жизни.

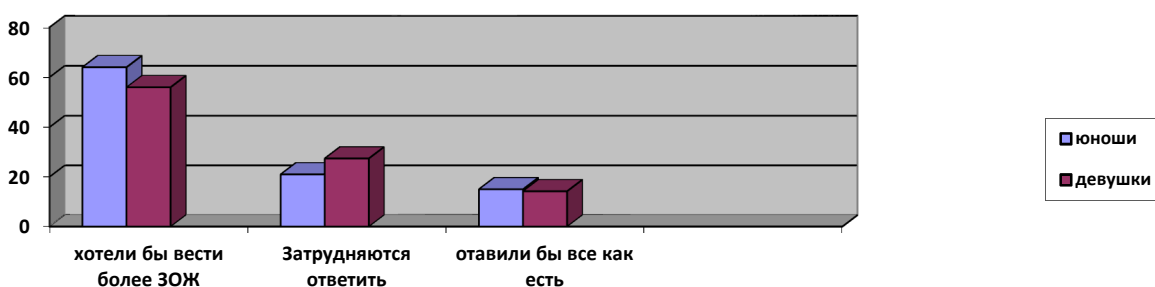


Рисунок 2 – Отношение учащихся к ЗОЖ

При анализе вопросов анкеты был выделен ряд составляющих здорового образа жизни, характеризующих с точки зрения испытуемых данный феномен, которые в процентном соотношении расположились в следующей последовательности.

Юноши:

- 1) отказ от вредных привычек – 80,7%,
- 2) занятия физкультурой и спортом – 67,3%,
- 3) личная гигиена – 50%,
- 4) рациональное питание – 34,6%,

- 5) положительные эмоции – 30,7%,
- 6) оптимальный двигательный режим – 15,3%,
- 7) закаливание – 13,4%,
- 8) владение навыками безопасного поведения – 7,6%.

Девушки:

- 1) положительные эмоции – 71,3%,
- 2) рациональное питание – 59,6%,
- 3) отказ от вредных привычек – 54,2%,
- 4) занятия физкультурой и спортом – 52,7%,
- 5) личная гигиена – 43,2%,
- 6) оптимальный двигательный режим – 32,1%,
- 7) закаливание – 9,4%,
- 8) владение навыками безопасного поведения – 7,6% (рисунок 3).

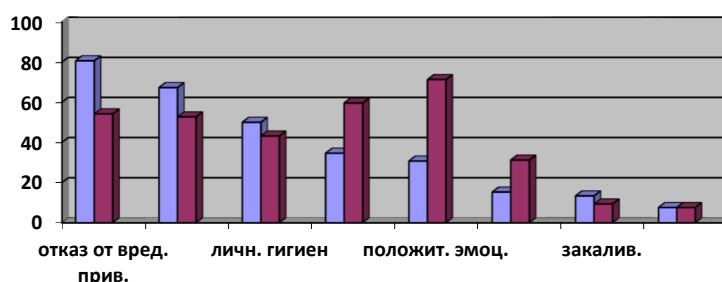


Рисунок 3 – Составляющие ЗОЖ

Следовательно, представления о здоровом образе жизни у юношей, прежде всего, сводятся к отказу от вредных привычек и занятиям физкультурой и спортом, а у девушек к положительным эмоциям и как следствие психологическому равновесию и рациональному питанию. Вместе с тем в беседе в качестве важных составляющих здорового образа жизни называются такие, как ощущение счастья, гармония с собой, гармоничные отношения в семье, что более соответствует современным представлениям о здоровом образе жизни, не ограничивающимся только факторами физического здоровья.

По мнению подавляющего большинства респондентов нарушения психологического здоровья, является серьезной проблемой современного общества – 90,3% (юноши) и 93,4% (девушки), и обусловлена она, по их мнению, не столько психическими нарушениями (шизофренией, маниакально-депрессивным психозом, психопатией, различными неврозами и т.д.), сколько проблемами личного характера.

Уровень сформированности и развития основных психических процессов личности (памяти, мышления, внимания, воображения и т.д.), выделяют большинство юношей, как один из основных компонентов, обуславливающих психологическое здоровье личности – 40,3%. Далее следует внутреннее мироощущение личности (самооценка, Я-образ, эмоциональное состояние и т.д.) – 21,3%, взаимоотношения с окружающими – 21,1% и ее жизненная среда (совокупность, состоящая из природной, искусственной, жилой и рабочей среды) – 15,3%.

Девушки же ставят на первое место внутреннее мироощущение личности – 52,1%, далее взаимоотношения с окружающими и ее жизненная среда – 27,5% и 14,3% соответственно (рисунок 4).

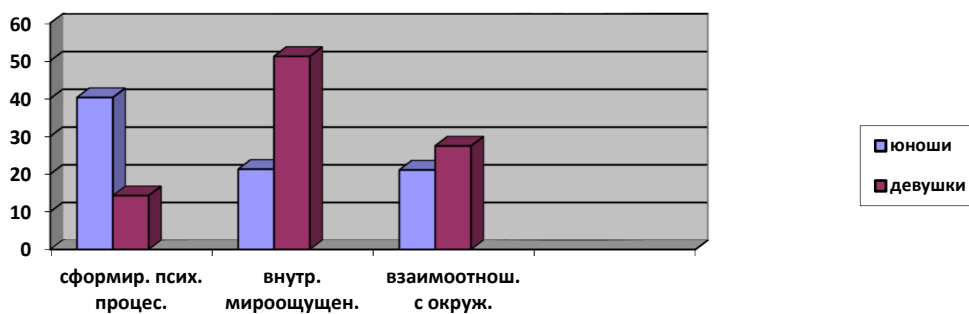


Рисунок 4 – Причины психического нездоровья

И только 6,1% респондентов со стороны девушек выделяют в качестве основного компонента психологического здоровья уровень сформированности и развития основных психических процессов.

Даная форма ранжирования, безусловно, имеет право на существование, однако, на мой взгляд, демонстрирует поверхностное представление о психологическом здоровье личности, лишая его основной сути.

Давая собственное определение психологическому здоровью, практически все испытуемые как юноши, так и девушки просто перечислили то, чем обусловлено психологическое здоровье личности по их мнению. Однако некоторые постарались раскрыть значение данных составляющих психологического здоровья с их собственной позиции: «Психологическое здоровье – это внутреннее состояние человека, его мировоззрение, мироощущение и миропонимание; это адекватное отношение к себе, людям и явлениям окружающей среды; это психологическое равновесие, когда у человека хорошо развита саморегуляция своих эмоций; это отсутствие конфликтных ситуаций с самим собой и окружающими людьми».

Заключение. Таким образом, результаты проведенного исследования показывают, что здоровый образ жизни – совокупность духовных ценностей и реальных видов, форм и благоприятных для здоровья эффектов деятельности по обеспечению оптимального удовлетворения потребностей человека. Сущность здорового образа жизни – обеспечение оптимального удовлетворения потребностей человека при условии и на основе оптимизации развития, состояния и функционирования, организованных внутренних и внешних систем и связей индивида и общества.

В свою очередь, труд, физическая тренировка, закаливание организма и рациональное питание, являясь одними из основных условий формирования здорового образа жизни, способствуют сохранению здоровья, повышают устойчивость организма к неблагоприятным факторам окружающей среды (инфекциям, радиации, колебаниям температуры, атмосферного давления, содержания кислорода в воздухе и др.), увеличивают резервные силы организма, позволяющие переносить более значительные физические и психические нагрузки. Все это, в конечном счете, способствует высокой активности человека, удлинению его творческой жизни.

Список литературы:

1. Ефременко, И.И. Факторы риска для здоровой жизнедеятельности в студенческой молодежи в / И.И. Ефременко, В.Ю. Качан // Материалы XII Международной медицинской конференции «Проблемы врачебной этики в современном мире», Витебск, 9-10 июня 2016 г./-Минск, «ПРО ХРИСТО», 2016. – С.190-191.
2. Ефременко, И.И. Психофизиологические особенности и состояние здоровья подростков /И.И. Ефременко, А.А. Герасимова// Материалы XII Международной медицинской конференции «Проблемы врачебной этики в современном мире», Витебск, 9-10 июня 2016 г./-Минск, «ПРО ХРИСТО», 2016. – С.183-186
3. Ефременко, И.И. Вредные привычки как разрушители здоровья /И.И. Ефременко, В.А.Клюев//Проблемы врачебной этики в современном мире XI Международная медицинская конференция, Витебск, 21-22 мая 2015 г./- Минск, «ПРО ХРИСТО», 2015. – С. 48-51.
4. Ефременко, И.И.Современные подходы к сохранению и формированию здоровья учащейся молодежи / И.И Ефременко// Материалы XIII Международной медицинской конференции «Проблемы врачебной этики в современном мире», Витебск, 9-10 июня 2017 г. / Вит. облисполком. – Мн.: ПРО ХРИСТО, 2017. – С. 108- 110.
5. Волочков, А.А. Ценностная направленность личности как выражение смыслообразующей активности / А.А Волочков // Психологический журнал. – 2004 г. Том 25, № 2. – 46 с.
6. Жирова, Т.М. Развитие ценностей здорового образа жизни школьников / Т.М. Жирова. – Москва, 2005. – 356 с.
7. Чарлтон, Э. Основные принципы обучения здоровому образу жизни / Э. Чарлтон // Вопросы психологии. – 1997, №2 – 47 с.

УДК 159.944.4:37.011.3-051

Олег Анатолійович Євдокимов

асистент,

Донбаський державний педагогічний університет,

м. Слов'янськ, Україна

E-mail: evdokimov.oa@mail.ru

Ганна Михайлівна Поволоцька

магістрант

Донбаський державний педагогічний університет,

м. Слов'янськ, Україна

E-mail: povolotskaya_anna@ukr.net

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ВЧИТЕЛІВ ЗОШ

Анотація. В статті досліджується проблема психического состояния учителей. Авторы провели теоретический анализ и экспериментальное исследование особенностей проявления стрессостойкости учителей разных возрастных категорий.

Ключевые слова: *стресс, стрессоры, стрессостойкость, копинг-поведение, стрессогенные ситуации.*

Oleg Anatoliyovych Evdokimov

assistant,

Donbass State Pedagogical University,

Slovyansk, Ukraine

E-mail: evdokimov.oa@mail.ru

Hanna Muhaylivna Povolotskaya

1st year student of magistracy

Donbass State Pedagogical University,

PSYCHOLOGICAL FEATURES OF SECONDARY SCHOOL TEACHER'S STRESS RESISTANCE

Abstract. *The article deals with the problem of the psychological state of the teacher's personality. On the material of the studied literature the authors conduct a theoretical analysis and experimental study of psychological peculiarities of the stress resistance of teachers of different age categories.*

Keywords: *stress, stressors, stress resistance, coping behavior, stressful situations.*

Постановка проблеми. Сучасний технологічний процес, соціальні, політичні, екологічні умови життя людини нерідко призводять до виникнення синдрому розумово-емоційного напруження, а точніше кажучи, стресу. Коли людина стикається з перешкодою в реалізації важливої життєвої мети і не може упоратися з цією ситуацією за допомогою звичних засобів, то вона потрапляє у кризову ситуацію. Низька стресостійкість сприяє виникненню психологічної кризи [3]. Найбільше стресовим ситуаціям піддаються люди, які працюють в інтелектуальній сфері, оскільки саме розумове напруження стає причиною стресу [5].

У школі багато чинників можуть викликати стрес учителя - це неповага учнів до вчителя, гомін і неслухняність, зірвані урок, невивчений матеріал, відсутність дисципліни на уроці, постійні зміни в освітньому процесі, відсутність належного законодавчого регулювання діяльності вчителя, незрозумілі вказівки керівництва закладу та багато-багато іншого. А якщо до цього додати рівень оплати праці вчителя, можливі домашні проблеми та й незадовільний рівень життя в країні, то взагалі складеться велика вірогідність отримати стрес.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Стрес (даний термін переводиться з англійської як «тиск, напруга») — це поняття, яке використовують для позначення широкого кола станів і дій людини, що виникають як відповідь на різноманітні екстремальні впливи (стресори) [8]. Стресори зазвичай поділяють на фізіологічні (біль, голод, спрага, надмірне фізичне навантаження, висока і низька температура тощо) і на психологічні (небезпека, погроза, втрата, обман, образа, інформаційне перевантаження тощо). Останні у свою чергу підрозділяються на емоційні й інформаційні. Однак не тільки надлишок подразників може призвести до порушень, але і їхня нестача теж діє як негативний стресор: монотонність, нудьга, самотність, ізоляція [9].

Стрес – це функціональний стан організму, що виникає під впливом значних по силі або тривалості несприятливих впливів (стресорів), комплексна фізіологічна реакція, що являє собою сукупність адаптаційних реакцій організму, які носять загальний захисний характер [9]. Стрес інакше називають адаптаційним синдромом.

Початок створення концепції стресу поклав канадський учений Ганс Сельє в 1936 році. Він визначив стрес як неспецифічну відповідь організму на будь-яку пред'явлену йому вимогу [9]. У цьому визначенні важливо розкрити поняття «неспецифічний». Усі стресори специфічні (психологічні, фізіологічні або фізичні) і одночасно несуть загальну вимогу – пристосуватися до нових умов. Це змушує організм адаптуватися до нової незвичайної ситуації. Неспецифічні вимоги, запропоновані впливом як таким – це і є сутність стресу, як зазначав Г.Сельє [9].

Сучасні зарубіжні дослідники звертають увагу на негативні наслідки стресу, викликаного навчанням або виробничою діяльністю, підкреслюючи перспективність цього напрямку як головного в аспекті поліпшення здоров'я населення (Дж. Гілтон; С. Палмер; Т. Пікеринг).

Вітчизняними вченими створено багато робіт з психофізіології та психології, у яких значна увага приділяється проблемі стресів. Так, В.А.

Ганзен пов'язує стрес з поняттям напруження. Ю.С. Савенко визначає психічний стрес «як стан, у якому особистість виявляється в умовах, що перешкоджає її самоактуалізації» [6; 8]. Л.А. Китаєв-Смик виділяє конструктивні й негативні особливості стресової поведінки особистості в процесі спілкування .

У наш час вчені розрізняють евстрес (позитивний стрес, що сполучається з бажаним ефектом і мобілізує організм) і дістрес (негативний стрес із небажаним шкідливим ефектом).

Метою статті є дослідження змістовних характеристик самого поняття стресу, поняття копінг-поведінки, зв'язок властивостей особистості з поведінкою у стресових ситуаціях, експериментальному встановленні та інтерпретації кореляційних, причинно-наслідкових залежностей між типами копінг-поведінки та видами тривожності, рівнями стресостійкості, самопочуття, активності та настрою у вчителів різних вікових категорій.

У вітчизняній психології опануюча поведінка (копінг) розглядається як усвідомлена раціональна поведінка, спрямована на усунення стресової ситуації. Вона залежить принаймні від двох факторів – особистості суб'єкта й реальної ситуації і може проявлятися на поведінковому, емоційному й пізнавальному рівнях функціонування особистості [8].

Умовою копінга є стрес – стан людини, неспецифічна реакція на фізіологічному, психологічному й поведінковому рівнях, що виникає у відповідь на несприятливі впливи .

Психологічна значимість копінга полягає у тому, щоб ефективніше адаптувати людину до вимог ситуації, дозволяючи йому опанувати нею, послабити або зм'якшити ці вимоги, намагатися уникнути або звикнути до них, і таким чином, погасити стресову дію ситуації. Копінг-поводження має дві функції: фокусування на проблемі, на основі стресового зв'язку особистості й середовища, й фокусування на емоціях, спрямованих на керуванні емоційним дистресом.

Таким чином, головне завдання копінга – забезпечення й підтримка добробуту людини, фізичного й психічного здоров'я й задоволеності соціальними відносинами.

Проблемою копінга займалися відомі психологи І.М. Нікольська, Л.І. Анциферова, Д.А. Джеймс, М.І. Паркер, Р.М. Грановська, Т.А. Крюкова та інші.

Експериментальне дослідження проводилось у Слов'янській загальноосвітній школі I – III ступенів № 10 Слов'янської міської ради Донецької області, у кількості 94 вчителів. З метою виявлення залежності адекватного реагування на стресові ситуації від вікових особливостей вчителів та встановлення зв'язку копінг-поведінки в стресових ситуаціях з психічними та фізіологічними властивостями особистості були досліджені вчителі таких вікових категорій: I група – 21-35 років, II група – 40-65 років.

Встановлено, що вчителі першої групи з віковим діапазоном 21-35 років у стресових умовах мають поведінкову активність з постійною напругою сил у боротьбі за успіх, небажанням відмовлятися від досягнення мети. Вчителі з віковим діапазоном 40-65 років характеризуються раціональністю, відносною стійкістю до стресогенних ситуацій, стриманістю у прояві афектів і почуттів.

Досліджено, що вчителі з віковим діапазоном 21-35 років у стресових ситуаціях спрямовують свою поведінку на емоції та уникнення. На відміну від молодих, вчителі з віковим діапазоном 40-65 років зосереджуються на проблемній стресовій ситуації, продумують план дій для вирішення проблеми.

Вивчення стресостійкості вчителів дозволило зробити висновок, що вчителі першої групи з віковим діапазоном 21-35 років мають тип стресостійкості з такими характеристиками, як прагнення до конкуренції, агресивність, нетерплячість, гіперактивність, у них швидка мова, постійна напруга мускулатури тіла, вони зазвичай нестійкі до стресів. Більш старші вчителі з віковим діапазоном 40-65 років мають тип стресостійкості з такими характеристиками, як чітке визначення мети своєї діяльності і обирають оптимальних шляхів її досягнення, мають високий рівень стресостійкості.

Досліджено, що у більшій кількості вчителів першої групи з віковим діапазоном 21-35 років спостерігається домінування ситуативної тривожності, але особистісна тривожність має теж високий рівень. Для більшій кількості вчителів другої групи з віковим діапазоном 40-65 років теж властивий високий рівень особистісної тривожності. На відміну від особистісної, ситуативна тривожність у вчителів другої групи має більш низький рівень.

Встановлено, що незважаючи на широкий віковий спектр, усім досліджуваним притаманна схильність до низького рівня самопочуття, активності, настрою. Але досліджувані першої групи, де віковий діапазон 21-35 років більш активні, рухливі, частіше мають гарний настрій, ніж досліджувані другої групи.

Встановлено такі кореляційні зв'язки для першої групи вчителів: між емоційним реагуванням у стресовій ситуації і показником самопочуття, активності та настрою ($r_{xy} = -0,46$, при $p \leq 0,01$); між показниками особистісної тривожності і емоційним реагуванням у стресовій ситуації у вчителів ($r_{xy} = 0,40$, при $p \leq 0,01$); між особистісною тривожністю і поведінкою, спрямованою на уникнення в стресових ситуаціях ($r_{xy} = 0,40$, при $p \leq 0,01$); між показниками самопочуття, активності, настрою і особистісною тривожністю ($r_{xy} = -0,42$, при $p \leq 0,01$). Для другої групи вчителів характерні такі кореляційні зв'язки: між поведінкою спрямованою на вирішення задач і поведінкою спрямованою на емоції в стресових ситуаціях ($r_{xy} = -0,42$, при $p \leq 0,01$); між особистісною тривожністю і поведінкою спрямованою на вирішення задач в стресових ситуаціях ($r_{xy} = 0,71$, при $p \leq 0,01$); між показниками ситуативної тривожності і самопочуттям, активністю та настроєм ($r_{xy} = -0,47$, при $p \leq 0,01$); між поведінкою спрямованою на уникнення і поведінкою спрямованою на емоції в стресових ситуаціях ($r_{xy} = -0,59$, при $p \leq 0,01$).

Висновки і перспективи подальших розробок. Проведено теоретичний аналіз та експериментальне дослідження, яке полягало в розширенні та уточненні змістовних характеристик самого поняття стресу, поняття копінг-

поведінки, зв'язку властивостей особистості і поведінкою у стресових ситуаціях, експериментальному встановленні та інтерпретації кореляційних, причинно-наслідкових залежностей між типами копінг-поведінки та видами тривожності, рівнями стресостійкості, самопочуття, активності та настрою у вчителів різних вікових категорій.

Стрес –це насамперед корисна для організму реакція, яка виникла у ході еволюції, що сприяє оптимальної його адаптації до мінливих умов життя. Разом з тим сильні і багаторазово повторювані дії стресорів можуть приводити до різноманітних негативних наслідків, на яких фіксують свою увагу багато дослідників [1].

Формування стресостійкості педагога допоможе йому подолати негативні наслідки стресових ситуацій, уберегти себе від дезінтеграції та різноманітних розладів, створити основу для внутрішньої гармонії, високої працездатності, визначити успішність своєї професійної діяльності і, головне, зберегти власне здоров'я.

У подальшій роботі планується розробити психокорекційну програму для формування адекватного реагування на стресові ситуації та підвищення стресостійкості вчителів різних вікових категорій.

Список літератури:

1. Бодров В.А. Психологический стресс. М., 1995. –150с.
2. Гуляйгородська Л. Як перемогти психологічну кризу, або стрес проти стресу // Шкільний світ. - 2001. –№ 44, листопад. – С.7.
3. Занковский А. Н. Профессиональный стресс и функциональные состояния // Психологические проблемы профессиональной деятельности. М.: Наука, 1991. – С. 144-156.
4. Кулагина И.Ю., Колюцкий В.Н. Возрастная психология: Полный жизненный цикл развития человека. Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. - М.: ТЦ «Сфера», 2001. –464с.

5. Куликов Л.В. Личностный фактор в преодолении стресса // Актуальные проблемы психологической теории и практики / Под ред. А.А. Крылова. СПб., 1995. –С. 92-99.
6. Куликов Л.В., Игнатова Е.Н. Социальные и социально-психологические аспекты стрессоустойчивости личности // Теоретические и прикладные вопросы психологии: Сб. статей. Вып.1. 4.2. СПб.,1995. – 233с.
7. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учеб. Пособие / Ред. - составитель Д.Я. Райгородский - Самара: Изд. для «Бахрах»,1998. – 672с.
8. Психологический словарь / Ред. В.П. Зинченко, Б.Г. Мещеряков 2-е изд. М., 1996. – 405с.
9. Селье Г. Стресс без дистресса: Пер. с англ. / Общ. ред. Е.М. Крежа. – Рига: Виета, 1992. –109с.
10. Судаков К. В. Стресс как экологическая проблема научно-технического прогресса // Физиология человека, 1996. –№4. – С. 73-78.

УДК 159.9:796.071

Надежда Михайловна Захарова

Старший преподаватель

Забайкальский государственный университет,

г. Чита, Россия

E-mail: zanami1958@yandex.ru

ВЫСОКОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ НАПРЯЖЕНИЕ КАК АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СПОРТА

Аннотация. В статье обусловлена роль высокого физического напряжения лиц, занятых в спорте высших достижений профессионально, а также рассмотрены факторы, способствующие высокому физическому напряжению в профессиональной спортивной деятельности. Представлена

практика оказания помощи при нарушении состояния здоровья профессиональных спортсменов.

***Ключевые слова:** физическая активность, физическая нагрузка, патологическое состояние.*

Nadezhda Mihailovna Zakharova

Senior Lecturer

Transbaikal State University, Chita, Russia

E-mail: zanami1958@yandex.ru

HIGH PHYSICAL STRESS AS ACTUAL PROBLEM OF PROFESSIONAL SPORTS

***Abstract.** The paper is due to the role of high physical stress of persons employed in the sphere of sports professionally, but also examine the factors contributing to high physical stress in professional sports activities. Submitted care practices in violation of the health status of professional athletes.*

***Keywords:** physical activity, physical exercise, a pathological condition.*

Профессиональный спорт, несомненно, играет важную роль в жизни общества. Он способствует проведению массовых и зрелищных спортивных мероприятий, организация и проведение которых приносят государству налоговые сборы. Среди молодежи профессиональный спорт – это действенный путь воспитания здоровых членов социума. Профессиональный спорт служит методом отвлечения молодежи от вредных привычек, а также является самым доступным средством укрепления здоровья среди широких масс населения страны.

Актуальность на данный момент особенно доказана вследствие ухудшения экономической обстановки страны, когда жизненный уровень населения снижается, качественное медицинское обслуживание становится

недоступным, а состояние здоровья и жизнеобеспечения молодого населения ухудшено, поскольку функции образования и культуры ослаблены.

Профессиональный спорт - это предпринимательская деятельность, целью которой является удовлетворение интересов профессиональных спортивных организаций, спортсменов, избравших спорт своей профессией, и зрителей [5, ст.2]. Благодаря своей зрелищности профессиональный спорт способен привлечь к физической активности широкие массы молодежи. Успех формирования у молодых юношей и девушек, детей и подростков положительного отношения к занятиям физической культурой и спортом во многом зависит именно от наглядности примера участия в спорте высших достижений их сверстников.

В определенный момент времени тренировочная нагрузка в сфере физической культуры и спорта превышает возможности организма. Это может стать причиной возникновения ряда патологических состояний как у профессиональных спортсменов и тренеров, так и прочих работников в сфере физической культуры и спорта. Избежать такого состояния возможно с помощью предварительного медицинского осмотра. Такой углубленный осмотр решит вопрос о допустимости высоких физических нагрузок для будущих профессиональных спортсменов.

Очевидно, что основным неблагоприятным фактором является высокое физическое напряжение. Но нельзя не рассматривать и другие факторы, такие как увеличенный риск травматизма, повышенное нервно-эмоциональное напряжение (особенно в соревновательном и предсоревновательном периодах), неблагоприятные метеофакторы, частая смена часовых поясов из-за проведения соревнований в разных областях страны и за рубежом и т.п.

С признанием статуса профессионального спорта становится актуальным признание комплекса неблагоприятных факторов профессиональной спортивной деятельности, с которыми соприкасается спортсмен в процессе своего труда, для того чтобы предусмотреть все возможные виды профилактики, социальной защиты и социальной помощи

при нарушении его состояния здоровья и потере профессиональной трудоспособности, как это принято в любой другой отрасли, характеризующейся какими-либо вредными условиями труда [2, с.34].

Высокое физическое напряжение создается при помощи:

1. соревновательной обстановки;
2. моделирования ситуаций риска, опасности, ответственности, неизвестности, неожиданности, новизны;
3. тренировок в выполнении действий в состоянии усталости;
4. моделирования ситуации, требующей проявления самостоятельности и инициативности;
5. моделирования ситуации, в которой достижение необходимого результата невозможно с первой попытки под воздействием требования добиться цели;
6. недопущения проявления пассивности в действиях и отказа от продолжения деятельности в любых ситуациях, в том числе при неудачах;
7. усложнения задач по выполнению освоенных профессиональных действий путем введения непредвиденных нестандартных условий;
8. создания высоких физических нагрузок;
9. выполнения упражнений, требующих проявления большой физической силы и ловкости, длительного напряжения сил и вариативности действий соответственно изменениям ситуации;
10. вызовом неприятных ощущений холода, жары, боли, головокружения, истощения сил [1].

На протяжении многих лет в нашей стране трудится огромное количество работников сферы физической культуры и спорта, имеющих высокие звания «мастер спорта», «заслуженный мастер спорта», «мастер международного класса» и т.д., но не являющихся членами профессиональных клубов. Их высокая спортивная квалификация свидетельствует о том, что для достижения данных высоких званий эти спортсмены в течение 10 лет и более испытывали повышенные физические нагрузки. Разумеется, такой стаж

работы со значительными перегрузками не мог не отразиться на состоянии здоровья спортсменов. В некоторых случаях перегрузка могла явиться причиной травматизма или инвалидности.

В настоящее время существует практика оказания адресной социальной помощи и разовых выплат по инвалидности в индивидуальном порядке работникам сферы физической культуры, спорта и туризма, имеющим признанные высокие заслуги перед государством и получившим травмы или увечья в результате спортивной деятельности. Однако до сих пор нет унифицированной, стандартной системы социальных гарантий и социальной защиты бывших спортивных работников. В существующем трудовом законодательстве работники физической культуры, спорта и туризма получают некоторые виды социальной помощи по линии работников культуры без учета специфики труда, действия вредных профессиональных факторов [3, с.89].

Чтобы обосновать методы профессионального отбора и строгого медицинского контроля будущих профессиональных спортсменов, важнейшим объектом исследований медицины труда должны стать трудовая деятельность лиц, занятых в спорте высших достижений профессионально, и учебно-образовательный процесс. Это позволит допускать к профессиональному спорту только здоровых людей, что приведет к уменьшению возникновения патологических процессов, возникающих при повышении физических нагрузок в неподготовленном организме.

Список литературы:

1. Герасимов И.В., Алдошин А.В. Физическая подготовка и спорт как важнейшие элементы профессиональной готовности курсантов образовательной системы МВД России // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 6 [Электронный ресурс] URL: www.science-education.ru/120-15266 (дата обращения: 06.04.2015).

2. Макеева В.С., Баркалов С.Н., Степанюк В.И. Научно-методические аспекты физической подготовки курсантов и слушателей образовательных учреждений МВД России: монография. – Орел: ОрЮОИ МВД России, 2006. – 96 с.
3. Озолин Н.Г. Настольная книга тренера: наука побеждать. — М.: АСТ, Астрель, 2004. — 864 с.
4. Федеральный закон от 4 декабря 2007 г. N 329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации».

УДК 378

Елена Владимировна Зволейко

Д. пед. наук, доцент

Забайкальский государственный университет,

г. Чита, Россия

E-mail: ezvoleyko@mail.ru

УЧЕТ ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ СТУДЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ И ОРГАНИЗАЦИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

Аннотация. Интеграция студентов с ограниченными возможностями здоровья в высшую школу требует учета особенностей психофизического развития лиц с разными видами нарушений для планирования и организации образовательного процесса. В статье раскрыты особенности психофизического развития студентов с нарушением зрения, сформулированы общие рекомендации для преподавателей по организации работы с ними в образовательном процессе вуза.

Ключевые слова: обучение студентов с ограниченными возможностями здоровья, особенности психофизического развития лиц с нарушением зрения.

Elena Vladimirovna Zvoleyko

PhD in pedagogical Sciences, Associate Professor,

Transbaikal State University, Chita, Russia

E-mail: ezvoleyko@mail.ru

**TAKING INTO ACCOUNT THE PECULIARITIES OF
PSYCHOPHYSICAL DEVELOPMENT OF STUDENTS WITH VISUAL
IMPAIRMENT IN THE PLANNING AND ORGANIZATION OF THE
EDUCATIONAL PROCESS**

***Abstract.** Integration of students with disabilities into higher education requires taking into account the characteristics of the psychophysical development of persons with different types of violations for planning and organizing the educational process. The article reveals the peculiarities of psychophysical development of students with visual impairment, general recommendations for teachers on organization of work with them in the educational process of the university are formulated.*

***Keywords:** education of students with disabilities, peculiarities of psychophysical development of persons with visual impairment.*

В России актуализируется проблема интеграции лиц с ограниченными возможностями здоровья, и, в частности, лиц с нарушениями зрения, в систему общего и профессионального образования. Интегрированное обучение студентов – инвалидов по зрению в вузе означает получение ими специальности в полном соответствии с государственными стандартами, по общему учебному плану и образовательным программам, в общепринятых формах (очное или заочное обучение) [1].

Интеграция студентов с нарушениями зрения требует знаний об особенностях их психофизического развития, о специфике организации их

обучения для планирования содержания и организации образовательного процесса.

Нарушения зрения при отсутствии раннего квалифицированного педагогического вмешательства приводят к появлению негативных характерологических особенностей (которые могут появиться также и у лиц, получивших нарушения зрения в более позднем возрасте). К таким особенностям относятся некоторые изменения в динамике потребностей, связанных с затруднениями их удовлетворения (недоразвитие перцептивных потребностей), сужение круга интересов, редуцированность способностей к видам деятельности, требующим визуального контроля, отсутствие или ограниченность внешнего проявления внутренних состояний [2].

На формирование негативных черт характера влияют особенности семейного воспитания при нарушениях зрения: чрезмерная опека или, наоборот, отсутствие внимания, заброшенность ребенка. В результате у человека могут сформироваться негативные моральные (эгоцентризм, отсутствие чувства долга), волевые (несамостоятельность, нерешительность, внушаемость, негативизм), эмоциональные (равнодушие, черствость) и интеллектуальные (отсутствие любознательности) черты характера.

Однако, по мнению А. Литвака, парциальное или тотальное нарушение функций зрения не оказывает влияние на формирование личности в целом как субъекта познания, а только на ее отдельные компоненты: «Центральное же ядро личности ... обусловлено общественными отношениями» [2]. Отсюда следует, что при нормальном общении инвалида по зрению с широкой средой формирование личности протекает без особых отклонений.

Отсутствие зрения или тяжелые хронические его нарушения затрудняют взаимодействие с окружающим миром, снижая его активность. Снижение активности познавательной деятельности обусловлено недостаточной стимуляцией ее извне (слабая стимуляция понижает активность мозговой деятельности), недоразвитием перцептивных потребностей и познавательных интересов, а также навыков осязательного (у слепых) и визуального (у

слабовидящих) обследования предметов. Ограничение возможности визуально воспринимать окружающий мир можно частично компенсировать выработкой сигнальных значений от других – звуковых, термальных, механических – раздражителей, поэтому важно развивать сохранные анализаторные системы.

Основным препятствием включения инвалидов по зрению в активную учебную деятельность являются такие их особенности развития:

- снижение пропускной способности сохранных анализаторных систем;
- сужение поля восприятия, обусловленное понижением разрешающей способности глаз и различными нарушениями поля зрения;
- отрицательные эмоциональные состояния (депрессивные настроения, стрессы), а также фрустрации (состояния психического напряжения), обусловленные часто встречающейся неадекватной самооценкой и трудностями адаптации к жизни с плохим зрением.

При организации образовательного процесса в смешанной группе можно выделить некоторые его особенности.

1. Организация взаимодействия со студентами с нарушением зрения. Помощь студенту в ориентации в пространстве вуза оказывают тьюторы (при наличии) или студенты из группы. При организации образовательного процесса трудно обеспечить проведение занятий в одной и той же аудитории, поэтому студенту необходимо предоставить постоянное место в каждой из аудиторий, познакомить с расположением других предметов в них. При общении с группой, нужно каждый раз называть того, к кому обращаетесь. Нельзя допускать ситуацию, когда студент с нарушением зрения говорит в пустоту: если вы перемещаетесь, предупредите его [3]. Важнейшим фактором для повышения активности инвалидов по зрению является включение их в деятельность, формирование положительной мотивации обучения. Для формирования самостоятельности и активности нужно специально подготавливать отдельные задания на семинарские или лабораторные занятия,

которые студенту были бы полезны. Важно проявлять педагогический такт, создавать ситуации успеха на занятиях и во внеучебное время.

2. Рациональное использование остаточного зрения. При проведении занятий любого типа важно дозировать зрительную нагрузку, учитывать допустимую продолжительность непрерывной зрительной нагрузки для слабовидящих студентов. При зрительной работе у слабовидящих быстро наступает утомление, что снижает их работоспособность, поэтому необходимо проводить небольшие перерывы или переключать обучающихся с одного вида деятельности на другой.

При слабовидении страдает скорость зрительного восприятия, поэтому для усвоения зрительной информации важно предоставлять дополнительное время, а также большее количество повторений и тренировок. Места в аудитории, где сидят слабовидящие, рекомендуется оборудовать крепящимися к столам лампами (свет должен падать с левой стороны или прямо). Все записи на доске должны быть прокомментированы, равно как мимика и жесты преподавателя.

3. Опора на сохранные органы чувств. В качестве механизма, компенсирующего недостатки зрительного восприятия, у слабовидящих лиц выступают слуховое и осязательное восприятия.

При проведении занятий можно и нужно опираться на сохранный слух, однако в условиях повышенного уровня шума, вибрации, длительных звуковых воздействий, у слабослышащих может развиваться чувство усталости слухового анализатора и дезориентация в пространстве. Поэтому важно заботиться об уменьшении (ликвидации) источников постороннего шума.

На лекционных занятиях в качестве средства фиксации сообщаемой информации лицам с нарушением зрения необходимо разрешать пользоваться диктофонами и другими звукозаписывающими устройствами. При чтении лекции следует избегать расплывчатых определений и описаний, лучше выстраивать фразы лаконично.

4.Решение проблемы доступа к информации. Самая сложная проблема при обучении лиц с нарушениями зрения – это проблема информационного обмена, обусловленная ориентацией общественной практики на визуальное восприятие: обеспечение доступа к информации и представление выходной информации (результаты труда) в общепринятой форме.

Вся информация, предлагающаяся студентам на бумажных носителях, должна быть выполнена крупным шрифтом. Формы предоставления студентам результатов своей работы (доклад, практическое задание) должны быть оговорены заранее.

Эффективным инструментом решения обозначенной проблемы могут служить компьютерные технологии, которые базируются на комплексе аппаратных и программных средств, обеспечивающих преобразование компьютерной информации в доступные для восприятия лиц с нарушением зрения (звуковое воспроизведение, рельефно-точечный или укрупненный текст), и позволяют им самостоятельно работать на обычном персональном компьютере с программами общего назначения (MS Word, Internet Explorer и т.д.), получая обычные пользовательские возможности [4].

При работе со слабовидящими возможно использование сети Интернет, подачи материала на принципах мультимедиа, использование «on-line» семинаров и конференций, консультаций в режиме «off-line» посредством электронной почты [3].

При работе на компьютере важно стремиться к снижению зрительных нагрузок. Для этого обеспечить: подбор индивидуальных настроек экрана монитора в зависимости от индивидуальных особенностей восприятия визуальной информации; использовать специальные программные средства для увеличения изображения на экране или для озвучивания информации; использовать принцип работы с помощью клавиатуры – «горячих» клавиш и слепого десятипальцевого метода печати на клавиатуре.

Ряд вузов апробирует различные формы дистанционного обучения инвалидов по зрению, однако наиболее доступной оказывается технология

видеоконференции как формы проведения занятий ввиду ее малой затратности и доступности [5].

В вузе для студентов-инвалидов по зрению обязательно должна проводиться работа по их социально-трудовой адаптации, которая заключается в тщательном выборе мест для прохождения практики, определении объема выполняемой работы на практике, а также в заключении договоров с предприятиями, куда могут быть трудоустроены выпускники.

В период всего учебного процесса в вузе студенты – инвалиды по зрению проходят необходимые курсы лечебно-восстановительного лечения, которые являются составной частью Индивидуальной программы реабилитации инвалида по зрению.

Список литературы:

- 1.Зарубина И. Н. Вариативная модель коррекционно-педагогической поддержки студентов с нарушением зрения // Информационно-аналитический портал SocPolitiraRu. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL:<http://www.socpolitika.ru/rus/conferences/3985/3986/3988/document4201.shtml> (дата обращения 05.03.2018)
- 2.Литвак А. Г. Психология слепых и слабовидящих: учебное пособие. – СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 1998. С. 78–104.
- 3.Методические рекомендации по обучению студентов-инвалидов и студентов с ОВЗ / под ред. О. А. Козыревой: учебное пособие. – Красноярск: КГПУ, 2015. С. 27-31
- 4.Рощина М. А. Проблемы освоения и применения компьютерных технологий в профессиональном образовании инвалидов по зрению. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: <http://rsr-online.ru/doc/commissions/13.pdf> (дата обращения 05.03.2018)

5. Яжук Т.А. Внедрение дистанционного обучения при обучении незрячих и слабовидящих людей // Теория и практика ТифлоIT: сб. статей / сост. М. А. Рощина. – Нижний Новгород: ООО «Издательство «Пламя», 2013. С. 22–30.

УДК 612

Виталий Владимирович Зотин

Старший преподаватель

Сибирский государственный университет науки и технологий

имени В.Ф.Решетнева, г. Красноярск, Россия

E-mail: vitales4622@mail.ru

Артём Александрович Мельничук

К. пед. наук, доцент

Сибирский государственный университет науки и технологий

имени В.Ф.Решетнева, г. Красноярск, Россия

E-mail: vitales4622@mail.ru

**БИОРИТМОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИНЦИП ПОСТРОЕНИЯ
УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И РЕЖИМА ДНЯ КАК ФАКТОР
АДАПТАЦИИ К ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМУ ПРОЦЕССУ СТУДЕНТОВ
СПЕЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЫ**

Аннотация. Изучение биоритмологических особенностей организма студентов имеет большое значение для рациональной организации учебной деятельности. В статье рассматривается структура хронотипов студентов с ослабленным здоровьем.

Ключевые слова: здоровье, хронотип, адаптация, сон, студент.

Vitaly Vladimirovich Zotin

senior lecturer

Siberian state University of science and technology named after V. F.

Reshetnev, Krasnoyarsk, Russia

E-mail: vitales4622@mail.ru

Artem Aleksandrovich Melnichuk

PhD in Pedagogical Sciences, Associate Professor

Siberian state University of science and technology named after

V. F. Reshetnev, Krasnoyarsk, Russia

E-mail: vitales4622@mail.ru

**BIORHYTHMIC PRINCIPLE OF CONSTRUCTION OF
EDUCATIONAL ACTIVITIES AND DAILY REGIMEN AS A FACTOR OF
ADAPTATION TO THE EDUCATIONAL PROCESS OF STUDENTS OF
SPECIAL MEDICAL GROUP**

***Abstract.** The study of biorhythmological features of the organism of students is of great importance for the rational organization of educational activities. The article deals with the structure of chronotypes of students with poor health.*

***Keywords:** health, chronotype, adaptation, sleep, student.*

Непрерывным условием реализации способностей студентов, успешной их адаптации к учебной деятельности является высокий биологический потенциал жизнедеятельности. Молодым людям с ослабленным здоровьем гораздо сложнее приспособиться к образовательному процессу. Это обусловлено тем, что значительная часть обозначенного контингента имеет незначительные функциональные резервы из-за длительно текущих заболеваний.

В этой связи для студентов с ослабленным здоровьем большое значение имеет рациональная регламентация умственной работы, с учетом биоритмологических особенностей организма. Приурочивание максимальной активности занятий к определенному времени, наиболее благоприятному для данной деятельности, позволяет увеличить потенциал умственной работоспособности студентов, при одновременной экономичности функциональных резервов.

Целью настоящей работы является изучение хронотипологических особенностей организма студентов, имеющих отклонения в состоянии здоровья, для разработки рекомендаций по рациональной организации учебной деятельности.

Работа была проведена на кафедре физической культуры и валеологии Сибирского государственного университета науки и технологии, имени В.Ф.Решетнева. Объектом хронофизиологического обследования явились 76 студентов 1-2 курса инженерно-экономического института (46 девушек и 30 юношей) в возрасте 18-19 лет, занимающихся физической культурой в специальном медицинской группе.

Для изучения хронотипологических особенностей студенческой молодежи и приспособительных возможностей цикла сон – бодрствование использовали специальные опросники.

Установлено, что большинство студентов (52%), по общепринятой в литературе шкале градаций, относятся к промежуточному типу – «голубям». Явный утренний тип (типичный «жаворонок») характерен только для 5% студенток, а явный вечерний тип (типичная «сова») – для 17% юношей. Преимущественно утренний тип (умеренный «жаворонок») выявлен у 22% девушек и 13% юношей. Соответственно, преимущественно вечерний тип (умеренная «сова») отмечается у 21% студенток и 18% студентов.

Результаты опроса показали, что представители студенческой молодежи к так называемым «ранним пташкам» явно не относятся. Молодые люди в массе своей не склонны пробуждаться рано, легко вставать после сна, активно с самого утра включаться в учебную деятельность, быстро достигать высокого уровня работоспособности. Зато студентам свойственна привычка бодрствовать допоздна.

Индивидуальные особенности биоритмов студентов могут быть как подспорьем, так и серьезной помехой при попытке адаптироваться к режиму учебы. Циркадианные ритмы у «жаворонков» очень чувствительны к нарушению режима сна, весьма консервативны и четко выражены, тогда как

ритмы у «сов» более пластичны и имеют меньший размах. Молодые люди, относящиеся к вечернему типу, легче меняют привычки, связанные с режимом сна, чем представители утреннего типа. Для них характерна способность преодолевать сонливость, усталость в неудобное для организма время, легко компенсировать недостаток ночного сна дневным.

В этой связи для эффективного использования периодов высокой работоспособности и полноценного восстановления сил во время отдыха мы рекомендуем студентам научиться самостоятельно регулировать время и продолжительность умственной работы, опираясь на собственное самочувствие, «прислушиваясь» к своему организму. Очевидно, что адаптационный потенциал жизнедеятельности студентов будет снижаться, если период интенсивной умственной активности приходится на неоптимальное с позиции биоритмологии время (утром – у «сов» и вечером – у «жаворонков»). Негативное влияние на организм оказывают и значительные воздействия, попадающие на самое начало периода активности.

Таким образом, соблюдение биоритмологического принципа построения учебной деятельности и режима дня является важным фактором адаптации к образовательному процессу студентов с ослабленным здоровьем.

Список литературы:

1. Ашофф Ю. С. Биологические ритмы /Ю. С. Ашофф. – М.: Мир, 2014. – 235 с.
2. Зотин В.В. Мониторинг физического развития учащихся образовательных учреждений /Мельничук А.А., Арнст Н.В. и др. //сб. тр. IV междунар. науч.-практ. конф. "Экология.Здоровье.Спорт.". – Чита: 2012. – С.132-135
3. Косованова Л.В. Скрининг-диагностика здоровья школьников и студентов. Организация оздоровительной работы в образовательных учреждениях / Л.В. Косованова, М.М. Мельникова, Р.И. Айзман. - Новосибирск: Сиб. Унив. Изд-во, 2003. – 240с.
4. Малахов Г.П. Биоритмология /Г.П. Малахов. – СПб.: АО Комплект, 2014. –

257с.

5. Хлущевская О. А. Психофизиологические основы адаптации. Учебно-методический комплекс /О. А. Хлущевская, Г. З. Химич, Г. В. Слепченко. - Павлодар, 2011. – 171с.

УДК 37.062.3

Василий Дмитриевич Игольницын

инструктор по физической культуре и спорту

Глазовский государственный педагогический институт им. В.Г.

Короленко, г. Глазов, Россия

E-mail: gto1888@mail.ru

Анна Сергеевна Баженова

магистрант

Глазовский государственный педагогический институт им. В.Г.

Короленко, г. Глазов, Россия

E-mail: gto177@mail.ru

РЕАЛИЗАЦИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ РАБОТАХ СТУДЕНТОВ

Аннотация. В статье рассматриваются вопросы анализа курсовых и дипломных работ студентов по проблемам здоровьесбережения подрастающего поколения. Выявлены методические рекомендации студентам и руководителям курсовых работ к особенностям реализации исследовательской деятельности студентов в области реализации здоровьесберегающих технологий в процессе обучения и воспитания младших школьников.

Ключевые слова: здоровьесберегающие технологии, исследовательская деятельность студента, младший школьник.

Vasily Dmitrievich Igolnitsyn

Instructor in physical culture and sport

Glazov State Pedagogical Institute, Glazov, Russia

E-mail: gto1888@mail.ru

Anna Sergeevna Bazhenova

graduate student

Glazov State Pedagogical Institute, Glazov, Russia

E-mail: gto177@mail.ru

IMPLEMENTATION OF HEALTH-SAVING TECHNOLOGIES IN RESEARCH WORK OF STUDENTS

Abstract. *In the article questions of the analysis of course and degree works of students on problems of health preservation of rising generation are considered. Methodical recommendations to students and leaders of coursework on the specifics of implementing research activities of students in the field of implementing health-saving technologies in the process of training and education of junior schoolchildren are revealed.*

Keywords: *health-saving technologies, student's research activity, junior schoolchild.*

Состояние здоровья школьников не может не вызывать тревоги. Достаточно привести примеры. В настоящее время рождается только 30 % здоровых детей. К моменту поступления детей в школу здоровыми из них остается всего 20 %. За 10-11 лет обучения в школе количество здоровых детей сокращается в 2 раза [8]. Такое катастрофическое положение дел необходимо менять.

В связи с этим задачами здоровьесберегающей педагогики являются:

1. Защита здоровья детей от неблагоприятного воздействия учебного процесса.

2. Содействие укреплению здоровья школьников.

3. Воспитание культуры здоровья.

По всем этим направлениям нами проводились исследования в начальной школе, в течение 2 лет, в которых участвовало не менее 30 студентов. Результаты данных исследований нашли отражение в курсовых, дипломных работах и апробированы на студенческих научных конференциях, публичных защитах. Все они проводились в начальной школе.

Научная работа проводилась в три этапа. На первом этапе подробно изучалась сущность здорового образа жизни, такие его компоненты как соблюдение режима дня, выполнение режима питания, двигательная активность, профилактика вредных привычек и т.д.

На втором этапе подробно изучались виды здоровья: нравственное, физическое, психическое. В контексте последнего изучались такие проблемы как создание положительного микроклимата в классе, предупреждение агрессивности в школе и в семье, формирование этикета у младших школьников.

На третьем этапе активно осуществлялись разработка и внедрение здоровьесберегающих технологий в учебно-воспитательный процесс - это формы, методы, приемы, содержание, которые обеспечивают укрепление здоровья школьников. Тематика работ была связана с приобщением младших школьников к здоровому образу жизни на уроках физической культуры, основ безопасности жизнедеятельности, музыки, изобразительного искусства. Изучались как педагогические средства укрепления здоровья (оформление школы, класса по проблеме ЭОЖ), так и медицинские средства (фитотерапия) [10].

Анализируя библиографические списки научных работ, проведенных студентами, заметим, что большая часть источников связана с проблемами укрепления здоровья школьников, а меньшая связана с этими же проблемами, но с акцентом на начальную школу. Поэтому студентам приходилось адаптировать материал, т.е перерабатывать его с учетом возрастных

особенностей учащихся начальной школы и методики работы с младшими школьниками [1, 7].

Проведенные исследования соответствуют уровню научности, который предъявляется к курсовым и дипломным работам. Количественно это подтверждается тем, что средняя оценка за научные работы - выше 4-х баллов.

Новизна данных исследований носит локальный, субъективный характер. В научном плане все проблемы, с которыми встречались студенты, уже изучены. По нашему мнению, углубляя новизну, необходимо переходить к комбинаторным нововведенческим разработкам, т.е. создавать различные комбинации уже известных методов, форм, технологий, а затем экспериментировать с ними на практике. Например, использование психологических и терапевтических форм и технологий [6, 8, 13].

Безусловно, проведенные исследования имеют практическую значимость. Разработаны десятки, а то и сотни сценариев внеклассных мероприятий по ЗОЖ, разработаны комплексы рекомендаций по каждой проблеме. Все это готово для использования в школе.

Приведем результаты исследования некоторых проблем, которые связаны с перегрузками, стрессами, нарушением гигиенических стандартов. При анкетировании студентами были получены данные, которые иллюстрируют проблему детского воспитания в семье. Большинство родителей считают, что кричать на чужого ребенка недопустимо. При необходимости ему следует сделать замечание. Отношение же к своему ребенку у многих родителей прямо противоположное. Одна четверть родителей считает, что можно кричать на своего ребенка. В другой анкете рассматривались вопросы, в которых вскрывались причины, по которым можно применить к ребенку повышение голоса. Около 30 % родителей считают, что на ребенка можно повысить голос, когда «он заслуживает», 3 % родителей не захотели ответить на вопрос и 7 % затруднились ответить на вопрос. Можно предположить, что в данных 10 % семей имеет место повышение голоса.

Согласно наблюдениям, соблюдение учителем санитарно-гигиенических норм повышает активность детей на 15 %, а работоспособность - на 18 %. Такие правила как проветривание кабинета и поддержание температуры воздуха от 20° С до 22° С, активный отдых детей в перерывы, организованное питание детей во время учебы, частая смена видов деятельности на уроке - создают благоприятные условия для обучения младших школьников [9, 11].

Проведенные рисуночные тесты показали, что в экспериментальном классе 20 % детей гиперактивны, 20 девочек и 5 мальчиков имеют демонстративность, т.е одевают яркую одежду, и это нормально. Вызывает беспокойство, что у 1/3 учащихся выявлена тревожность. Половина учащихся имеет заниженную самооценку и 10 % - завышенную.

Отметим недостатки проведенных исследований. В курсовых и дипломных работах по проблемам здоровьесбережения школьников используется недостаточное количество литературы. В связи с этим анализ проблемы получается неглубоким. В нем нет многообразия подходов к конкретным способам укрепления здоровья младших школьников, недостаточно обоснуется концепция автора курсовой или дипломной работы [2].

Вызывает нарекания и диагностический аппарат в курсовых и дипломных работах. Конечно, студентами используются стандартизированные методики исследования, например, рисуночные тесты, цветовой тест Люшера, тест САН и т.д. Главным образом, методики исследования составляются самостоятельно. Для этого разрабатываются шкалы, критерии оценок изучаемых качеств. Однако, хотелось бы в большей степени использовать стандартизированные методики. В какой-то степени это может быть восполнено дополнительными исследованиями в области диагностики здоровьесберегающих технологий [5, 12].

В курсовых работах на низком уровне проводится педагогический эксперимент. Приведем несколько примеров из курсовой работы за 2016 год «Обучение детей младшего школьного возраста навыкам самосознания» -

исследование имеет отношение к психическому здоровью учащихся начальной школы. В формирующем эксперименте проведено только 2 мероприятия: тренинг «Способы выражения эмоций» и праздник «Мы и ЗОЖ». Второе мероприятие являлось общим для всей начальной школы, и студенты-практиканты принимали участие только в оформлении спортивного зала. Во-первых, последнее мероприятие недостаточно соответствовало проблеме исследования, а во-вторых, двух мероприятий недостаточно для того, чтобы у детей сформировались хотя бы зуны, не говоря уж о развитии личности.

В качестве диагностики детям было предложено написать сочинение «Мои эмоции». Это очень сложная для детей работа. В целом диагностика недостаточна для выявления искомых новообразований. В исследованиях проблем приобщения школьников к ЗОЖ недостаточно используется наблюдение, изучение и обобщение опыта учителя. О необходимости такой работы говорил еще К.Д.Ушинский в работе «О пользе педагогической литературы».

Как избежать подобных недостатков? К непрерывной педагогической практике на III курсе студенты должны подходить с готовой диагностикой со сценариями воспитательных мероприятий с тем, чтобы рационально использовать лимит времени, который отводится на педпрактику. При написании дипломной работы подобные издержки встречаются в том случае, если работа начинается «с нуля». В этом случае большинство мероприятий приходится проводить в дополнительное время [1, 3, 4].

Исходя из всего сказанного, нами рекомендуется:

1. Научным руководителям студентов, которые пишут курсовые работы по применению здоровьесберегающих технологий в начальной школе установить график выполнения работ и строго его контролировать.

2. Для того, чтобы работы содержали элементы оригинальности, новизны, рекомендуется разрабатывать несколько вариантов концепции приобщения детей к ЗОЖ. Важно экспериментально искать комбинации

приемов, методов и технологий, направленных на укрепление здоровья младших школьников.

3. Научные руководители должны стремиться к тому, чтобы в курсовых и дипломных работах сохранялась непрерывность.

4. Полученный в результате научных исследований материал необходимо активно использовать как в последующих разработках, так и во внедрении здоровьесберегающих технологий в начальной школе, на факультете педагогического и художественного образования.

Список литературы:

1. Асманская Е.А. Педагогические основы подготовки будущих учителей начальных классов к педагогическому сопровождению перехода детей в среднюю школу // Российский научный журнал. – 2010. – №15. С. 173-176.
2. Бабанова А.В., Насыбуллина Г.М. Роль родителей и персонала школ в организации начального периода обучения детей // Гигиена и санитария. – 2006. – № 6. – С. 51-53.
3. Жиналиева С.Б. Консультация для педагогов по переходу из детского сада в начальную школу // Проблемы педагогики. 2016. – № 11 (22). С. 28-29.
4. Кучмурукова Е.А., Фокичева И.А., Шаньгинова Г.А. Курсовые и дипломные работы студентов как одно из направлений научных исследований бакалавров // Вестник Восточно - Сибирской государственной академии культуры и искусств, 2014. – № 1 (6). – С. 58-61.
5. Наговицын Р.С., Мирошниченко А.А., Сенатор С.Ю. Реализация мобильной педагогики в непрерывном образовании учителей физической культуры // Интеграция образования. Т. 22. № 1 (90). – 2018.С. 107-119.
6. Наговицын Р.С., Тутолмин А.В., Чубукова Л.В., Волков П.Б. Организационный климат и индивидуально-психологические качества личности участников учебно-воспитательного процесса в образовательном кластере "институт - колледж" // Alma mater (Вестник высшей школы). – 2017. – № 3. С. 38-44.

7. Савва Л.И. Курсовые и дипломные работы по педагогике. –Магнитогорск: Магнитогорский государственный университет. – 1998. – 31 с.
8. Сергеева Е.В. Взгляд на современную начальную школу с позиции формирования самостоятельности младших школьников в контрольно-оценочной деятельности // Начальная школа плюс До и После. – 2011. – № 2. С. 6-10.
9. Смирнов Н.К. Здоровьесберегающие образовательные технологии в работе учителя школы. Методическое пособие. – М.: АПК и ПРО, 2002. – 121с.
10. Табилова М.Р. Педагогическое обеспечение преемственности образовательного процесса в условиях перехода дошкольника в начальную школу // Вестник Вятского государственного гуманитарного университета. – 2009. – Т. 3. № 4. С. 140-144.
11. Татарникова Л.Г. Учебно-методическое пособие. Серия: специалисту образовательного учреждения. – СПб.: Каро, 2005. – 272с.
12. Nagovitsyn R.S., Chigovskaya-Nazarova Ya.A., Miroshnichenko A.A., Senator S.Y. The realization of the system programme “health saving education” in the pedagogical university // European Journal of Contemporary Education. – 2018. – № 7 (1). С. 137-149.
13. Nagovitsyn R.S., Volkov P.B., Miroshnichenko A.A. Planning of physical load of annual cycle of students’, practicing cyclic kinds of sports, training // Физическое воспитание студентов. – 2017. – № 3. С. 126-133.

УДК 159.9

Юлія Юрївна Ільїна

К. біол. наук, доцент

кафедри психології діяльності в особливих умовах

Національного університету цивільного захисту України,

м. Харків, Україна

E-mail: julija.illina@gmail.com

Василь Петрович Сажин

бакалавр Національного університету цивільного захисту України,

м. Харків, Україна

E-mail:sajinvasya@gmail.com

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ СПРЯМОВАНOSTІ ТА ЦІННІСНИХ ОРІЄНТАЦІЙ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ РІЗНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ

Аннотація: Стаття посвячена проблеме изучения гендерных особенностей направленности и ценностных ориентаций будущих специалистов Государственной службы чрезвычайных ситуаций Украины (далее ГСЧС Украины). Показана разница ценностных ориентаций и направленности личности в двух аспектах: гендерном и профессионализации. Направленность личности будущего специалиста ГСЧС Украины изменяется в соответствии с курсом обучения, а ценностные ориентации определяются гендерными особенностями.

Ключевые слова: гендер, личность, направленность личности, ценностные ориентации, курсант, специалист.

Yuliia Yuriyivna Ilina

*PhD in biological Sciences, Associate Professor
of department of psychology activity in special conditions,*

National University of Civil Protection of Ukraine,

Kharkiv, Ukraine

E-mail: julija.illina@gmail.com

Vasil Petrovich Sazhin

bachelor of National University of Civil Protection of Ukraine,

Kharkiv, Ukraine

E-mail:sajinvasya@gmail.com

GENDER PECULIARITIES OF DIRECTION AND VALUABLE ORIENTATIONS OF FUTURE SPECIALISTS OF DIFFERENT SPECIALTIES

***Abstract.** The article is devoted to the study of the gender peculiarities direction and valuable orientations of future specialists of the State Emergencies Service of Ukraine (the SESU). The difference of valuable orientations and direction of the personality in two aspects is shown: gender and professionalization. The direction of the personality of future specialist of the SESU changes in accordance with the course of study, and the valuable orientations are determined by the gender peculiarities.*

***Keywords:** gender, personality, personality direction, valuable orientation, cadet, specialist.*

Постановка проблеми. У сучасному світі актуальною стала проблема гендерних відмінностей ціннісних орієнтацій та спрямованості особистості. Вивчення психології чоловіка і жінки, їх відмінностей один від одного, відмінностей їх ціннісних орієнтацій та спрямованостей має безпосереднє відношення не тільки до людини як такої, але й до цілого суспільства в цілому.

Питання, пов'язані з особливостями статі людини та її психологічними відмінностями, а також ціннісними орієнтаціями, спрямованістю, останнім часом входять у низки найбільш активно обговорюваних у суспільстві. Адже роль чоловіка і жінки в сучасному суспільстві сьогодні зазнає значних змін. Це питання хвилює багатьох сучасних психологів, які передбачають переоцінку не лише гендерних цінностей, але й спрямованості.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Актуальність вивчення гендерних особливостей ціннісних орієнтацій особистості визначається наявністю протистояння між сучасними соціальними умовами, котрі висувають особливі вимоги до формування системи ціннісних орієнтацій особистості, і недостатньою вивченістю психологічних факторів і механізмів

її розвитку. На етапі ранньої юності відбувається інтенсивний розвиток ціннісно-сислової сфери особистості, в ході якого мінливі індивідуальні інтенції узгоджуються з усталеними нормативними смислами. У цьому контексті ціннісне самовизначення особистості як дівчат, так і юнаків виступає домінуючим у розвитку особистості, маючи величезний вплив на все подальше життя людини [1,3].

М.І. Бобнев, А.Г. Здравомислов, Н.І. Лапін, І.О. Мартинюк, Н.Ф. Наумова, В.Б. Ольшанський та інші приділяли досить глибоку увагу розкриттю проблеми ціннісних орієнтацій, а питаннями гендеру та гендерних відмінностей займалися Л.С. Виготський, Д.Б. Ельконін, Є.П. Ільїн, Т.В. Виноградов, В.В. Семенов, О.В. Терпугов.

Теоретичні питання проблеми спрямованості особистості найбільш розроблено в працях Л.І. Божович, Л.С. Виготського, Б.І. Додонова, А.Г. Ковальова, В.С. Мерліна, В.М. М'ясищева, М.М. Пейсахова, К.К. Платонова, С.Л. Рубінштейна та багатьох інших. Всі науковці стверджують, що спрямованість є провідною характеристикою особистості, незважаючи на відмінність трактувань особистості.

На думку науковців – психологів спрямованість особистості розглядається як сукупність провідних, стійких мотивів, відносно незалежних від обставин, які орієнтують її діяльність. Вона характеризується її інтересами, схильностями, переконаннями, ідеалами, цінностями особистості, в яких виражається світогляд людини. Саме вона визначає ініціативну поведінку людини, спонукає різних індивідів в одній і тій же ситуації ставити перед собою різні завдання і формувати не випадкову послідовність цілей [4]. Вона водночас є найважливішою характеристикою особистості, інтегральною цілісною властивістю, що регулює її діяльність і активність, і має велике виховне значення. Саме тому особливу актуальність набувають процеси розвитку спрямованості в умовах освіти і, особливо, в юнацькому віці, в період вибору життєвого шляху, психологічної підготовки до майбутньої професії і її повного та результативного освоєння [3].

Дослідження спрямованості особистості являє як теоретичний, так і практичний інтерес, оскільки формування суспільно корисної і дієвої спрямованості курсантів різних установ освіти є одним із завдань сьогодення.

Безперечна актуальність дослідження проблеми спрямованості особистості, цінностей та ціннісних орієнтацій юнаків та дівчат, які обрали різний профіль майбутньої професійної діяльності й визначила тему наукової роботи.

Об'єктом нашого дослідження стали спрямованість та ціннісні орієнтації особистості, а предметом: гендерні особливості спрямованості та ціннісних орієнтацій.

Метою даного дослідження було вивчення гендерних особливостей спрямованості та ціннісних орієнтацій у майбутніх фахівців ДСНС України різних спеціальностей та на різних етапах професіоналізації. Ми висунули припущення про те, що спрямованість особистості курсанта 1-го та 4-го курсу буде відмінною відповідно до курсу навчання, а ціннісні орієнтації – визначаються обраною спеціальністю та гендерними особливостями.

Виклад основного матеріалу. У сучасній психології спрямованість розглядається як провідна характеристика особистості, що визначає її соціальну і моральну цінність. Основними чинниками, що визначають спрямованість, вважаються переважаючі і стійкі потреби та інтереси, світогляд, що включає переконання й ідеали. У свою чергу, спрямованість у юнацькому віці відіграє головну роль в процесі подальшого розвитку мотивації й особистості в цілому [2].

Так, проаналізувавши результати вивчення спрямованості у курсантів 1-го та 4-го курсів різної статі за методикою В.Смекала і М.Кучера для визначення спрямованості особистості (особистісної (на себе), колективістської (на взаємодію) і ділової (на завдання) було виявлено наступне:

1. у курсантів та студентів 1-го курсу жіночої статі переважає ділова та колективістська спрямованість, а у курсантів та студентів жіночої статі 4-го курсу більшу перевагу має ділова та особистісна спрямованість;

2. у курсантів та студентів чоловічої статі 1-го курсу домінуючою є колективістська й у меншій мірі ділова спрямованість, щодо курсантів та студентів чоловічої статі 4-го маємо зауважити, що найбільш вираженою є особистісна спрямованість.

Відмінності виявлені на високому рівні статистичної значущості ($p < 0,01$). Це значить, що в осіб жіночої статі 1-го курсу переважають мотиви, що є породженими самою діяльністю, вони захоплені процесом діяльності й прагнуть оволодіти новими вміннями та навиками, прагнуть співпрацювати з колективом та досягають найбільшої продуктивності групи. Також, слід зазначити, що курсанти та студенти жіночої статі спрямовані на спілкування в групі й підтримання гарних взаємовідносин з товаришами.

Щодо осіб 4-го курсу жіночої статі слід зазначити, що у них йде зміна колективістської спрямованості на особистісну, проте, як і в представників 1-го курсу зберігається домінуючою ділова спрямованість. Тобто, курсанти та студенти жіночої статі 4-го курсу також спрямовані в першу чергу на виконання певної діяльності, в них переважають мотиви, викликані самою діяльністю, вони намагаються пізнавати щось нове, цікавитися матеріалом та прагнуть набувати нових знань. Проте, колективістська спрямованість змінюється на особистісну, а це свідчить про те, що дівчата прагнуть до першості в першу чергу, стають зайнятими власними переживаннями та почуттями.

Відносно курсантів та студентів чоловічої статі 1-го курсу, маємо зауважити, що у них більш виражена колективістська спрямованість, що характеризується інтересом до спільної діяльності, праці в колективі та потребою в спілкуванні. Крім того, у них теж спостерігається й ділова спрямованість, що характеризується захопленням процесом діяльності, прагненням до пізнання чогось нового, набуттям нових знань та умінь, а також

тим, що юнаки прагнуть довести точку зору, яку вважають корисною для виконання того чи іншого завдання чи задачі.

Стосовно курсантів та студентів чоловічої статі 4-го курсу зазначимо, що на перший план виступає особистісна спрямованість, яка характеризується перевагою мотивів особистісного благополуччя, прагненням до особистісної першості та престижу, в роботі намагається перш за все задовольнити власні домагання.

Змістовну сторону спрямованості особистості, її відношення до оточуючого світу, до інших людей й до самого себе обумовлює система ціннісних орієнтацій. Ціннісні орієнтації – це широка система ціннісних відносин особистості, яка виявляється як найкраще ставлення до окремих предметів і явищ, і до сукупності, тобто висловлюють загальну спрямованість індивіда до тих чи інших видів соціальних цінностей [1].

Аналізуючи результати за тестом цінностей Шварца, котрий застосовується для вивчення динаміки зміни цінностей як в групах у зв'язку зі змінами в суспільстві, так і для особистості у зв'язку з її життєвими проблемами, можна зробити наступний висновок:

1. Нормативні ідеали курсантів та студентів жіночої статі 1-го курсу складають наступні цінності: досягнення, гедонізм, самостійність, щедрість, традиції, безпечність, а індивідуальні пріоритети складаються з таких цінностей: конформність, універсалізм, щедрість, безпечність. Щодо нормативних ідеалів курсантів та студентів жіночої статі 4-го курсу, слід сказати, що вони включають такі цінності: досягнення, самостійність, універсалізм, традиції, безпечність, а індивідуальні пріоритети – досягнення, самостійність, гедонізм, універсалізм та цінності безпечності.

Аналізуючи вищесказане можемо зазначити, що для курсантів та студентів 1-го курсу жіночої статі домінуючими є стримання дій, котрі можуть нашкодити іншим й не відповідають соціальним очікуванням, також вони спрямовані на розуміння та терпимість до інших, збереження та підвищення благополуччя близьких людей, безпечність та стабільність суспільства,

відносин та самих себе, щодо осіб 4-го курсу – особистісний успіх у відповідності з соціальними стандартами, самостійність думок та дій, насолода, розуміння й терпимість до інших, безпечність власна та суспільства.

2. Нормативні ідеали курсантів та студентів чоловічої статі 1-го курсу становлять наступні цінності: самостійність, влада, досягнення, безпечність, а індивідуальні пріоритети складаються з таких цінностей: конформність, безпечність, самостійність. Щодо нормативних ідеалів курсантів та студентів чоловічої статі 4-го курсу, слід сказати, що вони включають такі цінності: влада, досягнення, безпечність, самостійність та гедонізм, а індивідуальні пріоритети – влада, досягнення, самостійність та безпечність.

Отже, для курсантів та студентів чоловічої статі 1-го курсу на першому місці є власна безпека та безпека суспільства, самостійність думок та дій, а також вони переймаються тим, щоб не нашкодити оточуючим своїми вчинками або словами, відносно представників чоловічої статі 4-го курсу, то для них пріоритетними стають соціальний статус, а також керування людьми, особистісний успіх у відповідності до соціальних стандартів, а також власна безпека та безпека суспільства й самостійність в цілому.

Гендерних відмінностей на статистично значущому рівні між ціннісними орієнтаціями не виявлено. Тож, можна говорити про те, що ціннісні орієнтації представників жіночої статі різних курсів навчання та чоловічої статі різних курсів навчання між собою різняться не значуще.

Таким чином, спрямованість особистості майбутнього фахівця ДСНС України змінюється у відповідності з курсом навчання, тобто на різних етапах професіоналізації, а ціннісні орієнтації визначаються певною мірою гендерними особливостями.

Список літератури:

1. Битуева А.В. Особенности структурного строения ценностных ориентаций / А.В. Битуева. CREDO, Теоретический журнал, 2000. Выпуск 21. – С.40-51.

2. Вітенко І.С. Основи психології/ І.С Вітенко, Т.І. Вітенко. Вінниця: Нова книга, 2008. – 256 с.
3. Еникеев М.И. Общая и социальная психология/ М.И.Еникеев. Учебник для вузов. М.: Нижполиграф, 1999. – 624 с.
4. Павелків Р.В. Загальна психологія/ Р.В. Павелків. К: Кондор, 2009. – 570 с.
5. Сергієнко Н.П. Особливості професійної спрямованості особистості при виборі професії / Н.П.Сергієнко. // Психологія: Зб. Наукових праць. – Харків: ХДПУ, 2012.- Вип. 43 - С.163-170.

УДК 377.5

Мария Владимировна Карпович

Студент

Забайкальский государственный университет,

г. Чита, Россия

E-mail:karpovich040495@gmail.com

ПРОГРАММА КОРРЕКЦИИ РАЗВИТИЯ МЕЛКОЙ МОТОРИКИ РУК У ДЕТЕЙ С ЗПР ПОСРЕДСТВОМ ПЛАСТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА

Аннотация. В статье рассматривается метод развития мелкой моторики рук у детей с задержкой психического развития, определяется значение пластического материала в работе с детьми.

Ключевые слова: мелкая моторика, задержка психического развития, пластический материал, развитие руки.

Maria Vladimirovna Karpovich

Student

Transbaikal State University, Chita, Russia

E-mail: karpovich040495@gmail.com

PROGRAM TO CORRECT THE DEVELOPMENT OF SMALL MOTOR SKILLS IN CHILDREN WITH A DELAY IN MENTAL DEVELOPMENT THROUGH PLASTIC MATERIAL

***Abstract.** The article considers the method of development of small motor skills in children with a delay in mental development, the value of plastic material, the development of the hand is determined.*

***Keywords:** fine motor skills, impaired mental function, plastic material, hand development.*

Последние несколько лет к детям с задержкой психического развития наблюдается повышенный интерес, вокруг которого ведется множество споров. Все это связано с тем, что такое отклонение в психическом развитии очень неоднозначно, имеет множество различных предпосылок, причин и следствий. Так, исследования, проведенные В.П. Дудьевым, Е.П. Ильиным, В.А. Киселевой, М.М. Кольцовой, Л.Ф. Фоминой и др., показали на важнейшее существование взаимозависимости развития мелкой моторики и психических процессов. Исследователями доказано, что при отставании развития движений пальцев задерживается и речевое развитие (М. Гуревич, Н. Озерецкий, 1930). Вследствие этого необходимо уделить большое внимание развитию мелкой моторики рук у детей, а особенно у детей с задержкой психического развития.

Мелкая моторика-это тонкие движения кистей и рук человека. Потребность в движении является одной из основных физиологических особенностей детского организма, а также это и есть условие нормального формирования и развития [6]. Ученые, занимающиеся изучением деятельности детского мозга, речевого и физического развития выделяют особое значение функции рук.

Исследованиями (М.М. Кольцовой, Е.И. Исениной, Л.А. Антаковой - Фоминой) было выделено, что для большинства детей с задержкой психического развития характерно нарушение двигательных способностей -

движения неловки, неконтролируемы, нарушена согласованность в движении рук. Особенно это проявляется в различных видах деятельности - в навыках самообслуживания, трудовых навыках и в продуктивных видах деятельности. [3].

Успешное развитие мелкой моторики рук происходит при занятии различными видами изобразительной деятельности. Изобразительная деятельность помогает развить творческие способности детей, способствует развитию у ребёнка мелкой моторики и тактильного восприятия, пространственной ориентировки на листе бумаги, зрительного восприятия и глазомера. Важность темы состоит в том, что развитие мелкой моторики у детей с ЗПР позволяет сформировать координацию движений пальцев рук, развить речевую и умственную деятельность [2].

Также отмечается влияние развития мелкой моторики на развитие у детей интереса к любознательности и наблюдательности, познанию нового и мотивации к обучению. Особое значение развитие мелкой моторики имеет для развития речи ребенка. В подтверждение этому М.М.Кольцова (2004) говорит о важности развития мелкой моторики рук для развития речи ребенка. Она пришла к выводу, что развитие движений пальцев у детей дошкольного возраста идет параллельно развитию речи, если развитие пальцев отстает - отстает и развитие речи [3].

В нашей работе остановимся на особенностях развития мелкой моторики рук у детей с ЗПР при работе с пластическим материалом (пластилин, глина). Так как пластический материал - мягкий, тягучий, способен принимать заданную форму, легок в использовании, а также является наиболее интересным и доступным материалом для детей. В коррекционной работе его рекомендует применять Е.Г Шумилина.

Актуальность исследования состоит в том, что вся жизнь ребенка требует использования точных, координированных движений кистей и пальцев, которые необходимы, чтобы одеваться, рисовать и писать, а также выполнять множество разнообразных бытовых и учебных действий. А для

детей с задержкой психического развития эта проблема является особенно актуальной, так как у детей с ЗПР выявляются отставания развития не только крупной моторики, но и мелкой. Все это затрудняет овладению навыков самообслуживания, манипуляции с различными мелкими предметами и в результате чего ребенок чувствует себя несостоятельным, что естественно влияет на его эмоциональное состояние. Работа с пластилином способствует развитию мелкой моторики кистей и пальцев рук, творческому воображению, развитию четкости произвольных движений и тактильной чувствительности.

Целью статьи является выявление особенностей развития мелкой моторики рук у детей с задержкой психического развития посредством пластического материала.

В процессе достижения поставленной цели, мы ознакомились с исследованиями специалистов в области коррекционного обучения. По мнению Е. А. Стреблевой [7] одно из основных мест в коррекционной работе должно отводиться всем формам ручной деятельности, включая рисование, лепку, аппликацию, конструирование, работу с мозаикой, пальчиковую гимнастику, шитьё и др. Так как ручная деятельность направлена на развитие тактильной чувствительности.

Для развития мелкой моторики руки разработано много интересных методов и приемов, используются разнообразные стимулирующие материалы. Подборка игр и упражнений, их интенсивность, количественный и качественный состав подбирается в зависимости от индивидуальных и возрастных особенностей детей.

По мнению Фадиной Г.В., при работе с детьми, необходимо использовать различные по фактуре материалы (глину, краску для рисования пальцами, песок и воду, крупы и т.д.). Это стимулирует тактильные и кинестетические способности, тренирует кисть руки, заставляя ее напрягаться и расслабляться. Лепка из разных материалов (тесто, пластилин, глина) развивает гибкость и подвижность пальцев [8].

В настоящее время существует множество коррекционных программ по развитию мелкой моторики рук у детей с ЗПР. Каждая программа уникальна, так как пишется непосредственно педагогом для конкретного ребенка.

При составлении нашей программы был использован опыт Новиковой Е.А. [5] и Кулаковой Е. В. [4]. Так, программа Новикова Е.А. основывается только на одном жанре изобразительной деятельности – пластилинографии, а программа Кулаковой Е. В. использует многообразие видов упражнений и игр для развития графомоторных навыков. Новизна нашей примерной коррекционной программы по развитию мелкой моторики рук у детей с задержкой психического развития посредством пластического материала заключается во внедрении малоизвестных форм работы и во включении новых методов работы, которые позволяют родителям установить близкий контакт со своим ребенком, быть в курсе его успехов и достижений. В освоении такого метода родители смогут в домашних условиях скорректировать нарушения и способствовать дальнейшему благополучному развитию ребенка.

Наша программа направлена развитие мелкой моторики кисти и пальцев рук, творческих способностей, тактильного восприятия, речевой и умственной деятельности.

Цель программы состоит в развитии мелкой моторики рук у детей с ЗПР.

Задачи программы:

- Формирование познавательной активности и творческого воображения.
- Развитие мелкой моторики, точности, гибкости, ритмичности и координации движений рук.
- Развитие тактильной чувствительности рук.
- Развитие психических процессов: внимания, памяти, мышления, воображения.
- Воспитание усидчивости, умения доводить начатое дело до конца.

Принципы программы:

- Деятельностный принцип коррекции, заключающийся в целостной осмысленной деятельности ребенка.

- Соблюдение интересов ребёнка. Педагог опирается на интересы и желания ребенка.

- Учет объема и степени разнообразия материала. При реализации программы необходимо учитывать возраст, время и объем усвоения, разнообразие материала.

- Принцип системности и последовательности в подаче материала. Преподнесение заданий от простого к сложному, изменение видов используемого материала (глина, пластилин, соленое тесто, мастика).

Формы организации занятий могут быть как индивидуальные, так и групповые (дети одного возраста, разновозрастные, однополые и разнополые)

В программе отражены следующие методы и приемы:

- совместное действие детей нормы и детей с ЗПР
- подражание действиям детей младшего возраста старшему
- совместная деятельность родителей и ребенка на тематических

занятиях под руководством педагога

- создание образа по заданной теме
- доработка готового изделия
- фантазирование детей с данным куском материала
- знакомство и использование материалов сайтов Plast.me (Сайт для

родителей и детей, включающий в себя уроки лепки, пластилиновые комиксы и мультфильмы, галерею работ детей), Pinterest.com (Сайт-галерея детских поделок со всего мира), Plasmuseum.ru (Сайт Музей-мини скульптуры «Всемирная история в пластилине»).

- пластилинография
- лепка героев из сказок и современных обучающих мультфильмов

(«Смешарики», «Пластилинки.Азбука», «Пластилиновая ворона»)

Совместные групповые занятия детей разного возраста помогут детям с ЗПР установить контакт, раскрыться и найти новых друзей. А занятия детей нормы и детей с ЗПР позволят улучшить самооценку, найти свое место в коллективе и научиться взаимодействовать с другими детьми.

Во время лепки героев из сказок и мультфильмов, дети познают новое и вместе с кумирами переживают показанные события. В создании образа по заданной теме и при работе с приготовленным куском материала, дети окунутся в мир своей фантазии, подключат воображение и смогут создать то, о чем мечтают.

При работе можно использовать сайты, которые обучают урокам лепки, знакомят ребят с всемирной историей и с работами детей разных стран. Эта программа будет полезна для работы не только учителям и воспитателям ДОО, но и родителям, специальным педагогам, руководителям изостудий и кружков.

В свою очередь, можно сказать, что использование различных форм, методов и приемов работы, расширяет возможности развития ребенка, его способности и благополучно влияет на дальнейшее его продвижение в жизни.

Таким образом, мы полагаем, что составленная нами коррекционная программа для развития мелкой моторики рук у детей с задержкой психического развития с применением разнообразных методик и различных по фактуре материалов, будет способствовать стимулированию фантазии, развитию мелкой моторики кисти и пальцев рук, творческих способностей, тактильного восприятия, речевой и умственной деятельности. Предложенные формы интерактивного взаимодействия родителей и детей с ЗПР, будут способствовать плодотворной, успешной совместной деятельности по усвоению навыков сотрудничества в преодолении последствий задержки психического развития. В следующей курсовой работе нами будет апробирована данная программа и определена ее эффективность.

Список литературы:

1. Виноградов-Савченко В.В. Реабилитация детей с задержкой психического развития//Методическое пособие БУ РЦДП/В.В. Виноградов-Савченко. – Омск, 2015. – 7с.
2. Грицковая П.В. Развитие мелкой моторики у детей 5-6 летнего возраста с задержкой психического развития [Электронный ресурс] URL: <http://www.Nsportal.ru>, 2012.(Дата обращения: 23.03.2018г.).
3. Кольцова М.М. Развитие сигнальных систем действительности детей/М.М. Кольцова. – Л: Наука, 1980. – 164с.
4. Кулакова Е.В. Создание системы коррекционно – образовательной работы по формированию графомоторных навыков у детей дошкольного возраста с задержкой психического развития посредством использования различных методов и приемов развития мелкой моторики рук: корр. программа/сост. Е.В. Кулакова - Брянск, 2014. – 54с.
5. Новикова Е.А. Модель рабочей программы кружковой деятельности по развитию мелкой моторики рук для детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития «Волшебный пластилин»/сост.Е.А. Новикова. - Рубцовск, 2014. – 19с.
6. Прищепа С. Р. Мелкая моторика в психофизическом развитии дошкольников. /С. Р. Прищепа. // Дошкольное воспитание. - Москва, 2005. –1. -49с.
7. Стребелева Е.А. Специальная дошкольная педагогика: учеб. пособие для студентов дефектол. фак. пед. вузов /Е.А. Стребелева [и др.]/ под ред. Е.А. Стребелевой. - М.: 2001. – 312с.
8. Ткаченко Т.А. Развиваем мелкую моторику/Т.А. Ткаченко. /под.ред. Л. Кондрашова-: ЭКСМО,2013. – 80с.

Наталья Ивановна Козлова

К. пед. наук, доцент

Брестский государственный технический университет,

г. Брест, Беларусь

E-mail: ni.kozlova2017@yandex.ru

СКАНДИНАВСКАЯ ХОДЬБА КАК СРЕДСТВО САМОСТОЯТЕЛЬНЫХ ЗАНЯТИЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ

Аннотация. В статье рассматривается оздоровительное значение скандинавской ходьбы, основы техники передвижения, методические приемы организации занятий.

В процессе занятий скандинавской ходьбой повышаются общая и специальная работоспособность, занимающиеся избавляются от психологических стрессов, улучшается самочувствие, настроение, появляется бодрость, уверенность в себе. На занятиях необходимо соблюдать рациональные правила передвижения, обеспечивающие экономичность движений и правильное распределение нагрузки на работающие мышцы.

Ключевые слова: скандинавская ходьба, координация движений, реабилитация, нагрузка, техника.

Natalia Ivanovna Kozlova

PhD in pedagogical Sciences, Associate Professor

Brest State Technical University, Brest, Belarus

E-mail: ni.kozlova2017@yandex.ru

NORDIC WALKING AS A MEANS OF SELF-STUDY IN PHYSICAL EDUCATION

***Abstract.** The article deals with the health value of Nordic walking, the basics of movement technique, methods of organization of classes.*

In the process of Nordic walking increased General and special performance, working to get rid of psychological stress, improves health, mood, there is courage, self-confidence. In the classroom, it is necessary to observe rational rules of movement, ensuring the efficiency of movements and the correct distribution of the load on the working muscles.

***Keywords:** Nordic walking, movement coordination, rehabilitation, stress, technique.*

Недостаточная ежедневная двигательная активность не позволяет организму человека испытывать необходимые физические нагрузки, что проявляется в ухудшении психического состояния, снижении мышечного тонуса, уровня общей работоспособности, росте заболеваемости. Без регулярной нагрузки невозможно находиться в хорошем функциональном состоянии. Максимальные возможности по созданию интеллектуальных и духовных ценностей человек способен проявлять тогда, когда он физически здоров. Для увеличения объема двигательной активности, поддержания хорошего самочувствия и обеспечения оздоровительного эффекта от занятий физической культурой рекомендуется применять скандинавскую ходьбу [1, 3]. Скандинавская ходьба (нордическая ходьба) – представляет собой пешие прогулки, во время которых занимающиеся опираются на специальные палки, которые по виду напоминают лыжные. Данный вид ходьбы в настоящее время популярен и получил широкое распространение во всем мире.

По физиологическому воздействию на организм ходьба относится к числу эффективных циклических упражнений аэробной направленности и может использоваться как для увеличения объема двигательной активности,

так и для коррекции факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, улучшения функций дыхания и кровообращения, работы опорно-двигательного аппарата, обмена веществ у людей различного возраста и с разным уровнем здоровья.

Скандинавская ходьба доступна для всех, в независимости от пола, возраста и состояния физической подготовленности, способствует реабилитации занимающихся, а также восстановлению организма после перенесенных заболеваний. Занятия проводятся на открытом воздухе в любое время года, на любой местности. Чтобы приступить к занятиям нет необходимости приобретать дорогостоящие экипировку и оборудование.

Скандинавская ходьба является прекрасной альтернативой бегу. В процессе регулярных занятий нордической ходьбой у занимающихся улучшается деятельность дыхательной системы, поскольку задействованы мышцы верхней части туловища, что повышает дыхательный объем легких более чем на 30% [5]. Укрепляются мышцы, работающие при дыхании; улучшается транспортировка кислорода кровяными тельцами; увеличивается максимальное потребление кислорода.

По сравнению с обычной ходьбой, при ходьбе с палками увеличивается расход энергии примерно на 20-40%, что является важным фактором тренирующего воздействия. Большая энергоемкость скандинавской ходьбы способствует улучшению деятельности сердечно-сосудистой системы, тренировке мышцы сердца (повышается частота сердечных сокращений на 10-15 уд/мин). Снижается кровяное давление; оптимизируется работа сердца; снижается вязкость крови; улучшается эластичность сосудов; снижается повышенный уровень холестерина и сахара в крови [6]. Развивается выносливость, повышается общая работоспособность.

Скандинавская ходьба рекомендована также лицам, имеющим заболевания суставов, спины, для людей с избыточным весом, поскольку опора на палки уменьшает нагрузку на позвоночник, тазобедренные и коленные суставы, пяточные кости. Циклические упражнения увеличивают

приток лимфы к суставным хрящам и межпозвонковым дискам, что является профилактикой таких заболеваний как артроз и радикулит. В процессе занятий сухожилия и связки становятся более эластичными; повышается подвижность суставов и гибкость тела; уменьшается напряжение мышц шеи и плеч, снижаются боли в шейном и грудном отделах позвоночника.

Как подтверждают научные исследования, ходьба с палками тренирует чувство равновесия и координацию движений. Укрепляются опорно-двигательный и вестибулярный аппараты, активно работают все основные группы мышц тела человека, благодаря чему они развиваются и поддерживаются в хорошем тонусе. Положительное влияние нордической ходьбы на двигательную функцию человека возможно при использовании адекватных, оптимальных нагрузок и постепенного их увеличения в процессе занятий. При скандинавской ходьбе в работе задействованы около 90% всех мышц человеческого тела, тогда как при беге – только 45%, при езде на велосипеде – около 50% [6].

У лиц, регулярно занимающихся этим видом оздоровительной физической культуры активизируются обменные процессы, нормализуется деятельность кишечника, быстрее выводятся токсины. Во время скандинавской ходьбы сжигается гораздо больше калорий, чем при ходьбе с такой же скоростью без палок, что способствует уменьшению запасов жировой ткани. Скандинавская ходьба является идеальным средством для улучшения осанки, фигура становится подтянутой, стройной.

Ученые отмечают, что во время занятий уменьшается количество адреналина, улучшается кровоснабжение мозга, улучшается память, повышается уровень эндорфинов, благодаря чему улучшается настроение и повышается устойчивость к стрессам [3]. Поэтому нордическую ходьбу рекомендуют для лечения бессонницы, неврозов, депрессий. Занятия ходьбой могут проводиться самостоятельно, небольшими группами, в любую погоду они способствуют закаливанию организма, росту его адаптационных возможностей. Доказано, что у занимающихся повышается иммунитет,

меняется биохимический состав крови, вследствие чего в несколько раз повышается сопротивляемость организма к простудным и другим заболеваниям, снижается риск развития онкологических заболеваний.

Весьма важно, что при занятиях скандинавской ходьбой, по сравнению с другими видами спорта, отмечается низкий уровень травматизма

Прежде чем приступить к занятиям скандинавской ходьбой необходимо правильно подобрать палки. Использование палок неправильной длины может привести к получению чрезмерной нагрузки на коленные и голеностопные суставы, спину. Палки для скандинавской ходьбы короче классических лыжных. Для ходьбы в оздоровительных целях рекомендуется подбирать длину палок по формуле:

рост (в см) $\times 0,68$ плюс-минус 5 см.

Так при росте 170 см длина палок составит 110–120 см. Для занятий фитнесом палки должны быть длиннее на 5 см, для спорта – на 10 см. Для уменьшения нагрузки длину палок можно незначительно уменьшить, для увеличения нагрузки – увеличить. Для того чтобы проверить правильность подбора палок для оздоровительной ходьбы, нужно поставить палку вертикально, взяться кистью за рукоятку, руки прижать к туловищу, согнуть их в локтевых суставах под углом 90°. Ручки палок должны быть удобными, правильно затянутый темляк (ремешок) ровно облегает запястье, во время ходьбы он обеспечивает свободное держание палки. При перемещении по грунту и обледенелой поверхности используются палки с заостренными металлическими наконечниками, при ходьбе по асфальту используют резиновые наконечники.

Техника скандинавской ходьбы основана на естественных движениях, напоминающих быструю ходьбу и передвижения на лыжах. Осваивая технику, занимающиеся должны учиться правильному ритму, соблюдать траектории движения рук и ног, прислушиваться к своим ощущениям, передвигаться естественно. Положение тела должно быть комфортным, спина выпрямлена, плечи и руки не напряжены.

Начало движения такое же, как при естественной ходьбе, руки свободно опущены вниз, палки расположены близко к туловищу, наконечники палок на земле. Необходимо обращать внимание на правильную координацию движений: с шагом левой ногой одновременно выносятся вперед правая рука, при шаге правой ногой – левая рука вперед и т.д. Верхняя часть туловища и таз совершают небольшие скручивания на 10–20°, в противоположные стороны относительно друг друга. Ногу вначале ставят на пятку, затем, перекатом на всю стопу, при отталкивании – на носок [4].

Когда появляется естественность движений, необходимо работать палками как при передвижении на лыжах. Упор на палку и отталкивание ею делают ходьбу ритмичной и энергичной. При вынесении руки вперед кисть сжимает рукоятку палки, при движении назад – она расслабляется, при этом палка на кисти удерживается темляком, пальцы разжаты. Палка должна способствовать продвижению тела вперед. Рука, свободно согнута в локтевом суставе, выносятся вперед. Палка ставится на опору под острым углом, (наконечник располагается ближе к стопе, чем рукоятка). Движения рук, туловища и ног выполняются равномерно, ритмично и интенсивно. Важно чувствовать правильный темп движения, чтобы дыхание не сбивалось, не появлялась одышка. Чем выше амплитуда движений рук при отталкивании, тем длиннее шаг. Спину необходимо держать прямо в течение всего занятия.

Время занятий скандинавской ходьбой для начинающих составляет 20–30 минут. Обувь подбирается в зависимости от местности на которой проводятся занятия. В начале каждого занятия проводится разминка, для того, чтобы подготовить организм к предстоящим нагрузкам. В конце занятий выполняются упражнения на восстановление дыхания, растягивание мышц спины, ног, рук [1, 2]. После занятий рекомендуется принять теплую ванну, душ, прогреться, чтобы избавиться от болезненных ощущений в мышцах в последующие после тренировки дни.

Темп ходьбы и длину дистанции нужно подобрать в соответствии с уровнем тренированности и состоянием организма занимающихся.

Существуют простые тесты для определения правильного темпа: если достаточно носового дыхания – нагрузка нормальная, если включается ротовое дыхание – нагрузка избыточна; если при передвижении можно разговаривать – нагрузка нормальная, если появляется одышка – нужно идти медленнее. Необходимо соизмерять ритм дыхания с шагами. Дыхание должно быть привычным и естественным, спокойным и ровным, важно, чтобы оно было физиологически правильным: вдох – пауза – выдох – пауза. Например, на четыре шага – вдох, на один – пауза, на четыре шага – выдох, на один – пауза. Чем больше шагов на каждый цикл дыхания – тем больше пользы от тренировки.

Для определения индивидуального оптимального пульсового режима во время тренировки средней интенсивности используется следующий тест: от 220 нужно вычесть возраст в годах. 65% от этой величины считается оптимальным для начинающих, а 85% – для тренированных [2, 6].

Заниматься скандинавской ходьбой необходимо минимум три раза в неделю, увеличивая постепенно продолжительность занятий, длину пройденной дистанции и скорость передвижения. Чтобы занятия приносили положительный эффект, начинающим необходимы регулярные тренировки. Оптимальный выбор физических нагрузок осуществляется при помощи врачебного контроля, самоконтроля и педагогических наблюдений за занимающимися. Как упоминалось ранее, противопоказаний к скандинавской ходьбе, как таковых, не существует. Прогулки следует отложить только в тех случаях, когда показан постельный режим, при острых инфекционных заболеваниях, обострениях хронических заболеваний, выраженном болевом синдроме и т.п.).

Скандинавская ходьба – важное средство поддержания здорового образа жизни, подкупающее своей доступностью, подходит для людей, ведущих активный образ жизни, позволяет заниматься самостоятельно в любое удобное время. Регулярные занятия скандинавской ходьбой препятствуют развитию дегенеративных изменений, связанных с гиподинамией, способствуют

предотвращению развития многих заболеваний и способствуют естественному оздоровлению, а также изменению образа жизни, в котором здоровье является приоритетной ценностью. Уникальные тренировки на свежем воздухе позволяют поддерживать высокий уровень физического состояния, быстро восстанавливаться после стрессовых ситуаций, возникающих в повседневной жизни.

Список литературы:

1. Козлова Н.И., Орлова Н.В., Бондаренко В.Н. Методика организации занятий оздоровительной ходьбой для студентов специального медицинского отделения: метод. рекомендации. – Брест: Издательство БрГТУ, 2014. – 40 с.
2. Козлова Н.И. Скандинавская ходьба как средство поддержания здорового образа жизни// Физическое воспитание студенческой молодежи: проблемы и перспективы: сб. научных статей XI межвуз. науч.-метод. конф. Брест, 24 января 2017г. – Брест, 2017. – С. 16-20.
3. Скандинавская ходьба – Википедия [Электронный ресурс]. – URL: [http://ru.wikipedia.org/Скандинавская ходьба](http://ru.wikipedia.org/Скандинавская_ходьба) (дата обращения: 08.12.2016).
4. Скандинавская ходьба с палками – правила, техника... [Электронный ресурс]. – URL: [http:// easy-lose-weight.info/skandinavskaya-hodba-s...](http://easy-lose-weight.info/skandinavskaya-hodba-s...) (дата обращения: 10.11.2016).
5. Скандинавская ходьба – польза и вред новомодного... [Электронный ресурс]. – URL: <http://glavvrach.com/skandinavskaya-khodba> (дата обращения: 03.03.2017).

Анастасия Сергеевна Колегова

инструктор по физической культуре и спорту

Глазовский государственный педагогический институт им. В.Г.

Короленко, г. Глазов, Россия

E-mail: ggpi2017@yandex.ru

РАЗРАБОТКА ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ КОМПЛЕКСОВ УПРАЖНЕНИЙ ДЛЯ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ

Аннотация. В статье рассматриваются вопросы разработки авторского коррекционного здоровьесберегающего комплекса и экспериментальным путем доказана его эффективность на координацию движений рук, препятствие мышечных зажимов учащихся, содействие систематизации дыхания без нарушений младших школьников и их устойчивому эмоциональному фону.

Ключевые слова: здоровьесберегающий комплекс, физические упражнения, младший школьник.

Anastasia Sergeevna Kolegova

Instructor in physical culture and sport

Glazov State Pedagogical Institute, Glazov, Russia

E-mail: ggpi2017@yandex.ru

DEVELOPMENT OF HEALTH-SAVING EXERCISE COMPLEXES FOR YOUNG SCHOOLCHILDREN

Abstract. The article deals with the development of the author's corrective health-saving complex and experimentally proved its effectiveness in coordinating hand movements, hindering the muscle clamps of students, facilitating the

systematization of breathing without disturbing younger schoolchildren and their steady emotional background.

Keywords: *health-saving complex, physical exercises, junior schoolchild.*

Ведущие личностные качества, такие как вкусы, привычки, характер, темперамент, закладываются у человека в детстве. И существенную в этом роль играет коммуникация. По данным НИИ гигиены и профилактики заболеваний, уровень здоровья и физического развития дошкольников и школьников начального звена за последнее пятилетие достоверно ухудшилось. К моменту поступления в школу наблюдается тенденция роста числа хронических заболеваний, ухудшаются показатели психологического здоровья. Особую тревогу вызывают дети с нарушениями речевого развития. Несформированность речевой функции особо отражается на деятельности учащихся в начальной школе. Нельзя не отметить тот факт, что дети с тяжелыми нарушениями речи достаточно утомляемы, у них низкая работоспособность, снижено внимание.

Исходя из выявленной актуальности проблемы, обозначим задачи, которые возможно решить с правильным применением здоровьесберегающих технологий на основе логопедической работы с младшими школьниками: нормализация дыхательной функции; релаксация речевого аппарата и всего организма; движения тела и пальцев, телесные упражнения; предотвращение утомления [5, 11].

Произнесение речи тесно связано с дыханием. Дыхание в этот момент существенно отличается от обычного и речь образуется в фазе выдоха. Для более продолжительного выдоха необходим и большой запас воздуха. При произнесении речи значительно (приблизительно в два с половиной раза) увеличивается его объем. Для речеобразования воздушная струя должна быть сильной и направленной. Поэтому первостепенной задачей в общей системе нормализации произносительной стороны речи детей с тяжелыми нарушениями является развитие речевого дыхания [3].

С этой целью полезно использовать следующие упражнения: сделав полный вдох, на выдохе произносить слогосочетания; сделав полный вдох, посчитать на выдохе (счет может быть прямым, обратным, порядковым и т. д.), наращивание слов в предложении. С каждым новым подходом в речевой материал необходимо включать стихотворные тексты, которые должны сопровождаться членением на паузы. Часто у детей во время разговора возникает мышечная напряженность в органах артикуляции. Это также оказывает отрицательное влияние на процесс формирования произносительной стороны речи. Поэтому мы используем систему расслабляющих упражнений, которые способствуют снятию напряжения с органов артикуляции и ощущению движений языка, губ, челюстей. При выполнении артикуляционной гимнастики необходимо соблюдать ключевые требования:

- артикуляционную гимнастику выполняют сидя, так как в таком положении тело ребенка не напряжено, руки и ноги находятся в спокойном положении;

- младший школьник должен хорошо видеть лицо взрослого, а также свое лицо, чтобы контролировать правильность выполнения упражнений;

- длительность выполнения деятельности должна быть около 3-5 минут;

- не следует предлагать учащемуся более 3-4 упражнений за один деятельностный подход;

- из набора выполняемых упражнений новым может быть только одно, остальные даются для совершенствования;

- при отборе и систематизации упражнений надо соблюдать классификацию и последовательность, идти от простых упражнений к более сложным;

- необходимо проводить артикуляционную гимнастику только в игровой форме;

- рекомендуется следить за качеством выполняемых ребенком движений: точность, плавность, ритмичность, переключаемость с одного движения на другое;

- в процессе выполнения двигательных действий важно помнить о создании эмоционального настроения у школьника;

- каждое движение рекомендуется выполнять перед зеркалом для интерактивной корректировки действий;

- физические упражнения не должны учащемуся надоедать, в связи с этим следует осуществлять наблюдение за тем, чтобы он от нее не уставал.

Постепенно, от занятия к занятию, напряжение исчезает, движения становятся непринужденными и вместе с тем координированными. О важном значении проведения физкультпауз и физкультминуток в истории образования средних учебных заведений и на сегодняшний день писали и пишут врачи, педагоги, психологи [1, 3, 4, 8, 10]. Они помогают снять мышечное и умственное утомление, повысить работоспособность и внимание. Физкультминутки проводятся на каждом логопедическом занятии при появлении признаков утомления. Внешними проявлениями утомления являются рост числа отвлечений, потеря интереса и внимания, ослабление памяти, снижение общей работоспособности. Снять наступающее утомление, привести работоспособность в норму у школьников, повысить эффективность занятия можно включив в структуру занятия упражнения средней интенсивности. Длительность физкультминуток обычно составляет 1-2 минуты [12].

У учащихся с нарушениями речевого аппарата страдает и мелкая моторика пальцев рук, что в конечном итоге приводит к более позднему становлению звуков в речи. Поэтому целенаправленная работа по развитию мелкой моторики пальцев рук ускоряет созревание речевых зон и стимулирует развитие речи ребенка. В этом аспекте простые движения рук помогают убрать напряжение не только с самих рук, но и с губ, снимают умственную усталость [9]. Положительную тренировку движений для пальцев дают народные игры и

потешки. Также могут быть использованы упражнения и без речевого сопровождения. На логопедических занятиях необходимо использовать упражнения с грецкими орехами, колючими мячами. Эффективное оздоравливающее и тонизирующее воздействие оказывает перекачивание между ладонями шестигранного карандаша. Следует также отметить, что в последнее десятилетие появляются мобильные комплексы коррегирующих и здоровьесберегающих гимнастик, которые можно отлично использовать, как альтернативу занятиям в непредвиденных ситуациях [6, 7].

Продолжая дискуссию, необходимо учитывать требования гигиенического и физиологического характера: пальцы левой и правой рук следует нагружать равномерно; после каждого упражнения нужно расслаблять пальцы (например, потрясти кистями рук); задания должны быть несложными, доступными, в занимательной и мотивирующей форме.

Для снятия статического напряжения также полезно выполнять упражнения: потягивание, поднятие головы, наклоны, прыжки. Для профилактики близорукости и снятия глазного утомления необходимо применять специальный комплекс физических упражнений для глаз – офтальмотренаж [2].

Для выявления эффективности предложенных в исследовании рекомендаций к выполнению специального комплекса заданий нами проведена экспериментальная работа по анкетному опросу родителей, тех детей, с которыми применялась авторская разработка (ЭГ) и родителей тех детей, которые занимались по другим системам в различных кружках, группах дополнительных образовательных и коррекционных услуг (КГ). В анкету были включены вопросы об анализе у детей показателей координации движений рук (по 5-ти балльной шкале), наличие мышечных зажимов (по 5-ти балльной шкале), нормализация дыхания (по 5-ти балльной шкале) и эмоциональная стабильность (по 5-ти балльной шкале). Получение максимального балла (20) означало, что у ребенка зафиксирована отличная координация движений рук отсутствие мышечных зажимов, ровное,

систематизированное дыхание без нарушений и устойчивая эмоциональная стабильность. В эксперименте приняли участие 10 родителей детей, принявших участие в эксперименте и 9 родителей детей, не принявших участие в реализации авторского коррекционного комплекса. Анкетирование проводилось на предварительном срезе до начала эксперимента и на контрольном срезе после эксперимента, который длился 6 месяцев. На рис.1 представлены средние результаты по группам (ЭГ и КГ) на предварительном и контрольном срезах:

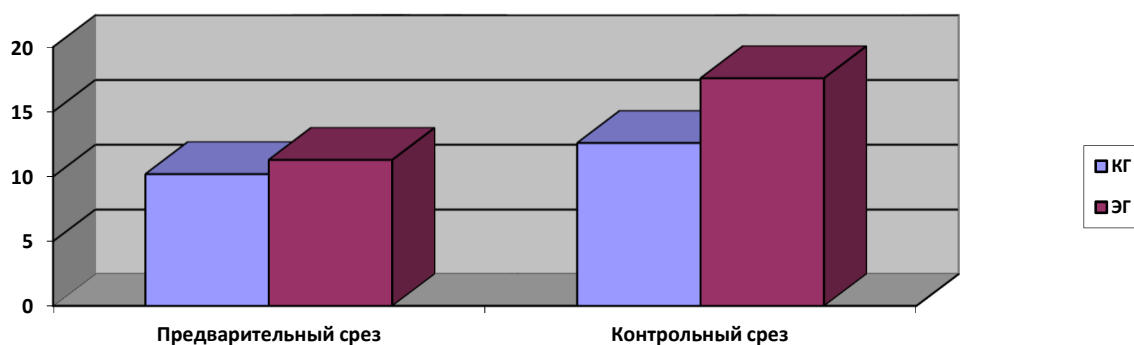


Рис.1. Результаты средних показателей по группам (ЭГ и КГ) на предварительном и контрольном срезах

Проведенный математико-статистический анализ по Т-критерию Стьюдента показал, что на предварительном срезе зафиксировано не достоверное различие между ЭГ и КГ по 5%, и на контрольном срезе зафиксировано достоверное различие между ЭГ и КГ по 5%.

Таким образом, в исследовании предложен авторский коррекционный здоровьесберегающий комплекс и экспериментальным путем доказана его эффективность на координацию движений рук, препятствие мышечных зажимов учащихся, содействие систематизации дыхания без нарушений и устойчивому эмоциональному фону младшего школьника.

Список литературы:

1. Айзман Р.И., Мельникова М.М., Косованова Л.В. Здоровьесберегающие технологии в образовании. – Новосибирск: НГПУ, 2018. -241 с.

2. Голубев В.В. Основы педиатрии и гигиены детей. – М.: Академия, 2003. – 415 с.
3. Жолдасбекова Б.А., Жолдасбеков А.А., Есалиев А.А. Здоровьесберегающие технологий в образовательном учреждении // Международный журнал экспериментального образования. – 2013. – №3. – С. 40-42.
4. Крицина А.Д. Здоровьесберегающие технологии на уроках окружающего мира // Обучение и воспитание: методики и практика. – 2013. – № 3. – С. 12-15.
5. Миндель А.Я. Забытые здоровьесберегающие технологии // Профессиональное образование. Столица. – 2010. – № 12. – С. 35-37.
6. Наговицын Р.С., Максимов Ю.Г., Мирошниченко А.А., Сенатор С.Ю. Реализация дидактической модели подготовки студентов к новаторству в процессе непрерывного образования будущего учителя // Вестник Новосибирского государственного педагогического университета. – 2017. – Т. 7. № 5. – С. 7-24.
7. Наговицын Р.С. Реализация мобильной педагогики как ключевое условие эффективности формирования физической культуры личности будущего педагога // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. – 2014. – № 1. – С. 58-61.
8. Наговицын Р.С. Становление и развитие теории и методики физической культуры в средних учебных заведениях России на рубеже XIX -XX вв.: Автореф. дис. ... канд. пед. наук. - Киров, 2008. – 26 с.
9. Тхор Л.К. Здоровьесберегающие технологии как фактор сохранения здоровья младших школьников // Педагогика и современность. – 2013. – № 4. – С. 102-107.
10. Ячменникова Т.С. Здоровьесберегающие технологии в начальной школе // Муниципальное образование: инновации и эксперимент. – 2011. № 5. – С. 66-71.
11. Nagovitsyn R.S., Chigovskaya-Nazarova Ya.A., Miroshnichenko A.A., Senator S.Y. The realization of the system programme “health saving education” in the

pedagogical university // European Journal of Contemporary Education. – 2018. – № 7 (1). – С. 137-149.

12. Nagovitsyn R.S., Volkov P.B., Miroshnichenko A.A. Planning of physical load of annual cycle of students', practicing cyclic kinds of sports, training // Физическое воспитание студентов. – 2017. – № 3. – С. 126-133.

УДК 316.362.1:316.6

Марина Сергеевна Колода

магистрант

Донбасский государственный педагогический университет,

г.Славянск, Украина

Email: kolodam94@gmail.com

Татьяна Валентиновна Лысенко

практический психолог

Славянский психоневрологический интернат,

г.Славянск, Украина Email: fedora.zmn@gmail.com

ВЛИЯНИЕ ОБРАЗА ОТЦА НА ВЫБОР БУДУЩЕГО ПАРТНЕРА У ДЕВУШЕК ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА

Аннотация. В статье авторами проведен теоретический анализ и экспериментальное исследование по проблеме влияния образа отца на выбор будущего партнера у девушек юношеского возраста. Анализируется также вопросы выявления зависимости между психологическими характеристиками отца и психологическими характеристиками будущего мужа.

Ключевые слова: образ отца, образ партнера, половая идентификация, типы зависимости, юношеский возраст.

Maryna Sergiyivna Koloda

Master Student

Donbass State Pedagogical University, Slovyansk, Ukraine

Email: kolodam94@gmail.com

Tetiana Valentynivna Lysenko

practical psychologist

Slovyansk psychoneurological boarding house,

Slovyansk, Ukraine,

Email: fedora.zmn@gmail.com

THE IMPACT OF THE FATHER'S IMAGE ON THE SELECTION OF THE FUTURE PARTNER FOR GIRLS OF YOUNG AGE

Abstract. *In the article, the authors carried out a theoretical analysis and an experimental study on the problem of the influence of the father's image on the choice of the future partner in girls of adolescence. We also analyze the issues of revealing the dependence between the psychological characteristics of the father and the psychological characteristics of the future husband.*

Keywords: *the image of the father, the image of the partner, gender identification, types of dependence, youthful age.*

У сучасних умовах посилення економічної та політичної криз, подальшого розшарування суспільства сім'я як динамічне утворення зазнає певних змін, що відбиваються, насамперед, на структурі і характері подружніх відносин. Виникають порушення у внутрішньосімейному спілкуванні, частішають кризи сім'ї, зростає незадоволеність шлюбом, змінюється стиль взаємодії між батьками і дітьми. За останнє десятиліття намітився ряд тривожних тенденцій, які свідчать про кризові явища в житті сім'ї, що зачіпають як подружні, так і дитячо-батьківські відносини. Актуальність розвитку проблеми пов'язана із загальним погіршенням психологічної атмосфери і зростанням дисфункціональності і конфліктності в значній частині сучасних сімей.

Відомо, що становлення особистості особливо інтенсивно відбувається в юнацькому віці, який є найважливішим періодом для підготовки до сімейного життя і вибору чоловіка. З досліджень А. Адлера, Е. Берна, І.В. Дубровиної, І.С. Кона, Р.В. Овчаровой, Н. Пезешкіана, З. Фрейда можна зробити висновки, що суб'єктивні образи батьків мають найбільший вплив на вступ в шлюб, розподіл сімейних обов'язків, сприйняття себе та інших, на формування тих чи інших рис особистості і її смислових орієнтирів [2].

У сучасних дослідженнях спостерігається прагнення виявити особливості уявлень про сім'ю та ідеал майбутнього чоловіка в різні вікові періоди (Захарова М.В., Каган В.Е., Ляхович Н.В., Прилепських О.С., Станіславська І.Г., Федотова Н.Ф., Шишкіна О.В.). Виявлено, що у створенні уявлень про ідеального партнера велика роль належить батькам (Коростильова Л.А., Мітіна О.В., Петренко В.Ф., Семенов В.Є., Шишкіна О.В.) [4].

Проблема оцінки та моделювання образу майбутнього чоловіка у дівчат виявилася найменш вивченою у зв'язку з відсутністю спеціальних досліджень, що стосуються феномена «батьківства» і детермінують ролі батька у створенні образу ідеального чоловіка.

Таким чином, недостатня вивченість в психології розвитку уявлень про майбутнього чоловіка і перспективи сімейного життя, принципів вибору партнера, умов формування ціннісного ставлення до сім'ї та шлюбу у сучасних дівчат, є аргументом актуальності дослідження і передумовою для постановки і формулювання проблеми.

Проблема дослідження полягає у визначенні впливу відносин, що складаються з батьком, на вибір дівчатами майбутнього чоловіка, а також у виявленні залежності між психологічними характеристиками батька і психологічними характеристиками майбутнього чоловіка.

Деякі з дослідників (Дж.Боулбі, М. Ейнсворт, Г. Ньюфелд, Є.О. Смирнова та ін.) зазначають, що одним з найважливіших факторів, що впливають на подальше становлення та розвиток інтимних стосунків є тип прихильності, який формується в дитинстві до значущих дорослих і практично

не змінюється у процесі життя. **Прихильність** – це емоційний зв'язок між людьми, що породжує взаємні очікування емоційного задоволення [2]; відчуття близькості, засноване на відданості, симпатії до кого-небудь або чого-небудь[1]. В кінці 1980-х С. Хазан і Ф.Шейвер застосували концепти теорії прихильності до дорослих, які перебувають в романтичних стосунках. Вони виявили, що взаємодія між партнерами в романтичних стосунках у певній мірі схожа зі стосунками між дітьми і значущим дорослим [6]. Наприклад, романтичні партнери так само прагнуть бути поруч один з одним, вони так само відчують себе комфортно, коли їх партнер поруч, і навпаки, відчують тривогу або самотність, коли він відсутній. Ці подібності привели Хазан і Шейвера до спроби розширити теорію прив'язаності і застосувати її до зрілих вікових груп та індивідів, які перебувають в романтичних стосунках. Так виділяються чотири типи прихильності:

1. Надійний тип прихильності. Люди з надійною прихильністю відкриті своєму партнерові, вони не бояться бути люблячими і щирими з ним. Надійна прихильність сприяє позитивному сприйняттю романтичних відносин, високій задоволеності в шлюбі і у відносинах; такі люди не бояться емоційної близькості і навіть певної залежності від партнера. Ця прихильність в своєму онтогенезі пов'язана, перш за все, з непротиворічністю поведінки найближчого дорослого, насиченістю його емоційного репертуару реакцій, а також наявністю і якістю зворотного зв'язку від дорослого [1;6].

2. Тривожний тип прихильності характеризується бажанням високого ступеня емоційної близькості з партнером. Людям з такою прихильністю властива невпевненість в собі, ревності; їм здається, що партнер не бажає подібного ступеня близькості. Підвищена тривожність породжує бажання отримати підтвердження почуттів від партнера, а це в свою чергу може привести до появи залежності від партнера. Вони також можуть бути емоційно експресивні.

3. Унікаючо-відторгуючий тип прихильності властивий незалежним людям, для яких неприйнятний високий ступінь близькості.

Найчастіше вони самодостатні, так як їх внутрішня робоча модель наповнена позитивним змістом по відношенню до себе і негативним по відношенню до інших. Саме це зумовлює деяку відчуженість в романтичних стосунках. Такий тип прихильності має захисний характер, відзначається тенденція до придушення і приховування своїх емоцій і почуттів.

4. Тривожно-уникаючий тип прихильності відзначається у людей, які постраждали від сексуального насильства на більш ранніх етапах життя [3]. Таким людям складно бути люблячими і відкритими, незважаючи на прагнення до близькості. В даному випадку бажання віддалитися продиктовано страхом бути відторгненим, а також дискомфортом від емоційної близькості. Вони не тільки не довіряють партнерові і бачать його в негативному світлі, а й себе не вважають гідними любові партнера [6].

Р. Кемпбелл зазначає, що вплив батька на статеву ідентифікацію дівчинки найзначніше проявляється в період юності. Саме в цьому віці вона повинна отримати визнання своєї значущості як майбутньої жінки в основному від батька, який сприяє формуванню у дочки позитивної самооцінки, висловлюючи схвалення її діям, здібностям, зовнішності. Взаємовідносини дівчинки з батьком впливають на її подальші гетеросексуальні контакти, будучи прототипом цих відносин. Теплі стосунки з батьком, що приносять задоволення, допомагають дочці пишатися своєю жіночністю, сприяють прийняттю себе як жінки і легшій гетеросексуальній адаптації. Любов батька дає дівчинці впевненість у своїй жіночій привабливості і чарівності. Недостатня ж емоційна чуйність батьків породжує у дівчаток занепокоєння, нестійкість настрою і примхливість, як засіб привертання уваги.

Нами було проведено дослідження за участі 50 дівчат віком від 17 до 23 років – мешканок Донецької області: студентки 1-4 курсів Донбаського державного педагогічного університету факультету психології, економіки і управління.

Діагностичний інструментарій: авторська анкета; методика «Досвід близьких стосунків» Бреннана, адаптація Т.В. Казанцевої; методика «Поведінка батьків і ставлення підлітків до них»; методика «Q-сортирування» В. Стефансона; методика «Діагностика міжособистісних стосунків» Т.Лірі; методика «Незакінчені речення» С. Леві.

Виявлено, що дівчата, батько яких приймав безпосередню участь у їхньому вихованні, зазвичай мають позитивні спогади про нього та своє дитинство. Негативні характеристики батька серед дівчат, які виховувалися без нього, зустрічаються значно частіше. Серед описів своїх романтичних стосунків та партнерів були виявлені в основному позитивні оцінки. Було також помічено, що дівчата, які на момент опитування не мали стосунків, зазвичай мали досить ідеалізоване уявлення про те, яким має бути їхній партнер.

Досліджено, що більшість респондентів (32%) мають боязкий тип прихильності; 28% дівчат мають залежний тип; у 14% спостерігається надійний тип; у 12% – унікаючий; 14% дівчат не мають вираженого типу прихильності. Враховуючи процентне співвідношення, можна зробити висновок, що боязка та унікаюча прихильність дійсно не сприяє встановленню стосунків, адже більшість дівчат з виявленими типами не мали партнера на момент опитування.

Визначено, що стиль виховання батька пов'язаний із типом поведінки, що формується у дівчини по відношенню до інтимних стосунків. Високий рівень прояву непослідовності у поведінці батька спостерігається в основному серед дівчат, які проявляють високий ступінь уникання інтимних стосунків ($r_{xy}=0,41$; при $p \leq 0,01$). Високий рівень за шкалою уникання більш властивий досліджуванним з унікаючим типом прихильності.

Виявлена прямо пропорційна значуща залежність між образом батька та образом партнера за шкалою «Залежність» ($r_{xy}=0,60$; при $p \leq 0,001$), «Товариськість» ($r_{xy}=0,54$; при $p \leq 0,001$) і «Нетовариськість» ($r_{xy}=0,42$; при $p \leq 0,01$). Також прямо пропорційний кореляційний зв'язок було визначено на

статистично значущому рівні за шкалами «Агресивність» ($r_{xy}=0,44$; при $p \leq 0,01$), «Підкорення» ($r_{xy}=0,43$; при $p \leq 0,01$), «Альтруїстичність» ($r_{xy}=0,41$; при $p \leq 0,01$), «Егоїстичність» ($r_{xy}=0,37$; при $p \leq 0,01$) та «Дружелюбність» ($r_{xy}=0,36$; при $p \leq 0,01$). Тобто сила вираженості таких характеристик батька дівчини як залежність від думки інших, комунікабельність, спрямованість на себе або на інших та наполегливість у досяганні мети зазвичай зустрічається на тому ж рівні і в образі партнера дівчини.

Виявлено, що уявлення про чоловіків та образ батька впливають на формування інтересу до інтимних стосунків у житті дівчини. Дівчата, що мають позитивне ставлення до батька і виховувалися ним, зазвичай досить позитивно відносяться до свого особистого життя, на відміну від дівчат, батько яких не приймав участі у їхньому вихованні і які мають негативне про нього уявлення. Негативний образ батька також може вплинути на формування негативних установок по відношенню до чоловіків взагалі. Наявність позитивного досвіду романтичних стосунків призводить до формування кращого ставлення до осіб протилежної статі.

Результати дослідження слугують для розкриття особливостей зв'язку між психологічним образом батька та майбутнього партнера, що може стати основою для подальших психологічних досліджень з цієї теми. Також виявлений зв'язок між типом прихильності і прагненням або униканням стосунків у житті дівчини може допомогти у підвищенні ефективності психологічного консультування зі схожих проблем.

Список літератури:

1. Боулбі Дж. Детям — любовь и заботу // Лишенные родительского попечительства / Під ред. В.С. Мухиной. М.: 1991. – 223 с.
2. Возрастная психология / Сост. Л.А. Семчук, А.И. Янчий. – Гродно, 2006. – 342с.

3. Головін С.Ю. Словарь практического психолога. – Минск.: Харвест, 1998 г. – 799 с.
4. Жмуров В.А. Большая энциклопедия по психиатрии, 2-е изд. — Национальная психологическая энциклопедия, 2012 г. – 600 с.
5. Основи психології: Підручник / За заг. ред. О. В. Киричука, В. А. Роменця. — 4-те вид., стереотип. — К.: Либідь, 1999. – 632 с.
6. Смирнова Є.О. Теорія привязанності: концепція і експеримент// Вопросы психологии – №3, 1995. – с.139-150
7. Соколова Е.Т. Психотерапия. Теория и практика. – М.: Академия, 2006. – 368 с.

УДК 159.9

Анастасія Сергіївна Кривонос

студентка,

Донбаський державний педагогічний університет,

м. Слов'янськ, Україна

E-mail: nastinity@gmail.com

Анаїт Едуардівна Мелоян

К. психол. наук, професор

Донбаський державний педагогічний університет,

м. Слов'янськ, Україна

E-mail: anaitmeloyan@gmail.com

ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ МОДИФІКАЦІЇ ТІЛА ТАТУЮВАННЯМ

Анотація. Данная стаття посвящена проблеме модификации тела у студенческой молодежи. Авторами проанализированы психологические аспекты феномена татуирования.

Ключевые слова: модификации тела, татуировка, образ тела, самоповреждение, телесная схема.

Anastasia Sergeevna Krivonos

student,

Donbass State Pedagogical University,

Sloviansk, Ukraine

E-mail: nastinity@gmail.com

Anahit Edouardovna Meloyan

PhD in Psychological Sciences, Professor,

Donbass State Pedagogical University,

Sloviansk, Ukraine

E-mail: anaitmeloyan@gmail.com

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF MODIFICATION BODY OF TATTOOING

Abstract. *This article is devoted to the problem of body modification in student youth. The authors analyzed the psychological aspects of the phenomenon of tattooing.*

Keywords: *body modification, tattoo, body image, self-damage, bodily diagram.*

Сьогодні модифікації тіла привертають до себе підвищений інтерес суспільства як нові екстравагантні тенденції сучасної моди. Феномен модифікацій тіла займає особливе місце у сфері соціальних досліджень: з одного боку, залишаючись маловивченим і, відповідно, теоретично і методологічно непроясненим, з іншого боку, він, поза сумнівом, є актуальним і вимагаючим пильної наукової уваги [9].

Дослідженнями татуювання займалися такі автори, як В. О. Барановський, К. С. Бекетова, М. Б. Меднікова, Л. О. Мельникова, О. О. Овсяннікова, та ін.

Зарубіжні дослідники відзначають, що в контексті сучасних тенденцій моди конструюється певна система уявлень про модифікації тіла як про способи подолання кордонів тіла, що тягнуть за собою розкриття нових вимірів духовності. Модифікації тіла позиціонуються як якісь витончені способи особистісного зростання для обраних.

Професор психіатрії та Доктор Ерік Шторх вважає, що незалежно від змісту, що стоїть за цим, модифікація тіла – це спосіб висловити свою індивідуальність і заколот, тільки в іншому вигляді.

Психолог Еріх Кастен досліджує цей феномен вже не один рік. За його словами, багато, один раз спробувавши, вже не можуть зупинитися: за одним татуюванням слідує інше, за одним пірсингом з'являється кільце в іншому місці. На думку Кастена, в основі бажання модифікувати власне тіло все-таки лежать психічні проблеми. Часом людина переконана у власному неподобстві, незважаючи на те, що оточуючі вважають її абсолютно нормальною. В такому випадку зміна власного тіла стає для неї способом маскування мнимої вади.

Модифікації тіла (татуювання, пірсинг, скарифікація) – це спроба додати собі тих якостей, які додають впевненості. Швидше за все, тут велику роль відіграє феномен навіювання і соціально-психологічного «зараження».

Таким чином, через аналіз татуювань та інших зовнішніх атрибутів образу сучасної молоді можна зрозуміти її проблеми, ціннісні орієнтації і ставлення, як до зовнішнього світу, так і до свого «Я». Татуювання є тим символічним інструментом, який допомагає знайти себе і адаптуватися в навколишньому середовищі [4].

Татуювання – це культурний та антропологічний феномен, який попадав в поле зору вчених з давніх часів. В енциклопедичному словнику Ф. А. Брокгауза та І. А. Ефрона процес татуювання подається як: «універсальний звичай презентувати на тілі незгладимі знаки...».

К. Леві-Строс описує види орнаментів і татуювань на обличчі й тілі з семіотичної точки зору: як текст Іншому про свій особистий, статусний, майновий, сімейний стан. Наприклад, татуювання у верхній частині обличчя – навколо очей і на лобі могли зробити собі тільки вождь і його сім'я.

Як стверджують психологи, які досліджували цю проблему, татуювання дає деяким людям шанс відчувати себе іншими, неповторними в безликому натовпі [1]. Професор Б. Ф. Адлер вказує на прямий зв'язок з татуюванням і прагненням людини прикрашати себе.

За словами М. Б. Меднікової, татуювання – один із способів маніпулювати людським тілом, що включає нанесення шрамів, рубців, проколювання, припікання [5].

С. Джефріс підкреслює, що по суті модифікації тіла є самоушкодженнями – умисними несуйцидальними пошкодженнями або змінами тканин тіла, що нерідко практикуються в маргінальних прошарках суспільства: серед гомосексуалістів, інвалідів, дітей і дорослих, потерпілих від сексуального насильства. На думку даного автора, практика самоушкоджень в рамках сучасної індустрії моди набуває нового значення: «модифікації тіла», «декорування тіла», «боді-арт». Для пояснення самоушкоджень активно притягуються постмодерністські поняття «переписування» історії тіла і «трансгресії» за межі його кордонів. Проте за даними модерністськими термінами стоять уявлення груп маргіналів, відзначає С. Джефріс, для яких самоушкодження є реальною, повсякденною і інтенсивно реалізовуваною практикою рішення життєвих проблем.

Розуміння соціальних і психологічних механізмів модифікацій тіла зв'язується з необхідністю вивчення проблем самоповаги до самоприйняття, сформованості уявлень про власне тіло і дихотомію потреб – мати «нормалізоване» тіло, тобто тіло, що відповідає нормативним уявленням, і мати «красиве» тіло, тобто тіло поліпшене, прикрашене. Особливе місце модифікації тіла займають в дослідженнях по біоетиці: обговорюється проблема законодавчого врегулювання дозволів на такі модифікації тіла, які

спричиняють за собою тяжкі необоротні тілесні пошкодження (наприклад, ампутації без медичних показань).

Психологічній стороні модифікацій тіла присвячені дослідження даного феномена в структурі чинників ризику проблемної поведінки підлітків. Дослідники приходять до висновку, що наявність модифікацій тіла корелює із зловживанням алкоголем і наркотичними речовинами, сексуальними відносинами, фактами насильства і шкільними проблемами. У дослідженні взаємозв'язку наявності татуювань з референтним оточенням було встановлено, що татуювання у членів сім'ї і друзів мають позитивну кореляцію з наявністю татуювань у респондентів. Ці дані підтверджують, що ухвалення рішення про які-небудь модифікації свого тіла здійснюється під безперечним субкультурним впливом.

Вивчення підлітків, що мають пірсинг і татуювання, приводить дослідників до висновку, що такого роду прикраси пов'язані з поведінкою, що підриває здоров'я. Виявлено, що ці підлітки зазнають труднощі в шкільній інтеграції, відчувають велику близькість до друзів і меншу підтримку з боку батьків, ніж їх однолітки, що не мають подібних модифікацій [9].

О. Г. Опанасюк та Т. А. Юровська відзначають, що до найважливіших психологічних проблем підлітків і молодих людей, що мають різні модифікації тіла, відносяться проблеми взаємостосунків, ідентичності і ризику. Всі вони витікають з труднощів соціалізації, які нерідко переживаються в підлітковому і юнацькому віці, але в даному випадку рішення цих проблем носить деструктивний характер, а модифікації тіла виявляються у ряді чинників ризику проблемної поведінки [8].

К. Леві-Строс стверджував, що при нанесенні на тіло людини, на своє тіло того чи іншого малюнка відбувається своєрідний шлях соціалізації. Татуювання як архаїчний феномен в аспекті соціалізації має специфічний, незворотний характер, який змінює самовідчуття при незмінності внутрішніх тенденцій психіки суб'єкта.

Безсумнівно, функція соціалізації доводиться багатьма фактами. Натільні знаки у найдавніших людей виконували швидше інформативну (вказували знак племені, роду, соціальний статус власника), охоронну (проти бід, хвороб, нещасть), і магичну функції. Декоративну вони придбали значно пізніше, як стверджує Ю. В. Ричкова [3].

Татуювання може розглядатися як одне із найдавніших, універсальних знакових засобів людини, які актуалізовані і займають певне місце в сучасному молодіжному співтоваристві як культурне явище, що містить сакральний (ритуальний) сенс. Татуаж – це активний символ, смислопороджуючий культурний феномен, здатний не тільки продемонструвати, але і зберегти в культурній пам'яті і транслювати в чуттєво-сприймаємої формі ідеї, ідеали і цінності культури [6].

Символіка татуювань має подвійну спрямованість, з одного боку вона певним чином впливає на оточуючих і в той же час, вона найбільшою мірою психологічно впливає на самого носія татуювань. Це можливо пов'язано з тією обставиною, що історично суб'єкти розвивалися в сторону придбання своєї ідентичності. У монографії «Історичний суб'єкт в пошуках свого Я» А. В. Шабага представляє цей процес наступним чином. Він поділив цей процес на три періоди. До першого він відносить такі стани суспільства, коли все визначало приналежність (Ти чий?). У другому періоді все залежало від покровительства (Під чийм ти захистом знаходишся?). І третій період, який, на думку автора, поширюється і на наш час, починають переважати відносини (З чим ти себе співвідносиш?) [10].

Численні дослідження розглядають поняття «образ тіла», як найважливіший компонент самосвідомості. Дане поняття ввів П. Шильдер, охарактеризувавши його «суб'єктивним переживанням людиною свого тіла». Фізичний вигляд людини символічно відображає психіку. Зовнішні компоненти (зовнішність і зовнішній життєвий простір) не лише чуттєво відчуваємі, але і видимі. Шкірний покрив є кордоном між внутрішнім і зовнішнім світом. В єдності утворюється тілесна схема – єдина психічна

форма внутрішнього і зовнішнього уявлення тіла. Ставлення до свого тіла як до тілесності, на думку Т. С. Леві, є необхідною умовою переживання радіності, енергонаповненості, переживання яких можна розглядати як один із критеріїв внутрішньо особистісної цілісності, а значить і однією з головних умов формування самодостатності особистості [7].

Деякі дослідники, спираючись на методологію методу АСПП академіка НАПН України Т. С. Яценко, розглядають татуювання як один із способів прояву і символізації несвідомої сфери особистості, яка заявляє про недозволені внутрішні протиріччя, і «забезпечує» людину сюжетом і темою тату. Сублимація через засіб татуювання тіла відкриває нові можливості для самореалізації суб'єкта або обмежує його. Татуювання в замаскованому вигляді презентує важливий, не завжди усвідомлений суб'єктом зміст, що підтверджує глибинно-психологічну його обумовленість [3].

Отже, у сучасному світі татуювання придбало популярність серед молодих людей. Дослідження вчених свідчать, що татуаж впливає на фізіологічне здоров'я людини, її соціалізацію, культурні та естетичні норми суспільства. Ініціювати нанесення тату можуть неусвідомлювані людиною психологічні комплекси, страхи. І хоча мистецтво татуювання змінювалося в історичному аспекті, його тенденції до символізації зображення збереженні [2].

Список литературы:

1. Барановский В. А. Искусство татуировки / Виктор Александрович Барановский. – М.: Славянский дом книги, 2002. – 373 с.
2. Бекетова Е. С. Диагностико-коррекционные возможности татуировки / Екатерина Сергеевна Бекетова // Тенденции развития высшего образования в Украине: европейский вектор: материалы междунар. научно-практической конф. – Ялта, 2012. – Ч. 3. – С. 100-104.

3. Бекетова Е. С. Татуировка и её влияние на социализацию субъекта / Екатерина Сергеевна Бекетова // Россия – XXI век: Борьба с новыми вызовами: мат-лы VIII Всероссийской научно-практич. конф. с междунар. участием, Владивосток: Дальневост. федерал. ун-т, 2015. – С. 276-277.
4. Дорожкин А. С. Знаково-символический аспект скарификации в контексте молодежных субкультур / А. С. Дорожкин // Молодой вчений. – 2014. – № 7 (2). – С. 198-201.
5. Исмаилов Г. И. Женская татуировка в Дагестане. К проблеме семантики и функций: дис. ... кандидата исторических наук: 07.00.07 / Исмаилов Габиб Исмаилович. – Махачкала, 2008. – 197 с.
6. Мельникова Л. А. Татуировка как форма репрезентации социокультурных кодов визуальности (на материалах исследования молодежных субкультур города Владивостока): дис. ... кандидата культурологии: 24.00.01 / Мельникова Людмила Алексеевна. – Комсомольск-на-Амуре, 2013. – 183 с.
7. Никонова И. А. Самодостаточность с точки зрения телесности / И. А. Никонова // Психология телесности: теоретические и практические исследования: Материалы международной заочной научно-практической конференции. – Пенза: ПГПУ им. В. Г. Белинского, 2008. – 160 с.
8. Опанасюк О. Г. Зв'язок схильності до модифікацій тіла з допінг стратегіями [Курсова робота] / О. Г. Опанасюк, Т. А. Юровська. – Житомирський державний університет імені Івана Франка, 2009. – 44 с.
9. Польская Н. А. Взаимосвязь склонности к модификациям тела с копинг-стратегиями [Текст] / Наталия Анатольевна Польская // Вопросы психологии. – 2007. – № 6. – С. 43-53.
10. Шабага А. В. Исторический субъект в поисках своего Я / А. В. Шабага. – М.: Изд. РУДН, 2009. – 524 с.

Владимир Николаевич Кудрицкий

К. пед. наук, доцент

Брестский государственный технический университет,

г. Брест, Беларусь

E-mail: prof.kudritski@mail.ru

РОЛЬ РЕЛАКСАЦИОННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ ПРИ СКОЛИОЗЕ

***Аннотация.** Релаксационная физическая культура занимает важное место при профилактике сколиоза разной степени. Она направлена, в первую очередь, на восстановительные процессы, протекающие в различных органах и системах после физических нагрузок.*

В практике физического воспитания релаксацию в учебном процессе рекомендуется применять как эффективную методику, направленную на снятие мышечного и нервного напряжения с помощью специально подобранных техник. Особенно велика роль применения релаксации для занимающихся, у которых по результатам медицинского осмотра выявлено такое заболевание как сколиоз. Сколиоз относится к группе заболеваний опорно-двигательного аппарата, связанных с изменением осанки. Сколиоз может быть простым, или частичным, с одной боковой дугой искривления, и сложным— при наличии нескольких дуг искривления в разные стороны и тотальным, когда искривление захватывает весь позвоночник. Одновременно со сколиозом может наблюдаться и торсия его, т. е. поворот отдельного позвонка вокруг вертикальной оси.

***Ключевые слова:** релаксация, сколиоз, физическая культура, локализация, искривление, позвоночник, формы, происхождение.*

Vladimir Nikolaevich Kudrytska

PhD in pedagogical Sciences, Associate Professor

Brest state technical University, Brest, Belarus

E-mail: prof.kudritski@mail.ru

THE ROLE OF RELAXATION OF PHYSICAL CULTURE IN SCOLIOSIS

Abstract. *Relaxation physical culture occupies an important place in the prevention of scoliosis of varying degrees. It is aimed primarily at recovery processes occurring in various organs and systems after physical exertion.*

In the practice of physical education, relaxation in the educational process is recommended as an effective technique aimed at removing muscle and nervous tension with the help of specially selected techniques. Especially great is the role of the use of relaxation for students who, according to the results of a medical examination revealed such a disease as scoliosis. Scoliosis belongs to the group of diseases of the musculoskeletal system associated with changes in posture. Scoliosis can be simple, or partial, with one side arc of curvature, and complex– with the presence of several arch curvature in different directions and total, when the curvature captures the entire spine. While scoliosis can be observed and torsion, the rotation of the individual vertebrae around a vertical axis.

Keywords: *relaxation, scoliosis, physical culture, localization, curvature, spine, forms, origin.*

В настоящее время выделяют следующую классификацию сколиоза: по происхождению - это сколиозы миопатические, неврогенного происхождения, диспластические, рубцовые, травматические и идиопатические; по форме искривления различают: С-образный сколиоз с одной дугой искривления, S –образный сколиоз с двумя дугами искривления, Z-образный сколиоз с тремя дугами искривления. Эта форма сколиоза

встречается реже всего; по локализации искривления - шейно-грудной, грудной, грудопоясничной, поясничной и пояснично-крестцовой сколиозы.

Сколиозы чаще всего прогрессируют в юношеском возрасте с 10 до 17 лет. Его различают по степени искривления. Доказано, что в 80% случаев сколиозы бывают идиопатическими с неизвестными причинами, они - чаще всего, встречающиеся у детей, ведущих малоподвижный образ жизни, а также из-за неправильной посадки в школе за партой или дома за компьютером, либо по причине неправильного положения за столом во время выполнения уроков.

Медицинскими исследованиями доказано, что 30% взрослого населения в мире имеют отклонения в строении позвоночника, а обследование детей школьного возраста выявили нарушение осанки у каждого пятого с последующим развитием заболевания. За последние 20 лет сколиоз резко прогрессирует и по статистическим данным его рост увеличился в 3 раза. Количество инвалидов с заболеванием опорно-двигательного аппарата в настоящее время составляет 10 % от общего числа заболевания. Однако из этого числа 53% заболевших диагностирован сколиоз.

В практике различают 4 степени сколиоза:

- сколиоз I степени определяется **углом** искривления до 10° , его определяют по следующим признакам - опущенное положение головы, сведенные плечи, сутуловатость, надплечье на стороне искривления выше другого, асимметрия талии;

- сколиоз II степени определяется **углом** искривления от 11° до 25° , в этом случае наблюдается торсия, т.е. поворот позвонков вокруг вертикальной оси, асимметрия контуров шеи и треугольника талии, таз на стороне искривления опущен, на стороне искривления в поясничном отделе имеется мышечный валик, а в грудном — выпячивание. При сколиозе II степени кривизна наблюдается в любом положении тела;

- сколиоз III степени определяется **углом** искривления от 26° до 50° , он определяется по сильно выраженной торсии, наличию всех признаков сколиоза II степени, а также по очерченному реберному горбу, западанию

ребра, мышечным контрактурам, ослаблению мышц живота, выпиранию передних реберных дуг;

- сколиоз IV степени определяется углом сколиоза $> 50^\circ$ и выражается сильной деформацией позвоночника.

Формированию правильной осанки и её коррекции на учебных занятиях должно отводиться важное место. Правильная осанка обеспечивает нормальную деятельность опорно-двигательного аппарата, внутренних органов, способствует более экономному расходованию энергии при выполнении физических нагрузок. Формирование осанки необходимо осуществлять на протяжении всего периода роста организма. Поэтому, помимо систематического выполнения предусмотренных программой специальных упражнений на осанку, необходимо в течение занятия обращать внимание студентов на оптимальное положение головы, правильную работу рук, туловища и ног, как при выполнении упражнений в статическом положении, так и в движении.

На учебных занятиях рекомендуется применять индивидуальный подход к занимающимся. Учебные занятия необходимо строить так, чтобы в достаточной мере проявлялось мышечное расслабление и появлялась бодрость.

Рекомендуются дополнительные формы физической культуры в режиме дня: утренняя гигиеническая гимнастика; выполнение специальных комплексов упражнений; подвижные игры небольшой интенсивности; физкультурные паузы во время выполнения домашних заданий; пешие прогулки, катание на велосипеде, катание на коньках и лыжах, оздоровительное плавание, походы выходного дня, закаливающие процедуры – воздушные ванны, души, водные процедуры.

Особое внимание при организации учебного процесса рекомендуется отводить релаксационным методикам, направленным на профилактику сколиоза, к примеру: мышечная релаксация по методу Э. Джейкобсона, которая представляет процесс расслабления мышечных тканей после

предварительного напряжения. В этом случае, для достижения эффекта рекомендуется сильно напрягать отдельные мышечные группы в течение 5-10 секунд, затем мысленно концентрировать внимание на ощущении расслабления в течение 15-20 секунд;

- дыхательная релаксация, представляющая собой выполнение глубокого вдоха (вдох выполняется медленно через нос, а выдох необходимо выполнять через рот медленнее вдоха);

- массаж при сколиозе – самый эффективный метод в комплексном его лечении. При помощи массажа укрепляются растянутые мышцы тела и расслабляются напряжённые мышцы, что приводит к повышению общего тонуса организма;

- лечебное плавание при сколиозе как эффективный метод помогает снизить нагрузку на напряжённые мышцы со стороны искривления позвоночника, одновременно под воздействием водной среды происходит растяжение всех мышц и повышается подвижность суставов;

- ношение корсетов как один из методов профилактики сколиоза рекомендуется при III степени развития заболевания. Корсеты являются эффективным средством при укреплении позвоночника;

- мануальная терапия является весьма полезным и эффективным методом профилактики сколиоза, особенно в детском возрасте, когда опорно-двигательный аппарат полностью не сформирован; при IV стадии сколиоза рекомендуется хирургическое лечение. При помощи хирургического вмешательства и закрепления позвоночника специальными приспособлениями возможно вернуть позвоночник в нормальное состояние.

При заболевании сколиозом рекомендуется особое внимание обращать на рацион и режим питания. Важно в рацион питания включать продукты, богатые белками. Именно эти вещества распадаясь на аминокислоты в организме, влияют на его развитие и рост, а также обогащают его энергией.

Источниками белка являются фасоль, горох, творог, мясо тунца и горбуши, а также куриное мясо, мясо кролика, говядина, индейка и не жирная баранина.

Рекомендуется в достаточном количестве в рацион питания включать фрукты и овощи, так как они содержат максимум витаминов и микроэлементов.

В рацион питания так же рекомендуется включать каши из риса, гречки, овсянки, перловки, манки, пшена. Очень полезны блюда из макаронных изделий, так как они являются не только углеводами и насыщают организм энергией, но и содержат полезные вещества, такие как медь, бор, железо, магний.

Рекомендуется так же увеличить потребление продуктов с витамином Е, которые являются антиоксидантом и принимает участие в формировании костной ткани. Витамин Е содержится в рыбе, орехах, сухофруктах, шпинате, облепихе, щавеле, ячневой крупе.

Таким образом, при выявлении сколиоза, особенно на первой его стадии развития, рекомендуется обращать внимание на регулярное соблюдение недельного двигательного режима, при помощи специалистов подобрать эффективную методику, направленную на профилактику заболевания, определить режим труда, отдыха и питания, регулярно проводить контроль за состоянием здоровья и принимать срочные меры на профилактику различного рода заболеваний, в том числе и сколиоза.

Список литературы:

1. Николайчук Л.В., Николайчук Э.В. Остеохонроз, сколиоз, плоскостопия. – Минск: Книжный дом, 2004. – 320с.
2. Вышинская, Л. Сколиоз – угроза жизни подростка // Журнал «Вечерние вести», №188, 2003 г. – С.8

3. Тихонова А.Я. Применение продукции компании NSP при нарушении осанки и сколиозе позвоночника у детей. – К., 2004. – 80 с.
4. Ченцов. В. Вся правда о сколиозе. – Спб.: Изд.- во «Питер», 2008. – 128с.

УДК 796

Владимир Николаевич Кудрицкий

К. пед. наук, доцент

Брестский государственный технический университет,

г. Брест, Беларусь

Наталья Васильевна Орлова

К. пед. наук, доцент

Брестский государственный технический университет,

г. Брест, Беларусь

E-mail: prof.kudritski@mail.ru

РЕКРЕАЦИЯ КАК СРЕДСТВО ПОДДЕРЖАНИЯ РАБОТОСПОСОБНОСТИ СТУДЕНТОВ

Аннотация. В практике физического воспитания рекреация представляет одну из форм двигательной активности, направленной на активный отдых после выполнения работы разной интенсивности. Она рассматривается как часть физической культуры, в контексте которой основу составляет двигательная деятельность умеренной интенсивности с использованием физических упражнений на растягивание, ловкости, гибкости, а также подвижные и спортивные игры, пеший туризм, велотуризм, плавание, езда на лыжах и коньках, различные физкультурно-спортивные праздники и развлечения.

Ключевые слова: рекреация, средство, студенты, двигательная активность, физические качества, работа, студенческая молодёжь.

Vladimir Nikolaevich Kudritsky

*PhD in pedagogical Sciences, Associate Professor
Brest state technical University, Brest, Belarus*

Natalia Vasilyevna Orlova

*PhD in pedagogical Sciences, Associate Professor
Brest state technical University, Brest, Belarus*

E-mail: prof.kudritski@mail.ru

RECREATION AS A MEANS OF EDUCATION OF STUDENTS 'WORKERS' OPPORTUNITY

Abstract. *In the practice of physical education, recreation is one of the forms of motor activity aimed at active rest after performing work of varying intensity. It is considered as part of physical culture in the context of which the basis is the motor activity of moderate intensity with the use of stretching exercises, agility, flexibility, as well as mobile and sports games, hiking, cycling, swimming, skiing and skating, various sports and sports holidays and entertainment.*

Keywords: *recreation, means, students, physical activity, physical qualities, work, student youth.*

Как правило, в процессе выполнения пассивной или активной работы в течение дня в организме человека наступает усталость, вызывающая снижение работоспособности, появления вялости и сонливости. Особенно это касается студенческой молодёжи, которой приходится на учебных занятиях при прослушивании лекционного и семинарского материалов порядка шести часов и более находиться в аудиториях в статическом положении. Уже в первые часы нахождения в сидячей позе без движения, занимающиеся ощущают определенный дискомфорт, которой может проявляться в следующем: очень быстро устает рабочая рука, ноги без движения затекают, возникает

напряжение мышц шеи и мышц спины, замедляется процесс кровообращения, который вызывает изменения в функциональные состояния организма.

В этом случае для восстановления работоспособности рекомендуется в аудиторных занятиях использовать специально разработанную методику применения релаксационной физической культуры в виде производственной гимнастики, направленной на восстановление работоспособности студентов.

Она представляет собой специальную систему физических упражнений, выполняемых в режиме труда, учебы и направлена на укрепление здоровья студентов, повышения их социальной активности, поддержание высокой работоспособности в течение дня, профилактику травматизма и профессиональных заболеваний.

Комплекс физических упражнений по производственной гимнастике составляется с учетом особенностей характера труда и условий проведения занятий. В комплекс рекомендуется включать разнообразные несложные упражнения, доступные для выполнения. Комплекс производственной гимнастики должен состоять из 7-8 упражнений и выполняется не более 5-6 минут.

При составлении комплекса необходимо пользоваться принятой гимнастической терминологией. Производственную гимнастику рекомендуется выполнять после первого часа второй пары как в первой, так и во второй смене учебных занятий. Гимнастический комплекс в потоках на лекциях проводят общественные инструктора из числа студентов под руководством преподавателя., проводящего занятия в данной аудитории. В данном случае для организации производственной гимнастики рекомендуется разработать 14 комплексов, рассчитанных на теоретический годовой курс обучения студентов.

Для усвоения комплексов физических упражнений студентами предлагается один комплекс выполнять в течение двух недель, а за тем комплекс меняется и так далее.

Для более эффективной организации производственной гимнастики можно предложить примерный комплекс физических упражнений, выполняемый студентами в аудитории, сидя за партой или столом.

1 упр. И. П. – сидя, руки за голову; 1 – повернуть голову в право; 2 – И.П.

3-4 – то же, в другую сторону.

Методические указания: дыхание свободное (упражнение повторить 6-8 раз).

2 упр. И.П. – сидя, руки за спину; 1-2 – прогнуться, голову отвести назад; 3-4 – И.П.

Методические указания: дыхание свободное (упражнение повторить 6-8 раз). Прогиб выполнять медленно.

3 упр. И.П. – сидя руки за спину; 1-2 – левое плечо опустить, правое поднять вверх; 3-4 – то же, правым плечом. И.П.

Методические указания: дыхание свободное (упражнение повторить 6-8 раз).

4 упр. И.П. – сидя, руки положить на стол, ладонями кверху; 1 – сжимая пальцы рук в кулак, руки согнуть в локтевых суставах; 2 – И.П.

Методические указания; дыхание свободное (упражнение повторить 6-8 раз).

5 упр. И.П. – сидя, руки за спину; 1 – пятку левой поднять от пола, носок на полу; 2 – И.П.; 3-4 – то же, с правой ноги.

Методические указания; дыхание свободное (упражнение повторить 6-8 раз).

6 упр. И.П. – сидя, руки на парту; 1 – поднять носок левой, пятку не отрывать от пола; 2 – И.П.; 3-4 – то же, с правой ноги.

Методические указания; дыхание свободное (упражнение повторить 6-8 раз).

7 упр. И.П.- о.с.; 1 – руки к плечам; 2 – руки вверх; 3 – руки к плечам; 4 – И.П.

Методические указания; дыхание свободное (упражнение повторить 6-8 раз).

8 упр. И.П. – о.с. – руки за спину в замок; 1-2 – руки поднять вверх; 3-4 – опустить.

Методические указания; дыхание свободное, руки поднимать и опускать медленно (упражнение повторить 6-8 раз).

К основным разновидностям физической рекреации рекомендуются: физические упражнения; разнообразие двигательной активности; организация рекреационных занятий во время продолжительной работы и в специально отведенное для нее время, которые будут направлены на укрепление здоровья и повышение эмоционального эффекта.

Для организации физической рекреации рекомендуется комплексно использовать основные и вспомогательные средства, к которым можно отнести физические упражнения различной релаксационной направленности, естественной силы природы, режим питания, труда, отдыха и быта. Благодаря важности, пользе, специфике и универсальности физической рекреации, она может быть востребована людьми разного возраста, пола, состояния здоровья и физической подготовленности.

В результате физической рекреации необходимо добиваться удовлетворения в двигательной активности, получении эмоционального эффекта, переключения с одного вида деятельности на другой, активизации деятельности организма с помощью движений, восстановления сниженных функций организма.

Особенностью современного подхода в использовании физической рекреации является организация активного отдыха занимающегося. В процессе организованного активного отдыха более эффективно будут осваиваться принципы здорового образа жизни и совершенствоваться двигательные умения и навыки.

Физическая рекреация может быть усилена путем организации и проведения деловых игр, которые составляют базу для организации и

проведения «Дня здоровья», «Спортивного вечера», «Всей группой на старт» и других форм оздоровительных мероприятий.

При этом в содержание деловых игр необходимо включать элементы различной физической рекреации. Физическая рекреация по своему содержанию может быть пассивной. Так как при просмотре спортивных и других культурно-восстановительных мероприятий зрители, болельщики являются их созерцателями. Они не проявляют двигательную активность, однако, сам факт присутствия на таких мероприятиях может выступать в качестве средства физической рекреации, основой, которой будут присутствие эмоционального, психологического и оздоровительного эффектов.

В практике физического воспитания рекомендуется выделять основные аспекты физической рекреации: биологический, психологический, общеобразовательный и культурно-воспитательный.

Таким образом, физическая рекреация – это специально организованная двигательная деятельность, направленная на восстановления сниженных функций организма и восстановления работоспособности.

Производственная гимнастика является одной из форм при организации релаксационной физической культуры. Она благотворно сказывается на организме студентов, повышает двигательную активность, эмоциональный фон, активизирует деятельность различных систем и органов и в конечном итоге, повышает общую работоспособность студенческой молодежи.

Список литературы:

1. Артемьев, В.П. Дозирование физической нагрузки для развития общей выносливости /В.П. Артемьев: матер.науч.-техн. конф. посвященной 30-летию института. Часть 2 – Брест: университет,1996. – С.192-193
2. Артемьев, В.П. Физическая нагрузка с использованием ходьбы как обязательный компонент учебных занятий по физическому воспитанию /В.П.

Артемьев, Э.А. Мойсейчик, В.В. Шутов. – Вестник БрГТУ, Брест: БрГТУ, 2001. – №6 (12): гуманитарные науки. – С. 85-86

3. Кудрицкий, В.Н. Методика проведения производственной гимнастики со студентами инженерно-строительного института /В.Н. Кудрицкий // метод. разработка. – Брест, БИСИ, 1982. – 17с.

УДК 159.923: [2-726.6+2-727]

Оксана Олександрівна Мамедова

студент

Донбаський державний педагогічний університет,

м. Слов'янськ, Україна

E-mail: oksana13s.n@gmail.com

Олена Анатоліївна Резнікова

Канд. психол. наук, доцент,

Донбаський державний педагогічний університет,

м. Слов'янськ, Україна

E-mail: ereznikova63@gmail.com

**ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ОСОБИСТІСНИХ ХАРАКТЕРИСТИК
ВІРУЮЧИХ ЛЮДЕЙ ТА АТЕЇСТІВ
(на прикладі юнацького віку)**

Анотація. В статтє представлєны результать ислєдования ценностных ориєнтаций и личностных характеристик верующих людей и атеистов в юношеском возрасте. Выявлєны различия по таким ценностным ориєнтациям как материальное благосостояние, наслаждение прекрасным, любовь, высокий социальный статус, уважение людей и влияние на окружающих. Установлєны различия по таким личностным характеристикам как самодисциплина, моральная нормативность, смелость,

доминантність, самостійність, емоційна стійкість, безпека, напруженість, екстраверсія і інтроверсія.

Ключеві слова: релігія, атеїзм, ціннісні орієнтації, особистісні характеристики.

Oksana Oleksandrivna Mamedova

Student

Donbas State Pedagogical University, Slovyansk, Ukraine

E-mail: oksana13s.n@gmail.com

Olena Anatolivna Reznikova

PhD in Psychological Sciences, Associate professor

Donbas State Pedagogical University, Slovyansk, Ukraine

E-mail: ereznikova63@gmail.com

**COMPARATIVE ANALYSIS OF PERSONAL CHARACTERISTICS
OF RELIGIOUS PEOPLE AND ATHEISTS
(On an example of youth age)**

Abstract. *The article presents the results of a study of value orientations and personal traits of religious people and atheists in adolescence. The study reveals differences in the following value orientations: material well-being, enjoyment of beauty, love, high social status, respect for people and influence on others. Differences in such personal characteristics as self-discipline, moral normativity, courage, dominance, independence, emotional stability, security, tension, extraversion and introversion have been recognized.*

Keywords: *religion, atheism, value orientations, personal traits.*

Постановка проблеми. Очевидно, що релігія відіграє значну роль у житті людини та суспільства. Вона накладає відбиток на звичаї, ідентифікацію, поведінку, цінності, культуру, виробничу етику, соціальні

орієнтації тощо. Віра виконує важливі соціально-психологічні функції, виступаючи як спосіб орієнтації людини у світі та як форма адаптації людини до навколишнього середовища. Релігійність позитивно впливає на самореалізацію та самоактуалізацію людини, допомагає усвідомити своє покликання, реалізувати здібності, обрати конструктивну життєву стратегію і тактику. У цілому релігійна віра має потужний психотерапевтичний ефект (А. Маслоу, Г. Олпорт, К. Роджерс).

Юність – це один із періодів життя людини, під час якого починається формування ідентифікації, переосмислення цінностей, вибору майбутнього та подальшого всебічного розвитку особистості. Тобто формується відношення до власної особистості та світу в цілому.

Юність вважають найкращим часом життя, та, не зважаючи на це, дослідження показують, що у цей період фіксується найнижча задоволеність його сенсом, пригніченість, невпевненість у собі та у власному майбутньому, тобто відбувається стан невизначеності. Починаючи нове, самостійне життя, людина бажає зрозуміти своє призначення у житті та знайти відповіді на запитання «Що я маю робити?», «Для чого я живу?», «Що буде далі?» та інші.

Тож буде доцільним розглядати проблему релігійності та віри у період юнацтва, під час якого можна простежувати різкі зміни особистісних характеристик та ціннісних орієнтацій людей.

Ступінь розробленості проблеми. Проблема відношення молоді до релігії, її значення у житті, вплив на самооцінку та цінності аналізувалися та розглядалися такими вченими як А. Сафронов, Б. Куценок, Б. Лобовик, В. Циба, Е. Фромм, Є. Дюргейм, З. Фройд, К. Юнг, Л. Шнейдер, С. Московічі, С. Хассен, У. Джеймс, Ю. Борунков, Ю. Макселон, та інші. Дослідники одностайні у тому, що віра – це копінг-стратегія, яка позитивно впливає на людину і надає їй відчуття безпеки та захищеності.

Іноді люди плутають поняття “віра” і “релігія”, а іноді ототожнюють їх. Але насправді віра – це поняття, що об’єднує людей. Віра може існувати без релігії. А ось релігія – це форма світосприйняття, яка обумовлена вірою

людини у вищій силі, вона не можлива без віри [5]. Як зазначають американські вчені М. Остоу та Б. А. Шарвстейн у своїй книзі «Потреба у вірі», «...віра для людей така ж необхідна, як і їжа...», «...всі люди потребують віри і марно думати, начебто хтось із нас зможе бути щасливим будучи скептиком...» [2, 25].

Учений П. Джонсон також вважає, що «...кожна людина вірить, але не всі вірять в одне й теж саме, та кожен вірить у що-небудь...» [2, 26].

Релігійні орієнтації людей мають певні якісні характеристики. Найвідомішою типологією є зовнішня та внутрішня релігійні орієнтації, які виділив Г. Олпорт.

Внутрішній тип релігійних орієнтацій притаманний людям, для яких релігія є головним мотивом та є для них життєвою цінністю. Люди схильні мотивувати свою діяльність у різних соціальних сферах вірою, а свою поведінку намагаються підпорядкувати релігійним нормам і догмам.

Зовнішній тип релігійності характеризує схильність людини використовувати релігію у власних цілях, таких як соціальні контакти, розваги, самовиправдання, статус та соціальна респектабельність [4].

Г. Олпорт вважає, що «...збереженню психічного здоров'я людини сприяє внутрішня, а не зовнішня релігійна орієнтація...» [3, 108].

Предметом наукової рефлексії сучасних дослідників є проблема особливостей релігійної особи. У своєму дослідженні О. В. Сучкова виявила, що релігійність сприяє підвищенню безпеки для віруючої молоді [1, 219].

Загалом, вчені виділяють такі особливості традиційно віруючої людини: високий рівень емпатії, ціннісна орієнтація на любов, емотивність, не агресивність, позитивне ставлення до інших. У порівнянні з атеїстами, у віруючих більша сформованість ціннісно-сміслових орієнтацій [1, 220-221].

Мета статті полягає у визначенні та порівняльному аналізі особистісних характеристик та ціннісних орієнтацій віруючих людей та атеїстів у юнацькому віці.

Виклад основного матеріалу. Вибірку дослідження склали студенти факультету психології, економіки та управління Донбаського державного педагогічного університету міста Слов'янська віком від 18 до 23 років у кількості 50 осіб.

Для виявлення атеїстів та віруючих було проведено анкетування з відкритими питаннями («До якої віри ви себе відносите?» «Ви віруюча чи невіруюча людина?» та інші). В результаті дослідження було виявлено 42% атеїстів (21 особа) та 58% віруючих (29 осіб).

Для дослідження ціннісних орієнтацій використовувалась методика діагностики реальної структури ціннісних орієнтацій особи С. С. Бубнова. Для виявлення особливостей характеру, нахилів та інтересів віруючих і атеїстів використовувався опитувальник Р. Кетелла. З метою порівняння властивостей характеру і ціннісних орієнтацій у атеїстів та віруючих осіб був використаний критерій t-Стюдента для двох незалежних вибірок.

Результати дослідження виявили статистичну відмінність між атеїстами і віруючими особистостями у таких ціннісних орієнтаціях як високий матеріальний статус ($t=4,1$; $p\leq 0,05$); пошук та насолода прекрасним ($t=1,5$; $p\leq 0,05$); кохання ($t=1,9$; $p\leq 0,05$); високий соціальний статус та управління людьми ($t=4,3$; $p\leq 0,01$); визнання і повага людей, вплив на оточення ($t=2,4$; $p\leq 0,05$). Встановлено, що для віруючої особистості більш вагомими ціннісними орієнтаціями у житті є кохання, прагнення до відкритості, щирості та духовності у відносинах, насолода природною красою, мрійливість та щирість своїх почуттів. Серед ціннісних орієнтацій атеїстів переважає матеріальний добробут, робота, управління людьми, бажання бути визначною та впливовою людиною.

Не виявлено статистичної вірогідності ціннісних орієнтацій приємного проведення часу та відпочинку ($t=1,7$; $p\leq 0,10$); допомоги та милосердя до інших людей ($t=1,2$; $p\leq 0,10$); пізнання нового у світі, природі, людині ($t=1,3$; $p\leq 0,10$); соціальна активність для досягнення позитивних змін у суспільстві ($t=1,4$; $p\leq 0,10$); спілкування ($t=1,7$; $p\leq 0,10$); здоров'я ($t=1,4$; $p\leq 0,10$). Отже,

важливими ціннісними орієнтаціями у житті як для атеїстів, так і для віруючих особистостей є допомога людям, підтримка, милосердя та щирість; пізнання навколишнього світу, життя, природи, людини та інших життєво-важливих явищ; соціальна активність у суспільстві, бажання досягати змін, а також відкритість до спілкування з навколишнім світом.

Виявлено статистичну відмінність між атеїстами та віруючими людьми за властивостями «екстраверсія – інтроверсія» ($t=2,8$; $p\leq 0,05$). Екстравертивний тип особистості виявився більш притаманним атеїстам; їм властива потреба у спілкуванні, бажання бути у центрі уваги та швидка адаптація на новому місці, впевненість у собі, приязність, активність та відвертість. У віруючих домінує інтровертивний тип, яким притаманна тихість і розміреність, замкнутість, скромність, відповідальність, вірність і надійність.

Статистична відмінність між атеїстами та віруючими людьми виявлена за регуляторними властивостями «самодисципліна» ($t=2,1$; $p\leq 0,05$), «моральна нормативність» ($t=3,1$; $p\leq 0,05$). Отримані результати характеризують віруючих як усвідомлених, передбачуваних, рішучих та урівноважених, добросовісних, дисциплінованих та таких, що дотримуються моральних норм, що може бути пов'язано з релігійними приписами. Атеїсти можуть бути залежні від своїх бажань, імпульсивні, схильні до непостійності.

Статистична відмінність між атеїстами та віруючими людьми виявлена за комунікативними властивостями «сміливість» ($t=1$; $p\leq 0,01$), «домінантність» ($t=2,3$; $p\leq 0,05$) та «самостійність» ($t=2,1$; $p\leq 0,05$). Це може свідчити про те, що віруючим притаманна сором'язливість, поступливість, тактовність, люб'язність. Атеїсти відрізняються більшою сміливістю, самостійністю, незалежністю, наполегливістю, упертістю та активністю.

Не виявлено статистичних відмінностей між атеїстами та віруючими людьми за такими комунікативними властивостями як «товариськість» ($t=1,8$; $p\leq 0,10$), «дипломатичність» ($t=1,7$; $p\leq 0,10$), «підозрілість» ($t=1,4$; $p\leq 0,10$). Це може свідчити про спільність таких рис як формальність, обережність,

критичність, настороженість до людей, прямолінійність, уміння знаходити вихід зі складних ситуацій, обачність, дипломатичність у спілкуванні.

Не виявлено статистичних відмінностей між атеїстами та віруючими людьми за інтелектуальними властивостями: «дипломатичність» ($t=1,7$; $p \leq 0,10$), «інтелектуальність» ($t=1,5$; $p \leq 0,10$), «мрійливість» ($t=1,4$; $p \leq 0,10$), «сприйняття нового» ($t=1,6$; $p \leq 0,10$). Такі результати дозволяють стверджувати, що як атеїстам, так і віруючим притаманні багата уява, адаптивність, гнучкість, швидке навчання, мрійливість.

Статистична відмінність між атеїстами та віруючими людьми виявлена за емоційними властивостями «сміливість» ($t=1$; $p \leq 0,01$), «емоційна стійкість» ($t=3,4$; $p \leq 0,05$), «безпечність» ($t=2,8$; $p \leq 0,05$). Отримані результати дозволяють характеризувати віруючих як обережних та чутливих, а атеїстів – як захоплених своїм життям, імпульсивних, активних, життєрадісних.

Не виявлено статистичних відмінностей між атеїстами та віруючими людьми за емоційними властивостями «емоційна чутливість» ($t=1,3$; $p \leq 0,10$), «тривожність» ($t=2,1$; $p \leq 0,10$), «напруженість» ($t=1,8$; $p \leq 0,10$). Отже, ці дані дозволяють вважати, що як віруючим людям, так і атеїстам властиві багатство емоційних переживань, емпатія, розслабленість, схильність до романтизму, художнє сприйняття світу, різнобічні естетичні інтереси.

Не було виявлено статистичної відмінності між атеїстами та віруючими людьми у факторі «самооцінка» ($t=1,6$; $p \leq 0,10$). Це свідчить про те, що в обох групах переважає адекватна самооцінка, правильне співвідношення своїх можливостей і досягнень, критичне ставлення до себе, реальний погляд на свої невдачі та успіхи.

Результати теоретичного та експериментального дослідження проблеми дозволили зробити певні **висновки**.

Існують розбіжності та збіги у ціннісних орієнтаціях віруючих людей і атеїстів. Для віруючої особистості більш вагомими ціннісними орієнтаціями у житті є кохання, прагнення до відкритості, щирості та духовності. Серед ціннісних орієнтацій атеїстів переважає матеріальний добробут, робота,

управління людьми, бажання бути визначною та впливовою людиною. Важливими ціннісними орієнтаціями у житті як для атеїстів, так і для віруючих людей є допомога людям, підтримка, милосердя та щирість; пізнання навколишнього світу; соціальна активність у суспільстві, бажання досягати змін, а також відкритість до спілкування з навколишнім світом.

У особистісних властивостях між атеїстами та віруючими були виявлені розбіжності у характеристиках самодисципліни, моральної нормативності, сміливості, доміантності, самостійності, емоційної стійкості, безпечності, напруженості, екстраверсії та інтроверсії. Спільність особистісних характеристик у атеїстів та віруючих виявлена у властивостях дипломатичності, товариськості, підозрілості, інтелектуальності, мрійливості, сприйнятті нового, емоційній чутливості, тривожності, напруженості та самооцінці.

Отже, як атеїсти, так і віруючі люди мають певні переваги за своїми рисами характеру та ціннісними орієнтаціями, які допомагають їм у повсякденному житті. Тому ми вважаємо перспективними дослідження вікових трансформацій ціннісних орієнтацій та особистісних властивостей віруючих людей та атеїстів, а також особливостей психотерапевтичного впливу релігійних орієнтацій на особистість молодої людини.

Список літератури:

1. Ачинович Т. И. Актуальные проблемы исследования религиозности в современной отечественной психологии // Ярославский педагогический вестник. Том II. – 2013. – № 3, С. 218 – 222
2. Григоренко А. Ю. Религиоведение: учеб. пособие для студентов педагогических вузов. / под ред. А. Ю. Григоренко. – Спб.: Питер, 2008. – 507 с.
3. Олпорт Г. Личность в психологии. – Спб.: «Ювента», 1998. – 345 с.

4. Психологічна діагностика [Електронний ресурс] URL: <https://sites.google.com/site/test300m/sro> (дата звернення: 28.07.2015)

5. Чим відрізняється релігія від віри [Електронний ресурс] URL: <http://moyaosvita.com.ua/kultura-i-suspilstvo/chim-vidriznyayetsya-religiya-vid-viri/> (дата звернення: 27.07.2014)

УДК 159.9.072:

Анаїт Едуардівна Мелоян

К. психол. наук, професор

Донбаський державний педагогічний університет,

м. Слов'янськ, Україна

E-mail: anaitmeloyan@gmail.com

Валерій Іванович Сипченко

К. пед. наук, професор

Донбаський державний педагогічний університет,

м. Слов'янськ, Україна

Юлія Володимирівна Сазонова

Магістр

Донбаський державний педагогічний університет,

м. Слов'янськ, Україна

E-mail: juliettalyashenko@gmail.com

ВПЛИВ ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ НА СІМЕЙНІ ВІДНОСИНИ У СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

Анотація: Данная стаття посвячена проблеме эмоционального интеллекта как фактора конструктивных семейных отношений у студенческой молодежи. С помощью экспериментального исследования были изучены уровень эмоционального интеллекта и особенности семейных отношений. Была установлена статистически достоверная корреляционная

связь между уровнем эмоционального интеллекта и конструктивностью семейных отношений.

Ключевые слова: эмоциональный интеллект, интеллект, эмоции, семья, брак, студент, молодость.

Anahit Edouardovna Meloyan

*PhD in Psychological Sciences, Professor
Donbass State Pedagogical University,
Sloviansk, Ukraine*

Valery Ivanovich Sypchenko

*PhD in Pedagogical Sciences, Professor
Donbass State Pedagogical University,
Sloviansk, Ukraine*

Yuliya Volodymyrivna Sazonova

*Master Student
Donbass State Pedagogical University,
Slovyansk, Ukraine
E-mail: juliettalyashenko@gmail.com*

THE INFLUENCE OF EMOTIONAL INTELLIGENCE ON THE FAMILY RELATIONS IN STUDENT YOUTH

Abstract. *This article is devoted to the problem of emotional intelligence as a factor of constructive family relations among students. With the help of an experimental study, the level of emotional intelligence and the characteristics of family relationships were studied. A statistically reliable correlation between the level of emotional intelligence and the constructiveness of family relationships was established.*

Keywords: *emotional intelligence, intelligence, emotions, family, marriage, student, youth.*

Постановка проблеми. У психології другої половини ХХ ст. відбулися суттєві зрушення, які дозволяють ученим говорити про зміну наукової парадигми вивчення емоційного інтелекту, уточнення предмета й об'єкта дослідження. Викликає здивування поняття «емоційний інтелект» через незвичне поєднання психологічних одиниць – «емоція» й «інтелект», які здаються протилежними за своїм глибинним змістом. Проблема емоційного інтелекту як фактору конструктивних сімейних відносин у студентської молоді є однією з найменш досліджуваних у вузькому розгалуженні феномену емоційного інтелекту як інтегральної властивості особистості.

Особливим періодом у становленні сімейних стосунків є саме період студентства, коли активні та перспективні молоді люди опановують певний вид професійної діяльності, переживаючи суттєві вікові та життєві кризи, поєднуючи разом із цим стосунки із протилежною статтю.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. У структурі сучасної психології емоційний інтелект посідає особливе місце, і є одним із найбільш динамічних напрямків її розвитку. Основними доробками з проблеми дослідження емоційного інтелекту є роботи Н.Gardner, D.Goleman, J.Mayer & P.Salovey, D. Caruso та інших учених. Не менший подив викликають твердження тих учених, які вводять до наукового обігу поняття «емоційний інтелект» і розглядають його як інтегральну властивість особистості, детерміновану успішністю людини, що займається різною діяльністю за будь-яких умов. З 1997 р. до сьогодні з'являються рецензовані наукові статті з цієї проблематики. Дослідження в цій галузі психології ускладнюються популістськими уявленнями про емоційний інтелект, його визначень і підходів до вимірювання, далеких від наукової парадигми. На сьогодні, на думку Дж. Мейера, у літературі існують два емоційний інтелекти: один з них – «популярний» EI, визначається по-різному, швидко набувається і слугує кращим предикатором успіху в житті, в той час як «інший» EI становить науковий феномен. Отже, оформлення поняття «емоційний інтелект» стало результатом розвитку уявлень про природу когнітивних і афективних

процесів, особливостей їх тісного зв'язку. Зазначимо, що практичний інтерес до вивчення емоційного інтелекту й до сьогодні значно випереджає рівень його теоретичної розробленості.

Виклад основного матеріалу. У сучасній психології емоційний інтелект визначається як 1) сукупність ментальних здібностей, які беруть участь в усвідомленні і розумінні власних емоцій та емоцій оточуючих; 2) здатність сприймати і усвідомлювати власні та чужі почуття і емоції, розрізняти їх і користуватися цією інформацією для спрямування мислення і діяльності; 3) множинність некогнітивних здібностей і навичок, що впливають на можливості індивіда успішно долати перешкоди і тиск оточення.

У вітчизняній психології відома змішана концепція емоційного інтелекту, розроблена Д.В. Люсиним. Він запропонував поглянути на зв'язок емоційного інтелекту та індивідуальних особливостей особистості під іншим кутом зору. Одне з перших визначень емоційного інтелекту, запропонованих автором, проголошувало, що: «емоційний інтелект – це здатність до розуміння як власних, так і чужих емоцій і управління ними». У своїх подальших роботах автор зазначив, що здатність розуміти емоцій означає, що людина:

- здатна розпізнавати емоцію, тобто встановлювати сам факт наявності емоційного переживання у себе або у іншої людини;
- може ідентифікувати емоцію, тобто встановити, яку саме емоцію відчуває сам індивід або інша людина, і знайти для неї словесне вираження;
- розуміє причини, що викликали цю емоцію, і наслідки, до яких вона призведе.

Здатність до керування емоціями означає, що людина:

- може контролювати інтенсивність емоцій, насамперед регулювати надмірно сильні емоції;
- здатна контролювати зовнішнє вираження емоцій;
- може у разі необхідності довільно викликати ту чи ту емоцію. [2]

І.М.Андреева також глибоко вивчала емоційний інтелект. Вона ієрархічно розрізняє емоційний інтелект індивіда, суб'єкта діяльності,

особистості. Перший включає природні можливості його когнітивних процесів, що забезпечують обробку емоційної інформації. Другий ділиться на інструментальний (розпізнавання та вираження емоцій, фасилітацію мислення, розуміння та управління емоціями) і індивідуально-особистісний (внутрішньоособистісний та міжособистісний). Третій – включає особистісні властивості, наприклад, адаптивність, емоційний комфорт, прийняття себе та інших. [1]

Аналіз результатів дослідження з метою вивчення рівня емоційного інтелекту серед студентської молоді за методикою «Тест емоційного інтелекту» Н. Холла та вивчення особливостей (розуміння, емоційне тяжіння, авторитетність) сімейних стосунків за допомогою методики «ПЕА» А.Н. Волкової дозволили виявити наступне:

1. Серед групи досліджуваних найбільша кількість студентів з середнім рівнем емоційної обізнаності (46%), усвідомлення своїх емоцій (58%), самомотивації (58%) й емпатії (60%). Значний показник низького рівня емоційної обізнаності (46%). Отримані результати свідчать, що переважна кількість студентів володіють поверхневими знаннями про емоційну сферу, що відображається не тільки на їх стосунках з оточуючими, а саме з партнером, але і на власному психологічному стані.

2. У досліджуваній групі студентів були отримані високі показники розуміння партнера (40%), емоційного тяжіння (36%) та авторитетності (42%). Чверть досліджуваних мають низький рівень розуміння (24%), емоційної прихильності (28%) та авторитетності (26%). Низькі рівні цих шкал вказують на міжособистісне непорозуміння партнерів, мають недостатній рівень взаємодії. Таким відносинам характерна також зневага партнерів.

Проведений кореляційний аналіз дозволив встановити прямий кореляційний зв'язок на статистично достовірному рівні між емоційною обізнаністю та розумінням партнера (0,42; $P \leq 0,05$). Це свідчить про те, що студенти з високою емоційною обізнаністю краще розуміють свого партнера.

Прямий кореляційний зв'язок встановлений між емпатією та розумінням

партнера ($r_{xy}=0,48$; $P \leq 0,01$). Такий зв'язок доводить, що студенти, які мають здатність до співпереживання краще розуміють свого партнера.

Також прямий кореляційний зв'язок на статистично достовірному рівні був встановлений між розпізнаванням емоцій інших та розумінням партнера ($r_{xy}=0,54$; $P \leq 0,01$). Це означає, що чим краще у студентів розвинена здібність розпізнавати емоції інших людей, тим краще вони розуміють свого партнера.

Був встановлений кореляційний зв'язок між емпатією та емоційним тяжінням до партнера ($r_{xy}=0,51$; $P \leq 0,01$). Це означає, що студенти з розвинутою здатністю до співпереживання емоційно тяжіють до свого партнера.

Прямий кореляційний зв'язок був встановлений між розпізнаванням емоцій інших людей та емоційним тяжінням до партнера ($r_{xy}=0,56$; $P \leq 0,01$). Це свідчить про те, що чим вище рівень прояву розпізнавання емоцій інших у студентів, тим більше вони емоційно пов'язані з партнером.

На статистично достовірному рівні був встановлений зв'язок між розумінням емоцій та емоційним тяжінням до партнера ($r_{xy}=0,48$; $P \leq 0,01$). Це зв'язок означає, що чим краще студенти розуміють емоції, як свої, так й інших людей, тим більше вони проявляють емоційне тяжіння до партнера.

За результатами кореляційного аналізу був встановлений прямий кореляційний зв'язок між емпатією та авторитетністю партнера ($r_{xy}=0,57$; $P \leq 0,01$). Це означає, що чим краще у студентів розвинена здатність до емпатії, тим з більшою повагою він відноситься до свого партнера.

Виходячи з отриманих результатів дослідження емоційного інтелекту як фактору конструктивних сімейних відносин у студентської молоді, можна зробити наступні висновки:

У дослідженні рівня емоційного інтелекту студентів було виявлено, що у найбільшій кількості студентів домінує середній рівень емоційної обізнаності, усвідомлення своїх емоцій, самомотивації та емпатії. Отримані результати свідчать, що переважна кількість студентів володіють поверхневими знаннями про емоційну сферу, що відображається не тільки на

їх стосунках з оточуючими, а саме з партнером, але і на власному психологічному стані. Високий та низький рівень даних показників менш виражений. Низький рівень емоційної обізнаності студентів свідчить про невміння диференціювати чужі емоції, розуміти їх природу, різноманітність. Ці студенти не здатні до ідентифікації емоцій інших людей. Менша кількість студентів мають високий рівень розвитку емоційного інтелекту, що свідчить про розвинену емоційну сферу студентів.

Серед досліджуваної групи студентів були отримані високі показники розуміння партнера, емоційного тяжіння, та авторитетності. Це вказує на те, що подружжя мають однакову спрямованість у відносинах, емоційну прихильність та повагу один до одного. Така тенденція простежується у партнерів з високим рівнем емоційного інтелекту. У досліджуваній групі є студенти з низьким рівнем за даними показниками. Це вказує на міжособистісне непорозуміння партнерів та недостатній рівень емоційної взаємодії, що пов'язане з низьким рівнем емоційного інтелекту студентів.

Список літератури:

1. Андреева И.М. Эмоциональный интеллект как феномен современной психологи. – Новополюцк : ПГУ, 2011. – 388 с.
2. Гоулман Д. Эмоциональный интеллект. – М.: Хранитель, 2008. – 443 с.
3. Дарвиш О.Б. Возрастная психология: учеб.пособие для студ.высш.учеб.заведений / Под ред. В. Е. Ключко. – М.: ВЛАДОС, 2005. – 264 с.
4. Загальна психологія: Підручник / О. В. Скрипченко, Л. В. Долинська, З. В. Огороднійчук та ін. – К. : Либідь, 2005. – 464 с.
5. Носенко Е. Л., Коврига Н.В. Емоційний інтелект: концептуалізація феномену, основні функції: монографія. – К.: Вища школа, 2003. – 126 с.

Елизавета Александровна Михеева

Студент

Кемеровский государственный университет, г. Кемерово, Россия

Светлана Александровна Тюкалова

Старший преподаватель

Кемеровский государственный университет, г. Кемерово, Россия

E-mail: elizaveta.miheeva@mail.ru

ИППОТЕРАПИЯ

Аннотация. В статье изложены возможности уникальной оздоровительной программы основанной на общении человека с лошадью.

Ключевые слова: иппотерапия, реабилитация заболеваний, физиотерапевтическое лечение, лечебная верховая езда.

Elizaveta Alexandrovna Mikheeva

Student

Kemerovo State University, Kemerovo, Russia

Svetlana Alexandrovna Tukulova

Senior Lecturer

Kemerovo State University, Kemerovo, Russia

E-mail: elizaveta.miheeva@mail.ru

HIPPO THERAPY

Abstract. This article provides you with the information about unique Therapeutic\health programme based on interaction between man and horse.

Keywords: hippotherapy, rehabilitation, physiotherapy, curative horseback riding

«...Во всем мире по пальцам можно пересчитать тех людей, в чьей памяти и жизни, в испытаниях судьбы и личных предпочтениях лошадь не занимала бы никакого места». (У. Фолкнер)

Много животных приручил человек. Каких-то любят больше, а каких-то меньше. Но я не знаю ни одного человека, который был бы равнодушен к лошадям. Это уникальное животное любят все. Кто-то к ним относится с осторожностью, а кто-то побаивается. К лошадям относятся не просто с любовью, а еще и с уважением за их силу, стать и преданность человеку. Еще издавна люди заметили положительное влияние на человека общение и взаимодействие с лошадью. Лошадь использовали ранее и используют в настоящее время не только как животную рабочую силу или живой объект для веселого времяпровождения и развлечений, но и как полноправного партнера при лечении и реабилитации многих заболеваний, как у детей, так и у взрослых. Лечение при помощи лошадей называется иппотерапией.

Так что же такое иппотерапия по сути? Это — физиотерапевтическое лечение посредством использования движений лошади при активном или пассивном содействии самого всадника. Занятия проводятся по назначению врача и под контролем иппотерапевта или специально обученного инструктора по лечебной верховой езде.

Об иппотерапии упоминается еще в трудах Гиппократов, жившего во времена Древней Греции. Энциклопедист Дени Дидро ещё в середине XVIII века в своем трактате «О верховой езде и её значении для того, чтобы сохранить здоровье и снова его обрести» писал: «Среди физических упражнений первое место принадлежит верховой езде. С её помощью можно лечить много болезней, но возможно также и их предупреждать, как только они проявляются». Но научное изучение влияния верховой езды на организм

человека и её целенаправленное использование в лечебных целях началось только в конце XIX столетия. С 1960 года иппотерапия начала использоваться в Германии, Австрии и Швейцарии в качестве дополнения к традиционной медицинской терапии. В Германии, например, иппотерапия осуществлялась в качестве лечения с обязательным участием физиотерапевта, специально обученной для этого лошади и коновода. Фактически занятия выглядели так: физиотерапевт давал инструкции коноводу. Движения лошади тщательно модулировались и отрабатывались таким образом, чтобы они оказывали лечебное воздействие на нервные окончания и мышечные импульсы в организме пациента. Первая стандартная программа в сфере иппотерапии была разработана в конце 1980-х годов группой канадских и американских терапевтов. Они заимствовали опыт в Германии и стали применять его в Северной Америке. Но формализованные подходы были разработаны в США только в 1992 году, где тогда же и была создана Американская Иппотерапевтическая Ассоциация (АНА). В России иппотерапия как метод реабилитации стала использоваться с 1991 года, когда начал свою работу первый центр — ДЭЦ «Живая Нить». Этим центром была проведена основная работа по становлению иппотерапии как в России, так и в странах Ближнего Зарубежья.

В чем же уникальность иппотерапии? А уникальность заключается в том, что лечебная верховая езда оказывает биомеханическое воздействие в целом на организм человека и укрепляет его. Что же полезного в верховой езде? Очень многое! Лошадь во время своего движения передает всаднику более 100 разных двигательных колебаний в минуту: вперед или назад, вверх или вниз, из стороны в сторону. Это вынуждает человеческий организм корректировать свои движения и откликаться на движения лошади.

При верховой езде у всадника в работу включаются все основные группы мышц его тела. Чтобы не свалиться во время езды с лошади, всадник вынужден совершать разные движения не только телом, но и обеими руками и ногами. Такого эффекта невозможно достичь никакими другими видами

движения! При этом, чтобы удержаться в седле и не потерять равновесие, наездник побуждает к активной работе как здоровые, так и пораженные мышцы. И что особенно важно, что это происходит на рефлекторном уровне. Это просто необходимо у пациентов с ДЦП, когда в работу включаются мышцы, находящиеся в бездействии в обычной жизни. Сам человек не замечает столь сложной работы своего тела, а просто получает удовольствие от общения с умным и надежным животным.

У лошади температура тела на 1,5–2 °С выше, чем у человека, поэтому она одновременно является и живым тренажером, и своеобразным «массажером с подогревом». При езде в седле у всадника происходят следующие процессы: массируются мышцы ног, усиливается кровоток и разогревается область таза, что благотворно для людей обоих полов. У мужчин – это профилактика и лечение простатита, у женщин – это избавление от гинекологических заболеваний. Верховая езда в физическом плане стимулирует развитие мелкой моторики, учит усидчивости, в духовном и эмоциональном плане - дает гармоничное восприятие окружающего мира. Особенно важно, что в процессе такого лечения происходит последовательный перенос приобретенных физических, коммуникативных и прочих навыков из ситуации верховой езды в повседневную жизнь пациента.

В процессе такого лечения всадник не испытывает никакой боли и даже дискомфорта, поэтому пациенты с удовольствием не только соглашаются заниматься ездой на лошади, но и ждут каждое следующее занятие. Поэтому и эффект от занятий остается надолго. Это очень важно, особенно при работе с детьми.

Однако надо понимать, что далеко не каждая лошадь подходит для таких занятий. Производят специальный отбор лошадей с определенным размером шага. Учитываются так же эмоциональный настрой и характер лошади. Ни пони, ни какая случайная лошадь, взятая где-либо на прокат для иппотерапии, не подойдут.

Часто иппотерапию используют как дополнение к основному лечению, что в комплексе дает больший результат положительной динамики лечения. Даже человеку, у которого нет ярко выраженных психических или физических заболеваний, иппотерапия будет полезна. Регулярные занятия помогут справиться с уровнем сахара в крови, повышенным тонусом мышц, сколиозом, желудочно-кишечными заболеваниями, неврозами и депрессиями, преждевременным старением и еще многими другими расстройствами и недомоганиями.

Иппотерапия очень полезна при заболеваниях опорно-двигательного аппарата, артрозе суставов. Она позволяет улучшить координацию движений, укрепить мышцы и даже исправить осанку и походку. При правильно рассчитанной нагрузке во время занятий вокруг позвоночника создается сильный мышечный корсет, улучшается кровообращение, нормализуется обмен веществ в межпозвонковых дисках. Все это благоприятно для организма при начинающемся остеохондрозе.

Иппотерапия для детей.

Иппотерапия настоящее спасение для больных детей с целым рядом серьезных заболеваний. Особенно она эффективна в реабилитационный период при тяжелых заболеваниях, которые либо трудно поддаются лечению, либо не излечимы обычными медикаментозными методами. К таким заболеваниям относятся:

- ДЦП (детский церебральный паралич);
- умственная отсталость;
- аутизм;
- повышенный тонус мышц;
- бронхиальная астма;
- и многие другие.

При общении ребенка с лошастью у него нет ощущения, что его лечат. Положительный эмоциональный эффект влечет за собой появление нормальных реакций организма пациента. Ребенок во время занятий по

иппотерапии не только общается, тренируется, лечится, но и играет. Он видит в лошади скорее друга, чем доктора. Занятия по иппотерапии для детей могут проводиться в группе и индивидуально. Родитель обязательно присутствует. Вместе с инструктором работает коновод, который управляет лошастью и не отпускает ее. Инструктор дает лошади команды и следит за ребенком. Родитель, как правило, идет с другой стороны и подстраховывает ребенка от падений.

Иппотерапия для взрослых.

Взрослым больным общение с лошадьми и верховая езда помогают восстанавливаться быстрее и эффективнее. Например, она показана в качестве вспомогательного метода при реабилитации после операций, различных травм, и заболеваний, проходивших в постоянном постельном режиме.

Лечебно-реабилитационное воздействие иппотерапии трудно переоценить.

Она показана при:

- при заболеваниях внутренних органов (органы кровообращения, легких, кишечника, желез внутренней секреции, обмена веществ);
- после хирургических вмешательств для восстановления двигательной активности;
- церебральном параличе;
- аутизме;
- артрите;
- инсульте;
- травмах спинного мозга;
- при психических заболеваниях и нервных расстройствах.

Несмотря на физическое превосходство лошади, всадник, сидя верхом, подчиняет ее себе. Учится управлять ею, соотносить свои действия и последующую реакцию животного. Кроме того, он научается координировать свои действия с другими всадниками, находящимися на манеже. Учится доверять лошади, ухаживать за ней. Лечебная верховая езда кардинально повышает самооценку и уверенность в своих силах, а это способствует

максимальной мобилизации воли человека, адаптации в обществе и формированию более гармоничных отношений с миром. Положительный эмоциональный настрой, которым отличаются занятия верховой ездой, способствует подъему активности и улучшению настроения и общего состояния пациентов.

Считается, что абсолютных противопоказаний для иппотерапии нет. К относительным противопоказаниям относятся серьезные сердечно-сосудистые заболевания, сколиоз 3-4 степени, вывихи, подвывихи и наличие проблем с тазобедренными суставами. Что касается патологии центральной и периферической нервных систем, то иппотерапия рекомендуется при устранении последствий травм головного и спинного мозга, инсультов, при атеросклерозе и шизофрении, депрессиях, при рассеянном склерозе и задержке умственного развития и даже... при эпилепсии. Официальных данных о том, что у больного человека этой страшной болезнью припадок произошел во время верховой езды, нет. Впрочем, из-за осторожности не все специалисты рекомендуют этот метод лечения эпилептикам. Верховая езда — настоящая панацея для людей постоянно испытывающих повышенные умственные нагрузки, для тех, кто ведет сидячий образ жизни или проводит очень много времени за компьютером. При общении с лошадьми и во время езды верхом снимается стресс. Кроме того, всадник получает нагрузку на все мышцы тела.

Иппотерапия очень полезна грубым, вспыльчивым и агрессивным, а также суетливым и через чур подвижным людям. Регулярные сеансы иппотерапии делают человека более спокойным и уравновешенным. Тряска в седле так же прекрасное средство и для лечения ожирения. Верховая езда чрезвычайно полезна и немолодым людям. Ученые подсчитали, что работа мышц при езде лошади шагом аналогична быстрой ходьбе человека, а при галопе — бегу человека. И для любого человека — маленького и взрослого, здорового и не очень — прогулка верхом на коне станет отличным способом для поднятия жизненного тонуса, получения хорошего настроения и

обретения внутренней гармонии. Прогулки на лошадях позволяют забыть деловые и личные проблемы, помогают расслабиться, дают душевный отдых и просто дарят радость общения с сильным и благородным животным.

Список литературы:

1. Берегиня 2018г. (Электронный ресурс). Иппотерапия и ЛВЕ — что это такое и для кого!? Режим доступа: URL: <http://ippoclub.ru/ippoterapiya/ippoterapiya-i-ive-cto-eto-takoe-i-dlya-kogo>. (дата обращения: 10.03.2018).
2. ДЦП-мама. (Электронный ресурс). Лечение лошадыю: иппотерапия для детей с ДЦП, 2014-2018. Режим доступа: URL: <http://dcpmama.ru/lechenie-loshadyu-ippoterapiya-dlya-detej-s-dcp.html>. (дата обращения: 10.03.2018).
3. Знание.ру, 2004—2018. (Электронный ресурс). Путеводитель по тренингам. Режим доступа: URL: <https://samopoznanie.ru/schools/ippoterapiya/>. (дата обращения: 10.03.2018).
4. Моё здоровье. Copyright © 2011- 2018. (Электронный ресурс). Иппотерапия. Режим доступа: URL: <http://my-health.ru/content/124-ippoterapiya>. (дата обращения: 10.03.2018).
5. Нечаенко Елена. Статья из газеты: АиФ. Здоровье №40 03/10/2013. (Электронный ресурс). Иппотерапия. Какие болезни лечит верховая езда на лошади. Режим доступа: URL: <http://www.aif.ru/health/life/938626>. (дата обращения: 10.03.2018).
6. Поздняков В.А. Психология любви. (Электронный ресурс). Иппотерапия и лечебная верховая езда(ЛВЕ). Режим доступа: URL: <http://heatpsy.narod.ru/06/hippo.html>. (дата обращения: 10.03.2018).
7. Сергеева Алена. Статья из журнала "Дети дома". (Электронный ресурс). Лошадь как лекарство: верховая езда и иппотерапия. Режим доступа: URL: <http://www.7ya.ru/article/Loshad-kak-lekarstvo-verhovaya-ezda-i-ippoterapiya/>. (дата обращения: 10.03.2018).

Ольга Вікторівна Осика

К. психол. наук, доцент

Донбаський державний педагогічний університет,

м.Слов'янськ, Україна

E-mail: osika.1984@ukr.net

Костянтин Сергійович Осика

К. психол. наук, старший викладач

Донецького обласного інституту післядипломної педагогічної освіти,

м.Слов'янськ, Україна

E-mail: osika.1984@ukr.net

Ольга Костянтинівна Синовичка

студент

Донбаський державний педагогічний університет,

м.Слов'янськ, Україна

E-mail: sinovitskayaok@ukr.net

**ОСОБЛИВОСТІ СИНДРОМУ «ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ»
У ПРАЦІВНИКІВ УПРАВЛІННЯ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ
НАСЕЛЕННЯ**

Анотація. В статті розглядається зміст, структура синдрому «емоціонального вигорання». Представлено дослідження особливостей детермінант виникнення синдрому «професійного вигорання» у працівників управління соціальною захистом населення.

Ключевые слова: синдром «професійного вигорання», синдром «емоціонального вигорання», особливості управління соціальною захистом населення, соціальні працівники, стиль керівництва.

Olha Viktorivna Osyka

*PhD in Psychological Sciences, Associate Professor
Donbas State Pedagogical University, Sloviansk, Ukraine.*

E-mail: osika.1984@ukr.net

Kostiantyn Serhiyovych Osyka

*PhD in Psychological Sciences, Senior Lecturer of the Donetsk Regional
Institute of Postgraduate Pedagogical Education, Sloviansk, Ukraine.*

E-mail: osika.1984@ukr.net

Olha Kostiantynivna Synovyts'ka

Student

Donbas State Pedagogical University, Sloviansk, Ukraine

E-mail: sinovitskayaok@ukr.net

**WORKERS OF MANAGEMENT OF SOCIAL DEFENCE OF
POPULATION HAVE FEATURES OF SYNDROME OF «PROFESSIONAL
BURNING» DOWN**

Abstract. *The article deals with the maintenance, structure of syndrome of the "professional burning" down, is considered. Research of personality determinants of origin of syndrome of the "professional burning" down is presented for the workers of management of social defense of population.*

Keywords: *syndrome of the «professional burning» down, syndrome of the «emotional burning» down, personality qualities, managements of social defense of population, social workers, style of guidance.*

Емоційне благополуччя професіонала важливе для професій типу «людина - людина». Соціальна робота, як вид професійної діяльності, вимагає від фахівця особливих знань, умінь і навичок, а також особистісних якостей, без яких здійснення соціальної допомоги практично неможливе. При цьому під впливом постійних стресових ситуацій, в які потрапляє соціальний

працівник в процесі складної взаємодії з населенням, особистісної незахищеності та інших морально-психологічних чинників, які негативно впливають на його здоров'я, у працівників, виникає дисфункційний стан – «професійне вигорання». Воно супроводжується емоційним виснаженням, зникненням гостроти почуттів і переживань, зниженням ефективності професійної діяльності, знеціненням праці, збільшенням числа конфліктів з партнерами по спілкуванню, байдужістю і відгородженості від переживань інших людини, втраті відчуття цінності життя, втраті віри у власні сили.

Термін «професійне вигорання» було введено американським психіатром Х.Фрейденбергом у 70-роках ХХ століття. На сучасному етапі розвитку суспільства термін отримав широке висвітлення та розповсюдження серед професіоналів різних напрямків діяльності, особливо серед фахівців, які працюють серед професій соціальної сфери, де об'єктом діяльності є безпосередньо інша людина. Основною причиною виникнення «емоційного вигорання» вчені, зазвичай, вважають довготривале переживання стресу, яке переходить у дистрес. Якщо стрес, мобілізуючи ресурси, певною мірою вважається корисним, то дистрес виснажує ресурси людини. Так, з погляду Е.Пайнс і Е.Аронсона синдром «професійного вигорання» – це одномірна конструкція. «Професійне вигорання» – це стан психічного і емоційного виснаження, що виникає внаслідок тривалого перебування в емоційно перевантажених ситуаціях. При цьому виснаження є головною причиною (фактором), а інші прояви дисгармонії переживань та поведінки вважаються наслідками. Згідно двофакторної моделі В.Шауфелі, Х.Сіксма та Д.Дирендонка, синдром «емоційного вигорання» зведено до двофакторної конструкції, яка складається з емоційного виснаження та деперсоналізації. Перший компонент, тобто емоційне виснаження – афективний, бо він пов'язаний зі скаргами на власне здоров'я, фізичне самопочуття, нервову напругу й емоційні розлади. Другий компонент, деперсоналізація – установчий, він проявляється у зміні відношення до себе або до об'єктів своєї діяльності. Вчені К.Маслач та С.Джексон представили трифакторну модель,

на їх думку, синдром «емоційного вигорання» складається з емоційного виснаження, деперсоналізації та редукції особистісних досягнень. Емоційне виснаження – основна складова «емоційного вигорання», яка проявляється у зниженому емоційному фоні, емоційному перенасиченні або байдужості [4].

У «емоційному вигоранні» виділяють такі основні фактори: організаційний і особистісний. До організаційних факторів «вигорання» відносять: надмірний рівень напруги і обсяг роботи, монотонність роботи, вкладання в роботу великих особистісних ресурсів при недостатності визнання результатів роботи і її позитивної оцінки, фізичне виснаження, недостатній відпочинок або відсутність нормального сну, робота без подальшого професійного самовдосконалення, напруженість і конфлікти в міжособистісних стосунках, недостатня підтримка з боку колег, емоційна насиченість і когнітивна складність комунікації, неадекватність характеру керівництва та зміст роботи [3]. До особистісних особливостей, що сприяють «вигоранню», виділяють емпатію, гуманність, інтровертованість, м'якість, захопленість, ідеалізування, фанатичність (Х.Фрейденберг); почуття значущості себе, автономія і рівень контролю з боку керівництва (А.Пайнс); самооцінка і локус контролю (В.І. Ковальчук) [3].

З метою вивчення синдрому «професійного вигорання» нами було проведено дослідження в якому взяло участь 72 працівника служби соціального захисту м.Костянтинівки Донецької області. Застосовувалися методика «Діагностики рівня «емоційного вигорання» В.В.Бойко, методика «Стиль керівництва» А.Л.Журавльова, методика «Багатофакторного дослідження особистості» Р.Кеттелла. Опрацювання отриманих даних здійснювалось за допомогою кількісного кореляційного аналізу з використанням комп'ютерного статистичного пакету.

За допомогою методики В.В.Бойко [1], яка діагностує 12 симптомів емоційного вигорання, сформованих за трьома фазами: напруження, резистенція та виснаження, були встановлені групи респондентів з різними рівнями формування даного синдрому (Рис.1.)

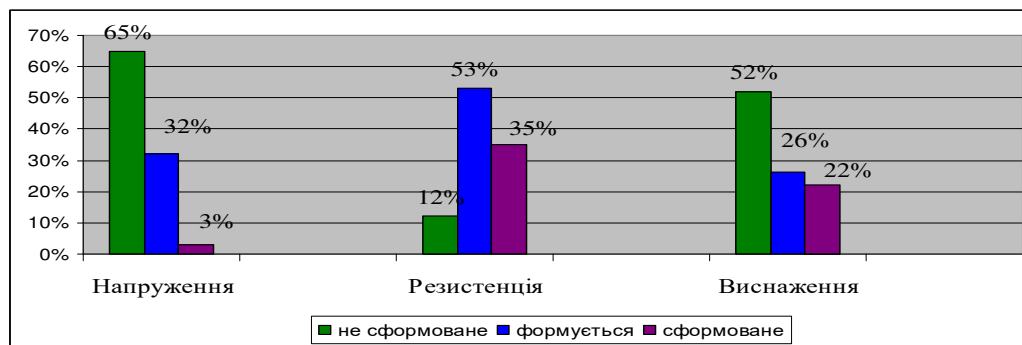


Рис. 1. «Сформованість фаз СЕВ у працівників УСЗН, (%)»

Отримані результати свідчать про те, що «емоційне вигорання» має виражений характер у 35% працівників в фазі «резистенція» та у 22% працівників в фазі «виснаження». Та при цьому на стадії формування вже знаходяться 53% працівників (фаза резистенція), 32% працівників (фаза напруження), та 26% працівників (фаза виснаження), що відповідно впливає на деформацію особистості цих працівників та на результати їх діяльності.

За методикою «Стиль керівництва» (А.Л.Журавльов) [5], було виявлено домінуючі стилі керівництва в УСЗН по відділам управління. У чотирьох з п'яти відділів було встановлено домінування колегіального стилю керівництва. А у п'ятому відділі встановлено домінування потураючого стилю керівництва. За допомогою кореляційного аналізу К.Пірсона було встановлено такі кореляційні зв'язки між стилем керівництва та симптомами синдрому «емоційного вигорання» у п'ятому відділі: між симптомом «загнаність у клітку» та «дерективним стилем керівництва» ($r=-0,70$ при $p=0,01$); між симптомом «неадекватне вибіркове емоційне реагування» та «колегіальним стилем керівництва» ($r=-0,58$ при $p=0,01$); між симптомом «психосоматичні та психовегетативні порушення» та «колегіальним стилем керівництва» ($r=-0,71$ при $p=0,01$) та між симптомом «психосоматичні та психовегетативні порушення» і «потураючим стилем керівництва» ($r=0,67$ при $p=0,05$). В даному випадку ми бачимо, що «потураючий» стиль керівництва сприяє виникненню та розвитку формування у працівників відділу симптомів синдрому «емоційного вигорання». Він негативно позначається на

психологічному кліматі та стосунках в колективі, сприяє виникненню конфліктів та негативно впливає на психосоматичний стан працівників відділу. Також за допомогою коефіцієнта кореляції К.Пірсона було встановлено такі кореляційні зв'язки між показниками рівня «емоційного вигорання» та особистісними якостями працівників УСЗН (Таблиця 1.).

Таблиця 1.

Кореляційні зв'язки між показниками «емоційного вигорання» та особистісними якостями працівників УСЗН

Показники особистісних якостей	Показники «емоційного вигорання»	Коефіцієнт кореляції К.Пірсона
		при $p=0,01$
фактор С (емоційна нестійкість)	незадоволеність собою	$r=-0,38$
	неадекватне емоційне вибіркове реагування	$r=-0,35$
фактор Е (незалежність - підкореність)	незадоволеність собою	$r=0,34$
	загнаність у клітку	$r=0,34$
фактор F (заклопотаність- безтурботність)	редукція професійних обов'язків	$r=0,41$
фактор J (податливість- жорсткість)	загнаність у клітку	$r=0,45$
	емоційно-моральна дезорієнтація	$r=0,48$
фактор N (гнучкість- прямолінійність)	редукція професійних обов'язків	$r=-0,33$
	неадекватне емоційно вибіркове реагування	$r=-0,31$
фактор Q1 (радикалізм- консерватизм)	емоційний дефіцит	$r=-0,32$
фактор Q2 (самостійність- сугестивність)	тривога і депресія	$r=-0,32$
	емоційний дефіцит	$r=0,44$
фактор Q4 (напруження- релаксація)	переживання психотравмуючих обставин	$r=-0,31$
	незадоволеність собою	$r=0,34$

Аналіз результатів за фактором С показав, що чим вище рівень емоційної стабільності працівників, тим спокійнішими вони і тим більше вони задоволені собою та мають адекватну емоційну реакцію. Показники фактору Е говорять про те, що чим незалежнішим є працівник, тим важче йому існувати в «чітких та незмінних» умовах роботи в УСЗН, це породжує в нього почуття загнаності у клітку та незадоволеності собою. Фактор F вказує на те, що така особистісна риса, як безпечність породжує спрощення професійних обов'язків. А фактор N свідчить про те, що чим розважливішим є працівник, тим ретельніше він виконує службові обов'язки. Якщо ж працівник схильний до залежності від інших (фактор J) це провокує у нього появу відчуття «загнаності у клітку» та призводить до емоційно-моральної дезорієнтації. Схильність до експериментування (фактор Q1) є запорукою низького показника емоційного дефіциту. Легке роздратування (фактор Q4) та хвилювання провокує появу відчуття незадоволеності собою, як наслідок неможливості вплинути на психотравмуючі ситуації або як наслідок невдач. Незалежність в поглядах (фактор Q2) знижує рівень тривоги і депресії, та може призвести до емоційного дефіциту. Опитувальник Р.Кеттелла, дозволив виділити такі особистісні якості працівників управління соціального захисту населення, які сприяють формуванню професійного вигорання: замкненість, схильність до ризику, підозрілість, реалізм, проникливість, низька самооцінка, рівень соціальної напруги, тривожність, схильність до підпорядкування, стриманість в емоціях. А такі особистісні риси працівників, як: схильність до експериментування, самоконтроль, низький рівень тривожності, товариськість, низький рівень соціальної напруги, життєрадісність – знижують ризик професійного вигорання в процесі виконання професійної діяльності.

Висновки. «Професійне вигорання» особистості детермінується особистісними якостями працівників, які можуть сприяти або перешкоджати утворенню «професійного вигорання», а також стилем керування в організації. Для подолання синдрому «професійного вигорання» у працівників служби

соціального захисту нами розроблена та впроваджується програма, в якій використані активні засоби: групова дискусія, навчально-рольова гра, мозковий штурм, рефлексивні вправи, моделювання ситуацій, щоденник стресових подій.

Список літератури:

1. Бойко В.В. Синдром емоціонального вигорання в професіональному общенні. - СПб.: Изд-во ин-та психотерапії, 2009. – 278с.
2. Исследование личности по методу Р. Кеттелла. Кабинет практического психолога. Практическое пособие /Сост. Г.П.Горбунова, Н.И. Морозова, Т.Е.Аргентова. – Кемерово: Кузбассвузиздат, 1997. – 108 с.
3. Ильин Е.П. Эмоции и чувства .– СПб.: Питер, 2001. – 752с
4. Сафаргалиева С.Г. Программа профилактики эмоционального вигорання сотрудников центра социального обслуживания // Работник социальной службы, 2011. –10. –С. 93-102.
5. Фетискин Н.П., Козлов В.В, Мануйлов Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. – М.: Издательство Института Психотерапии, 2002. – 490 с.

УДК 159.923:364-787.522

Ольга Вікторівна Осика

К. психол. наук, доцент

Донбаський державний педагогічний університет,

м.Слов'янськ, Україна

E-mail: osika.1984@ukr.net

Костянтин Сергійович Осика

К. психол. наук, старший викладач

Донецького обласного інституту післядипломної педагогічної освіти,

м.Слов'янськ, Україна

E-mail: osika.1984@ukr.net

Станіслав Геннадійович Лушин

студент

Донбаський державний педагогічний університет,

м.Слов'янськ, Україна

E-mail: slushin@ukr.net

ПРОБЛЕМИ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ В ПСИХОЛОГІЧНІЙ НАУЦІ

Аннотація. В статті розглянуто теоретичні аспекти соціально-психологічної адаптації особистості. Проаналізовані дослідження соціально – психологічної адаптації особистості і дана класифікація її різноманітностей.

Ключові слова: адаптація, соціально- психологічна адаптація, психологічні механізми, особистість, цінності.

Olha Viktorivna Osyka

PhD in Psychological Sciences, Associate Professor

Donbas State Pedagogical University, Sloviansk, Ukraine.

E-mail: osika.1984@ukr.net

Kostiantyn Serhiyovych Osyka

PhD in Psychological Sciences, Senior Lecturer of the Donetsk Regional

Institute of Postgraduate Pedagogical Education, Sloviansk, Ukraine.

E-mail: osika.1984@ukr.net

Stanislav Gennadiyovych Lushin

Student

Donbas State Pedagogical University, Sloviansk, Ukraine.

E-mail: slushin@ukr.net

THE PROBLEMS OF SOCIAL ADAPTATION OF PERSONALITY ARE IN PSYCHOLOGICAL SCIENCE

***Abstract.** The article deals with the theoretical aspects of social psychological adaptation of personality are considered. Analysed researches of social psychological adaptation of personality and given classification of its varieties.*

***Keywords:** adaptation, social psychological adaptation, psychological mechanisms, personality, values.*

Різні аспекти проблеми адаптації (від лат. adapto - пристосування) були предметом вивчення як вітчизняних, так і зарубіжних вчених (Ф.Александр, Р.Бенедикт, Дж.Дилард, Н.Міллер, Т.Френч, М.Мід, Т.Шибутані), проте й досі відсутній єдиний погляд на саму сутність даного поняття. Розглядаючи поняття адаптації у психології, вчені виділяють два моменти: перший – взаємообумовленість акомодативного і асиміляційного процесів (О.Леонт'єв, У.Найсер, Ж.Піаже, Ю.Румянцев), другий – залежність характеру адаптаційних можливостей від стадії онтогенезу (Г.Баял, М.Басов, Л.Божович, В.М'ясищев, О.Лазурський). Науковці доводять, що загальні закономірності адаптації проявляються на біологічному, психологічному й соціальному рівнях. Залежно від умов здійснення пристосування людини до певного середовища розрізняють такі види адаптації: фізіологічну (взаємодія різних систем організації), біологічну (зміни в обміні речовин і функціях органів) та психологічну (пристосування до взаємин у новому колективі). Іноді всі ці види адаптації можуть взаємодіяти і проявлятися одночасно [3].

У результаті адаптації виникає перебудова функцій, затвердження їх на новому рівні регулювання, підвищується опірність організму до дії факторів зовнішнього середовища та встановлюється його урівноваження із довкілля.

Досить неоднозначно визначаються критерії виміру рівнів адаптивності, умови та психологічні механізми прискорення даного процесу на різних вікових етапах та у різних сферах життєдіяльності людини, недостатньо з'ясовані зовнішні та внутрішні чинники адаптації, а також

питання про те, як впливають індивідуально-психологічні та особистісні характеристики суб'єкта на особливості його адаптації. Адаптація може розглядатися і як складова частина соціалізації, і як її механізм. Розрізняють два види адаптації: психофізіологічну і соціально-психологічну, які знаходяться у взаємозв'язку. Характеризуючи адаптацію, більшість авторів мають на увазі багаторівневий, функціонально детермінований процес з включенням в нього фізіологічним, особово-психологічних і соціальних компонентів [2]. Згідно з Л.Філіпсом, адаптованість виражається двома типами відповідей на вплив середовища. Перший тип – прийняття та ефективна відповідь на соціальні очікування, з якими кожний зустрічається відповідно до свого віку і статі. Другий тип передбачає гнучкість та ефективність при зустрічі з новими і потенційно небезпечними умовами, а також здатність надавати подіям бажаний для себе напрямок. У цьому контексті адаптація означає, що людина успішно користується створеними умовами для здійснення своїх цілей, цінностей і прагнень. Така адаптованість може простежуватися в будь-якій сфері діяльності. Адаптивна поведінка характеризується успішним прийняттям рішень, проявом ініціативи і ясним визначенням власного майбутнього [5].

Найбільш поширеною і загально визнаною як у теоретичних визначеннях, так і у практичних дослідженнях є проблема соціально-психологічна адаптація особистості. Зазвичай під соціально-психологічною адаптацією розуміють як процес включення особистості в нову соціальну групу внутрішньогрупових відношень та її пристосування до цих відношень, вироблення зразків мислення і поведінки, які відображають систему цінностей та норм даного суспільства, набуття, закріплення й розвиток умінь і навичок міжособистісного спілкування в цьому суспільстві. У соціально-психологічній адаптації взаємодіють дві структурно-складових системи – особистість і середовище. Набуття нових шаблонів поведінки особистістю, яка адаптується, поступово трансформує її психіку [4].

Одні автори розглядають соціальну адаптацію як процес, освоєння та засвоєння індивідом суспільних відносин, норм поведінки та системи цінностей (Г.Андрєєва, Н.Лукашевич, А.Борискін, М.Мірошникова, В.Німіровський), інші (Ю.Альошина, Н.Анікєєва, М.Робер, Б.Рубін, Ю.Колесніков) вбачають у ній процес засвоєння особистістю соціального досвіду суспільства в цілому та мікросередовища, до якого вона належить.

Процес соціально-психологічної адаптації А.В. Петровський визначає як вид взаємодії особистості з навколишнім середовищем, в ході якого узгоджуються очікування його учасників. Суперечливість між метою і результатом, як припускає В.А. Петровський, неминуха, але в ньому міститься джерело динаміки індивіда, його існування і розвитку. Тому, якщо мета не досягнута, вона спонукає продовжити активність у заданому напрямі.

А.А. Налчжанын [4], у виробленні повноцінного наукового визначення соціально-психологічної адаптації особистості, виходить з ідеї онтогенетичної соціалізації, яку можна визначити як процес взаємодії індивіда й соціального середовища, в ході якого індивід оволодіває механізмами й нормами соціальної поведінки, установками, рисами характеру, їх комплексами, які в цілому мають адаптивне значення.

Один із важливих принципів теорії соціально-психологічної адаптації особистості ми вважаємо наступні твердження: в складних проблемних ситуаціях адаптивні процеси особистості протікають за участі не окремих, ізольованих механізмів, а їх комплексів. Ці адаптивні комплекси, знову і знову актуалізуються і використовуються в подібних соціальних ситуаціях, закріплюються в структурі особистості і становляться підструктурами її характеру. Вивчення стійких адаптивних комплексів є одним із путей розвитку наукової характерології. Слід розглянути три основні різновидності: незахисні адаптивні комплекси, які використовуються в нефрустрованих проблемних ситуаціях; захисні адаптивні комплекси, які є стійкими поєднаннями тільки захисних механізмів; змішані комплекси, які складаються із захисних і незахисних механізмів [2; 4].

Соціально-психологічна адаптація особистості, здійснюється на рівні особистісних механізмів, не зводиться до конформізму. Конформна поведінка, як вираз відносної соціальної установки, є тільки однією з можливих адаптивних стратегій, яка здійснюється за допомогою різних змішаних адаптивних комплексів і виражається в різнобічних поведінкових формах. Соціально-психологічна адаптація особистості може мати неконформний і творчий характер, тоді як конформна поведінка в деяких ситуаціях може бути неадекватною, яка призводить до формування таких рис і установок особистості, які роблять неможливим її гнучку адаптацію. Тривала схильність до конформістської стратегії адаптації може допомагати формуванню схильності особистості до систематичних помилок в поведінці (порушення норм, очікування, шаблонів поведінки) і створенню все нових проблемних ситуацій, для адаптації до якої у неї ні адаптивних властивостей, ні готових механізмів і їх комплексів. Частково, свідомо створена конформістська стратегія може стати передумовою виникнення перманентних внутрішніх конфліктів особистості.

Загальна класифікація різновидностей соціально-психологічної адаптації особистості включає в себе: нормальну соціально-психологічну адаптацію, девіантну або нонконформська соціально-психологічну адаптацію, патологічну соціально-психологічну адаптацію [4].

Нормальна адаптація. Нормальним можна назвати такий адаптивний процес особистості, який призводить до її стійкої адаптивності в типових проблемних ситуаціях без патологічних змін її структури і, одночасно, без порушення норм тієї соціальної групи, в якій протікає активність особистості. Нормальна адаптація буває двох видів: захисна і незахисна адаптація. Нормальною захисною адаптацією зазивають ті дії особистості, які здійснюються за допомогою відомих захисних механізмів (агресивності, раціоналізації, проєкції, регресії, формування зворотної реакції, сублімації і т. д.), якщо ці механізми не стали патологічними. Незахисні адаптивні процеси відрізняються тим, що починаються в нефрустрованих проблемних ситуаціях,

які потребують від особистості прийняття раціональних рішень. Вони здійснюються без участі відомих захисних механізмів, тобто за допомогою незахисних адаптивних комплексів. Для досягнення адаптивності в умовах виникнення нефрустрованих проблемних ситуацій використовуються пізнавальні процеси особистості, процеси ціле створення і ціле полягання, групові соціально-психологічні механізми і рішення задач, різні форми соціальної поступливості (конформна поведінка, але без залучення захисних механізмів), процеси спілкування і обміну інформації, інтелектуалізації індивідуального життєвого досвіду. Як видно незахисні адаптивні механізми відрізняються більшою різноманітністю і чисельністю. Оскільки багато реальних проблемних ситуацій складні і включають як фруструючі особисті фактори, так і такі, які визивають до життя незахисні адаптивні пізнавальні і емоційно-вольові процеси, то можна виділити також третій тип соціально-психологічної адаптації особистості, які називаються змішаним типом [2].

Девіантна адаптація. Девіантними можна назвати ті процеси соціальної адаптації особистості, які забезпечують задоволення потреб особистості в даній групі або соціальному середовищі. Девіантна адаптація умовно може бути поділена на два основні підвиди: неконформиська адаптація, новаторська адаптація. Неконформиська соціально-психологічна адаптація особистості - це такий процес завдяки якому долається проблемні ситуації у групі нетиповими для членів цієї групи способами і шляхами і, внаслідок цього, виявляється в конфліктних відношеннях с нормами групи і їх носіями. Важлива різновидність девіантної адаптації – іновативна. Так називають ту різновидність людської діяльності, під час якої особистістю створюються нові цінності, здійснює нововведення в ті чи інші області культури. Патологічна адаптація – це такий соціально-психологічний процес, який повністю або частково здійснює за допомогою патологічних механізмів і форм поведінку і проводить до створення патологічних комплексів характеру, які входять до складу невротичних і психотичних синдромів [1].

Для розуміння соціально-психологічної адаптації особливо важливо виділити ще дві основні різновидності адаптації: адаптація шляхом перетворення і фактичного усунення проблемної ситуації, адаптація зі збереженням ситуації. В першому випадку адаптивні ресурси і механізми особистості мобілізуються для реконструкції реальної соціальної ситуації, а сама особистість потерпає тільки порівняно невеликі і в основному позитивні зміни (отримання нових знань і навичок, соціальної компетентності). В іншому випадку особистість потерпає більш глибокі зміни, але такі, які більшою мірою не допомагають її самоактуалізації і самоудосконаленню [2;4].

Деякі автори вважають (А.А. Налчжян, О.І. Зотова, І.К.Кряжева), що адаптація шляхом перетворення або плавного усунення об'єктивної проблемної ситуації здійснюється переважно за допомогою незахисних механізмів і їх комплексів, тоді як для адаптації з збереженням ситуації (наприклад, міжособистісного або внутрішнього конфлікту) актуалізуються вже існуючі захисні комплекси або створюються нові. Відмічається, що саме для позначення адаптації особистості зі збереженням проблемної ситуації правомірно використовувати термін пристосування: особистість змінюється, а ситуація в основному залишається без змін. Всі різновидності конформізму являються механізмами і стратегіями пристосування в цьому специфічному сенсі [1]. Процес соціально-психологічної адаптації відбувається на трьох структурних рівнях: 1) на рівні суспільства (макросередовище) відбувається процес соціально-психологічної адаптації особистості до соціально-економічному, політичному і духовному рівні розвитку суспільства, взаємодія з різними соціальними інститутами; 2) на рівні соціальної групи (мікросередовище) відбувається адаптація індивіда до норм і цінностей референтної групи, взаємодія з найближчим соціальним оточенням; 3) на індивідуальному рівні (особистісному) рівні відбувається адаптація в формі прагнення досягти внутрішньої гармонії, цілісності особистості, збалансованості внутрішньої позиції з її оцінкою іншими індивідами.

Від рівня до рівня адаптивності людини відбувається перехід від кількісних змін (розширення знань, освоєння способами і прийомами нових дій, послідовний ріст впевненості в своїх діях, внутрішнього позитивного відношення до нових задач і умов діяльності і поведінки) до якісних змін в особистості, які дозволяють їй успішно впровадити нові види діяльності [4].

Рівень соціально-психологічної адаптації вимірюється поняттями: впевненість у собі, пізнавальна активність, соціальна тривога, ступень емоційних переживань під час взаємодії з навколишнім середовищем. Основною функцією соціально-психологічної адаптації особистості є формування засобів, знаходження умов і форм для прогресивного розвитку особистості.

Список літератури:

1. Лукашевич М.Г. Соціалізація. Виховні механізми і технології /М.Г.Лукашевич. – К.; Либідь,1998. – 220с.
2. Майерс Д. Социальная психология /Дэвид Дж.Майерс. – СПб.; Питер, 1998. – 570 с.
3. Максименко С.Д. Адаптація дитини до школи / С.Д.Максименко. – К; Мікрос-СВС, 2003. – 140 с.
4. Налчаджян А.А. Социально-психологическая адаптация личности: формы, механизмы, стратегии / А.А.Налчаджян. – 2-е изд. – М.: Эксмо, 2010. – 368 с.
5. Филипс Л. Адаптация и ее разновидности. –Л.; Наука, 1979. – 49 с.

УДК 796.011.1

Алина Сергеевна Пилуң

Студент

Сибирский государственный университет,

г. Красноярск, Россия

E-mail: alina-sp1@mail.ru

ЗАНЯТИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ ВО ВРЕМЯ ЭКЗАМЕНАЦИОННОЙ СЕССИИ

Аннотация. В статье рассматриваются вопросы о том, как влияют занятия физической культуры в период экзаменационной сессии.

Ключевые слова: физическая культура, мышцы, работоспособность, нагрузки

Alina Sergeevna Pilunts

Student

Siberian State University, Krasnoyarsk, Russia

E-mail: alina-spl@mail.ru

PHYSICAL TRAINING DURING THE EXAMINATION SESSION

Abstract. The article deals with the questions of how the physical culture classes influence during the examination session.

Keyword: Physical culture, muscles, working capacity, loads.

Под влиянием напряженной умственной деятельности в условиях современной жизнедеятельности, отсутствие в ней физических упражнений как средства эмоциональной разрядки, наблюдается снижение показателей и физической работоспособности в течение всего периода экзаменационной сессии. Для нормальной деятельности мозга нужно, чтобы к нему поступали импульсы от различных систем организма, массу которого наполовину составляют мышцы. Движения мышц создают громадное число нервных импульсов, обогащающих мозг потоком ощущений, поддерживающих его в нормальном рабочем состоянии. Поэтому умственная работоспособность неотделима от общего состояния здоровья, в укрепления которого огромная роль принадлежит физической культуре.

Регулярные занятия физической культурой повышают тонус мышц, активизируют работу всех систем организма, положительно влияют на иммунитет, повышая сопротивляемость инфекциям и другим заболеваниям, оптимально дозированная мышечная нагрузка повышает общий эмоциональный тонус, создавая устойчивое бодрое настроение, которое служит наиболее благоприятным фактором для умственной деятельности. У студентов, занимающихся физическими упражнениями, существенно выше в конце сессии показатели устойчивости, интенсивности переключения и объема внимания по сравнению с не занимающимися. При правильном режиме занятий и использовании средств физической культуры, подходящих для индивида, возможно увеличение трудоспособности студентов в учебной деятельности, повышение работоспособности, морально-волевых качеств.

Среди мероприятий направленных на повышение умственной работоспособности студентов, на преодоление и профилактику психоэмоционального и функционального перенапряжения можно рекомендовать следующее:

- систематическое изучение учебных предметов студентов в семестре, без «штурма» в период зачетов и экзаменов;
- ритмичную и системную организацию умственного труда;
- постоянное поддержание эмоции интереса;
- совершенствование межличностных отношений студентов между собой и преподавателями вуза, воспитание чувств;
- организацию рационального режима труда, питания, сна и отдыха;
- отказ от вредных привычек: употребления алкоголя и наркотиков, курения и токсикомании;

Проведен социологический опрос среди студентов СибГУ разных возрастов и специальностей.

В опросе приняло участие более пятидесяти человек. Реакция на тестирование была разнообразной, кто-то воспринял это серьезно, а для кто-то это показалось забавным. Тест состоял из 4 вопросов:

- 1)Занимаетесь ли вы гимнастикой?
- 2)Посещаете ли вы секции или тренажерный зал?
- 3)Как часто вы делаете утреннюю пробежку?
- 4)Что является для вас мотивацией для занятия физической культурой?

На вопрос о занятии гигиенической гимнастики я не получила желаемый результат. Большая часть студентов гимнастику никогда не делают, но ходят в тренажерный зал, на секции. Мотивацией занятия физической культурой является забота о собственном здоровье, улучшение самочувствия, избавление от стресса и лишних килограммов, а главное усовершенствование себя и своих возможностей.

Тест показал, что большинство студентов очень активные и энергичные, занимаются физкультурой даже во время сессии, многие увлекаются настольным теннисом, карате, играют в волейбол, футбол, занимаются легкой и тяжелой атлетикой, гимнастикой, ходят в тренажерный зал, катаются на коньках и даже бегают по утрам, что придает силы и энергию в течение дня. Для многих физическая культура - это просто развлечение, а для кого-то постоянные тренировки и занятия над собой.

Список литературы:

1. Бальсевич В.К. Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. 2006. - №5. - С. 4-8.
2. Бальсевич В.К. Физическая культура для всех и для каждого. – М., Физкультура и спорт, 1988. – 208 с
3. Зотин В.В., Дьяченко А.И. Физическое воспитание и физическая подготовленность студенческой молодежи //Сб. тр. Всеросс. науч. практ. конф. "Физическая культура и спорт на современном этапе: проблемы, поиски, решения". - Томск, 2016. – С.41-44
4. Зотин В.В., Мельничук А. А. Физическая культура и спорт в высшем учебном заведении //Сб. тр. науч. практ. конф."Современные проблемы

физической культуры и спорта: ретроспектива, реальность и будущее". - Курган, 2014. – С.45-47

5. Фарфель В.П. Направление движениями в спорте. – М., Изд.-во «ФИС», 2005. – 208с.

УДК 159.9

Надежда Андреевна Пляскина

*Магистрант 1 курса психолого-педагогического факультета,
кафедры психология образования,
Забайкальский Государственный Университет, г. Чита, Россия*

Нина Иннокентьевна Виноградова

*К. психол. наук, доцент
Забайкальский Государственный университет, г. Чита, Россия
E-mail: nadyusha.plyaskina@mail.ru*

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С РАС В УСЛОВИЯХ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Аннотация. В статье представлены результаты эмпирического исследования особенностей работы педагога-психолога с семьями, воспитывающими детей с РАС, и их обсуждение, а так же описание программы содействия контингенту родителей с учётом выявленных особенностей. В исследовании приняли участие 6 матерей детей с РАС, обучающихся в МБОУ СОШ №36 г. Читы, а также 16 матерей, воспитывающих детей с РАС дошкольного и младшего школьного возраста, обучающихся в ГОУ центре образования для детей-инвалидов. В качестве методического инструментария выступили опросник родительского отношения (А.Я. Варга, В.В. Столин), методика дифференцированной

диагностики депрессивных состояний В. Зунга (адаптирована Т.И. Балашиовой), тест смысложизненных ориентаций(СЖО) адаптирована Д.А. Леонтьевым. Выявлено, что большинство родителей, воспитывающих детей с РАС находятся в депрессивном состоянии, детско-родительские отношения в таких семьях носят дисгармоничный характер.

Таким образом, работа педагога-психолога с такими семьями необходима, в целях восстановления благоприятного климата в семьях, а также создании условий гармоничного развития ребёнка в семье.

Ключевые слова: расстройство аутистического спектра, аутизм, педагог-психолог, дети с РАС, семья, дисгармоничные отношения.

Nadegda Andreevna Plyaskina

Undergraduate 1 group head office

psycho-pedagogical faculty of the Department of psychology of education,

Transbaikal state university, Chita, Russia

Nina Innokentevna Vinogradova

PhD in Psychological Sciences, Associate Professor,

Transbaikal state university, Chita, Russia

E-mail: nadyusha.plyaskina@mail.ru

PSYCHO-PEDAGOGICAL SUPPORT FOR PARENTS RAISING CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER IN EDUCATIONAL INSTITUTIONS

Abstract. *The article presents the results of an empirical study of the peculiarities of the work of the teacher-psychologist with families raising children with RACES, and their discussion, as well as a description of the program of assistance to the contingent of parents, taking into account the identified features. The study involved 6 mothers of children with RACES enrolled in the school №36 in Chita, as well as 16 mothers raising children with preschool and primary school*

age, enrolled in the state educational institution for disabled children. As methodological tools were the questionnaire of parental relationship (A. J. Varga and V. V. Stolin), methods for differential diagnosis of depression Century dung (adapted T. I. Balashova), test of life orientations(DLC) adapted D. A. Leontiev. It is revealed that the majority of parents raising children with RACES are in a depressed state, child-parent relations in such families are disharmonious.

Thus, the work of a teacher-psychologist with such families is necessary in order to restore a favorable climate in families, as well as to create conditions for the harmonious development of the child in the family.

Keywords: *autism spectrum disorder, autism spectrum disorders, educational psychologist, children with ASD, family, disharmonious relationship.*

Проблема работы психолога-педагога с семьями, воспитывающими детей с РАС не новая в психологии. Однако, на сегодняшний день она по-прежнему является актуальной. Данный факт объясняется все увеличивающимся количеством детей с диагнозом расстройство аутистического спектра, их первазивностью, а также значительными трудностями диагностики и, самое главное, отсутствием системы дифференцированной специализированной помощи таким лицам. [2]

К сожалению, полноценная статистика детей с РАС в России отсутствует, это говорит о том, что в нашей стране во многих случаях дети вовремя не диагностируются. Рассмотрим статистику западных стран: в США 1 ребёнок с РАС встречается на 150 детей, в Великобритании 1 ребёнок с РАС на 80 детей. По некоторым предположениям в России проживает около 250-300 детей с расстройством аутистического спектра. Как правило, у мальчиков развивается данное расстройство в 3-4 раза чаще, чем у девочек.

Соответствуя профессиональному стандарту, деятельность педагога-психолога в образовательном учреждении включает в себя психолого-педагогическое сопровождение лиц с ограниченными возможностями здоровья, а также их родителей, как субъектов образовательного процесса

Работа с аутичными детьми предполагает большую затрату времени и сил на коррекционную и реабилитационную работу. К сожалению не каждая семья обладает достаточным терпением, в связи с чем возникают кризисные ситуации в семьях, дисгармония в отношениях членов семьи, а также неблагоприятный психологический климат, ведущий к ухудшению состояния ребёнка. [1]

Цель нашего исследования: изучить особенности семей, воспитывающих детей с РАС.

Объект исследования: родители, воспитывающие детей с РАС

Предметом исследования являются особенности работы психолога с родителями, воспитывающими детей с РАС

Мы предположили, что в семьях, воспитывающих детей с РАС присутствует депрессивное состояние родителей, отчуждённость родителей по отношению к своим детям, а также слабо сформированы жизненные ориентиры. В связи с этим, на этапе основного исследования мы использовали: опросник родительского отношения (А.Я. Варга, В.В. Столин), с целью определения вида отношений родителей к своим детям; методика дифференцированной диагностики депрессивных состояний В. Зунга (адаптирована Т.И. Балашовой), для проверки наличия или отсутствия депрессивных состояний у родителей; тест смысложизненных ориентаций(СЖО) адаптирована Д.А. Леонтьевым, с целью проверки насколько сформированы жизненные ориентации и как относятся к процессу, целям и результату собственной жизни родители, воспитывающие детей с РАС.

Исследование проводилось на базе МБОУ СОШ №36 г. Читы, ГОУ центра образования для «детей-инвалидов» г. Читы. Выборку составили 22 матери, детей с РАС, дошкольного и младшего школьного возраста.

Нами предпринята попытка изучить особенности отношения родителей к своим детям, имеющим расстройство аутистического спектра. Новизна нашей работы состоит в том, что впервые использовалось данное сочетание

методического инструментария, были выяснены уникальные особенности детско-родительских отношений в семьях с РАС.

Данное исследование может быть использовано педагогами, социальными работниками, практическими психологами (для разработки профилактических, развивающих и коррекционных программ), а также студентами педагогических специальностей, при прохождении практики и для подготовки к семинарам, в целях саморазвития. Результаты исследования могут быть использованы родителями детей с РАС, с целью повышения их психолого-педагогической компетентности.

Обобщая результаты, мы сделали следующие выводы.

18,1% испытуемых родителей находятся в состоянии лёгкой депрессии, ещё 36,3% находятся в преддепрессивном состоянии.

У 72,2%(16 человек) недостаточно сформированы жизненные ориентиры по опроснику СЖО.

63,6% (14 человек) считают ребенка маленьким неудачником и относятся к нему как к несмышленому существу. Интересы, увлечения, мысли и чувства ребенка кажутся такому взрослому несерьёзными, и он игнорирует их. 50% (11 человек) не стремятся к единению с ребёнком. 18,1% (4 человека) не стремятся к сотрудничеству с ребёнком, не проявляют заинтересованность в делах своего ребёнка. 45,4% (10 человек) эмоционально отрицательно относятся к своему ребёнку.

Анализируя полученные данные в результате исследования, мы пришли к выводу о том, что оценка своего ребёнка, как «маленького неудачника» сочетается с целеустремлённостью родителя, но планы которого, не имеют реальной опоры в настоящем и не подкрепляются личной ответственностью за их реализацию. Или же родители живут сегодняшним днём, но воспринимающим процесс жизни как насыщенный и интересный.

Авторитарная гиперсоциализация пересекается с убеждением родителей в том, что человеку дано контролировать свою жизнь, свободно принимать решения и воплощать их в жизнь. Тем временем, как к своим детям

они проявляют очень жёсткий контроль. Почти все испытуемые социально и материально обеспеченные, а также интеллектуально развитые люди.

В ходе беседы с родителями мы выяснили, что одиннадцатилетний Роман с рождения не был болен, получил признаки расстройства аутистического спектра после операции.

Так же, нам стало известно, что дети с РАС рождаются в большинстве случаев в семьях не первыми по счёту детьми и имеют здоровых старших братьев и сестёр. Таким образом можно предположить, что на возникновение расстройств у ребёнка повлияли негативно влияющие факторы внешней среды во время внутриутробного нахождения ребёнка. А также родовые травмы, ухудшенное состояние матери во время вынашивания ребёнка, инфекционные заболевания, осложнения и др.

Нами был замечен тот факт, что ребёнок с расстройствами аутистического спектра рождается чаще у мам, в среднем возрасте.

Таким образом, мы выяснили, что в семьях, воспитывающих детей с РАС, присутствуют проблемы в детско-родительских отношениях. Безусловно, эти проблемы влияют на психическое состояние ребёнка и на его развитие. Именно по этой причине психологу следует, очень ответственно относиться к работе с родителями детей с РАС для того, чтобы создать предпосылки для благоприятного пребывания ребёнка в собственной семье.

Следуя данным нашего исследования заявленную исследовательская гипотеза получила своё подтверждение: известно, что отношения между родителями и детьми в семьях, воспитывающих детей с РАС характеризуются определёнными отклонениями от нормы. В связи с этим можно предположить, что в таких семьях, присутствует депрессивное состояние родителей, отчуждённость по отношению к своим детям.

Безусловно, семьи с данными нарушениями нуждаются в содействии педагога-психолога; в коррекции детско-родительских отношений, снятие депрессивного состояния у родителей и установления благоприятного эмоционального климата во взаимодействии родителей с ребёнком.

В случае неоказания помощи таким семьям, результатом напряжённой семейной обстановки может являться ситуация замедления, возможно даже регресса в развитии ребёнка, требующего особого ухода и внимания. А также не исключением становится факт распада семьи, ухода одного из членов семьи, полная изоляция от общества, переход семьи в аморальный образ жизни и др. Таким образом, последствия нарушений детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей с РАС, могут оказаться весьма неутешительными, но при комплексной работе специалистов с такими семьями, их вполне можно избежать.

Список литературы:

1. Беткер Л. М. Психолого-педагогическое сопровождение детей с расстройством аутистического спектра: учебно-методическое пособие для учителей и специалистов образовательных организаций /– Ханты - Мансийск, РИО ИРО, 2013. – 82 с
2. И.С. Гришанова/ Компьютерная верстка / Служба сопровождения семьи и ребенка: инновационный опыт: методический сборник / [ред. В.М. Соколова] Владимир Издательство «Транзит-ИКС», 2010 – 132 с.
3. Лебединская, К. С. Диагностика раннего детского аутизма: начальные проявления / К. С. Лебединская, О. С. Никольская. – М.: Просвещение, 1991. –96 с.
4. Никольская, О.С., Баенская Е. Р., Либлинг М. М. Аутичный ребенок. Пути помощи. – Изд. 7-е. – М.: Теревинф. – 2012. – 288 с
5. Петрова Е.А, Козьяков Р.В., Поташова И.И. /Современные технологии работы с семьями, имеющими детей с ограниченными возможностями здоровья/ /ФГБОУ ВО "Российский государственный социальный университет"/статья, V Международная научно-практическая конференция "Воспитание и обучение детей младшего возраста" Москва, 12-14 мая 2016 г. - С. 3

6. Электронный путеводитель/ Детский диагностический центр. ЛО-50-01-006247 от 02.02.2015. URL: <http://deti-clinica.ru/info/bolezni/rasstroystva-autisticheskogo-spektra-u-detey//> (дата обращения: 13.10.2016)

УДК 159.944:376.011.3-051

Альона Олександрівна Погрібна

К. психол. наук

кафедра прикладної психології

ДВНЗ «Донбаський державний педагогічний університет»,

м.Слов'янськ, Україна

E-mail: alyona097575@gmail.com

ОСОБЛИВОСТІ СИМПТОМАТИКИ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ВЧИТЕЛІВ ШКІЛ-ІНТЕРНАТІВ ДЛЯ ДІТЕЙ З ВАДАМИ ІНТЕЛЕКТУ

Аннотація. В статті представлено теоретичний аналіз досліджень, присвячених симптоматиці емоціонального вигорання, показані концептуальні розбіжності щодо кількісного і якісного складу симптомів в структурі вигорання в психологічній літературі. Приводяться результати власного експериментального дослідження симптоматики емоціонального вигорання на вибірці учителів шкіл-інтернатів для дітей з порушеннями інтелекту.

Ключевые слова: *емоціональне вигорання, симптоми емоціонального вигорання, стресс, педагогічна середина.*

Alena Alexandrovna Pogrebnyaya

PhD in Psychological Sciences,

department of applied psychology

FEATURES OF SYMPTOMATOLOGY OF EMOTIONAL BURNOUT AMONG TEACHERS OF BOARDING SCHOOLS FOR CHILDREN WITH INTELLECTUAL DISABILITIES

***Abstract.** The article presents a theoretical analysis of the studies devoted to the symptomatology of emotional burnout, the conceptual disagreements regarding the quantitative and qualitative composition of the symptoms in the burnout structure in the psychological literature are shown. The results of the experimental study of the symptoms of emotional burnout on the sample of teachers of boarding schools for children with intellectual disabilities are presented.*

***Keywords:** emotional burnout, symptoms of emotional burnout, stress, pedagogical environment.*

Згідно з сучасним баченням, емоційне вигорання являє собою процес поступової втрати емоційної, когнітивної та фізичної енергії, що виявляється в симптомах емоційного, розумового виснаження, фізичного стомлення, особистісної відстороненості та зниження задоволення виконанням роботи [1; 2; 3; 6; 7]. Означений синдром, перш за все, характерний для професій суб'єкт-суб'єктного типу як результат невдало вирішеного стресу на робочому місці [2; 3].

Актуальність даної проблеми у вчителів шкіл-інтернатів для дітей з вадами інтелекту обумовлена хронічною емоційною насиченістю та стресогенністю їх професійної діяльності, що полягає у глибокій індивідуалізації корекційно-педагогічного процесу в залежності від клінічних форм патології, структурно-функціональних порушень у розвитку дітей. З огляду на це, дослідження симптоматики емоційного вигорання у вчителів

шкіл-інтернатів для дітей з вадами інтелекту, на наш погляд, набуває особливої значущості, оскільки в подальшому надає можливість розробити систему методів запобігання та подолання емоційного вигорання в даному педагогічному середовищі з метою збереження педагога як здорової особистості та ефективного професіонала.

Дослідження, присвячені симптоматиці емоційного вигорання, в психологічній літературі представлені досить широко. Разом із тим існують концептуальні розбіжності щодо кількісного та якісного складу симптомів у структурі вигорання. Так, E.L. Maher виділяє 12 основних симптомів, J.F. Carroll і W.L. White - 47 симптомів, а деякі автори розширюють цей список до 84. Для більш зручного аналізу симптомів вигорання робилися спроби їх класифікації. Наприклад, G.A. Roberts [4], розуміючи даний феномен як наслідок некерованого стресу, усі симптоми емоційного вигорання розділяє на 4 групи: 1) зміни в поведінці; 2) зміни в мисленні; 3) зміни у відчуттях; 4) зміни в здоров'ї.

S. Kahill [5] пропонує власну класифікацію симптомів вигорання відповідно до змісту тієї підструктури індивіда, яку вони представляють: 1) фізичні симптоми (втома, фізичне стомлення, виснаження, безсоння, запаморочення і т.п.), 2) емоційні симптоми (недостатність емоцій, песимізм, агресивність, тривога, депресія, деперсоналізація, втрата ідеалів і професійних перспектив і т.п.), 3) поведінкові симптоми (втома і бажання відпочити під час робочого дня, імпульсивність, адиктивна поведінка і т.п.), 4) інтелектуальний стан (зменшення зацікавленості у нових теоріях та ідеях у роботі, збільшення нудьги, апатії, формальне виконання роботи і т.п.), 5) соціальні симптоми (недостатність часу та енергії для соціальної активності, зменшення інтересу щодо дозвілля, відчуття ізоляції і т.п.).

За схожими принципами побудована класифікація симптомів і структурних компонентів емоційного вигорання W. Schaufeli і D. Enzmann [8]. Відповідно до характеру сфери індивіда, автори об'єднали виділені 132 симптоми вигорання у п'ять основних груп: 1) афективні; 2) когнітивні; 3)

фізичні; 4) поведінкові; 5) мотиваційні. З їхньої точки зору симптоматика даного синдрому може проявлятися на трьох рівнях, що надало підстави розширити класифікацію та виділити наступні рівні симптоматики: індивідуально-психологічний, міжособистісний і організаційний.

С. Maslach, S. Jackson [6; 7] у рамках розробленої ними трьохкомпонентної моделі вигорання умовно поділили симптоми на фізичні, поведінкові та психологічні. До фізичних вони віднесли: втому, почуття спустошення та знемоги, астенизацію, дифузні тілесні недуги, розлади сну і т.п. До поведінкових та психологічних - почуття нудьги, розчарування, провини, негативне ставлення до клієнтів, до себе (дегуманізація і деперсоналізація), негативне самосприйняття в професійному плані, прагнення до дистанціювання, погіршення якості життя і стану фізичного і психічного здоров'я і т.п. G. Sonneck [9], додавши до вищезначених симптомів вітальної нестабільності (депресія, збудливість, тривожність, занепокоєння, відчуття безнадійності, дратівливість тощо), відніс подібний симптомокомплекс до перших ознак розвитку передсуїцидального стану.

Оригінальною та найбільш методологічно обґрунтованою у вітчизняній психології представляється класифікація симптоматики емоційного вигорання в залежності від фаз його розвитку, запропонована В.В. Бойком [1]. Він виділяє наступні симптоми емоційного вигорання: переживання психотравмуючих обставин, незадоволеність собою, загнаність у кут, тривога і депресія – фаза напруги; неадекватне вибіркоче емоційне реагування, емоційно-моральна дезорієнтація, розширення сфери економії емоцій, редукція професійних обов'язків – фаза резистенції; емоційний дефіцит, емоційна відстороненість, особистісна відстороненість (деперсоналізація), психосоматичні та вегетативні порушення – фаза виснаження.

Спираючись на концепцію В.В. Бойка, ми провели експериментальне дослідження, в якому взяли участь вчителі шкіл-інтернатів для дітей з вадами інтелекту м. Слов'янська та м. Миколаївки в кількості 80 осіб, середній стаж роботи яких – 15-20 років, середній вік – 40-45 років. На основі проведеного

експериментального дослідження можна стверджувати, що у вчителів шкіл-інтернатів для дітей з вадами інтелекту найбільш поширені наступні симптоми емоційного вигорання: за фазою напруги - симптом «переживання психотравмуючих обставин» (78,9%); за фазою резистенції - «неадекватне емоційне вибіркове реагування» (70,4%), «розширення сфери економії емоцій» (67,6%), «редукція професійних обов'язків» (52,1%); за фазою виснаження - «психосоматичні й психовегетативні порушення» (50%). Найменшою представленістю у даній категорії досліджуваних виявився симптом, що вказує на незадоволеність собою (18,4%) за фазою напруги. Отримані результати дозволяють констатувати, що емоційне вигорання у фахівців даних навчальних закладів здебільшого представлене симптомами, які відносяться до фази резистенції: виявлена вираженість трьох симптомів із чотирьох (див. рис. 1.).

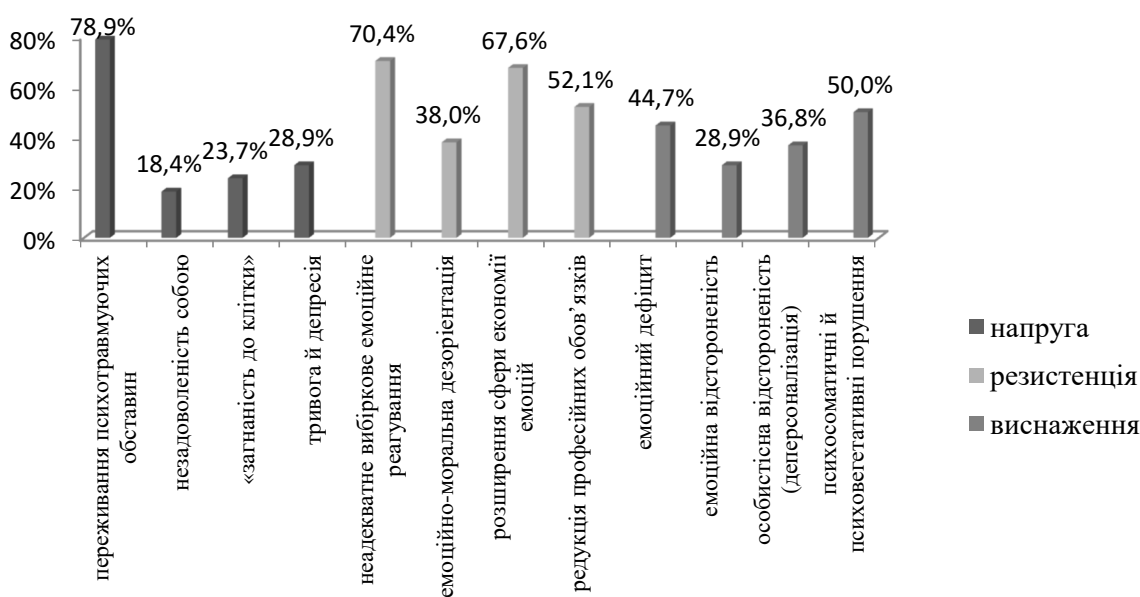


Рис. 1. Вираженість симптомів емоційного вигорання в учителів шкіл-інтернатів для дітей з вадами інтелекту

Отже, 70,4% досліджуваних вчителів характеризуються неадекватним обмеженням діапазону та інтенсивності включення емоцій у професійне спілкування, що партнерами по міжособистісній взаємодії інтерпретується як черствість, байдужість та неповага до їхньої особистості. Учителі втрачають межу між економічним проявом емоцій та неадекватним вибірковим емоційним реагуванням. Необхідно зазначити, що при цьому емоційна поведінка має суто суб'єктивний характер, тобто вона обумовлюється настроєм педагогів, їхніми бажаннями тощо. 52,1% вчителів характеризуються намаганням спростити процес спілкування, скоротити свої професійні обов'язки у сфері ділової взаємодії, обмежити виконання соціальної ролі в ситуаціях, які потребують емоційних затрат. Педагоги намагаються обмежитися виключно діловими контактами, не переходячи на більш глибокий особистісний план. При цьому відмічається тенденція до негативного оцінювання професійної діяльності в цілому, появи деструктивних змін у системі професійних цінностей особистості, що згубно впливає на процес професійно-особистісного зростання. Найбільшої уваги, на наш погляд, заслуговує симптом «розширення сфери економії емоцій», який виявився у 67,6% вибірки, адже він свідчить про розширення дії емоційного вигорання як захисного механізму за межі професійної діяльності. За наявності даного симптому у професіонала фіксуються ознаки пересичення спілкуванням у найближчому оточенні: колі близьких, друзів, знайомих тощо. У вчителів відмічається бажання ізолюватись, скоротити процес спілкування з близькими, у ході якого здебільшого демонструються негативні емоції. Подібні поведінкові та емоційні реакції в подальшому деформують, а згодом і руйнують нормальні відносини в колі найближчого спілкування людини.

У фазі виснаження емоційне вигорання в основному проявляється у вигляді психосоматичних і психовегетативних порушень, їх демонструє 50% досліджуваних педагогічних працівників. Цей симптом проявляється на рівні фізичного та психічного самопочуття, у результаті чого частково або повністю втрачається працездатність, посилюються переживання незадоволеності

власною ефективністю та якістю життя. Прояв емоційних реакцій на тілесному рівні свідчить про те, що захисний механізм у вигляді емоційного вигорання вже не справляється з навантаженнями, і енергія емоцій починає перерозподілятися між іншими підсистемами індивіда.

Цікавою виявилася представленість симптоматики у фазі напруги: вона включає симптоми, які зайняли відповідно першу та останню позиції в їх розподілі. Так, симптом «переживання психотравмуючих обставин», який було виявлено у 78,9% респондентів, проявляється усвідомленням психотравмуючих чинників професійної діяльності, які важко або зовсім непереборні. Подібне усвідомлення викликає почуття відчаю й обурення, змушує нервувати, відчувати постійні психоемоційні перевантаження. При цьому лише у 18,4% вчителів усвідомлення нездатності вплинути на психотравмуючі обставини викликає невдоволення собою як фахівцем, розчарування в професійному виборі. Незначна представленість у нашій вибірці і інших симптомів фази напруги - «загнаності до клітки» (23,7%) та «тривоги і депресії» (28,9%). Отже, саме негативні враження від зовнішніх факторів діяльності та переживання негативно забарвлених емоційних станів у даній категорії досліджуваних обумовлює психологічний захист у вигляді емоційного вигорання. У решті досліджуваних ступінь обмеження емоційного реагування значно перевищує наявне напруження, що свідчить як про високий ступінь психологічного захисту, так і про наявність неадекватної дії даного механізму захисту.

Виходячи з вищенаведеного, можна зробити висновок, що у вчителів шкіл-інтернатів для дітей з вадами інтелекту емоційне вигорання представлене здебільшого симптомами фази резистенції (фази опору стресу); спостерігається також фізичне, емоційне і когнітивне виснаження у формі психосоматичних й психовегетативних порушень, неадекватність дії емоційного вигорання як механізму захисту в складних, емоційно насичених професійних ситуаціях (у фазі напруги). Подальшими перспективами вважаємо дослідження факторів виникнення емоційного вигорання та

розробку методів профілактично-корекційної роботи, спрямованих на запобігання та подолання емоційного вигорання в даному професійному середовищі.

Список літератури:

1. Бойко В.В. Энергия эмоций / В.В. Бойко. – 2-е изд., доп. и перераб. - СПб.: Питер, 2004. – 474 с.
2. Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса / Н.Е. Водопьянова. - СПб.: Питер, 2009. – 336 с.
3. Погрібна А.О. До питання про емоційне вигорання в професіях суб'єкт-суб'єктного типу / А.О. Погрібна // Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки». – 2016. – Вип. 1, Т.1. – С. 76-80.
4. Робертс Г.А. Профилактика выгорания / Г.А. Робертс // Обзор современной психиатрии. – 1998. – №1. – С. 39-46.
5. Kahill S. Interventions for burnout in the helping professions: A review of the empirical evidence / S. Kahill // Canadian Journal of counseling review. – 1988. – V.22 (3). - P. 310-342.
6. Maslach C. Burnout / C. Maslach, W.B. Schaufeli, M.P. Leiter // Annual Review of Psychology. – 2001. – V. 52. – P. 397-422.
7. Maslach C. Making a significant difference with burnout interventions: Researcher and practitioner collaboration / C. Maslach, M.P. Leiter, S.E. Jackson // Journal of Organizational Behavior. – 2012. – №33. – P. 296-300.
8. Schaufeli W.B. The Burnout companion for research and practice: A critical analysis of theory, assessment, research and interventions / W.B. Schaufeli, D. Enzmann. - Washington DC: Taylor and France, 1998. – 220 p.
9. Sonneck G. Selbstmorde und Burnout von Ärzten / G. Sonneck // Z. farztliche Fortbildung ZAF. – 1994. – Т.7. – №3/4. - S.22– 28.

Анастасия Николаевна Подчашинская

студент

Барановичский государственный университет,

г. Барановичи, Беларусь

E-mail: nastya.podchashinskaya@mail.ru

**ПЕРФЕКЦИОНИЗМ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ:
СТРУКТУРНО-СОДЕРЖАТЕЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И МЕТОДЫ
ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ**

Аннотация. Статья посвящена рассмотрению проблема склонности подростков к проявлению патологического перфекционизма. Обозначены деструктивные социально-психологические последствия перфекционизма подростков. Приведены результаты исследования нормального и патологического перфекционизма подростков. Предложены методы психологической профилактики патологического перфекционизма личности, учитывающие психологические особенности подросткового возраста.

Ключевые слова: перфекционизм, подростковый возраст, психологическая профилактика.

Anastasia Nikolaevna Podchachinskaya

Student

Baranovichi State University, Baranovichi, Belarus

E-mail: nastya.podchashinskaya@mail.ru

**PERFECTANCY IN ADOLESCENT AGE: STRUCTURAL-CONTENT
CHARACTERISTICS AND METHODS OF PSYCHOPROPHYLAXIS**

Abstract. The article is devoted to the problem of adolescents' inclination to the manifestation of pathological perfectionism. The destructive social and

psychological consequences of the perfectionism of adolescents are indicated. The results of the study of normal and pathological perfectionism of adolescents are presented. Methods of psychological prevention of pathological perfectionism of the personality, taking into account the psychological characteristics of adolescence, are proposed.

Keywords: *perfectionism, adolescence, psychological prevention.*

Расширение экономических и социальных возможностей для самореализации в различных сферах жизнедеятельности выступает мощным стимулом для эффективного вхождения в социальную среду, получения в ней достойного положения.

Подростковый возраст можно рассматривать как фактор риска развития невротического перфекционизма [4; 5].

Учащиеся подросткового возраста, обучаясь в школе, начинают планировать собственные действия относительно выстраивания траектории субъектного развития для достижения общественно-полезных и лично значимых целей. Качество такого планирования определяется умением стремиться к достижению высоких результатов, при этом сохраняя физическое и психическое здоровье, что, в конечном счете, обеспечивает высокое качество жизни человека. Однако стремление значительной части подростков к достижению успеха в максимально короткие сроки приводит к негативным последствиям. Перфекционисты часто становятся одинокими, замкнутыми, упрямыми, трудоголиками. Самокритичность, требовательность к себе, будучи выраженными чрезмерно, могут приводить к формированию заниженной самооценки, трудностям в общении. Их сверхответственность и гиперприлежность могут раздражать окружающих, ранние успехи – вызывать зависть, полная поглощенность избранным делом – расцениваться как высокомерие (М.В. Корчагин) [1]. Имеет место связь перфекционизма с суицидальным поведением, с депрессивными и тревожными расстройствами, с нарушением пищевого поведения и образа тела и шизофренией (Е.А. Филатова)

[2]. Чрезмерно высокий уровень перфекционизма подростков, согласно исследованиям Т.Е. Яценко и Н.П. Ващилко, обуславливает неприятие сверстников с особыми образовательными потребностями в инклюзивной образовательной среде и, как следствие, дезадаптацию последних [4; 5].

С целью выявления структурно-содержательных характеристик перфекционизма подростков нами было проведено исследование на базе государственных учреждений общего среднего образования г. Барановичи». В исследовании принимали участие 60 учащихся в возрасте 13-15 лет. Использовалась методика «Дифференциальный тест перфекционизма» А.А. Золотаревой.

Высокий уровень нормального перфекционизма продемонстрировали 20% подростков от общей выборки. Это свидетельствует о высоких адаптивных качествах подростков, таких как конструктивное стремление к достижениям, позитивная самооценка, самоэффективность, эффективные стратегии обучения, хорошая академическая успеваемость, положительные интерперсональные качества, уверенность в себе, альтруистические социальные установки, самоактуализация, добросовестность.

Средний уровень нормального перфекционизма продемонстрировали 67% подростков. Это говорит об адекватном восприятии ожиданий и требований со стороны других, реалистическом представлении о собственных способностях и возможностях других людей, принятии потенциальной возможности совершения ошибок.

Низкий уровень нормального перфекционизма проявляется у 13% подростков. Это свидетельствует о том, что подростки не склонны задумываться над тем, какими они хотели бы быть в идеале. Они нетребовательны к себе, при этом они убеждены, что окружающие (родители, учителя) имеют относительно них чрезвычайно высокие стандарты, которым невозможно соответствовать. Они не склонны к жесткому самоконтролю, рефлексии, не самокритичны, но в большей степени контролируемы и критикуемы окружающими. Данная группа подростков составляет, на наш

взгляд, группу риска, поскольку отличается инфантильной позицией и склонностью к пассивности, к уклонению от ответственности за качество выполняемых обязательств.

Высокий уровень патологического перфекционизма продемонстрировали 13% подростков. Для них характерно иррациональное мышление, высокая склонность к самокритике, самообвинение и обвинению других, низкая эффективность в учебной деятельности, неадаптивная учебная мотивация, сниженная способность к поиску помощи, наличие интерперсональных проблем, низкая самооценка, высокий риск суицидального поведения, прокрастинация и социальные проблемы.

Средний уровень патологического перфекционизма продемонстрировали 67% подростков. В данном случае перфекционизм можно охарактеризовать как напрасное стремление к идеалу, недостижимому совершенству. Имеется неадекватный уровень притязаний. Несовершенный результат работы вызывает недовольство. Подросток не испытывает особого удовлетворения от сделанного, даже если сделано все превосходно. Внимание сфокусировано на собственных недостатках и мыслях о возможных ошибках, неудачах, которые могут вызывать стресс и симптомы депрессии. Существует опасность перехода данной группы подростков в категорию лиц, обладающих высоким уровнем выраженности патологического перфекционизма, при неблагоприятных социально-психологических воздействиях.

Таким образом, группу риска с точки зрения выраженности патологического перфекционизма составляют 80 % подростков.

Низкий уровень патологического перфекционизма продемонстрировали 13% подростков. Они испытывают беспокойство по поводу ошибок. Они стремятся к цели скорее за счет страха неуспеха и боязни разочаровать других, чем потребности в достижении. Невозможность добиться идеального результата может вызывать тревожность.

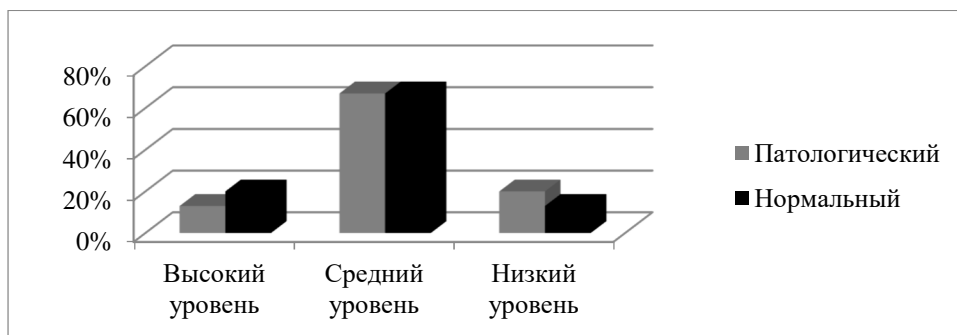


Рисунок 1 – Соотношение нормального и патологического перфекционизма

Соотношение нормального и патологического перфекционизма у подростков имеет следующий вид (рисунок 1). У 20 % подростков отмечается превышение нормального перфекционизма над патологическим, т.е. подростки легко вовлекаются в деятельность и способны испытывать глубокое удовлетворение от работы, повышать самооценку на основе достижений. При выполнении способны учитывать как собственные ресурсы, так и ограничения. Эту категорию подростков можно отнести к числу адаптивных личностей.

У 67% подростков патологический и нормальный перфекционизм выражен в равной степени, что свидетельствует об адекватном восприятии ожиданий и требований со стороны других, принятии потенциальной возможности совершения ошибок, но несовершенный результат работы вызывает у них недовольство, а качественно сделанная работа не приносит переживания положительных эмоций. Подростки могут не испытывать удовлетворения от сделанного, даже если сделано все превосходно. Иными словами существует риска стремительного развития у них патологического перфекционизма.

У 20% подростков патологический перфекционизм преобладает над нормальным, т.е. подростки действуют под влиянием страха неудачи, испытывают сильную тревогу, стыд, вину. Они недовольны сделанным, результат никогда не кажется достаточным. Руководствуются только крайне

высокими и нереалистичными ожиданиями от себя. Данная группа подростков нуждается в психологической помощи.

Таким образом, исходя из результатов исследования, видно, что подростки предрасположены к развитию патологического перфекционизма. Соответственно актуальность приобретает психологическая профилактика, прежде всего, превентивная деятельность, нацеленная на предупреждение развития патологического перфекционизма у подростков.

При выборе методов психологической профилактики дезадаптивного поведения подростков следует, как отмечает Т.Е.Яценко, максимально учитывать психологические особенности данного возраста: чувство взрослости, потребность в общении со сверстниками, подростковый комплекс эмоциональности [3; 6; 7]. Соответственно можно выделить следующие методы психопрофилактики патологического перфекционизма подростков:

- 1) психологические тренинги на осознание ресурсных сторон и ограничений своей личности, личностных границ, на развитие умения дифференцировать собственные желания, цели и цели, вменяемые другими людьми, интроецированные критерии достижений;

- 2) форум-театр, позволяющий подросткам на собственном квазиопыте осмыслить деструктивность патологического перфекционизма и значимость нормального перфекционизма для успешного функционирования личности в обществе;

- 3) интерактивные занятия с элементами фототерапии, расширяющие понимание внутренних переживаний, особенности мировосприятия и восприятия себя человеком с нормальным и патологическим перфекционизмом;

- 4) круглые столы, беседы и диспуты с элементами сказкотерапии, позволяющие в метафорической форме раскрыть подросткам психологический механизм формирования и признаки патологического перфекционизма и расширить понимание возможных способов его преодоления.

Список литературы:

1. Корчагин В. М. Перфекционизм личности как научная проблема современной психологии: аналитический обзор // Вестник самарского юридического института. – 2011. – № 1 (3). – С. 75-78
2. Филатова Е. А. Психологические особенности идеального Я личности при пассивном перфекционизме: дис. канд. психол. наук: 19.00.01. – Москва, 2016. – 140 с.
3. Яценко Т. Е., Рзаева Ж.В. Виктимология образования: в помощь практическому психологу. – Барановичи: РИО БарГУ, 2014. – 363 с.
4. Яценко Т.Е., Ващилко Н.П. Взаимосвязь копинг-стратегий и перфекционизма у мальчиков и девочек подросткового возраста // Актуальные проблемы формирования психолого-педагогической культуры будущих специалистов: межвуз. сб. науч. ст. с междунар. участием. – Барановичи: РИО БарГУ, 2016. – Вып. 6 / под науч. ред. Я.Л. Коломинского, В.И. Козел; отв. ред. Т.Е. Яценко. – С. 297—306.
5. Яценко Т.Е., Ващилко Н.П., Шишко А.Н. Перфекционизм обучающихся как фактор дезадаптации сверстников с особыми образовательными потребностями в инклюзивной образовательной среде // Современные тенденции и перспективы мировой психологии: материалы I междунар. науч. - практ. конф., 19 апреля 2017 г. / отв. ред. С.В. Фролова. – Саратов: ИЦ «Наука», 2017. – С. 170 –174.
6. Яценко Т.Е., Олифирович Н.И. Коммуникативные интенции как составляющая компетенций будущих педагогов в области девиктимизации подростков с инструментальным виктимным поведением // Психологическое сопровождение образования: теория и практика: сб. ст. по материалам VI Международной научно-практической конференции 24–26 декабря 2015 г.: в 2 ч. / под общ. ред. Л.М. Попова, Н.М. Швецова. – Йошкар-Ола: МОСИ – ООО «СТРИНГ», 2016. – С. 340 – 344.

7. Яценко Т.Е., Мирзаянова Л.Ф. Творческая активность превентивной деятельности как психологический феномен // Вестник Полоцкого государственного университета. Педагогические науки. –2008. – № 5. –С. 75–80.

УДК: 796.012.6

Евгения Станиславовна Потовская

К. пед. наук

Национальный исследовательский

Томский государственный университет, г. Томск, Россия

Анатолий Васильевич Моисеенко

старший преподаватель

Национальный исследовательский

Томский государственный университет, г. Томск, Россия

Роман Александрович Рыжов

старший преподаватель

Национальный исследовательский

Томский государственный университет, г. Томск, Россия

Валерий Викторович Шаврин

тренер-преподаватель

Национальный исследовательский

Томский государственный университет, г. Томск, Россия

E-mail: biglard@yandex.ru

ПРИМЕНЕНИЕ УПРАЖНЕНИЙ НА ОТКРЫТОМ ВОЗДУХЕ ДЛЯ СТАБИЛИЗАЦИИ СОСТОЯНИЯ СТУДЕНТОК С ПРИЗНАКАМИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Аннотация. Применение упражнений на открытом воздухе в процессе оздоровительного отдыха студенток с признаками артериальной

гипертензии, позволяет добиться улучшения показателей самочувствия и артериального давления занимающихся.

Ключевые слова: *студенты, артериальная гипертензия, оздоровительный отдых, упражнения на открытом воздухе.*

Evgeniya Stanislavovna Potovskaya

PhD in pedagogical Sciences

National Research Tomsk State University, Tomsk, Russia

Anatoly Vasilevich Moiseenko

Senior Lecturer

National Research Tomsk State University, Tomsk, Russia

Roman Aleksandrovich Rizov

Senior Lecturer

National Research Tomsk State University, Tomsk, Russia

Valery Viktorovich Shavrin

National Research Tomsk State University, Tomsk, Russia

Trainer- Lecturer

E-mail: biglard@yandex.ru

**APPLICATION OF OUTDOOR AIR EXERCISES TO STABILIZE
THE STATUS OF FEMALE STUDENTS WITH SIGNS OF
HYPERTENSION**

Abstract. *The use of exercises in outdoor air in the process of improving rest for students with signs of hypertension, made it possible to improve the indices of health and blood pressure.*

Keywords: *students, arterial hypertension, health-improving rest, outdoor air exercises.*

Актуальность. Артериальная гипертензия – одно из самых распространённых заболеваний сердечно-сосудистой системы. Установлено, что артериальной гипертензией страдают 20-30 % взрослого населения. [4]

У больных артериальной гипертензией развиваются коронарная болезнь сердца, инсульт мозга, уменьшается продолжительность жизни. Артериальная гипертензия является одним из основных факторов смертности от основных сердечно-сосудистых заболеваний, доля которых в структуре общей смертности, по данным ВОЗ (1996), составляет 20-50%. [1]

Нормой артериального давления у взрослых принято считать значение 120/80 мм рт. ст. Верхней границей артериального давления (АД), после которой выставляется диагноз артериальная гипертензия, является 140/90 мм.рт.ст. При этом повышение АД – основной, иногда даже единственный симптом заболевания. На развитие гипертонической болезни влияет несколько факторов, в том числе наследственность, длительное психоэмоциональное напряжение, избыточный вес, курение, малоподвижный образ жизни. [3]

Масса тела служит относительным показателем физического развития человека и зависит как от типа телосложения, так и от пола и возраста. Индекс массы тела – это показатель, позволяющий определить, как соотносятся масса тела и рост человека. Рассчитывается индекс по такой формуле:

$$\text{ИМТ} = m/h^2 \text{ (кг/м}^2\text{)}, \text{ где } m \text{ – масса тела (кг), } h \text{ – рост (м)}. [2]$$

Всемирная организация здравоохранения использует данный показатель для разработки рекомендаций касательно приведения массы тела в норму. Так, значение ИМТ ниже 16 указывает на развитие дистрофии, а выше 40 — на третью степень ожирения, которая грозит летальным исходом. Значения ИМТ между 25 и 30 интерпретируются как избыточная масса тела. [5]

Цель и задачи работы. Внедрение в систему оздоровительного отдыха студентов с нарушениями в состоянии здоровья упражнений на открытом воздухе и проверка эффективности их применения.

Методы и организация исследования. Оздоровительно-учебный центр ТГУ (ОУЦ ТГУ), расположенный на берегу р. Обь, предназначен для

организации и проведения учебной практики, культурно-массовых мероприятий, повышения уровня физической подготовленности и укрепления здоровья студентов, совершенствования спортивного мастерства членов сборных команд университета.

В летнем сезоне 2017 г. продолжительностью 28 дней, в ОУЦ были созданы экспериментальная (ЭГ) и контрольная группа (КГ) из числа отдыхающих студенток 1-4 курсов 20 факультетов НИ ТГУ, отнесенных к специальной медицинской группе, с признаками артериальной гипертензии. Объем выборки 40 человек – по 20 человек в каждой группе.

За время оздоровительного сезона студентки выполняли предписанный режим с двухчасовым отдыхом в течение дня, сбалансированным пятиразовым питанием по расписанию, обязательной утренней гимнастикой и водными процедурами на свежем воздухе. Также студентки экспериментальной группы во второй половине дня шесть дней в неделю под руководством преподавателя занимались физическими упражнениями. Три дня в неделю – через день – участницы эксперимента выполняли комплекс упражнений на открытом воздухе. Продолжительность занятия 45-60 минут. Остальные три дня в неделю студентки занимались оздоровительной ходьбой. Продолжительность ходьбы составляла 60 минут, а преодолеваемая дистанция постепенно увеличивалась за счет увеличения темпа движения.

В качестве контроля осуществляли измерение АД пять раз в день – после пробуждения, перед дневным сном, перед физической нагрузкой и после нее и перед сном. Также осуществляли контроль за состоянием студенток во время выполнения физических упражнений путем измерения ЧСС. Измерение массы тела – взвешивание – осуществляли три раза за сезон.

Результаты исследования. Результаты исследования представлены в таблице 1. Следует отметить, что уже на второй неделе эксперимента наблюдалась относительная стабилизация показателей АД в течение суток у студенток как из ЭГ, так и из КГ, но у студенток, отнесенных к экспериментальной группе показатели были более стабильными. К окончанию

оздоровительного сезона показатели АД достоверно улучшились у всех участниц экспериментальной группы, а у студенток из контрольной группы улучшение показателей осталось на уровне положительной тенденции.

Показатели массы тела также претерпели значительные положительные изменения у всех участниц эксперимента благодаря сбалансированному дробному питанию в сочетании с регулярными физическими нагрузками.

Таблица 1. Показатели АД и ИМТ студенток экспериментальной группы до и после эксперимента

Тип функционального расстройства		Артериальная гипертензия, масса тела избыточная n =12	Артериальная гипертензия, масса тела недостаточная n=8
Показатели АД, мм. рт. ст.	До	142/100 (122/96; 144/110)	131/88 (130/82; 144/92)
	После	132/96 (122/92; 140/100)	127/88 (121/85; 140/99)
ИМТ, кг/м ²	До	32 (26; 38)	17 (16; 19)
	После	28 (23; 32)	17,5 (16; 21)

В беседе участницы эксперимента в ста процентах случаев отметили улучшение самочувствия и повышение самооценки. Отмечался высокий уровень мотивации студенток к сохранению оптимального режима питания и двигательной активности после отъезда из учебно-оздоровительного центра.

Выводы. Период студенчества отличается значительной нагрузкой на организм молодых людей. Учебная деятельность в совокупности с неумением распорядиться свободным временем и финансами приводит к неправильному питанию, нарушению режима сна, недостатку физической активности, бесполезному досугу. Погружение студенток в условия рационального питания, чередования режима сна и отдыха, регулярных физических нагрузок приводит к улучшению состояния здоровья и повышает уровень мотивации к здоровому образу жизни. Применение регулярных упражнений на открытом воздухе и оздоровительной ходьбы, включенных в программу оздоровления

студенток с признаками артериальной гипертензии, оказывает положительное влияние на состояние здоровья и улучшают показатели артериального давления.

Список литературы:

1. Болезни сердца: руководство для врачей / Под ред. Р.Г. Оганова, И.Г. Фоминой. – М.: Литтерра, 2006. – 1328 с.
2. Гирин С.В. Индекс массы тела – важный показатель состояния здоровья // Биологическая терапия. – 2010. – № 2. – С. 6-8
3. Маколкин В.И., Подзолков В.И. Гипертоническая болезнь: Приложение к журналу «Врач». – М: Русский врач, 2000. – 96 с.
4. Петров В.Н., Лапотников В.А. Артериальная гипертензия у пожилых людей // Кардиология. – 2013. – № 6. – С. 12-17
5. Шутова В.И., Данилова Л.И. Ожирение или синдром избыточной массы тела // Медицинские новости. – 2004. – № 7. – С. 41-47.

УДК 159.9.075

Анастасия Сергеевна Притупова

Студент

Забайкальский государственный университет, г. Чита, Россия

E-mail: pri.nastena@mail.ru

Евгения Владимировна Гольберт

К. пед. наук, доцент,

Забайкальский государственный университет, г. Чита, Россия

E-mail: evg5539@yandex.ru

ОСОБЕННОСТИ ПОЛОРОЛЕВОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ

***Аннотация.** В работе представлена актуальность данной проблемы в настоящее время. Важность исследования как на научном, так и на практическом уровне. Представлены результаты опытно-экспериментального исследования.*

***Ключевые слова:** гендерная идентификация, половая социализация, маскулиность/фемининость, личность ребенка.*

Anastasia Sergeevna Pritupova

Student

Transbaikal State University, Chita, Russia

E-mail: pri.nastena@mail.ru

Evgenia Vladimirovna Golbert

PhD in pedagogical Sciences, Associate Professor

Transbaikal state university, Chita, Russia

E-mail: evg5539@yandex.ru

PECULIARITIES OF SEX ROLE IDENTITY OF SENIOR PRESCHOOLERS

***Abstract.** The work presents the urgency of this problem at the present time. The importance of research both on a scientific and practical level. The results of experimental research are presented.*

***Keywords:** gender identification, sexual socialization, muscularity / femininity, the personality of the child.*

Проблема формирования полоролевой идентичности человека является одной из важнейших проблем психологии. Она является одним из основных элементов формирования личности в целом.

Насколько мы можем судить, понятие «гендерная принадлежность» в контексте документа (приказ 29 Минобрнауки РФ от 23.11.2009 г. № 655)

приравнивается к понятиям «половая роль» или «гендерная идентичность». Очевидно, что у абсолютного большинства детей сомнения в своей половой принадлежности нет, а вот через какие проявления ее выражать, как себя вести, какими качествами обладать (что, собственно, и подразумевают слова «роль» и «идентичность») — предмет сомнений педагогов.

В связи с этим актуальным становится проблема формирования мужественности и женственности как ведущих качеств гендерной идентичности. Это имеет большое значение, поскольку настоящее время выдвигает новые требования в реализации личности, которая может успешно социализироваться в изменяющихся условиях, а гендерная идентичность является адаптационным ресурсом, а ее нарушение влечет за собой проблемы в адаптации, а также к нарушению психологического здоровья.

В связи с этим разрабатываются концепции и принципы гендерного воспитания детей. При этом психолого- педагогический аспект данного вопроса не учитывается. Что же касается дошкольников – данный вопрос носит единичный характер (И.С. Клецина, Е.А. Коньшева, Т.А. Репина, Л.В. Штылева). Предпринимаются попытки разработки концепций гендерной социализации детей дошкольного возраста (И.С. Клецина, Е.А. Коньшева, Л.Э.Семенова, М.А.Радзивилова, О.Б.Отвечалина), что предполагает актуальность на научно-теоретическом уровне.

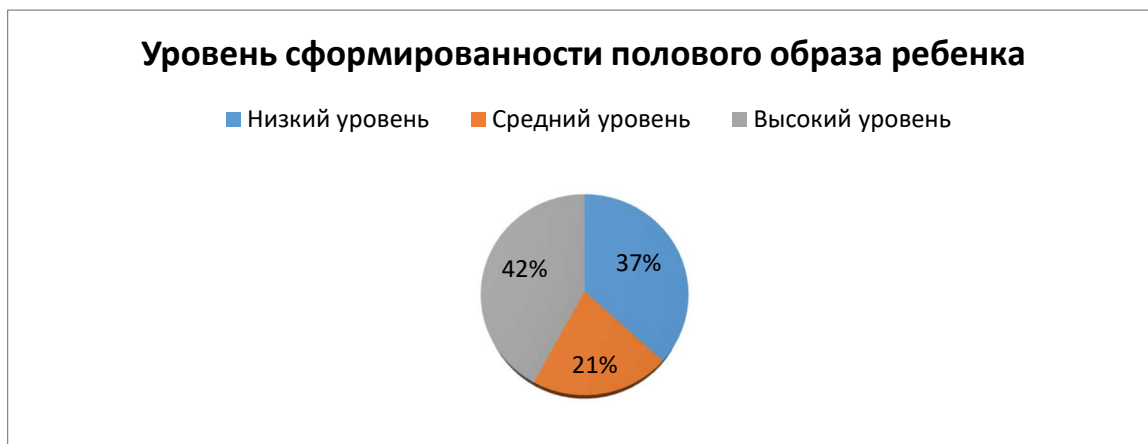
На поисковом этапе исследования, цель которого заключалась изучении гендерных особенностей половой идентификации дошкольников, мы использовали:

1. Изучение гендерных установок у детей (Полустандартизированное интервью В. Е.Кагана);
2. Белопольская Н.Л. Половозрастная идентификация. Методика исследования детского самосознания.

Эмпирическое исследование гендерных особенностей половой идентификации проводилось на базе МДОУ «Детский сад общеразвивающего

вида №107 «ВундерКит» г. Чита. В исследовании приняли участие 20 детей 5-6 лет, из них 10 девочек и 10 мальчиков.

Представим результаты исследования детей методом беседы, автора А.М. Щетининой и О.И. Ивановой.



В результате проведения исследования было выявлено, что 37% детей имеют низкий уровень. Эти дети эмоционально нестабильны по отношению к себе. Они допускают возможность превращения мальчика в девочку и наоборот. У ребят отсутствуют представления о своих будущих полоролевых функциях в обществе и семье, а также они имеют неопределенные представления об особенностях поведения мальчиков и девочек в среде сверстников и семье. Например, девочки совсем не расстроились бы, если бы вдруг проснулись мальчиками (и наоборот).

Средний уровень сформированности выявлен у 21% детей. Они понимают, что, пол необратим (нельзя из мальчика превратиться в девочку и наоборот), оценивают себя в целом положительно. Знают, как ведут себя мальчики или девочки, перечисляют их отличительные признаки (одежда, рост, ряд качеств, поведение); называют некоторые функции мальчика и девочки в семье в настоящее время и в будущем.

Высокий уровень показали 42% детей. Дети понимают так же необратимости пола; имеют эмоционально положительное отношение к себе и к выполнению своих полоролевых функций в семье (мальчики знают и готовы выполнять функции папы в семье, девочки так же – функции мамы).

Имеют представление об отличиях мальчиков и девочек и особенностях их полоролевого поведения, например – мальчики сильные, защищают девочек, они слабее; знают ряд своих полоролевых функций в будущем и позитивно их принимают, т.е. они понимают кем станут, когда вырастут – тетей/дядей; папой/мамой, при этой они хотят ими стать в будущем.

Следующие результаты представлены по методике Н. Л. Белополюской «Половозрастная идентификация»

Методика предназначена для исследования уровня сформированности тех аспектов самосознания, которые связаны с идентификацией пола и возраста.



В ходе исследование удалось установить, что правильно идентифицируют себя 47% детей (дошкольники), школьниками считают себя 23%, 25% детей считают себя юношами/девушками и только 5% не смогли вообще идентифицировать себя. Дети данного возраста идентифицируют себя чаще или с дошкольниками, или же со школьниками, аргументируя выбор словами: "Я большой", "Я скоро пойду в школу", "Он большой, и я большой". Случаи идентификации себя с младенцами у детей крайне редки, но еще наблюдаются. В этом случае можно предположить, что в семье их до сих пор считают маленькими и в чем-то ограничивают их возможности. Или этот образ психологически ближе, роднее и они чувствуют себя там комфортнее.

28% обследованных детей этого возраста (5-6 лет) смогли правильно построить последовательность идентификации: младенец - дошкольник -

школьник. Так же они смогли полностью закончить последовательность идентифицировали себя с будущими ролями юноши (девушки), мужчины (женщины), старика (старухи).

В качестве привлекательного образа эти дети чаще всего указывали образы юности (девушки) – 47%, аргументирую это тем, что они хотят стать большими и ходить на работу. Непривлекательным образам дети считали образы старости (28%), потому что, у старых людей плохое здоровье. 42% детей не хотят быть маленькими, объясняя свой выбор так: «Нужно сосать соску» -12%, «Долго расти, чтобы ходить на работу/школу (зарабатывать деньги)» - 25%, «Нужно спать»-5%.

По результатам исследования выяснилось, что 95 % детей правильно идентифицируют себя с представителем того или иного пола. Однако результаты интервью показали, что мальчики более широко и обстоятельно называют отличия от девочек.

Так в результате проведения беседы мы установили, что дети дошкольного возраста ограничены в описании отличий женских и мужских черт. В ходе бесед с детьми их внимание акцентируется только на внешних атрибутах.

Анализ ответов детей показал, что дошкольники не учитывают внутренние атрибуты (содержательность и стереотипы мужественности и женственности), т.е. последние просто не формируются, взрослые на это не нацелены.

Делая анализ образовательно программы ДОО согласно ФГОС ДО, можно сделать вывод, что программа предусматривает гендерное воспитание детей, как одно из направлений деятельности, но, к сожалению, оно не реализуется в полной мере и не раскрывает работу с учетом гендерных особенностей дошкольников, цели не соответствуют содержанию.

Просмотрев готовое планирование ДОО, и проанализировав его, можно сделать вывод, что задачи по реализации гендерного подхода поставлены, но в перспективе реализуется полоролевой подход.

Таким образом, в практической деятельности работы детского сада, процесс гендерной социализации ребенка реализуется не в полной мере.

Из этого следует, что необходима целенаправленная работа по гендерной идентификации детей, с помощью психолого-педагогической работы:

Организация предметно-развивающей среды, направленная на гендерное самосознание детей;

Психолого-педагогическая подготовка воспитателей и родителей к гендерному воспитанию детей дошкольного возраста и решению возникающих задач.

Список литературы:

1. Бендас Т.В. Гендерная психология: Учебное пособие. СПб.: Питер, 2005. – 431 е.: ил. - (Серия «Учебное пособие»),
2. Берн Ш. Гендерная психология. – СПб., 2002. – 320 с.
3. Гариен М. Мальчики и девочки учатся по-разному: Руководство для педагогов и родителей: Пер. с англ. М., 2004. – 301 с.
4. Ильченко Л.В. Развитие психологического пола ребенка-дошкольника (4-7 лет). Дисс.канд. психол. наук. Ростов н/Д, 1995. – 135с.
5. Каган В.Е. Когнитивные и эмоциональные аспекты гендерных установок у детей 3-7 лет //Вопросы психологии, 2000. – №2. – С. 65-69.

УДК 316.7

Оксана Александровна Процюк

Старший преподаватель

Евразийский Национальный университет имени Л. Н. Гумилева,

г. Астана, Казахстан

E-mail: oksana.protsyuk@yandex.ru

СПОРТСМЕНЫ БЕЗГРАНИЧНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ

Аннотация. В данной статье излагаются взгляды людей с ограниченными возможностями на жизнь и их проблемы существования как полноценные личности в социуме. Также, в работе затрагивается тема появления такого феномена как Паралимпиада. Значительное внимание акцентируется на достижениях «спортсменов – инвалидов» и историях легендарных паралимпийцев. В заключение раскрывается роль паралимпийцев в развитии молодого поколения.

Ключевые слова: спортсмены, паралимпийцы, паралимпиада, инвалиды, сборная.

Oksana Aleksandrovna Protsyuk

Senior lecturer

Eurasian National University named after L.N. Gumilev,

Astana, Kazakhstan

E-mail: oksana.protsyuk@yandex.ru

ATHLETES OF UNLIMITED POSSIBILITIES

Abstract. This article outlines the views of people with disabilities on life and their problems of existence as full-fledged individuals in society. Also, the topic of the appearance of such phenomenon as the Paralympic Games is touched upon in the work. Considerable attention is paid to the achievements of Kazakhstan's "disabled athletes". In conclusion, the role of Paralympians in the development of the younger generation is revealed.

Keywords: *Sportsmen, paralympic, paralympiad, disabled people, physical problems.*

From the moment of birth, a person finds opportunities that familiar to all, which do not distinguish him from others. Unfortunately, due to certain

circumstances during a lifetime, there is a possibility of losing those very opportunities and acquiring deviations. All kinds of injuries, illnesses, accidents can deprive a person of a normal life. If there is a deviation in the functioning of some components of his body, a person becomes disabled.

A disabled person is a person who has a health disorder with a persistent disorder of the body's functions, conditioned by illnesses, traumas, their consequences, defects, which leads to the limitation of vital activity and the need for his social protection. [2] The society is used to believe that people with disabilities cease to exist as individuals because they lose the meaning of life. However, in the age of high technology and scientific and technological progress, there are many opportunities for disabled people that help them to be formed anew. The main role in the formation of a strong man's spirit is played by motivation and inner core. People who have achieved success, despite their position, can see the beautiful in small and work hard, appreciating every minute of their time. A group of such people includes the Paralympic athletes.

Paralympic athletes are people with disabilities who take part in sports competitions. Paralympics is not inferior in importance to the Olympics itself. As a rule, Paralympic games begin immediately after the closing ceremony of the Olympics. They are held in the same city where the Olympics held, with a frequency of once every 4 years. [1] In fact, these games have appeared relatively recently. The first summer games were held in 1969, and the winter games in 1976. [1] The idea of holding contests between people with disabilities came to the head of one of the clinics. The doctor for a long time thought about how to diversify the leisure of patients. As a result, he came up with such games. At the very beginning it was assumed that the competitions would take place between people suffering from certain disorders of the musculoskeletal system. But soon it was decided that all other patients should not be deprived of such a chance. Later the competitions acquired the status of international. By their importance, they are equal to the Olympic Games. The winners of the Paralympic Games were also honored at home. Paralympic people are people who have proved to everyone and above all to

themselves, they are capable of much. Unfortunately, many people with disabilities often become isolated in themselves, concentrate on their problem. The heroes of the Paralympic Games help them to believe in themselves. All Paralympic athletes insist that in order to achieve something, you need to stop feeling sorry for yourself and develop in yourself all the best qualities. Having engaged in sports, a person can change his life. Self-pity and complaints about the injustice of fate are already falling into the background. It remains only the desire to work on themselves and win. Paralympic heroes admit how exciting it is to take part in them and how important it is to show consistently high results in these games. Looking at these athletes, many people have a feeling of admiration and pride for the fact that such athletes favor the national team of the country. Most Paralympic athletes admit that they once had to face misunderstanding and indifference. All of them first studied in schools went to training. In order to participate in contests for people with disabilities, they had to take a referral from a doctor with a diagnosis, as well as with recommendations. Many athletes admitted that they had to bypass not one doctor. Not every specialist was ready to write in conclusion that the patient can be engaged in this or that sport.

Many athletes with disabilities not only compete with their healthy colleagues, but also successfully defeat them.

Marcus Rehm (Athletics)

In Germany completed the examination of the case of a long-legged jumper Marcus Rehm, who was officially recognized as the champion of the country.

When in July of last year he won this big victory, experts challenged her, as he could have gained an advantage due to the carbon prosthesis. On this basis, he was not admitted to the European Championships, but managed to prove the fairness of his victory. In 2012, Rehm won the Paralympic Games in London, and since then he has improved his score by almost a meter and challenged healthy athletes. [5]

“It changed a lot in my life,” he said. “I was looking forward to making something big and showing all the people in the whole world that Paralympic athletes can achieve so much.” [5]

Oscar Pistorius (Athletics)

The notorious South African runner, who appeared in the chronicles last year as the murderer of the beautiful Revka Stenkamp, lost his legs at 11 years old. [10] Subsequently, he became the most titled runner on prostheses, winning six gold medals at three Olympics, while in London he competed with healthy athletes, becoming the first in the history of the Games amputee runner. To do this, he also had to prove that the prosthesis does not give him an advantage over healthy athletes, after which he successfully selected for the Games and went to the semi-finals of the 400-meter race.

Nick Newell (MMA)

31-year-old American became famous in the sport, where one mistake can lead to serious injuries, and the manifestation of courage is considered to be participation in competitions. Deprived of his left hand below the elbow, Newell made his debut in mixed martial arts in 2009, after which he won 13 victories in a row and even won the championship title of one of the local organizations. [9] In July this year, he suffered the first in his career defeat in the fight for the title of the third league of the World Series of Fighting. It's surprising that Newell with limited hands is a skilled master of pain and suffocating tricks.

Michael Constantino (boxing)

Almost a colleague of Newell on the role since birth does not have a brush on his right hand. This lack did not prevent him from bandaging his hands, wearing gloves and going into the ring against professional boxer Nathan Ortiz in 2012. [6] To do this, he had to convince a strict athletic commission that his lack would not cause him or rival health problems. The battle ended in a TKO in the second round in favor of Constantino, but since then, having had a good amateur career behind him, the boxer-invalid did not go into the ring.

Anthony Robles (freestyle wrestling)

The continuer of the glorious brotherhood of martial artists "without borders" for unknown reasons was born with one foot. Since childhood, he refused to wear prosthesis and began to play sports to be "like everyone else." The struggle helped

him not only to achieve this goal, but to become better than everyone else. In 2011, Robles became the champion of the NCAA (American Student Wrestling Association) in flyweight. In his free time from sports Robles acts as a motivator for the disabled and wrote a book "From the weak to the invincible: how I became a champion." "We wrestle with our own opponents on a daily basis. These challengers can come in numerous forms whether it be a physical challenge, emotional, or even relational issues that can overtake us. No matter what opponent we are wrestling against we can be UNSTOPPABLE." [3]

Nathalie du Toit (swimming)

A South African who competed at the marathon distances lost her leg at 17 years old as a result of an accident. Heavy operation and physical disability did not discourage her desire to go in for sports, and three months after the accident she started training. In 2004 she became a multiple winner of the Paralympic Games, and four years later she became the first swimmer disabled who took part in the Olympic Games. [7] Du Toit was entrusted to carry the flag of South Africa at the opening ceremony of both Games, thanks to which it also went down in history.

Natalia Partyka (table tennis)

Polish athlete was not lucky to be born without a right hand, which did not stop her in seven years of playing table tennis. In four years she became the youngest participant in the history of the Paralympic Games, and at the last Olympics in London Natalia competed already with healthy athletes and made her way to the top 32. At one time, Partyka was one of the top 50 rackets in the world, and in 2009 she won the silver medals of the European Championship as part of the national team of Poland. Although she enters 2016 at No. 2 in her class, Partyka is a heavy favourite for gold at Rio 2016. [8]

Bethany Hamilton (surfing)

Surfing itself is a very sporting sport, and in Hawaii, where you have to deal with sharks, even doubly. At 13 years of giving hope, the sportswoman had a chance to meet with one of them. [4] As a result, a girl who lost 60 percent of the blood miraculously saved her life, but doctors could not keep the shattered hand. Someone

in Betty's place would have lost the desire not only to cut ocean waves, but also to approach the seashore, and Betty not only returned to the sport, but also became the vice-champion world among juniors. Now she is quite successful at the adult level. Such "special" people around the world have an unlimited number.

Such "special" people around the world have an unlimited number. Because of strangeness, society reacts sharply to such people, and more often with pity in sight. But, despite all the physical and moral difficulties, the Paralympicists continue to contradict the stereotypes of society, proving to him the opposite. Moreover, such cases should serve as an example to the younger generation.

Список литературы:

1. Паралимпийские игры. История. Медали. Статистика [Электронный ресурс] URL: <http://www.rezeptsport.ru/paralympic/>
2. Социальная помощь инвалидам [Электронный ресурс] URL: <http://egov.kz/cms/ru/articles/invalids>
3. Anthony Robles [Электронный ресурс] URL: <http://anthonyrobles.com/>
4. Bethany Hamilton: surfing with only one arm isn't as hard as beating the stigma [Электронный ресурс] URL: <https://www.theguardian.com/sport/2016/aug/25/bethany-hamilton-surfing-espys-award>
5. Markus Rehm ready to make his biggest leap [Электронный ресурс] URL: <https://www.paralympic.org/news/markus-rehm-ready-make-his-biggest-leap>
6. Michael Constantino, a one – handed boxer, wins his pro boxing debut against Nathan Ortiz at Aviator Sports Arena in Brooklyn [Электронный ресурс] URL: <http://www.nydailynews.com/sports/more-sports/1-handed-boxer-wins-debut-article-1.1194001>
7. Natalia Partyka [Электронный ресурс] URL: <https://stagingm.paralympic.org/natalia-partyka>

8. Natalie Du Toit [Электронный ресурс] URL:

<http://swimhistory.org/champions/1992/natalie-du-toit>

9. Nick Newel explains why he ended retirement, wants to leave 'no doubt' he belongs among elite [Электронный ресурс] URL:

<https://www.mmafighting.com/2017/9/12/16295480/nick-newell-explains-why-he-ended-retirement-wants-to-leave-no-doubt-he-belongs-in-mma>

10. Oskar Pistorius Biography [Электронный ресурс] URL:

<https://www.biography.com/people/oscar-pistorius-20910935>

УДК 159.96

Эмилиан Радев

К. мед. наук, главный ассистент

Кафедра Профилактики, Факультет общественного здоровья

Медицинский университет Софии, Болгария

E-mail: radev.e.n@abv.bg

Нели Градинарова

К. мед. наук, главный ассистент

Кафедра медицинской этики и права, Факультет общественного здоровья

Медицинский университет Софии, Болгария

E-mail: neli.p.gradinarova@gmail.com

СИНДРОМ ВЫГОРАНИЯ КАК РЕЗУЛЬТАТ СТРЕССА

Аннотация: Исследование стресса связано с именем Ханса Селие (1974). Он рассматривает этот синдром как неспецифический (физиологический) ответ организма на поставленное перед ним какое-либо требование. Он вводит понятие «синдром общей адаптации» и указывает, что синдром развивается в определенных фазах. В этой статье рассматриваются основные фазы, косвенно влияющие на проявление

синдрома выгорания под влиянием стрессовых факторов в рабочей среде. Показаны три основные фазы: фаза тревоги, фаза устойчивости (резистентности) и фаза истощения.

Ключевые слова: *физиологический стресс, психический стресс, запасы поверхностной адаптации, краткосрочный стресс, стрессоры, выгорание.*

Emilian Radev

*PhD in Medical Sciences, Chief Assistant
Department of Prevention, Faculty of Public Health
Medical University of Sofia, Bulgaria
E-mail: radev.e.n@abv.bg*

Neli Gradinarova

*PhD in Medical Sciences, Chief Assistant
Department of Medical Ethics and Law, Faculty of Public Health
Medical University of Sofia, Bulgaria
E-mail: neli.p.gradinarova@gmail.com*

THE BURNAUT SYNDROME AS STRENGTH EFFECT

Abstract. *The research of stress is associated with the name of Hans Sellier (1974). He treats this syndrome as a non-specific (physiological) response to the organism when some requirement is placed before him. Introduces the concept of "common adaptation syndrome" and indicates that it develops in certain phases. This paper examines the main phases indirectly influencing the appearance of a flashback under the influence of stressful factors in the working environment. Three main phases are illustrated: phase of anxiety, phase of resistance (resistance) and phase of exhaustion.*

Keywords: *physiological stress, mental stress, surface adaptation reserves, short-term stress, stressors, burnaut.*

Введение: Энергия адаптации рассматривается как поверхностная и глубокая. Поверхностная энергия мобилизуется при первом проявлении среды и расходуется за счет глубокой, которая мобилизуется в процессе адаптационной реконструкции гомеостатических механизмов организма. Ее истощение необратимо и приводит к старению и разрушению организма.

Экстремальные ситуации делятся на краткосрочные, когда происходит актуализация моделей реакции, и на устойчивые, требующие адаптационной реконструкции функциональных систем человека и часто являются субъективно неприятными и неблагоприятными для его здоровья. При краткосрочных тяжелых стрессовых ситуациях проявляются различные симптомы стресса. Краткосрочный стресс чаще всего является началом продолжительного стресса. В случае стрессоров, которые вызывают продолжительный стресс, а ведь длительное время можно выдержать лишь относительно невысокий стресс, начало развития стресса происходит с едва заметными проявлениями адаптационных процессов. Поэтому краткосрочный стресс может рассматриваться как усиленная картина возникновения продолжительного стресса. И хотя эти два типа стресса кажутся отличными друг от друга, они основаны на одинаковых механизмах, которые работают в разных режимах. Краткосрочный стресс связан с резким использованием поверхностных резервов адаптации и вместе с этим, мобилизацией глубоких резервов. Если для удовлетворения экстремальных внешних воздействий поверхностных запасов окажется недостаточно, а темпы мобилизации глубоких запасов также окажутся недостаточными для заполнения израсходованных адаптационных резервов, организм может погибнуть, не успев потратить свои глубокие адаптационные резервы. Продолжительный стресс связан с постепенной мобилизацией и потреблением запасов поверхностных и глубоких резервов адаптации. (Китаев - Смык, 1983).

Этот подход ставит феномен стресса в рамки поведенческой модели «стимул-реакция».

Когнитивное направление в теории стресса водит свое начало от Лазаря (Lazarus 1966) и ставит в центр внимания психические процессы, которые опосредуют взаимодействие между стимулом и реакцией. Он считает, что как физиологический, так и психический стресс влекут за собой похожие физиологические реакции, но пока физиологический стресс вызывает стереотипные (неспецифические) реакции через нервные и гормональные механизмы, психический стресс не всегда приводит к ожидаемым реакциям. Они могут быть разными: страх, гнев, депрессия, беспокойство, расстройство и другие.

Считается, что психический стресс является результатом взаимодействия между личностью и окружающей средой, объясняя этим взаимодействие с позиций глобального подхода. Его определение включает факторы, вызывающие стресс, реакцию личности, оценку опасности и способы адаптации к стрессу, а также личные мотивы в таких ситуациях. Следовательно, любая ситуация, возникающая в профессиональной среде или любые ее элементы, является потенциальным источником стресса. Как отмечают Русинова-Христова и Карастоянов (2000), современное понимание стресса, сформулированное Лазарем, определяет его как взаимосвязь между личностью и окружающей средой, когда человек оценивает окружающую среду как нечто, проверяющее его или выходящее за пределы его возможностей справиться, угрожая при этом его психическому здоровью. Другими словами, центральным моментом в теории Лазаря является процесс оценки.

Хильгард, в свою очередь, считает, что психический стресс важен и необходим человеку для того, чтобы он мог справиться с определенными ситуациями, но стрессовая ситуация, в которой человек находится продолжительное время, часто имеет чисто физиологические эффекты, связанные с процессом адаптации к внешним и внутренним условиям (Hilgard, 1979). Макграф определяет это понятие как осознанную неспособность человека адекватно реагировать на определенные требования или задачи,

причем такое осознание сопровождается негативными эмоциями, такими как гнев, беспокойство, меланхолия, а также и физиологические изменения как реакция на стрессовое состояние (Mcgrath, 1970).

Русинова-Христова и Карастоянов (2000) рассматривают стресс в более широких рамках теории эмоций, созданной Лазарем. Они интерпретируют процесс стресса тремя типами переменных: предшествующими, посредниками и выходящими.

Первая группа предшествующих переменных включает в себя условия среды и характеристики личности, проиллюстрированные их взаимодействием.

Во второй группе переменных (процесс посредника) авторы анализируют оценку стресса и процесс преодоления. Для понимания психического процесса, который опосредует переход от стимула к реакции, основное значение имеет оценка. Оценка связана со значением того, что произошло во взаимоотношениях личности и окружающей среды для благополучия личности и зависит от переменных как среды, так и личности.

Она бывает:

- **Первичной оценкой** - процесс восприятия и оценки угрозы для индивидуума;

- **Вторичной оценкой** - процесс поиска потенциальной реакции на угрозу.

Преодоление стресса - это процесс реализации этой реакции. Процесс преодоления изменяет взаимосвязь между личностью и средой, реально или с точки зрения оцененного значения или и то, и другое, что, в свою очередь, изменяет существующее эмоциональное состояние. Преодоление стресса относится к когнитивным и поведенческим усилиям по управлению (овладению, преодолению, уменьшению или переносу) внутренними и/или внешними требованиями (или конфликтами между ними), которые создаются стрессовыми эффектами, т.е. нарушенной связью между личностью и окружающей средой (Folkman, Lazarus, 1984). Важным моментом в этом

определении является выяснение преодоления стрессом, независимо от его результата, т.е. речь идет об усилиях по преодолению или управлению, независимо от успеха этих усилий. Лазарь разграничивает стратегии преодоления, как **ориентированные на проблему** - охватывающие когнитивные и поведенческие стратегии, используемые для борьбы со стрессовыми ситуациями и **эмоционально сфокусированные** - для устранения сопутствующих негативных эмоций (Lazarus, 1984). Это, по сути, две основные функции преодоления:

1. Воздействие на стресс-агент для устранения его влияния или через изменение отношения к источнику стресса, то есть направленное на изменение реального взаимоотношения;

2. Контроль и уменьшение негативных эмоций или регулирование эмоционального стресса. Он не направлен на изменение реальных взаимоотношений, а на изменение его значения и, следовательно, на эмоциональную реакцию.

Заключение: Большинство авторов отмечают более высокий уровень эмоционального истощения среди молодых и менее опытных медицинских специалистов (Anderson & Ivanski, 1984; Ball & Moselle, 1993, Smith & Leng cit., 2003). Маслах и Джексон объясняют более высокие уровни синдрома выгорания среди молодых работников высоким идеализмом и сопричастностью, которые их характеризуют. В процессе накопления опыта медицинские специалисты создают программу стратегий копирования, относящихся к управлению временем и работой, которые создают личную эффективность (Ball & Moselle, 1983, Smith & Leng, 2003). В других исследованиях не установлена значительная взаимосвязь этого фактора с синдромом выгорания (Fejgin et al., 1995). Болгарские исследования установили обратную тенденцию - увеличение продолжительности службы ведет к увеличению синдрома выгорания (Ценова, 1996).

Список литературы:

1. Радев Е. Предиктори на синдрома Бърнаут. – IX Национална конференция с международно участие по етика на тема: „Европейски научни стандарти и българската медицина”, Изд. Български лекарски съюз, 25-26 октомври 2013 г., София. – С.225-229
2. Радев Е. Социална поддръжка в качествe ресурса для преодоления стресса и синдрома выгорания. - III-та Международной научно-практической конференции – Профессиональное развитие, ради сохранения восточноевропейской цивилизации, Россия – Болгария, 6-9 декабря, 2014 г. Красноярск 2014 г. – С. 204-208.
3. Радев, Е. Трикомпонентна структура на бърнаут-синдрома. - XXXI Научно-технологична сесия, Контакт 2013 г., гр. София, ИНГА, ТЕМТО, гр. София, 2013 г. – С. 229-231
4. Selye H. The stress of life. N.Y., Mc Craw, 1976. – p. 90-93
5. Smith D. & G. Leng. Prevalence and sources of burnout in Singapore secondary school physical education teachers. – Journal of Teaching in Physical Education , 22.02.2003. – p. 48-51
6. Taxlor S. Health Psychology. New York, Random House Inc, 1986. – p. 11-14
7. Tellenback S., Brenner S. & Lofgren H. Teacher stress: Exploratory model building. Journal of Occupational Psychology, 56, 1983. – p. 44-48

УДК 304

Эмилиан Радев

К. мед. наук, главный ассистент

Кафедра Профилактики, Факультет общественного здоровья

Медицинский университет Софии,

г. София, Болгария

E-mail: radev.e.n@abv.bg

Нели Градинарова

К. мед. наук, главный ассистент

Кафедра медицинской этики и права, Факультет общественного здоровья

Медицинский университет Софии,

г. София, Болгария

E-mail: neli.p.gradinarova@gmail.com

Александра Трайковска-Димитрова

К. мед. наук, главный ассистент

Кафедра Профилактики, Факультет общественного здоровья

Медицинский университет Софии,

г. София, Болгария

E-mail: dr.trajkovska@yahoo.com

ОБУЧЕНИЕ ПО ЭТИКЕ, КАК СТАНДАРТНОЙ ЧАСТИ ОРГАНИЗАТОРСКИХ И УПРАВЛЕНЧЕСКИХ НАВЫКОВ

***Аннотация:** Обучение по этике является сегодня стандартной частью создания организационных и управленческих навыков. Часто оно воспринимается как обязательный барьер при переходе на более высокую должность.*

***Ключевые слова:** политика этики, организационная культура, позитивная культура, этические принципы, этическое поведение.*

Emilian Radev

PhD in Medical Sciences, Chief Assistant

Department of Prevention, Faculty of Public Health

Medical University of Sofia, Sofia Bulgaria

E-mail: radev.e.n@abv.bg

Neli Gradinarova

PhD in Medical Sciences, Chief Assistant

Department of Medical Ethics and Law, Faculty of Public Health

Medical University of Sofia, Sofia Bulgaria

E-mail: neli.p.gradinarova@gmail.com

Alexandra Traikovska-Dimitrova

PhD in Medical Sciences, Chief Assistant

Department of Prevention, Faculty of Public Health

Medical University of Sofia, Sofia Bulgaria

E-mail: dr.trajkovska@yahoo.com

TRAINING ON ETHICS AS A STANDARD PART OF ORGANIZATIONAL AND MANAGERIAL SKILLS

Abstract. *Ethics education is today a standard part of creating organizational and managerial skills. Often, it is perceived as a mandatory barrier when moving to a higher position.*

Keywords: *ethics policy, organizational culture, positive culture, ethical principles, ethical behavior*

Современное управление немыслимо без таких понятий, как организационная культура и этика организационного поведения. Эти понятия определяют перспективу и направление, в которых управляющие организации воспринимают реальность, действия, события и определяют стандарты поведения в общественной сфере и деловых отношениях между партнерами. Для менеджеров и всех лиц, принимающих решения, знание об организационной культуре означает готовность к изменениям и достижение желаемых целей.

Организационная культура может различаться по силе, проникновению, направлению и содержанию.

Сила культуры показывает, насколько члены организации воспринимают ее в качестве их общих ценностей.

Проникновение культуры показывает, насколько отделы или секторы организации разделяют ее убеждения и ценности.

Направление культуры показывает, насколько культура воплощает в себе поведение, которое совпадает или идет рука об руку с направлением заявленных и последующих стратегий и политик. Культура *положительна*, если она содержит и порождает поведение в соответствии со стратегией, выраженной вышестоящими, и, если она содержит ценности, принятые всеми уровнями организации. Культура *отрицательна*, независимо от того, насколько она сильна, если она направлена против целей и стратегии организации.

К функциям, лежащим в основе организационной культуры организации, относятся:

Коммуникативная - благодаря своей специфической культуре каждая организация формирует и поддерживает определенный стиль общения между ее членами.

Интеграционная - способствует более безболезненному и быстрому разрешению конфликтов.

Мотивационная – организационная культура может вносить смысл в жизнь людей в организации и мотивировать их к лучшей реализации и удовлетворению.

Как организация воспринимает другие организации - враждебно или дружелюбно? Обычно трудно проникнуть в противоречивое содержание организационной культуры. Это профессиональная задача, стоящая перед хорошим менеджером. И это достигается, в частности, усердием и усилиями для более этичного поведения со стороны руководителей организации. Этическим поведением в организации можно управлять. Существует несколько правил, которыми должна руководствоваться организация и ее руководители для того, чтобы иметь хорошую этику на рабочем месте.

1. Ты сам должен стать этичным!

Менеджеры не могут ожидать этического поведения, если они не делают этого сами: «Быть этичным – это значит попытаться быть этичным»

2. Изучай своих потенциальных сотрудников!

Организация должна изучать своих потенциальных сотрудников путем сбора дополнительной информации об их профессиональном прошлом, поскольку некоторые из кандидатов не предоставляют достоверных фактов своей биографии при собеседовании и поступлении на работу.

3. Поддерживай этическое поведение!

Поощрение и поддержка, а не наказание, являются основными эффективными средствами стимулирования этического поведения. При оценке сотрудников в организации следует учитывать этические характеристики и поведение сотрудников.

4. Используй структурные и кадровые механизмы для борьбы с неэтичностью!

Нам нужно учиться у развитых странах, где существуют специально назначенные советники, эксперты по организационной этике, которые следят за решением этических проблем, преодолением дилемм и конфликтов, которые, к сожалению, не редкость в любой организации.

5. Разработай разумный этический кодекс!

Необходимость в этичном кодексе неоспорима, он является видимой частью политики каждой организации. Эффективное использование кодекса зависит от того языка, на котором он написан, от его консенсуального признания, от одинаковых требований его соблюдения ко всем членам организации.

6. Проводи обучение по этике!

Для каждой организации является полезным проведение специальных семинаров по этическим вопросам, которые ориентированы на специфику деятельности. Сегодня ведущие организации используют современные формы, такие как *этическое консультирование*, «горячая линия этики», *этический аудит*, *оценка этического риска*, *этическая подготовка* и др.

Обучение этике сегодня является стандартной частью воспитания организационных и управленческих навыков. Часто это воспринимается как обязательный барьер при переходе на более высокую должность. Если у организации нет условий, желаний или возможностей для проведения целенаправленной этической политики, которая бы следовала вышеуказанным правилам, управляющие могут руководствоваться несколькими краткими советами по улучшению этического качества принимаемых ими решений:

- Не поддаваться синдрому „или – или“;
- Не поддавайтесь страху от неудачи в результате принятых вами решений;

Отступайте от этических принципов только тогда, когда этого требует конкретная ситуация. Человек всегда более важен, чем принципы – так гласит одно из правил организационной этики.

«Понимание психологических процессов, которые разворачиваются между людьми, объединенными в одной организационной структуре, дает важное представление о том, как влиять на связанные с нашей работой обстоятельства жизни и как успешно адаптироваться к ним или, если это необходимо, изменить их. Эти знания полезны для всех людей, вовлеченных в различные общественные организованные действия - от самого большого начальника до самого обыкновенного исполнителя, работающего в данной организации. Мы все люди «организации» и поэтому любые знания о том, какие психологические механизмы задействованы и движут „жизнью“ организации, не только удовлетворяют простое любопытство, но и помогают достичь чувства удовлетворения жизнью и получить возможность управлять изменениями, которых требует новое время.

Список литературы:

1. Балканска П., Радев Е., Николова М. Факторы развития синдрома /выгорания/ у преподавателей в области медицинского образования. – III-та

- Международной научно-практической конференции – Профессиональное развитие, ради сохранения восточноевропейской цивилизации, Россия – Болгария, 6-9 декабря, 2014 г. Красноярск 2014 г. – С. 160 -167.
2. Воденичаров Ц., Попова С. Медицинска етика, 2003. – С. 196-199
 3. Воденичаров Ц., Попова С. Социална медицина, 2009. – С. 49-53
 4. Горанова-Спасова Р., Радев Ем., Пейчева К., Чакърва Л. Професионална етика на дипломанти по „Обществено здраве и здравен мениджмънт”, Варна 2017. – С. 118-120
 5. Радев Е., Бонев И. Психосоциални аспекти на взаимоотношенията в работната среда. – Международно списание по история и философия на медицината, Асклепий Том VIII (XXVII), №2, изд. Изток-Запад”, София 2013 г, - С. 132-136.
 6. Радев Е. Социална поддръжка в качествe ресурса для преодоления стресса и синдрома выгорания. III-та Международной научно-практической конференции – Профессиональное развитие, ради сохранения восточноевропейской цивилизации, Россия – Болгария, 6-9 декабря, 2014 г. Красноярск 2014 г. – С. 204-208.
 7. Радев Е., Иванов Е. Феномен выгорания и медицинских работников. - III-та Международной научно-практической конференции – Профессиональное развитие, ради сохранения восточноевропейской цивилизации, Россия – Болгария, 6-9 декабря, 2014 г. Красноярск 2014 г. – С. 208-212.
 8. Сотирова Д. Бизнес етика. 2009. – С. 290 -293.

УДК 796

Людмила Викторовна Рудюк

Старший преподаватель

*Национальный исследовательский Московский государственный
строительный университет НИУ МГСУ, г. Москва, Россия*

Наталья Николаевна Бумарскова

К. биол. наук, доцент

*Национальный исследовательский Московский государственный
строительный университет НИУ МГСУ, г. Москва, Россия
E-mail: pr-azdnik@yandex.ru*

ВОДНЫЕ И ПОДВОДНЫЕ ВИДЫ СПОРТА

***Аннотация.** В статье рассматриваются водные виды спорта: различные стили плавания, прыжки в воду, игровые виды, разные достижения спортсменов.*

***Ключевые слова:** олимпийские игры, прыжки в воду, хай-дайверы, стили плавания, подводный спорт, вышка.*

Lyudmila Viktorovna Rudyuk

Senior lecturer

*National research University Moscow State University of Civil Engineering,
Moscow, Russia*

Natalia Nikolaevna Bumarskova

PhD in biological Sciences, Associate professor

*National research University Moscow State University of Civil Engineering,
Moscow, Russia*

E-mail: pr-azdnik@yandex.ru

WATER AND UNDERWATER SPORTS

***Abstract.** The article tells about water sport, its origin and achievements, for the whole existence of this sport, about different styles of swimming of their technique and jumping techniques.*

***Keywords:** Olympic Games, diving, high diving, swimming styles, underwater sports, derrick.*

Прыжки в воду, возможно, появились неслучайно, в основе их лежит исконное желание человека летать как птица, хотя фактически — это падение в воду, а не полет над ней.

Первые дошедшие до нас упоминания о прыжках в воду — фрески Древней Греции и Римской Империи (5-4 век до н.э.) рассказывают о римских военных, прыгающих в воду в полном боевом облачении, что являлось особым достижением.

В средние века есть записи о прыжках в воду с мостов, монастырей и даже замков. Первые соревнования по прыжкам в воду прошли в 17 веке (Швейцария), а в Олимпийские Игры они вошли в 1904 году.

В настоящее время для прыжков в воду применяется «трамплин» — пружинящая доска и «вышка» — неподвижная платформа. На соревнованиях спортсмены прыгают с трамплина высотой 1 и 3 м и вышек 5 м, 7.5м и 10 м., десятиметровая вышка — это приблизительно 4-й этаж жилого здания.

Хай-дайверы — прыгуны со скал и вышек выше 10-30 метров, на соревнованиях и показательных выступлениях они прыгают от 15-ти до 30 метров. Однако выше считается уже очень опасно, ведь любая ошибка может привести к несчастному случаю, так как спортсмены достигают скорости около 100 км/ч и при вхождении в воду она становится словно каменная. Правда существуют рекорды, например:

- Швейцарец Оливер Фавруз вошел в воду с высоты 53,9 м, считается основным мировым рекордом;
- Джеффри Крамер бросился в реку Гудзон с моста Джорджа Вашингтона в Нью-Йорке, высота прыжка составила 76 м;
- Швейцарский полковник Харри Фробесс прыгнул в воду с дирижабля «Граф Гинденбург» в Боденское озеро с высоты 110 м.

Выше перечисленные рекорды требуют достаточно высокого уровня развития скоростно-силовых и координационных и, конечно же, технических качеств.

В прыжках в воду выделяются следующие части: разбег, отталкивание, полет, вращение, приземление. Прыжок по технике выполняется с разбега или с места. Разгон помогает дать сильный толчок для прыжка, спортсмены ориентируются на вышку, либо на какие-то предметы в полете с наиболее эффективной современной техникой.

Вращение в воздухе в зависимости от скорости перемещения масс может быть медленным или быстрым, другими словами, прижимая руки к корпусу или подтягивая ноги к грудной клетке, человек увеличивает скорость вращения, а во время его раскрытия происходит замедление непосредственно перед контактом с водой, пробивая которую, спортсмен образует воздушный мешок — каверна.

Самые сильные брызги образуются не от поверхности воды, а из глубины, когда каверна образуется собственным телом, подлетая вверх, создается струя воды. Задача спортсмена — пробить достаточно большое отверстие, чтобы войти в воду с наименьшим количеством брызг.

Прыжки воспитывают смелость, уверенность, а длительные погружения в воду после выполненного прыжка совершенствуют ориентировку под водой и умение выполнять гребковые движения руками. Практика показывает, что занимающиеся могут научиться прыгать в воду раньше, чем научиться плавать.

К сожалению, плавать в современном мире является не самым важным умением, очень многие оказываются для себя в неудобном положении, плескаясь на берегу не могут преодолеть страх перед водной средой.

Научиться плавать можно в любом возрасте, главное это делать правильно и тренером.

Существует 4 спортивных стиля плавания.

- Кроль на груди — плавание на груди, является одним из четырех основных стилей спортивного плавания, считается самым быстрым стилем во время которого пловец совершает широкие гребки вдоль тела попеременно правой и левой руками и одновременно постоянно выполняет удары ногами в вертикальной плоскости (по принципу работы ножниц). Лицо спортсмена

почти постоянно находится при этом в воде; периодически, во время одного из гребков поворачивая голову в сторону для вдоха.

- Кроль на спине — лицо находится выше поверхности воды, что облегчает дыхание, ноги совершают циклические движения вверх-вниз, а руки выполняют пронос над водой. Этот стиль плавания похож на "кроль наоборот", считается одним из самых древних и самый медленный стилей плавания.

- Брасс от французского понятия *brasse*—месить или перемешивать, руки и ноги выполняют симметричные движения параллельно уровню воды.

- Баттерфляй или дельфин произошел от брасса, начало гребка руками очень сильно напоминает его, но сам гребок заметно длиннее и пронос рук происходит над водой, один из наиболее технически сложных и утомительных стилей плавания.

- Самые древние — «по-собачьи» и «по-лягушачьи» они являются быстрыми и легкими способами научиться держать голову над водой и в целом держаться человеку на воде.

- Колхидо-иберийский или «грузинский» стиль плавания, в этом виде движение конечностей человека не используется, поэтому может считаться нетрадиционным стилем передвижения (понятие плавание означает способность человека удерживаться на месте или передвигаться в воде с помощью конечностей). Передвижение осуществляется дельфинообразными движениями таза и плотно прижатыми друг к другу ногами, особенно активно участвует таз, активными помощниками являются и ноги, особенно с точки зрения сохранения равновесия, а руки в движении вообще не участвуют.

Чтобы уменьшить время прохождения дистанции в воде используются вспомогательные приспособления (лопатки на руки, ласты, гидрокостюм и прочее) на тренировках для увеличения нагрузки, а также ими может воспользоваться любой человек во время водных занятий, но при участии в любых соревнованиях спортсмену запрещено их использование.

В наше время начинают появляться различные подводные виды спорта, которые очень сильно нравятся людям по всему миру, но они малоизвестны, возможно из-за того, что недостаточно зрелищные (все что происходит во время турнира под водой зрители видят только через трансляцию камер) но не исключено, что спустя время, их даже включают в Олимпийские игры.

- Подводный хоккей, разновидность хоккея, когда команды соревнуются под водой, этот вид спорта входит в состав Всемирной конфедерации подводной деятельности, зародился в Англии в 1954 году. В ходе игры, проходящей в бассейне, соревнуются две команды спортсменов, каждая из которых состоит из десяти игроков, экипированных дыхательной трубкой, ватерпольной шапочкой, подводной маской, клюшкой, ластами и перчатками. Шесть игроков участвуют в соревновании, а четверо находятся для замены. Цель игры — забить шайбу, передвигая её клюшкой по дну бассейна к воротам противника. Игра продолжается до тех пор, пока будет забит гол или её остановит рефери. Соревнование состоит из двух периодов длительностью, как правило, десять-пятнадцать минут и короткими интервалами для отдыха спортсменов между периодами, примерно три-пять минут.

- Подводное регби дисциплина подводного спорта, соревнования проводятся под водой в бассейне с участием двух команд, каждая состоит из 12 игроков (6 находится непосредственно в воде, а остальные на так называемой «летучей замене» на бортике бассейна), экипированных ластами, масками и трубками. Цель соревнования — забить мяч, имеющий отрицательную плавучесть, заполненный соляным раствором, в корзину соперника, расположенную на дне бассейна. Размеры игрового поля 10—12 метров в ширину 15—18 метров в длину и глубина варьируется от 3,5 до 5 метров.

Водные виды спорта развивают высокую психическую выносливость, умение приспосабливаться к обстоятельствам, эмоциональность, а также являются одним из эффективнейших средств —укреплением психофизического здоровья студенческой молодежи, что является

приоритетной задачей, стоящей на сегодняшний день перед ППС кафедры ФВиС НИУ МГСУ.

Студенты вуза занимаются плаванием в летние периоды на побережье Азовского моря в спортивно - оздоровительной базе университета «Золотые пески».

Вместе с преподавательско-тренерским составом студенты-спортсмены и отдыхающие выполняют различные упражнения в воде под музыкальное сопровождение с различным водным инвентарем, с элементами плавания и гимнастики, а также различные спортивные и подвижные игры. В другое время года студенты занимаются самостоятельно в закрытых или открытых бассейнах с подогревом воды.

Занятия в воде - мощный положительный эмоциональный фактор. Среди массовых видов физической культуры плавание сочетает возможность гармоничного развития организма, ярко выраженную оздоровительную направленность, важное прикладное значение, эмоциональную притягательность водной среды.

Плавание часто рекомендуется врачами при различных заболеваниях, например, при нарушении обмена веществ, сердечно-легочной недостаточности, контрактурах суставно-мышечного аппарата и др.

Навыки, приобретенные в воде, необходимы студентам НИУ МГСУ как в повседневной жизни, например, транспортировка тонущих и оказание им доврачебной помощи, так и в профессиональной деятельности, выпускникам института гидротехнического и энергетического строительства, как строителям и обслуживающему персоналу гидротехнических сооружений.

Исходя из выше сказанного, можно сделать вывод, что в результате занятий плаванием оказывается разностороннее положительное воздействие на организм человека.

Список литературы:

1. Бумарскова Н.Н. Занятия в воде как составляющая самостоятельных занятий студентов для профилактики сколиоза / Материалы 1-й межвузовской научно-технической конференции //Человек и море (здоровье, спорт, культура) Петербургского морского технического университета по физическому воспитанию студентов, СПб.: 2013. – С. 4
2. Бумарскова Н.Н. Плавание–средство двигательной активности студента, укрепляющего здоровье, развивающее психофизические и профессионально важные качества. Актуальные вопросы физического воспитания и спорта. Выпуск 7. Сборник статей учебно-методической и научно-практической Всероссийской конференции, М.: 2014. – 138 с.
3. Гайкова В.Е. Прыжки в воду.– М.: Отдельное издание, 1954. – 54 с.
4. Лафлин Т., Делвз Д. Полное погружение. Как плавать лучше, быстрее и легче. – М. Манн, 2001. – 15 с.

УДК 159.923.2–053.6

Галіна Миколаївна Свіденська

К. психол. наук, доцент

Донбаський державний педагогічний університет,

м.Слов'янськ, Україна

Діана Максимовна Пашкова

магістр

Донбаський державний педагогічний університет,

м.Слов'янськ, Україна

E-mail: svidenskag@gmail.com

ПРОГРАМА ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ САМОСВІДОМОСТІ В ПЕРІОД ПІДЛІТКОВОЇ КРИЗИ

Аннотація. В статті розглядаються психологічні особливості розвитку самосвідомості людини в період підліткового кризису. Обґрунтовується комплексний психодіагностичний інструментарій вивчення психологічних особливостей, що складають самосвідомість людини підлітка.

Ключові слова: самосвідомість, підлітковий кризис, самооцінка.

Halyna Nikolaevna Svidenskaya

*PhD in Psychological Sciences, Associate Professor
Donbass State Pedagogical University, Sloviansk, Ukraine*

Diana Maksimovna Pashkova

*Master Student
Donbass State Pedagogical University, Sloviansk, Ukraine*

E-mail: svidenskag@gmail.com

PROGRAM OF STUDYING THE PECULARITIES OF SELF-AWARENESS DURING THE TEENAGE CRISIS

Abstract. In the article psychological features of development of the person's self-consciousness during a teenage crisis are considered. The complex psychodiagnostic toolkit of studying of psychological features of the teenager's self-conscious personality is substantiated.

Keywords: self-awareness, adolescent crisis, self-esteem.

Політичні та соціально-економічні перетворення, що відбуваються в нашій країні в рамках процесу демократизація суспільства, вимагають від її громадян, особливо представників підростаючого покоління, самосвідомої активності та відповідального ставлення до організації власного соціального

та індивідуального життя. Головну передумову розвитку самосвідомої соціальної активності особистості ми вбачаємо в її направленій соціалізації на всіх етапах первинного онтогенезу, окреме місце серед яких посідає підлітковий вік. Перехід до дорослого життя особистості, який здійснюється у цей бурхливий, кризовий період, в межах якого на авансцену психічного розвитку виходить мотив самопізнання людиною себе з метою саморозвитку, соціального та професійного самовизначення та подальшого самоудосконалення привертає активну увагу педагогів і психологів, науковців і практиків.

Теоретико-методологічні підходи та концептуальні ідеї дослідження психологічних особливостей розвитку самосвідомості підлітків висвітлено в працях Б.Ананьєва, Л.Виготського, Г.Костюка, О.Леонтєва, С.Рубінштейна, П.Чамати, О.Шорохової та ін. [4]. Аналіз наукової літератури свідчить про те, що більшість дослідників, які здійснювали емпіричне вивчення проблеми вікових особливостей розвитку самосвідомості особистості (Л.Божович, М.Боришевський, Е.Еріксон, І.Дубровіна, І.Кон, Х.Ремшміт, Д.Фельдштейн, І.Чесноковата та ін.) розглядали її як складну інтегровану якість особистості, що може мати різну динаміку формування структурних компонентів в залежності від соціально-психологічних умов життєдіяльності людини [2].

Вивчаючи психологічні механізми функціонування свідомості, ми виходили з того, що свідомість підлітка вирізняється суттєвими, яскраво вираженими змінами. Вона в підлітковому віці є черговою й у край важливою зміною в розвитку особистості та стає потенційним резервом її подальшого розвитку.

Отже, самосвідомість підлітка є новим істотним рівнем формування його особистості. Специфічним для цього рівня є те, що тут має місце не просто система актів, включених у психічне життя суб'єкта, який розвивається, поряд з іншими функціями. Саме у цей період вперше в розвитку особистості починають привертати увагу акти самосвідомості – самопізнання, самопостереження, самовідношення, саморегулювання поведінки й діяльності; кожен з них стає

однією з необхідних потреб особистості. Потреба в самосвідомості у цьому віці стимулюється виникненням іншої важливої потреби – у самовихованні, у цілеспрямованому прагненні змінити себе у зв'язку з усвідомленням власних психологічних невідповідностей зовнішнім вимогам, ідеалам, моральним зразкам, яким треба відповідати.

Особливу напруженість в актуалізації процесів самосвідомості підлітка викликають сильні емоційні переживання, життєві колізії, пов'язані з усвідомленням певного ставлення з боку оточуючих. Необхідно відзначити, що процес формування самосвідомості в підлітка має яскраво виражені індивідуальні форми прояву, що пов'язано зі специфікою умов протікання підліткового віку в кожному конкретному випадку.

К.Абульханова підкреслює, що в процесі пізнання власних якостей у підлітка зберігається та ж сама послідовність, що й у пізнанні якостей іншої людини, тобто спочатку виділяються чисто зовнішні, фізичні характеристики, потім якості, пов'язані з виконанням певних видів діяльності, і нарешті, особистісні якості, більш приховані властивості внутрішнього світу. Разом з тим, авторка наголошує, що С.Рубінштейн визначав: самопізнання підлітка проходить ряд етапів – „від найвного невідання стосовно самого себе до все більш поглибленого самопізнання, що поєднується потім з усе більш визначеною, а іноді й різко мінливою самооцінкою. У процесі цього розвитку самосвідомості центр ваги для підлітку все більше переноситься від зовнішньої сторони особистості до її внутрішньої сторони, від відображення більш-менш випадкових рис до характеру в цілому” [1].

Самосвідомість є складним психічним процесом, сутність якого полягає у сприйнятті особистістю численних образів самої себе в різних ситуаціях діяльності й поведінки, у всіх формах взаємодії з іншими людьми, і в поєднанні цих образів у єдине цілісне утворення – уявлення, а потім у розуміння свого власного „Я” як суб'єкта, що відрізняється від інших суб'єктів. Самосвідомість

орієнтована на осмислення суб'єктом своїх дій, почуттів, поведінки, інтересів, своєї позиції в суспільстві.

Самосвідомість виступає як суб'єкт і як об'єкт пізнання. Тому є сенс говорити і про інші її складові. У зв'язку із цим вважаємо, що необхідним є аналіз особливостей структурних компонентів самосвідомості в підлітковому віці у період кризи.

Підлітковий вік – це вік особистісного зростання. Він вважається найважливішим і дуже складним періодом людського життя, а психічна напруженість, пов'язана з формуванням цілісної особистості підлітку, залежить як від ряду факторів психофізіологічного дозрівання, так і від суперечностей суспільної ідеології та духовної атмосфери суспільства.

У психологічній літературі існують різні точки зору щодо характеру перебігу підліткової кризи. Розмиття цих уявлень базується на емпіричних дослідженнях, які вказують на те, що в одних підлітків яскраво виявляються основні симптоми кризи (упертість, негативізм, зухвалість тощо), в інших особистісний розвиток відбувається без особливих екстраординарних зовнішніх проявів.

Уявлення про психічний розвиток як процес якісних перетворень (криз), періодичного зламу старих структур і формування нових, на нашу думку, найбільш повно виражене в роботах Л.Виготського. Учений підкреслював, що чим яскравіше, енергійніше протікає криза, тим продуктивнішим стає процес формування особистості.

Ми вважаємо, що необхідним є вивчення становлення самосвідомості в період підліткової кризи, яка визначає певне соціальне зростання по відношенню до визначення нової „внутрішньої позиції”, а в основі лежить пізнання себе, формування на цій основі ставлення до себе, уявлення про себе.

Під самосвідомістю ми розуміємо інтегральну форму психіки, що розвивається в міру того, як особистість реально стає самостійним суб'єктом практичної та теоретичної діяльності [4]. У сучасній психології рівень розвитку

самосвідомості досліджується шляхом застосування психометричних процедур, що дають можливість виявити її структурні компоненти.

Дослідження проводилось у два етапи.

На першому етапі використовувалася малюноква методика „Автопортрет”, за допомогою якої намагалися знайти „приховані”, неусвідомлювані теми життя або „засимволізовані” теми – установки суб’єкта на себе як на символічний образ. Саме ця методика дозволяє розмірковувати про перцептивної-репрезентативне (пасивне) „Я”, фактичне „Я” та художнє „Я”. За її допомогою можна виявити „приховані” теми, що частіше зустрічаються в малюнках і виявляються під час аналізу „Я-зображень”. Саме це дозволяє визначити домінуючу тематику в групі підлітків.

Заздалегідь до дослідження кожному респонденту був підготовлений тестовий бланк – стандартний лист паперу, на якому великим шрифтом написано завдання: „Намалюй автопортрет”. На аркуші накреслено рамку, розраховану на великий розмір малюнка.

Інтерпретація малюнків передбачала врахування не тільки змісту малюнків, а й інших аспектів, а саме: розташування, стилю малювання, деталізації, конкретності або абстрактності малюнка, повторення малюнків у групі тощо.

За результатами даної методики, використовуючи типологічний метод, було відокремлена різні типи сформованості „Я-концепції” та її складових: «несформована, розмита «Я-концепція», „фрагментарна, одностороння «Я-

концепція», «Я-концепція», яка розвивається, тяжіє до повноти, чіткості», «чітка, добре наповнена «Я-концепція».

Ці типи значно відрізнялися якістю самоузагальнень, що й стало показником рівня розвитку „Я-концепції”. Саме цей факт дає підставу констатувати наявність кризи в підлітків.

Метою другого етапу експерименту був більш глибокий аналіз самосвідомості підлітків у період кризи перехідного віку. У зв'язку з цим, ми використали інші методики:

- експрес-діагностику самосвідомості О.Старовойтенко;
- методику дослідження самооцінки Дембо-Рубінштейна;
- Спілбергера-Ханіна;
- „Особистісний диференціал”.

Усі зазначені методики спрямовані на вивчення особливостей самосвідомості в підлітків.

Методики О.Старовойтенко „Метод багатоаспектної експрес-діагностики самосвідомості” включає елементи моделювання й розвитку самосвідомості [5]. Цей метод можна віднести до категорії особистісних опитувальників.

Характеризуючи специфіку методу в цілому, слід зазначити, що він являє собою стандартизований самозвіт з елементами відкритого опитувальника, що передбачає такий контент-аналіз. Цей метод базується на рефлексивній діяльності респондента, передбачає активну взаємодію з психологом. Він спрямований на отримання рефлексивних результатів у формі вільних творчих узагальнень та у формі керованого психологічного самоаналізу.

Запропонований метод, по-перше, дозволяє діагностувати індивідуальний рівень самопізнання, багатство та змістовність багатопланових „знань Я” (крім когнітивного моменту самосвідомості,

можлива діагностика самооцінки („оцінок Я”), самопереживань („почуття Я”), самоставлення („ставлення до Я”).

По-друге, метод, що базується на моделюванні самосвідомості, створює ситуацію, у якій є можливими розвиток самосвідомості, виникнення нових знань, оцінок „переживань Я”, „ставлення Я”.

По-третє, метод орієнтовано на психологічну допомогу, підтримку людей, які шукають способів звернутися до себе.

Метод передбачає отримання рефлексивних результатів у формі вільних творчих узагальнень, у формі стандартизованих узагальнень, а також у формі переважно психологічно самоаналізу.

Отримані результати дозволили виокремити такі показники самосвідомості підлітків, як: зміст „Я-образу”, знання свого „Я”, почуття „Я”, оцінка „Я”, ставлення до свого „Я”.

Відомо, що суттєвою стороною самосвідомості підлітка є самооцінка, яка впливає на всі сторони життя.

Самооцінка, як відомо, виконує регулятивну й захисну функцію, впливає на поведінку та розвиток особистості. У зв'язку з цим ми й звернулися до вивчення самооцінки у період підліткової кризи. У дослідженні нами було використано модифікацію методики Дембо-Рубінштейна (А.Прихожан).

При аналізі психологічних факторів, що впливають на формування „Я-концепції” ми приділили увагу тривожності як відносно стійкому особистісному утворенню. Під тривожністю звичайно розуміється стан, що виявляється в переживанні емоційного дискомфорту внаслідок оцінки суб'єктом об'єктивно-нейтральних ситуацій як таких, що несуть невизначену небезпеку, дифузійну, чітко недиференційовану загрозу для нього. Причинами формування тривожності, на наш погляд, можуть бути: особливості самооцінки; неблагополучний соціальний досвід (стосунки з батьками або однолітками); проблеми в спілкуванні й навчанні; психологічні комплекси.

Тривожність ми вивчали за допомогою методики *Спілбергера-Ханіна*; вивчалось два показники – ситуативна й особистісна тривожність. Про

тривожність як відносно стійку властивість можна говорити тоді, коли людина переживає стан тривоги істотно частіше, ніж у середньому за вибіркою.

Наступною була використана методика „Особистісного диференціала” (ОД), адаптована співробітниками психоневрологічного інституту ім. В. Бехтерева, спрямована на вивчення певних властивостей особистості, її самосвідомості, міжособистісних стосунків. ОД може бути використаний у тих випадках, коли необхідно отримати інформацію про суб'єктивні аспекти ставлення респондента до себе або до інших людей.

Таким чином, ми склали програму дослідження, де в якості методичного інструментарію використовуються психологічні методики, орієнтовані на виявлення особливостей самосвідомості в період підліткової кризи. Зокрема, нас цікавили типи сформованості „Я-концепції” та інші складові самосвідомості підлітків.

Список літератури:

1. Абульханова К. А. Психология и сознание личности (Проблемы методологии, теории и исследования реальной личности): Избранные психологические труды. – М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 1999. – 224 с.
2. Боришевський М.Й. Психологічні механізми розвитку особистості// Педагогіка і психологія. – 1996. – №3. – С. 26–33.
3. Возрастная и педагогическая психологии: хрестоматия. / сост. И.В. Дубровина, А.М. Прихожан – М.: Academia, 2003. – 368 с.
4. Рубинштейн С. Л. Самосознание личности и ее жизненный путь. Основы общей психологии. – СПб.: Питер, 2000. – С. 634–644.
5. Старовойтенко Е. Б. Жизненные отношения личности. – К.: Лыбидь, 1992. – 216 с.

Тетяна Василівна Селюкова

Ст. викладач кафедри психології діяльності в особливих умовах,

Національний університет цивільного захисту України,

м. Харків, Україна

E-mail: selukova_tv@ukr.net

Анастасія Володимирівна Гаврилова

Бакалавр,

Національний університет цивільного захисту України,

м. Харків, Україна

E-mail: nastasya-95@mail.ru

**САМОРЕГУЛЯЦІЯ ЯК ДЕТЕРМІНАНТА УСПІШНОЇ
ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МАЙБУТНЬОГО
ПРАЦІВНИКА ДСЧС УКРАЇНИ**

Аннотація: Данная статья раскрывает профессионально важные качества будущего сотрудника ГСЧС Украины, которые сопутствуют эффективному выполнению профессиональной деятельности. Приведены результаты исследования особенностей одного из доминирующих профессионально важных качеств – саморегуляции.

Ключевые слова: профессионально важные качества, саморегуляция, курсант, ГСЧС Украины.

Tetyana Vasilivna Selyukova

Senior lecturer of the department of psychology of activity in special conditions

National University of civil defense of Ukraine,

Kharkov, Ukraine

E-mail: selukova_tv@ukr.net

Anastasia Vladimirovna Gavrilova

Bachelor of the National University of civil defense of Ukraine,

SELF-REGULATION AS A DETERMINANT OF SUCCESSFUL PROFESSIONAL ACTIVITY OF THE FUTURE EMPLOYEES OF UKRAINE

***Abstract:** This article reveals the professionally important qualities of the future employee of the SSES of Ukraine, which accompany the effective performance of professional activities. The results of the study of the characteristics of one of the dominant professionally important qualities – self-regulation are presented.*

***Keywords:** professionally important qualities, self-regulation, cadet, SSES of Ukraine.*

Постановка проблеми. Професійна діяльність працівника ДСНС України відноситься до тих, що визначається ризиконебезпечною й передбачає виконання професійних завдань в умовах, які деструктивно впливають на особистість рятувальника та викликають формування регресивної стадії професійного становлення. І саме особистісні характеристики майбутнього працівника ДСНС України надзвичайно важливі у підвищенні ефективності професійної діяльності, а також в максимально швидкому відновленню психіки особистості й відстроченню стадії професійного становлення, яка негативно впливає на рятувальника.

Питання, пов'язані з особистісними характеристиками особистості, котра виконує професійну діяльність в особливих та екстремальних умовах, є одним з найбільш обговорюваних у суспільстві. А саме, ми приділимо пристальну увагу дослідженню саморегуляції майбутніх працівників ДСНС України, яка на сьогоднішній день є досить актуальним. Це визначається потребою науки і практики в пізнанні індивідуальних чинників і

особливостей, які є домінуючими в ефективному виконанні професійних завдань.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. На сьогодні, в час стрімкого розвитку науки та техніки підвищується ризик виникнення масштабних катастроф та аварій. У зв'язку з цим особливе значення має пошук ресурсних можливостей фахівців, що беруть участь у ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій, а саме – працівників ДСНС.

Дана професія вважається однією з найнебезпечніших в світі. Так як це робота в екстремальних ситуаціях, ризик для життя та здоров'я, занадто велика відповідальність за інших людей та їх майно. В екстремальних ситуаціях працівнику ДСНС необхідно адекватно оцінити ситуацію, швидко прийняти раціональне рішення, при цьому зберігаючи відносний спокій, адекватну поведінку та ясний розум. Ефективність професійної діяльності працівників ДСНС залежить не лише від генетично обумовлених особливостей особистості, а й від професійно важливих якостей, знань, умінь та навичок, особистісного досвіду. Серед професійно важливих якостей домінуючими виступають як професійно важливі практично для будь-якого виду трудової діяльності: відповідальність, самоконтроль, професійна самооцінка і декілька специфічних – емоційна стійкість, самовладання, витримка, наполегливість, саморегуляція, ставлення до ризику і т.д.

За останній час визначилися різні теоретичні підходи у вирішенні однієї з центральних проблем науки – проблеми саморегуляції людини. Вивчення сучасних підходів показало, що різними авторами описується більш ніж 50 видів регуляції діяльності. Разом з цим різноманітним підходів має місце широкий діапазон відмінностей смислового розуміння понять «саморегуляція», одні і ті ж поняття описують різні за своєю природою процеси.

Вивчення особливостей діяльності та психофізіологічних особливостей працівників ДСНС зустрічається в роботах Г.О. Донецько, М.В. Леві, І.Г. Чурсіна, В.І. Медведева, І.М. Єфанова, М.І. Мар'їна, С.І. Ловчана та ін.

Різні вчені дають різні визначення поняттю «саморегуляція». Наприклад, К.О. Абульханова-Славська бачить самрегуляцію, як основний методологічний принцип дослідження діяльності людини. Вона пише, що саморегуляція – це принцип зв'язку різних психічних функцій.

Також поняття «саморегуляція» розглядається в співвіднесенні з поняттям «самоврядування». Самоврядування розглядається як здатність особистості передбачати майбутні результати, ставити перед собою далекі цілі, самостійно планувати свої вчинки і дії, висувати критерії оцінки якості, отримувати необхідну інформацію про процес управління і вносити в нього зміни [1].

В.П. Бояринцев розуміє під саморегуляцією особистості інтегральну, стійку, наскрізну характеристику, характер прояви якої визначається сукупністю взаємопов'язаних і взаємообумовлених внутрішніх властивостей людини і зовнішніх детермінант діяльності [2].

У психологічній літературі існують й інші визначення поняття саморегуляції. А.І. Крупнов, наприклад, розуміє під саморегуляцією інтегральну характеристику індивідуальності, яка перетинає ті чи інші психологічні характеристики індивідуальності, вбирає в себе все нові якості і кількісні характеристики, наповнюючись кожного разу специфічним змістом [3].

Отже, ми можемо сказати, що в науковій літературі існують різні визначення саморегуляції, що ускладнює дослідження даного процесу.

Сучасна вітчизняна психологія має в своєму розпорядженні достатньою кількістю фундаментальних ідей для вивчення саморегуляції психічних станів особистості. Саморегуляції доволіної активності присвячені праці Б.Г. Ананьєва, Б.Ф. Ломова, О.М. Леонтєва, О.М. Матюшкіна, А.В. Петровського, С.Л. Рубінштейна та ін. Актуальність суб'єктного підходу до розгляду саморегуляції підтверджується роботами С.А. Іваннікова, М.Ф. Сікача, В.І. Слободчикова, О.О. Смирнової та ін. Різні напрями і способи

безпосереднього управління і регуляції станів людини відображені в роботах В.О. Ганзена, Л.П. Грима, Л.Р. Дикої, Н.Д. Завалової.

Об'єктом нашого дослідження стала саморегуляція особистості, а предметом – особливості саморегуляції особистості майбутнього працівника ДСНС України.

Метою даного дослідження було вивчення особливостей саморегуляції як основної детермінанти ефективного виконання професійної діяльності майбутніх фахівців ДСНС України. Ми висунули припущення про те, що саморегуляція виступає домінуючою рисою особистості майбутнього працівника ДСНС України, яка тісно пов'язана з ефективністю виконання професійного завдання.

Виклад основного матеріалу. Професійна діяльність працівників ДСНС України відноситься до таких видів діяльності, характерною особливістю якої є постійне зіткнення з небезпекою, значна затрата особистісних ресурсів, перебування в стані постійного стресу, емоційного напруження, очікування. Надзвичайні ситуації, які є невід'ємною частиною професійного досвіду фахівців ДСНС України, створюють умови діяльності [4]. Під психічною саморегуляцією в класичній психофізіології розуміють систему складного реагування мозку та нервової системи людини на зовнішні та внутрішні подразники, що спрямована на підтримку балансу між психофізіологічним й енергетичним станом людини та умовами навколишнього простору [5].

В дослідженні брали участь курсанти Національного університету цивільного захисту України. Так, результати вивчення особливостей саморегуляції поведінки майбутніх працівників ДСНС України за допомогою методики В.І. Моросанової «Стиль саморегуляції поведінки» вказують на наступне:

1. За шкалою «Загальний рівень саморегуляції» переважає високий та рівень вище середнього, що характеризує майбутніх працівників ДСНС

України як самостійних осіб, котрі адекватно реагують на зміну умов, мають чіткі цілі та свідомо йдуть до їх досягнення. Так, вищесказане свідчить про те, що такі рівні свідомої регуляції сприяють легшому оволодінню новими видами активності, впевненості в собі при нових ситуаціях, вони є більш успішними, вміють контролювати власну поведінку та емоції, розпочату справу доводять до кінці, перш ніж прийняти рішення – зважують всі «за» та «проти».

2. Переважна більшість опитуваних за шкалою «Планування» мають середні бали, що говорить про те, що сформована потреба в свідомому плануванні діяльності, плани є реалістичними та деталізованими й стійкими, цілі ставляться самостійно.

3. Шкала «Моделювання» дозволяє діагностувати індивідуальний розвиток уявлень про внутрішні й зовнішні значимі умови, ступінь їх усвідомленості та адекватності. За даною шкалою досліджувані показали середні та низькі показники, що потребує додаткового вивчення та корекції. Так як для виконання професійного завдання необхідне уміння виділяти умови, які будуть сприяти успішній реалізації цілей та виконанню діяльності.

4. За шкалою «Програмування» більшість опитуваних показали середній та високий рівні, що говорить про сформованість у них свідомої потреби продумувати способи власних дій та поведінки для досягнення намічених цілей, а також змінювати їх у відповідності до нових умов.

5. Середні показники за шкалою «Оцінка результатів» вказують на те, що у досліджувані не завжди помічають власні помилки й у них не до кінця сформовані суб'єктивні критерії оцінки результатів.

6. Середні показники за шкалою «Гнучкість» вказують на те, що в обстановці, яка швидко змінюється, опитувані відчують себе не завжди впевнено, повільно звикають до змін в житті й змінам образу життя, проте адекватність реагування на ситуацію зберігається, якщо виникає потреба в зміні планів та програми професійних дій – це відбувається декілька швидше.

Тобто, необхідна корекція даної властивості саморегуляції для більш успішного виконання професійних завдань.

7. За шкалою «Самостійність» виявлені результати на середньому рівні, що дозволяють охарактеризувати опитуваних як осіб, здатних до самостійного планування діяльності й поведінки, організації роботи по досягнення висунутих цілей й контролю за нею, а також до аналізу первинних та кінцевих результатів діяльності.

Підсумовуючи все вищесказане, можна зробити наступний висновок. Для становлення особистості як професіонала ДСНС України, продуктивної праці та успішного виконання професійних завдань необхідно мати розвинуту саморегуляцію поведінки. Ми констатували, що загалом саморегуляція поведінки у майбутніх працівників ДСНС визначається на достатньому рівні, що в подальшому позитивно буде впливати на успішність виконання професійних завдань в особливих умовах праці.

Отже, у широкому розумінні психічна саморегуляція – це свідомо контрольований людиною психічний самовплив з метою поліпшення свого стану. Функції свідомої саморегуляції дуже широкі. Так, використовуючи методи психічної саморегуляції, кожен співробітник системи ДСНС може поступово оволодіти прийомами регулювання своєї психічної активності й за рахунок цього підвищувати рівень особистої працьовитості, позитивно впливати на емоційно-вольову сферу, протистояти формуванню професійної психологічної деформації, значно поширювати можливості своєї психіки, розвивати принципово нові види рецепції, навчитись користуватись особистими потенційними резервами у своїй професійній діяльності.

Список літератури:

1. Абульханова-Славская К. А. Стратегия жизни. М.: Мысль, 1991. – 299 с.
2. Бояринцев В. П. Проблемы психологии и психофизиологии

активности и саморегуляций личности. М.: Мысль, 1988. – 178 с.

3. Крупнов А. И. Активность, направленность, саморегуляция в психологической структуре индивидуальности человека. Психология и психофизиология индивидуальных различий в активности и саморегуляции поведения человека. Свердловск: СГПИ, 1987. – С. 9-14.

4. Марищук В. Л., Евдокимов В. И. Поведение и саморегуляция человека в условиях стресса. СПб.: Сентябрь, 2001. – 259 с.

5. Прохоров А. О. Саморегуляция психических состояний: феноменология, механизмы, закономерности. М.: ПЕР СЭ, 2005. – 352 с.

УДК 159.9

Надежда Павловна Сергиенко

К. психол. наук, доцент

Национальный университет гражданской защиты,

г.Харьков, Украина

E-mail: Nadine_S@i.ua

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ СТУДЕНТОВ РАЗНЫХ КУРСОВ ОБУЧЕНИЯ

Аннотация. В статье рассматриваются вопросы понимания феномена психологического благополучия, особенности удовлетворенности жизнью студентов.

Ключевые слова: психологическое благополучие, удовлетворенность жизнью, студенты.

Nadezhda Pavlovna Sergienko

PhD in Psychological Sciences, Associate Professor

National University of Civil Defense, Kharkov, Ukraine

E-mail: Nadine_S@i.ua

SPECIALS ASPECTS OF PSYCHOLOGICAL WEIGHTNESS OF STUDENTS OF DIFFERENT COURSE YEARS

Annotation. Article examines understanding of the phenomena of psychological weightness and special aspects of life satisfaction by students.

Keywords: *psychological weightness, life satisfaction, students.*

Современные тенденции изменения всех сфер жизнедеятельности человека, которыми пропитанное общество, обуславливают наличие потребности в изучении психологического благополучия личности. Феномен психологического благополучия рассматривается во многих науках: философии, медицине, психологии, социологии. Понятие психологического благополучия вошло в состав научных терминов уже достаточно давно, и на данный момент существует многообразие подходов к определению содержания этого понятия. Анализ последних психологических исследований показал растущий интерес к изучению психологического благополучия личности в контексте профессиональной деятельности. Это продиктовано интересом к улучшению качества профессиональной жизни человека и повышению эффективности труда.

Американский психолог Н. Бредберн [5] заложил теоретическую основу для понимания феномена психологического благополучия. Он определил данный феномен как баланс между двумя комплексами эмоций, накапливаемых в течение жизни, – позитивным и негативным (в дословном переводе это позитивный и негативный аффект).

Последующему пониманию феномена психологического благополучия способствовали работы Е. Динера [4], который ввел понятие «субъективное благополучие». Субъективное благополучие личности является сложным социальнопсихологическим образованием, которое включает эмоциональные, когнитивные и конативные компоненты, формируется в процессе социальнопсихологической деятельности, в системе реальных отношений

личности к объектам окружающей действительности и складывается на основе социальнопсихологических установок, ценностей, стратегий поведения.

Еще одним автором, который сделал взнос в изучение психологического благополучия, стала американская исследовательница К. Рифф [3;4]. Опираясь на исследование Н. Бредберна, она разработала собственную структуру благополучия. К. Рифф выделила шесть основных компонентов психологического благополучия: само принятие, позитивные отношения с окружающими, автономия, управление окружающей средой, цель в жизни и личностный рост.

Известен немецкий ученый и врач Р. Вирхов выделил среди критериев психологического благополучия наиболее важный — психическое равновесие. С его помощью можно судить о характере функционирования психической сферы человека из разных сторон (познавательной, эмоциональной, волевой). Этот критерий органично связан с двумя другими: гармоничностью организации психики и ее адаптивными возможностями.

Невзирая на серьезную теоретическую обоснованность подходов по определению психологического благополучия, в последнее время наблюдается тенденция к объединению разных теорий и комплексного изучения благополучия [1]. Существует ряд исследований, которые свидетельствуют о позитивной корреляции и субъективным благополучием, которое говорит о том, что эти понятия тесно взаимосвязаны [2;3]. Однако, невзирая на тенденцию к сближению разных подходов к пониманию благополучия, на данный момент в зарубежной психологии преобладает количество исследований, которые касаются конкретно субъективного благополучия.

Невзирая на то, что понятие «психологическое благополучие» и его возможные вариации изучается уже свыше пятидесяти лет, единственного понимания данного феномена на сегодняшний день не существует.

Психологическое благополучие может рассматриваться как душевный комфорт — согласованность психических процессов и функций, ощущения

целостности, внутреннего равновесия, удовлетворенность собой и своей деятельностью [2].

Психологическое благополучие более стойкое в случае гармонии личности. Психологическое благополучие является результатом переживания личностью успехов или достижений в профессиональной реализации, гармонии в личной жизни, реализацией личностью собственного потенциала и тому подобное. Психологическое благополучие зависит от наличия четких целей, успеваемости реализации планов деятельности и поведения, наличия ресурсов и условий, для достижения целей, а также от актуального аффектного состояния. Психологическое благополучие создает позитивные межличностные взаимоотношения, возможности общаться и получать от этого позитивные эмоции, удовлетворять потребность в эмоциональном тепле [5].

Психологическое благополучие является одним из основных элементов психического здоровья, бытия личности, которое может выступать критерием различения понятий нормы и не-нормы. Психологическое благополучие самого психолога при работе с клиентами играет значимую роль. Ведь эффективность и успеваемость психолога - консультанта, кроме четкого понимания им специфики консультативного процесса, требует от него и реализации собственных потенций, которые способствовали бы лучшему пониманию между консультантом и клиентом. Это также значит, что консультант сам должен быть психологически здоровой личностью [1;4].

Психологическое благополучие — это психологическое понятие, которое помогает людям оценивать собственную жизнь. Такая оценка может быть, в первую очередь, когнитивной (например, удовлетворенность жизнью или семейное благополучие) или же может часто заключаться в позитивных эмоциях (радость, счастье, удовлетворение, и тому подобное) или негативных эмоциях (например, депрессия). Психологическое благополучие является результатом переживания личностью успехов или достижений в

профессиональной реализации, гармонии в личной жизни, реализацией личностью собственного потенциала.

Психологическое благополучие личности является целостным психологическим образованием, основанным на переживании ощущения удовлетворенности собой, окружающим миром в целом и его отдельными сферами, связанное с ценностями и потребностями, и несет в себе оценку, основанную на социальном сравнении, а также, которое раскрывается полнотой самореализации человека в конкретных жизненных условиях и обстоятельствах.

Целью нашего исследования было изучение особенностей психологического благополучия студентов 1-го и 5-го курсов социально-психологического факультета Национального университета гражданской защиты. В исследовании приняли участие 47 человек.

Для изучения особенностей удовлетворенности жизнью студентов социально-психологического факультета мы использовали методику экспресс-диагностики уровня психоэмоционального напряжения и его источников В. С. Копина., Е. А. Сулова., Е. В. Заикина.

Полученные данные указывают на то, что в исследуемых группах на высоком уровне удовлетворенности жизнью наблюдаются достаточные расхождения на уровне значимости $p \leq 0.01$.

Студенты 5-го курса показали более высокие показатели удовлетворенность жизнью и как следствие психологического благополучия. Личности, которые имеют высший уровень удовлетворенности жизнью способные при осознании своей жизни каждый раз чувствовать умиротворение, покой и гармонию, обнаруживать позитивные эмоции при мнимом сопоставлении своих целей, желаний, намерений, надежд, с фактическими результатами, нынешнего своего состояния с прошлым, взвешивание перспектив на будущее, сравнение своей жизни с жизнью окружения. Уровень психологического благополучия определяется ими как «интегральный показатель степени направленности человека на реализацию

основных компонентов позитивного функционирования, а также степени реализованности этой направленности, субъективно выражается в ощущение счастья, удовлетворенности собой и своей жизнью».

Удовлетворенность жизнью выступает в качестве важнейшего внутреннего фактора человека, который определяет и ее социальную активность, и взаимоотношения, с другими людьми, и отношения, к самому себе как к личности. Таким образом можем сделать выводы, что большинство студентов будущих психологов 5-го курса чувствуют себя психологически благополучными на высоком уровне.

Список литературы:

1. Ільїна Ю.Ю. Підходи до розкриття поняття безпорадності та її взаємодії з деструктивними установками в психології / Ю.Ю. Ільїна, В.А. Горшунова. Матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції «Сучасний стан розвитку екстремальної та кризової психології». Харків, НУЦЗУ.- С. 121- 124.
2. Сапогова Е. Е. Психология развития человека / Е. Е. Сапогова. – М.: Аспект Пресс, 2005. – 460 с.
3. Созонтов А. Е. Гедонистический и эвдомонистический подходы к проблеме психологического благополучия / А. Е. Созонтов. // Вопросы психологии. – 2006. – № 4. – С. 105–114.
4. Фесенко П. П. Осмысленность жизни и психологическое благополучие личности: дис. канд. психол. наук: 19.00.01 / Фесенко Павел Петрович. – М., 2005. – 206 с.
5. Шевеленкова Т. Д. Психологическое благополучие личности (обзор основных концепций и методика исследования) / Т. Д. Шевеленкова, П. П. Фесенко // Психологическая диагностика. – 2005. – №3. – С. 95-12

Марина Викторовна Сёмина

К. пед. наук, доцент,

Забайкальский государственный университет,

г. Чита, Россия

E-mail: semina-67@mail.ru

Александра Александровна Иванова

Студент

Забайкальский государственный университет,

г. Чита, Россия

E-mail: iwasaschawww.ru@mail.ru

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ СЕМЬИ, ВОСПИТЫВАЮЩЕЙ РЕБЕНКА С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА

Аннотация. В статье рассматриваются индивидуально-психологические особенности развития детей с нарушением слуха с точки зрения их функциональной специфики; актуализируется проблема психологического сопровождения семей, воспитывающих ребенка с нарушением функции слуха.

Ключевые слова: дети с нарушением слуха, фоновые и манифестные факторы, функциональный дефект, социальная депривация, родительство в особой семье, психологическое сопровождение семьи.

Alexandra Aleksandrovna Ivanova

student

Transbaikal state university, Chita, Russia

E-mail: iwasaschawww.ru@mail.ru

Marina Viktorovna Semina

PhD in pedagogical Sciences, Associate Professor,

PSYCHOLOGICAL SUPPORT FOR FAMILIES RAISING A CHILD WITH HEARING IMPAIRMENT

Abstract. *The article deals with the individual psychological features of the development of children with hearing impairment in terms of their functional specificity; the problem of psychological support of families raising a child with hearing impairment is actualized.*

Keywords: *children with hearing impairment, background and manifest factors, functional defect, social deprivation, parenthood in a special family, psychological support of the family.*

В контексте реализации в России идей безбарьерной среды и внедрением инклюзивного образования для лиц с ОВЗ и инвалидов, возникает немало вопросов о психологических проблемах адаптации таких детей к социуму и способах эффективной поддержки семей, их воспитывающих. Ранее в нашей стране вопрос об инвалидах, а тем более детях-инвалидах, и проблемах, связанных с их воспитанием в семье, оставался закрытым. С конца XX века ситуация изменилась, теперь проблемы воспитания и социализации детей, имеющих психические или физические особенности развития, открыто обсуждаются профессиональным сообществом педагогов и психологов [1, с. 9; 5, с.1324].

С 2013 года в образовательные учреждения стали активно поступать дети, имеющие особые возможности здоровья в связи с проблемами слуха. Это глухие, слабослышащие, позднооглохшие дети. Современные исследователи в области сурдопсихологии (Д.И. Тарасов, А.Н. Наседкин, В.П. Лебедев, О.П. Токарев и др.) пришли к выводу, что все причины и факторы возникновения нарушений слуха следует разделить на три группы.

Первая группа – это причины и факторы, приводящие к возникновению наследственной глухоты или тугоухости. Вторая группа – факторы, воздействующие на развивающийся плод во время беременности матери и/или приводящие к общей интоксикации организма матери в этот период (врожденное нарушение слуха). Третья группа – факторы, действующие на сохранный орган слуха ребенка в процессе его жизни (приобретенное нарушение слуха). Вместе с тем, исследователи полагают, что достаточно часто поражение слуха возникает под конвергентным действием нескольких факторов, оказывающих негативное воздействие в различные периоды онтогенеза. Соответственно выделяют фоновые и манифестные факторы. Фоновые факторы, или факторы риска, создают благоприятный фон для развития глухоты или тугоухости. Манифестные факторы вызывают резкое ухудшение слуха. [6, с. 22].

Глухой ребенок может быть адаптирован в социуме людей с нарушениями слуха и испытывать элементы социальной депривации различной степени интенсивности в отношении общества слышащих людей. Взаимное непонимание в процессе социальных контактов становится причиной значительного своеобразия в эмоциональных отношениях глухих детей с окружающими.

Психолого-педагогическое сопровождение детей с нарушениями слуха организуется с целью раннего выявления вторичных недостатков развития и оказания их семье комплексной коррекционно-психологической помощи. Психологическая помощь при этом осуществляется по всем существующим направлениям практической психологии: психологическая диагностика, психодидактика, психокоррекция, психологическое консультирование, психопрофилактика.

Необходимым условием предупреждения и преодоления трудностей адаптации к социуму детей с нарушением слуха является психокоррекционная работа психолога, проводимая по двум направлениям: развитие слухового восприятия в образовательном учреждении или специализированном центре и

организация занятий по развитию навыков слухового восприятия в семье [3, с. 79]. При активной работе и правильных отношениях к ребенку как вне, так и внутри семьи, можно добиться значительных успехов в социализации ребенка с нарушением слуха.

В последние годы увеличивается количество детей с нарушением слуха, рождающихся в абсолютно здоровых семьях, у родителей с нормальной слуховой функцией. В таком случае, рождение ребенка с патологией слуха воспринимается его родителями как величайшая трагедия. Факт появления на свет ребенка «не такого, как у всех», является причиной сильного стресса, испытываемого родителями, в первую очередь матерью. Стресс оказывает сильное деформирующее воздействие на психику родителей и становится исходным условием резкого травмирующего изменения, сформировавшегося в семье жизненного уклада. Как отмечает М.В. Сёмина, семья реагирует на такое внезапное воздействие как «сложная, открытая, неравновесная система, элементы которой находятся в динамических связях и отношениях» [4, с. 30]. Деформируются многие ее компоненты: сложившийся стиль внутрисемейных взаимоотношений, система отношений членов семьи с окружающим социумом, особенности миропонимания и ценностных ориентаций каждого из родителей больного ребенка.

Известно, что родители связывают с детьми свои надежды, в том числе по реализации своих неисполненных мечтаний. В родительстве они как бы поднимаются на более высокую ступень личностного развития, принимая на себя миссию воспитателей следующего поколения своего рода. Слабослышащий ребенок, в силу своих особенностей, лишает родителей многих возможностей. Создается психологическое противоречие между родительским ожиданием новых отношений в семье и невозможностью их осуществления, которое углубляется в случае единственного ребенка. В большей степени это затрагивает слышащих родителей. А. С. Спиваковская отмечает, что родительские позиции в семьях с детьми с нарушениями развития отличаются неадекватностью, ригидностью и спонтанностью.

Родительские действия адресуются к квази-потребностям ребенка, в противовес родительским позициям в семьях с нормальными детьми, которые характеризуются адекватностью и прогностичностью, а действия родителей – направленностью к завтрашнему дню, к будущему ребенка.

В семьях, где дети имеют нарушения слуха, существуют специфические проблемы, осложняющие взаимоотношения между родителями, сиблингами, другими родственниками. Известно, что глухой ребенок обладает практически сохранным интеллектом и, следовательно, желанием общаться с другими людьми. Его родители могут принадлежать к социуму слышащих людей, переживших трагедию рождения ребенка с нарушением слуха и крах определенных надежд. Взаимное непонимание в процессе социальных контактов становится причиной значительного своеобразия в эмоциональных отношениях глухих детей с окружающими. Постоянный дефицит в удовлетворении потребностей в общении ведет к преобладанию отрицательных эмоций, к повышенной раздражительности или инертности. Дальнейшее следствие – возникновение социальной изоляции ребенка или всей семьи, тяжелое переживание дискриминации. Подобная ситуация негативным образом влияет на развитие личностных качеств детей с нарушениями слуха [2, с. 57]. Долговременная деформация, искажение отношения к ребенку со стороны одного или обоих родителей становится фактором риска, способным привести к другим нарушениям в развитии его личности. Именно поэтому так важно понимать ценность профессиональной работы с семьями, воспитывающими детей с нарушениями слуха.

В оказании специальной психологической помощи таким семьям важнейшее значение имеет создание благоприятной реабилитационной и коррекционно-обучающей среды для ребенка в период его пребывания дома, детском саду, школе. Это требует от родителей определенного объема знаний, способствующих пониманию потребностей и возможностей их ребенка. С информационной, консультативной поддержкой психолога они должны

владеть практическими навыками, позволяющими методически правильно общаться с ребенком и правильно его обучать и воспитывать.

Оказание психологической помощи особым семьям позволяет оптимизировать проблемы личностного и межличностного характера, возникающие вследствие рождения в семье ребенка с отклонениями в развитии слуховой функции. Главной целью психолога является изменение самосознания родителя: преодоление негативизма, формирование позитивного восприятия личности ребенка с нарушениями слуха.

В воспитании ребенка с отклонениями в развитии, в том числе детей с нарушением слуха, значимость семьи как агента социализации существенно возрастает. От взаимоотношений с родителями зависит, насколько адекватным будет взаимодействие детей с окружающей социальной средой. Н.Г. Морозова и другие утверждают, что при правильно организованной коррекционно-воспитательной работе со слабослышащими детьми с участием в ней родителей создается особый положительный эффект, поскольку именно родители оказываются наиболее удаленными от первичного функционального дефекта.

Для формирования гармоничной личности, для развития у особого ребенка адекватной самооценки, необходимой для установления гармоничных взаимоотношений с окружающими людьми, рядом с ребенком должен находиться любящий и понимающий его взрослый человек [2, с. 56].

Консультативная, профилактическая и просветительская работа с особой семьей строится на идее сотрудничества, увеличения ее воспитательных возможностей. Задачами этой работы являются изменение психологических установок родителей на роль семьи в развитии ребенка (необходимо вернуть родителям функцию главных воспитателей); изменение стиля взаимоотношений с ребенком; более широкое использование педагогических возможностей семьи, воспитывающей ребенка с нарушением слуха. Кроме этого, психологическая работа предполагает знакомство детей и родителей с их правами и обязанностями в возникшей жизненной ситуации,

законодательными документами по проблемам инклюзии, а также – информирование об общественных и государственных организациях, имеющих отношение к работе с лицами с нарушением слуха, как в России, так и за рубежом [3, с. 83].

Психолог оказывает адресную практическую помощь семьям, воспитывающим глухих и слабослышащих детей в процессе оформления инвалидности, консультирует их в приобретении индивидуальной звукоусиливающей техники, информирует о проводимых целевых мероприятиях для семей такой группы. Иначе говоря, он служит связующим звеном между детьми и взрослыми, семьей и обществом, обеспечивая атмосферу социально-психологической поддержки.

Таким образом, целенаправленная работа психолога по сопровождению семей, имеющих детей с нарушением слуха, оказывает существенное влияние на развитие личности ребенка и качество жизни всей семьи. Меры профессионального сопровождения семьи психологом позволяют снизить социально-психологическую напряженность, возникающую при обучении и воспитании детей с нарушением слуха в общеобразовательных учреждениях, обеспечить позитивное развитие личности слабослышащего ребенка на всех этапах его социализации.

Список литературы:

1. Алёхина С.В. Инклюзивное образование: история и современность: учеб. - метод. пособие. – М.: Изд-во Педагогический университет «Первое сентября», 2013. – 32 с.
2. Богданова Т.Г. Сурдопсихология: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. – М.: Академия, 2002. – 203 с.
3. Гусева Т.Н. Инклюзивное образование. Выпуск 1. – М.: Центр «Школьная книга», 2010. – 272 с.

4. Сёмина М.В. Семья с позиций системно-синергетического подхода // Вестник Бурятского государственного университета. 2011. – № 6. С. 30-35.
5. Семина М.В. Здоровьесберегающее воспитание: нормативно-смысловые аспекты // Состояние здоровья: медицинские, социальные и психолого-педагогические аспекты: сб. статей VII Междун. научн.-практ. интернет-конференция / отв. ред. С. Т. Кохан. 2016. – С. 1318-1326.
6. Сусллова О.И. Основы психологии детей с нарушением слуха: учебное пособие. – Саратов: Издательский центр «Наука», 2013. – 92 с.

УДК 159.923.2-057.87:005.336.2

Поліна Миколаївна Старцева

магістр

Донбаський державний педагогічний університет,

Слов'янськ, Україна

Тетяна Сергіївна Асланян

канд. пс. наук, доц. кафедри прикладної психології

Донбаський державний педагогічний університет,

Слов'янськ, Україна

E-mail: taslanyanserg@gmail.com

**ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ
КОМПЕТЕНТНОСТІ У СТУДЕНТІВ-ПСИХОЛОГІВ, ЩО ВІДВІДУЮТЬ
ГРУПИ ТРЕНІНГІВ**

Анотація: В статті розглянуто поняття «професійна компетентність» з точки зору різних наукових концепцій, виділено її види і компоненти, проаналізовано зарубіжне та вітчизняне ставлення до цього терміну. Розкрито поняття «професіоналізація» та основні етапи професійного становлення особистості. Виокремлено значну перевагу тренінгу у формуванні професійної компетентності та професійного

розвитку психологів. Окрім того, проаналізовано результати діагностичного дослідження, а також продемонстровано кореляційний зв'язок між компонентами професійної компетентності та особистісної зрілості оптантів.

Ключові слова: компетентність, професійна компетентність, професіоналізація, тренінг, особистісна зрілість, емоційний інтелект.

Startseva Polina Mykolayivna

Master Student

Donbas State Pedagogical University, Sloviansk, Ukraine

Aslanyan Tetyana Serhiyivna

PhD in Psychological Sciences, Associate Professor

Donbas State Pedagogical University, Ukraine

E-mail: taslanyanserg@gmail.com

**THE STUDY OF THE PROBLEM OF FORMING THE PROFESSIONAL
COMPETENCE IN STUDENTS-PSYCHOLOGISTS THAT ATTEND
TRAINING COURSES**

Abstract. *The notion "professional competence" has been regarded in the article by different points of view of different scientific concepts, distinguished its types and components, analyzed the international and native attitude to the term. The notion "professionalization" has also been revealed with the main stages of professional development of the individual. A significant advantage of training in the formation of professional competence and professional development of psychologists have been singled out. Besides, the results of diagnostic research have been analyzed, the correlation between the components of professional competence and the personal maturity of optans have also been demonstrated.*

Keywords: *competence, professional competence, professionalization, training, personal maturity, emotional intellect.*

В Україні на сучасному етапі розвитку суспільства дедалі важливішим стає формування міцної самосвідомості, емоційної стійкості та моральних якостей серед населення. Більшість виникаючих проблем у соціумі носять саме психологічний характер. Якісну допомогу та підтримку в цих питаннях тим, хто її потребує, може надати лише компетентний спеціаліст-психолог. Саме він є основною фігурою при реалізації на практиці основних засобів формування психічної стійкості у людини в умовах постійних стресів сьогодення. І для успішної реалізації поставлених перед ним завдань, психолог повинен володіти необхідним рівнем професійної компетентності.

Проблема професійної компетентності привертає дослідницький інтерес з кількох причин. По-перше, вивчення цього питання багатьма дослідниками (Е. А. Клімов, А. К. Маркова, Л. М. Мітіна, Ю. П. Поваренков, Н. С. Пряжніков) обмежується вивченням набору професійно-важливих якостей та їх оцінки без акценту на особливостях їх формування. По-друге, в умовах сучасного життя в Україні постає питання, яким саме повинен бути психолог, щоб зберегти свою психічну стійкість і допомогти іншим знайти шляхи відновлення та розвитку якостей особистості.

У зв'язку з цим, ми вважаємо актуальним дослідження процесу формування професійної компетентності та особистісних якостей психологів, що отримують підтримку та навчаються новим способам взаємодії в тренінгових групах та навчальних семінарах.

Метою роботи є розкриття основних компонентів, що формують професійну компетентність у студентів-психологів, які відвідують групи тренінгів.

Термін «професійна компетентність» дуже часто вживається як в вітчизняній, так і в зарубіжній літературі. Прийнято вважати, що компетентнісний підхід зародився в США в 60-і роки ХХ століття в контексті діяльній освіти, метою якого було готувати фахівців, здатних успішно конкурувати на ринку праці. Однією з перших публікацій на цю тему була стаття Д. Мак-Клелланда «Тестувати компетентність, а не інтелект» [2].

У роботах зарубіжних авторів (Т. Холанд, Р. Бояцис, Л. Спенсер, Дж. Равен Д. Мак-Клелланд,) компетентність розглядається як здатність ефективного виконання конкретних дій у предметній області, включаючи галузеве знання, особливого роду предметні навички, способи мислення, розуміння відповідальності за свої дії.

У працях відомого британського психолога Дж. Равена вперше звернуто увагу на психологічну природу компетентності, на проблеми її формування на різних вікових ступенях розвитку людини [5].

Для вітчизняної науки питання про зміст поняття «компетентність» є відкритим. Професійна компетентність є необхідною складовою професіоналізму людини. Вітчизняні автори розрізняють широке і вузьке розуміння цього поняття. У вузькому (стосовно конкретної професійної діяльності) сенсі професійна компетентність включає знання, вміння, навички, а також способи їх реалізації в діяльності, спілкуванні і саморозвитку особистості. У широкому сенсі - професійна компетентність включає рівень успішності взаємодії з соціальним середовищем (М. А. Дмитрієва та С. А. Дружилов) [6].

Загалом, професійна компетентність - характеристика, яка відображає ділові та особистісні якості фахівця, відображає рівень знань, умінь, досвіду, достатніх для того, щоб досягти мети в певному виді професійної діяльності, а також моральну позицію фахівця.

Професійна компетентність формується вже на стадії професійної підготовки фахівця. Але якщо навчання в педагогічному вузі слід розглядати як процес формування основ (передумов) професійної компетентності, то навчання в системі підвищення кваліфікації (тренінги, навчальні семінари) - це процес розвитку і поглиблення професійної компетентності, перш за все, вищих її складових.

Компетентність, на думку професора І. А. Зимньої, - одна зі складових загальної культури людини, сукупність її світогляду і системи знань, умінь, що забезпечують цілеспрямовану самостійну діяльність [7]. Говорячи про

компонентну структуру професійної компетентності, І. А. Зимня включає до її складу такі компоненти, як:

- 1) Мотиваційний аспект - готовність до прояву компетентності.
- 2) Когнітивний аспект - володіння знанням змісту компетентності.
- 3) Поведінковий аспект - досвід прояву компетентності в різноманітних стандартних і нестандартних ситуаціях.
- 4) Ціннісно-смісловий аспект - ставлення до змісту компетентності і об'єкту її застосування.
- 5) Емоційно-вольова регуляція процесу і результату прояву компетентності.

Саме підхід Зимньої І.А. ми вважаємо найзручнішим для дослідження проблеми сформованості професійної компетентності у психологів.

У процесі професійного розвитку відбувається зміна ставлення особистості до себе як до професіонала на всіх психологічних рівнях: мотиваційному, когнітивному, емоційно-вольовому, поведінковому. На думку В.А. Бодрова, зміст і зіставлення образу «Я» в професії і образу професіонала (її еталонної моделі) можна розглядати не тільки як фактор регуляції розвитку суб'єкта діяльності, а й як критерій орієнтованості особистості, її проникнення в світ обраної професії [8].

В психології існують різні варіанти періодизацій професійного розвитку. Серед зарубіжних періодизацій професійного розвитку найбільш помітне місце займає теорія Д. Сьюпера, в якій описаний процес формування професійної Я-концепції і професійний шлях розділений на п'ять етапів (зростання, дослідження, зміцнення кар'єри, збереження досягнутого та спаду) [2].

В той час, вітчизняні автори (Є. Клімов, К.Ю. Базаров, Б.Л. Єрьомін) розглядають інші етапи професіоналізації [3]: фаза оптації, фаза адепта, фаза адаптації, інтернала, майстерності, авторитету та наставництва. На всіх перерахованих етапах професіоналізації дуже важливу роль відіграє навчання

спеціалістів, в даному випадку психологів, технікам позитивної взаємодії, збереження своєї цілісності і професійної придатності.

Ефективним засобом успішної професіоналізації та розвитку особистісної зрілості особистості може виступати тренінг, як особлива форма навчання. В ході тренінгу відбувається закріплення та розширення знань і навичок, які роблять відчутний внесок у професійне зростання і підвищення кваліфікації фахівця [1]. Тренінг сприяє розвитку професійно важливих якостей особистості та накопиченню досвіду ефективної взаємодії, що сприяє і особистісній зрілості психологів.

В ході експериментального дослідження компонентів професійної компетентності була сформована вибірка, яку склали студенти-психологи ВНЗ ДДПУ м. Слов'янська, що відвідували тренінгові групи та навчальні семінари. Усього в дослідженні брали участь 50 чоловік. Сформованість професійної компетентності вивчалася за наступними методиками: тест змістовних життєвих орієнтацій, в адаптації Д. О. Леонтьєва; методика діагностики особистісної креативності Є. Є. Туніка; методика діагностики навчальної мотивації студентів, в адаптації Н. Ц. Бадмаєвої; методика діагностики «емоційного інтелекту» Н. Холла; тест по визначенню самоактуалізації особистості САТ, в адаптації Ю. Є. Альшиної, Л. Я. Гозмана, М. В. Загіка, М. В. Кроза; тест-опитувальник особистісної зрілості Ю. З. Гільбуха, а також використана анкета з додатковими запитаннями.

На основі отриманих діагностичних даних був проведений кореляційний аналіз із застосуванням коефіцієнта кореляції Пірсона, який дозволив виявити взаємозв'язок між компонентами професійної компетентності та особистісною зрілістю.

Таким чином, було визначено значущий прямо пропорційний кореляційний зв'язок між показником емоційного інтелекту та показником особистісної зрілості за шкалами «Я-концепція» ($r_{xy} = 0,467$; $p \leq 0,001$), «Здатність до психологічної близькості» ($r_{xy} = 0,474$; $p \leq 0,001$). Тобто, чим вищий емоційний інтелект, тим більш розвинена я-концепція особистості та

здатність встановлювати психологічний зв'язок з іншими. Окрім того, значущий прямо пропорційний зв'язок було виявлено між показником мотивації до навчання та шкалою «Життєва установка» ($r_{xy} = 0,456$; $p \leq 0,001$). Тобто, чим більше сформовані мотиви навчання, тим більш чітка життєва установка на досягнення певної мети.

Виявлено високий прямо пропорційний зв'язок між показником самоактуалізації та особистісної зрілості за шкалою «Життєва установка» ($r_{xy} = 0,386$; $p \leq 0,01$); між показником смисложиттєвих орієнтацій та шкалою «Мотивація досягнень» ($r_{xy} = 0,374$; $p \leq 0,01$); між особистісною креативністю та шкалою «Я-концепція» ($r_{xy} = 0,413$; $p \leq 0,01$); між мотивацією до навчання та особистісною зрілістю за шкалами «Мотивація досягнень» ($r_{xy} = 0,375$; $p \leq 0,01$), «Я-концепція» ($r_{xy} = 0,421$; $p \leq 0,01$), «Здатність до психологічної близькості» ($r_{xy} = 0,382$; $p \leq 0,01$). Таким чином, чим вища самоактуалізація особистості, тим краще сформована її життєва установка. Чим більш ясно сформовані смисли життя, цілі, а також мотиви навчання особистості, тим вища мотивація досягнень. Чим більше розвинена креативність, різноплановість мислення, тим більш сформована Я-концепція. Сформовані мотиви до навчання тим чіткіші, чим вища мотивація досягнень, я-концепція, а також, здатність встановлювати психологічний зв'язок з іншими.

Узагальнюючі все вище назване, доведено, що компоненти, які складають професійну компетентність студентів-психологів, що відвідують групи тренінгів, взаємопов'язані з компонентами особистісної зрілості. Таким чином, наша гіпотеза була підтверджена.

Виходячи з результатів дослідження, нами була запропонована корекційна програма, спрямована на розвиток професійної компетентності у студентів-психологів шляхом оволодіння її компонентами.

В завершенні можна додати, що питання професійної компетентності психологів є актуальним на даний час, адже суспільство в умовах кризи потребує якісної допомоги та підтримки спеціалістів, які постійно розвиваються і працюють над здобуттям нових вмінь та навичок роботи. На

нашу думку, справді ефективні навички можна здобути завдяки відвідування груп тренінгів та навчальних семінарів, які спонукають особистість зростати в професійному плані, ставати більш компетентною та зрілою.

Список використаних джерел:

1. Вачков И. В. Основы технологии группового тренинга. – М: Издательство "Ось-89", 1999. – 176с.
2. Зеер Э.Ф. Психология профессионального развития: учебное пособие для вузов. – М.: Академия, 2006. – 240с.
3. Климов Е. А. Психология профессионализма. – М.: Воронеж, 1996. –315с.
4. Маркова А. К. Психология профессионализма. – М.: Международный гуманитарный фонд «Знание», 1996. – 312с
5. Равен Дж. Компетентность в современном обществе: выявление, развитие и реализация. — М.: Когито-Центр, 2002. – 396с.
6. Дружиллов С. А. Профессиональная компетентность и профессионализм педагога: психологический подход // Сибирь. Философия. Образование. – 2005. – №8. – С.26-44.
7. Зимняя И. А. Ключевые компетенции – новая парадигма результата образования // Высшее образование сегодня. М. – 2003. – № 5. – С. 34–42.
8. Психология. Учебник для гуманитарных вузов / Под общ. ред. В. Н. Дружинина. — СПб.: Питер, 2001. — 656с.

УДК 796

Виктор Алексеевич Торопов

Д. пед. наук, профессор

Санкт – Петербургский государственный университет МВД России,

г. Санкт – Петербург, Россия

Алексей Александрович Рахманов

*Ст. преподаватель кафедры физической подготовки и прикладных единоборств
Санкт – Петербургский государственный университет МВД России,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Александр Владимирович Игнатьев

*Ст. преподаватель кафедры физической подготовки и прикладных единоборств
Санкт – Петербургский государственный университет МВД России,
г. Санкт-Петербург, Россия*

E-mail: toropov.v.a@yandex.ru

**ОБУЧЕНИЕ ПРИЕМАМ САМОЗАЩИТЫ БЕЗ ОРУЖИЯ НА
БЛИЖНЕЙ ДИСТАНЦИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ
ОПЕРЕЖАЮЩИХ УДАРОВ**

Аннотация. В данной статье авторами предлагается базовый комплекс самозащиты на близкой дистанции при помощи опережающих ударов для активизации деятельности сотрудников полиции и других правоохранительных органов с целью защиты мирных граждан.

Ключевые слова: самооборона, комплекс самозащиты, удары руками и ногами, опережающие удары.

Viktor Alekseevich Toropov

PhD in pedagogical Sciences, Professor

*St. Petersburg State University of the Ministry of Internal Affairs of Russia,
St. Petersburg, Russia*

Alexey Alexandrovich Rakhmanov

*The senior teacher of chair of physical training and applied martial arts
St. Petersburg State University of the Ministry of Internal Affairs of Russia,
St. Petersburg, Russia*

Alexander Vladimirovich Ignatiev

The senior teacher of chair of physical training and applied martial arts

St. Petersburg State University of the Ministry of Internal Affairs of Russia,

St. Petersburg, Russia

E-mail: toropov.v.a@yandex.ru

LEARNING TECHNIQUES OF SELF-DEFENSE WITHOUT WEAPONS AT CLOSE RANGE WITH THE USE OF ADVANCED BEATS

***Abstract.** In this article, the authors propose a core set of self-defense at close range with the help of leading strikes to intensify activities of police officers and other law enforcement agencies to protect civilians.*

***Keywords:** self-defense, a complex of self-defense, punches and kicks, anticipating the blows.*

Вопросы обучения приемам самозащиты без оружия являются актуальными всегда, но особенно в «смутные времена- времена различных социальных потрясений, кризисов». Масса людей теряет работу, что толкает их на отчаянные и, зачастую безрассудные поступки. Одна из проблем современной России – это тысячи мигрантов, лишившихся работы, не имеющих средств к существованию и вынужденных добывать их грабежом и разбоем. Их жертвами становятся не только женщины, дети и старики, но и взрослые мужчины [1,2].

Какие меры необходимо предпринимать для защиты гражданского населения?

Во-первых, активизировать деятельность полиции и других правоохранительных органов, выработать адекватную сложившейся ситуации тактику защиты мирных граждан.

Во-вторых, и это очевидно, чтобы обезопасить общество, необходимо проводить для широких слоев населения курсы и занятия по тактике и технике самообороны, а для учащейся молодежи это проще делать во время плановых занятий по физической культуре.

Для этого необходимо разработать доступный и эффективный комплекс самозащиты, который могли бы освоить не только студенты, но и преподаватели физической культуры независимо от специализации.

Из анализа оперативных сводок полиции и, как показывает практика, видно, что нападения чаще всего осуществляется группой от двух и более человек. Нападающие наносят удары жертве руками, ногами и подручными средствами (кастеты, палки, бутылки и т.д.). Поэтому, защищающиеся, в первую очередь, должны владеть техникой самообороны. Так как нападающих, чаще всего более двух, а те, на кого нападают, не всегда имеют внушительные рост, вес и хорошую физическую подготовленность. В данном случае единственными эффективными приемами, которые могут быть использованы для самозащиты, должны быть удары по болевым и уязвимым точкам (пах, горло, шея, глаза, нос, голень, солнечное сплетение, нижние ребра и т.д.).

Из вышесказанного следует вывод, что за основу самозащиты, в первую очередь необходимо брать ударную технику из различных видов единоборств.

Поэтому мы предлагаем базовый комплекс самозащиты на близкой дистанции при помощи опережающих ударов. С этих приемов начиналась подготовка по самозащите студентов СПбГУ.

Предлагаем перечень приемов самообороны при помощи опережающих ударов;

а) при нападении спереди:

- удар лбом по носу;
- боковой удар локтем по подбородку;
- удар локтем снизу в солнечное сплетение, печень;
- удары ладонями по ушам;
- удар кулаком, ладонью в пах;
- удар коленом в пах;
- удар стопой, пяткой по голени, колену;

- удар пяткой по пальцам ног;
- одновременный удар ладонями по ушам и коленом в пах.

б) при нападении сбоку:

- удар лбом по носу;
- круговой удар локтем в сторону по подбородку;
- прямой удар локтем в туловище;
- удар кулаком, ладонью в пах;
- удар коленом в пах;
- удар стопой, пяткой по голени, колену;
- удар пяткой по пальцам ног;

в) при нападении сзади:

- удар затылком в нос;
- круговой удар локтем назад по подбородку;
- прямой удар локтем назад в туловище;
- удар кулаком, ладонью назад в пах;
- удары стопой, пяткой по голени, колену;
- удары пяткой по пальцам ног.

После освоения базового комплекса приемов самозащиты опережающими ударами на средней и ближней дистанции изучаются защиты [3,4].

Как показала практика, студенты быстро осваивают ударную технику и могут эффективно использовать ее при самозащите. Уже через 6-9 месяцев занятий по 2 раза в неделю они уверенно проводят боевые спарринги против нескольких нападающих, а некоторые успешно выступают в соревнованиях по единоборствам. Так, занимаясь всего около 8 месяцев, студент СПбГУ П. Косимовский, стал победителем первенства вузов города, а А. Окрушко – финалистом первенства вузов по рукопашному бою среди молодежи. Оба выполнили норматив кандидата в мастера спорта.

В заключении следует подчеркнуть, что:

- в содержание Федеральной программы по физической культуре включить обязательный раздел по изучению приемов нападения и самозащиты [5];
- при физкультурно-спортивных обществах для широких слоев населения организовывать курсы по изучению приемов для самозащиты.

Список литературы:

1. Торопов В.А., Кудин В.А., Ушенин А.И., Куликов М.Л. и др. Физическая подготовка: Учебник – СПб: Изд-во СПб ун-та МВД России, 2016. – 300с.
2. Приказ МВД России от 01.07.2017 г. № 450 «Об утверждении Наставления по организации физической подготовки в органах внутренних дел Российской Федерации».
3. Торопов В.А. Учебное пособие для курсантов и слушателей. СПб.: Изд-во СПб Ун-та МВД России, 2008. – 311 с.
4. Учебник для курсантов и слушателей военного института физической культуры. Рукопашный бой и спортивные единоборства. – СПб.: ВИФК, 2005. – 431 с.
5. Примерная программа учебной дисциплины «Физическая подготовка» для образовательных организаций МВД России. – М.: ДГСК МВД России, 2011.

УДК 796

Виктор Алексеевич Торопов

Док. пед. наук, профессор

Санкт – Петербургский государственный университет МВД России,

г. Санкт – Петербург, Россия

Рустам Борисович Хыбыртов

*Заместитель начальника кафедры физической подготовки и прикладных
единоборств*

Санкт – Петербургский государственный университет МВД России,

г. Санкт – Петербург, Россия

Виталий Иванович Дудчик

Доцент кафедры физической подготовки и прикладных единоборств

Санкт – Петербургский государственный университет МВД России,

г. Санкт – Петербург, Россия

E-mail: toropov.v.a@yandex.ru

ЗНАЧЕНИЕ РУКОПАШНОГО БОЯ В СТРУКТУРЕ ОПЕРАТИВНО – СЛУЖЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ

Аннотация. В данной статье отмечается, что рукопашный бой представляет собой вид служебно-боевой деятельности сотрудников ОВД в ближнем бою с преступниками. Следовательно, рукопашный бой – это разновидность ближнего боя с применением противниками личного огнестрельного и холодного оружия, а также подручных средств и приемов единоборства без оружия.

Ключевые слова: рукопашный бой, служебная подготовка, преследование правонарушителей, русский стиль, схватка, двигательные способности.

Viktor Alekseevich Toropov

PhD in Pedagogical Sciences, Professor

St. Petersburg State University of the Ministry of Internal Affairs of Russia,

St. Petersburg, Russia

Rustam Borisovich Habartov

Deputy head of Department of physical training and applied martial arts

St. Petersburg State University of the Ministry of Internal Affairs of Russia,

St. Petersburg, Russia

Dutchak Vitaly Ivanovich

Associate Professor of physical training and applied martial arts

St. Petersburg State University of the Ministry of Internal Affairs of Russia,

St. Petersburg, Russia

E-mail: toropov.v.a@yandex.ru

THE VALUE OF UNARMED COMBAT WITHIN THE STRUCTURE OF OPERATIONAL ACTIVITIES OF EMPLOYEES OF BODIES OF INTERNAL AFFAIRS

Abstract. *This article points out that unarmed combat is a form of military service and police officers in the melee with criminals. Therefore, melee is a type of melee with the opponents of personal firearms and bladed weapons, as well as available tools and techniques of martial arts without weapons.*

Keywords: *martial arts, professional training, prosecution of offenders, Russian style, the fight, motor abilities.*

Практика служебно-боевой деятельности и результатов научных исследований свидетельствует о том, что роль физической подготовки как важного средства повышения боеспособности сотрудников заключается:

- в формировании физической готовности к овладению боевой техникой оружием и спецсредствами;
- в повышении профессионального, служебно-боевого мастерства сотрудников ОВД;
- в совершенствовании морально-волевых и психологических качеств личного состава;

Вот почему в целях совершенствования профессиональной подготовленности сотрудников органов внутренних дел к успешному выполнению оперативно-служебных задач по охране правопорядка и борьбе с

преступностью Министр внутренних дел издал приказ №450 от 01 июля 2017 г. «Об утверждении Наставления по организации физической подготовки в органах внутренних дел Российской Федерации», в котором определил требования к сотрудникам ОВД указав, что на занятиях по физической подготовке развиваются, формируются и отрабатываются:

- физические качества, прикладные и двигательные навыки, необходимые в повседневной деятельности и при возникновении чрезвычайных ситуаций;

- развитие силы быстроты, ловкости и выносливости, обеспечивающие преследование преступника, превосходство в силовом противодействии, сдерживании или вытеснении толпы;

- подготовка к преследованию правонарушителей и длительному ускоренному передвижению на местности, в том числе с преодолением водных преград, естественных и искусственных препятствий;

- готовность сотрудников к действиям в экстремальных ситуациях пресечения противоправных действий, к силовому задержанию с использованием специальных средств, табельного оружия, боевых приемов борьбы, а также поиска, преследования и задержания активно сопротивляющегося правонарушителя;

- овладение системой практических умений и навыков самозащиты и личной безопасности в типичных и экстремальных ситуациях служебной деятельности сотрудников органов внутренних дел;

- практические навыки применения боевых приемов борьбы (в том числе в средствах индивидуальной бронезащиты, летней и зимней форме одежды, на фоне физической и психической нагрузок) в условиях, максимально приближенных к реальным ситуациям силового единоборства с правонарушителями [2].

Рукопашный бой представляет собой вид служебно-боевой деятельности сотрудников ОВД в ближнем бою с преступниками. Следовательно, рукопашный бой – это разновидность ближнего боя с

применением противниками личного огнестрельного и холодного оружия, а также подручных средств и приемов единоборства без оружия. Занятия по рукопашному бою проводятся с целью формирования навыков самозащиты, обезвреживания и задержания лиц, угрожающих общественному порядку или личной безопасности граждан, воспитания смелости, решительности, инициативы и находчивости.

В системе физической подготовки сотрудников ОВД этот раздел принято называть «Боевые приемы борьбы». Анализ литературных источников и нормативно-правовых актов показал, что в теории и практике физической подготовки разделу боевые приемы борьбы нет определения, следовательно, исходя из того, что содержательный компонент этих двух понятий одинаковый мы считаем, что под боевыми приемами борьбы следует понимать приемы рукопашного боя, которые применяют сотрудники при задержании преступников или вступив с ними в рукопашную схватку.

В подтверждение вышесказанному можно добавить, что чемпионат среди образовательных организаций МВД России проводится не по боевым приемам борьбы, а по рукопашному бою. Следовательно, сотрудники отдела профессиональной служебной и физической подготовки при Департаменте государственной службы и кадров МВД России противоречат сами себе. Исходя из этого, мы считаем, что правильно будет в теории и практике физической подготовки МВД России раздел "Боевые приемы борьбы" переименовать в "Рукопашный бой".

Михаил Лукашов предлагает классифицировать рукопашный бой по следующим направлениям: спортивный, армейский и полицейский [1].

Спортивный - это вид рукопашного боя, строго ограниченный спортивными правилами с целью предупреждения травматизма (главное требование: "Не причинить вреда сопернику"). К спортивным видам относятся дзюдо, самбо, бокс, каратэ, кикбоксинг, айкидо, тэквондо и т.д.

Армейский - это вид рукопашного боя, не имеющий ограничений и запретов, т.к. он осуществляется по приказу Министра обороны на ведение

боевых действий по уничтожению противника. К армейскому виду относятся русский рукопашный бой и боевое самбо.

Полицейский - рукопашный бой занимает промежуточное положение. Он ограничен действующим законодательством (Уголовным кодексом, инструкциями, Прокурорским надзором). И только уже в пределах указанных видов рукопашного боя, существуют стили и школы конкретных мастеров.

Это русский стиль (школа Ивана Лебедева), советский стиль (основополагающая школа Виктора Спиридонова), школы Ивана Солоневича, Николая Ознобишина, Анатолия Харлампиева и русский стиль (школа Алексея Кадочникова).

Всё, что выходит за рамки приведенной выше классификации, представляется неправомерным или производным от основной классификации.

Толковый словарь русского языка трактует, что понятие рукопашный бой - это "схватка...", т.е. ничто иное, как "столкновение в бою".

В мирное время, в условиях сложившейся криминогенной обстановке рукопашный бой может возникать:

- при уничтожении террористических диверсионных групп противника;
- при защите российских посольств, консульств и учреждений в случаях обострения конфликтов между государствами;
- при пресечении сотрудниками противоправных действий в процессе несения патрульно-постовой службы.
- при задержании вооруженных преступников на улице, в населенном пункте, в подземных коммуникациях, на транспорте (поезда, воздушные, речные и морские суда), на местности (в лесу, горах, на равнине), при передвижении преступников на автомобиле и в других случаях.

Поэтому заблаговременная подготовка сотрудников ОВД к ведению рукопашного боя в настоящее время имеет актуальное значение. В процессе обучения в полной мере должны осуществляться служебно-прикладная,

психологическая и физическая подготовка, а также обеспечиваться нравственно-этическое воспитание сотрудников [3,4,5].

На занятиях по рукопашному бою решаются следующие задачи:

- обучение приемам рукопашного боя, тренировка и их совершенствование;
- обучение умелым действиям в средствах индивидуальной бронезащиты, применения наручников и использование подручных средств в рукопашной схватке;
- развитие силы, выносливости, ловкости, быстроты, смелости, решительности, инициативы и находчивости;
- воспитание уверенности в своих силах, стремление сблизиться с противником и обезвредить его.

В основе дисциплины «Рукопашный бой» лежат положения военной педагогики, в частности дидактики, на принципах и методах которой осуществляется обучение, воспитание курсантов, слушателей и будущих сотрудников ОВД. В процессе обучения приемам рукопашного боя используются теоретические и организационные положения, система понятий, разработанная теорией и организацией физической подготовки.

Цикл биологических дисциплин на основании учения о высшей нервной деятельности, с одной стороны, определяет материалистическое понимание процессов нервной и психологической деятельности сотрудников в рукопашном бою и при подготовке их к нему, с другой – дает знания об уязвимых местах человеческого тела (анатомия) и методические рекомендации для разработки рациональных способов и приемов эффективно воздействовать на противника (биомеханика).

Поскольку в основное рукопашного боя лежат единоборства, то многие приемы, двигательные действия, методические и тактические положения и понятия заимствуются из практики спортивных единоборств (борьбы, бокса, фехтования). В «Рукопашном бою» они получили широкую трактовку и боевое применение.

Выявление и развитие двигательных способностей – важный резерв, который применяется в «Рукопашном бою» для быстрого и совершенного усвоения действий и приемов. Этому способствуют так же все практические разделы физической и тактико-специальной подготовки.

«Рукопашный бой» располагает большим количеством разнообразных приемов, действий и тактикой их применения. Это дает возможность совершенствовать все основные системы и функции человека, физические, морально-волевые качества, в большей степени прикладные навыки для успешных и сноровистых действий при выполнении оперативно-служебных задач.

Обучение сотрудников рукопашному бою непосредственно и прямо направлено на реализацию принципа «Учить сотрудников ОВД тому, что необходимо в процессе оперативно-служебной деятельности». Таким образом, при преподавании рукопашного боя в полном объеме используются:

- положения диалектического материализма;
- учение о высшей нервной деятельности (труды И.П. Павлова, И.М. Сеченова, Н.Е. Введенского, А.А. Ухтомского, П.К. Анохина и др.), отличительной чертой которого является материалистическое понимание процессов нервной и психической деятельности;
- принципы и положения системного подхода;
- теория дидактики, на основе принципов которой осуществляется обучение, развитие и воспитание;
- положения специальной тактики;
- теория и организация физической подготовки сотрудников ОВД;
- анатомия, биомеханика и др.

Сочетание положений и выводов данных наук в едином методологическом понимании обеспечивают «Рукопашному бою» идейно-теоретическую, научную и методологическую базу, а также придают стройность и практическую эффективность при обучении.

Служебно-специальная дисциплина «Рукопашный бой» в учебном процессе оперирует определенными специфическими понятиями, классификацией содержания и терминологией.

Через понятия происходит понимание сущности рукопашного боя. При классификации содержания рукопашного боя осуществляется распределение множества приемов и действий на группы, согласно их отличительных признаков.

Все вышесказанное координирует индивидуальные действия каждого сотрудника в составе коллектива и создает условия для одинакового понимания ими смысла педагогической деятельности преподавателя, что необходимо учитывать при организации и проведении занятий по рукопашному бою.

Список литературы:

1. Лукашов М Н. На заре российских систем рукопашного боя. — М.: Будоспорт, 2003. — 128 с.
2. Приказ МВД Российской Федерации от 01 июля 2017 г. №450 «Об утверждении наставления по организации физической подготовки в органах внутренних дел Российской Федерации».
3. Учебник «Физическая подготовка» / Торопов В.А., Ушенин А.И., Куликов М.Л. и др. - СПб.: Изд-во СПб ун-та МВД России, 2016.-300 с.
4. Учебник для курсантов и слушателей военного института физической культуры. Рукопашный бой и спортивные единоборства. – СПб.: ВИФК, 2005. – 431 с.
5. Торопов В.А. Учебное пособие для курсантов и слушателей. СПб.: Изд-во СПб Ун-та МВД России, 2008. – 311 с.

Сергей Викторович Ушканов

*Старший преподаватель
Сибирский федеральный университет,
г. Красноярск, Россия*

Сергей Владимирович Смирнов

*Старший преподаватель
Сибирский федеральный университет,
г. Красноярск, Россия*

E-mail: sergey.u09@mail.ru

**ФОРМИРОВАНИЕ ЛИЧНОСТИ СТУДЕНТА ЧЕРЕЗ
ФИЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНУЮ И СПОРТИВНО-
МАССОВУЮ РАБОТУ В ВУЗЕ**

Аннотация. В статье рассматривается: влияние физкультурно-оздоровительной и спортивно-массовой работы в вузах на формирование здоровой личности студентов в нашей стране; заинтересованность государства в здоровье нации; система физического воспитания и спортивно-массовая работа в Сибирском федеральном университете.

Ключевые слова: страна, массовый спорт, физическая культура, студент, вуз, здоровье, личность, СФУ, спортивный клуб, секция.

Sergey Viktorovich Ushkanov

*Senior lecturer
Siberian Federal University, Krasnoyarsk, Russia*

Sergey Vladimirovich Smirnov

*Senior lecturer
Siberian Federal University, Krasnoyarsk, Russia*

E-mail: sergey.u09@mail.ru

FORMATION OF THE PERSONALITY OF THE STUDENT THROUGH THE PHYSICAL AND HEALTH AND SPORTS MASSIVE WORK IN HIGHER EDUCATION

***Abstract.** The article examines: the influence of physical culture and health and sports and mass work in universities on the formation of a healthy personality of students in our country; the state's interest in the health of the nation; the system of physical education and sports-mass work in the Siberian Federal University.*

***Keywords:** country, mass sport, physical culture, student, university, health, personality, SFU, sports club, section.*

В нашей стране развитие массового спорта и физической культуры является одной из важнейших задач общества. «Сохранение и укрепление здоровья человека, предупреждение случаев преждевременной смерти, увеличение средней продолжительности жизни и повышение ее качества являются сегодня актуальнейшими проблемами не только сектора здравоохранения, но и общества в целом» сказал президент Российской Федерации В.В. Путин. Физическая культура в законодательстве Российской Федерации о физической культуре и спорте представлена в высших учебных заведениях как учебная дисциплина и важнейший компонент целостного развития личности [2].

Целью физического воспитания студентов является формирование физической культуры личности. Цель определяется через поставленные задачи – подготовка студента к профессиональной деятельности, ведение здорового образа жизни, физическое самосовершенствование и самовоспитание, занятия физической культурой и спортом.

Физическая культура и спорт одни из средств создания гармонично развитой личности. У студентов, систематически занимающиеся физической культурой и спортом и проявляющих в них достаточно высокую активность, вырабатывается определенный стереотип режима дня, повышается

уверенность поведения, наблюдается развитие положительных установок, высокого жизненного тонуса. Они более коммуникабельны, эмоционально устойчивы, выдержаны, меньше боятся критики, оптимистичны, настойчивы, умеют повести за собой коллектив. Этой группе студентов в большей степени присущи чувство долга, добросовестность, собранность.

В настоящее время воспитательная работа со студентами должна проводиться в соответствии со «Стратегией развития физической культуры и спорта в Российской Федерации до 2020 года».

В Стратегии выделено три приоритета (направления), которые должны быть реализованы в практической работе с молодежью:

- вовлечение молодежи в социальную практику и ее информирование о потенциальных возможностях развития в России;
- развитие созидательной активности молодежи;
- интеграция молодых людей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, в жизнь общества [1, 4].

Конкретные направления и организационные формы использования массовых оздоровительных, физкультурных и спортивных мероприятий в условиях высших учебных заведений зависят от пола, возраста, состояния здоровья, уровня физической и спортивной подготовленности занимающихся, а также от имеющейся спортивной базы, традиций вуза и других условий. Можно выделить гигиеническое, оздоровительно-рекреативное, общеподготовительное, спортивное, профессионально-прикладное, лечебное направления [3, 89].

Сознавая важность и значимость проблемы формирования личности и оздоровления студентов, кафедра физического культуры, спорта и туризма Сибирского федерального университета большое внимание уделяет организации спортивно-массовой и физкультурно-оздоровительной деятельности студентов как важнейшему фактору восстановления, реабилитации физического состояния, снятия нервно-эмоционального напряжения.

Физическое воспитание в СФУ проводится на протяжении всего периода обучения студентов и осуществляется в многообразных формах, которые взаимосвязаны, дополняют друг друга и представляют собой единый процесс физического воспитания студентов.

Учебные занятия являются основной формой физического воспитания в СФУ. Они планируются в учебных планах по всем специализациям, и их проведение обеспечивается преподавателями кафедр физической культуры. Физические упражнения в режиме дня направлены на укрепление здоровья повышения умственной и физической работоспособности студентов. В СФУ имеется пять подразделений кафедры физической культуры, которые были объединены из вузов – КГТУ, КГУ, ГУЦМиЗ, КГТЭИ, КрасГАСА. У всех этих территориальных подразделений имеется достаточно хорошая материально-спортивная база для организации и проведения спортивно-массовой и физкультурно-оздоровительной деятельности. Развитие физической культуры и студенческого спорта является одним из приоритетных направлений молодежной политики и формирования корпоративной культуры Сибирского федерального университета. СФУ является одним из немногих вузов в России, где учебные занятия по физической культуре, для большинства студентов, проводятся на основе специализаций по 17 видам спорта. Студентам предоставляется право выбора вида спорта для посещения учебных занятий по физической культуре. Процесс обучения дисциплине "Физическая культура" обеспечивает профессорско-преподавательский состав кафедры физической культуры. На кафедре работают 180 преподавателей, специалистов в различных видах спорта [5].

В совокупности с учебными занятиями правильно организованные самостоятельные занятия обеспечивают оптимальную непрерывность и эффективность физического воспитания. Эти занятия могут проводиться во внеучебное время по заданию преподавателей или в секциях.

Другим направлением спортивно-массовой и физкультурно-оздоровительной работы среди студентов является деятельность спортивного клуба

университета. Основной целью, которого является содействие в подготовке всесторонне развитых специалистов к производительному труду по избранной профессии, способных использовать и внедрять физическую культуру и спорт в условиях учебно-производственной деятельности, организации и пропаганде здорового образа жизни.

Большое место в жизни кафедры физической культуры вуза занимает учебно-тренировочная работа в различных спортивных секциях спортивного клуба. Спортивные секции создаются, прежде всего, по таким видам спорта, которые лучше всего обеспечивают разностороннюю физическую подготовку, повышают уровень физической и умственной работоспособности человека, укрепляют здоровье. Учебные группы спортивных секций организуются по тем видам спорта, для которых в вузе имеется материальная спортивная база и возможность обеспечить занятия квалифицированным тренерским составом. Одним из показателей эффективности занятий в спортивных секциях является динамика спортивных результатов.

Работа спортивного клуба ведется по 23 видам спорта. Это те виды, в которых участвуют сборные команды СФУ в межвузовских соревнованиях. В последние годы команда университета является постоянным победителем в общекомандном зачете среди команд вузов в «Универсиаде».

В соревнованиях, проходящих среди факультетов университета, предпочтение отдается таким видам спорта, как мини-футбол, баскетбол, волейбол, плавание, шахматы, настольный теннис, ориентирование бегом, лыжные гонки, легкоатлетическая эстафета.

Мини-футбольная команда СФУ неоднократный призер и победитель соревнований среди вузов г.Красноярска и Красноярского края, призер на всероссийских соревнованиях среди вузов. В 2013 году на пятом турнире Общероссийского проекта «Мини-футбол - в вузы» в г.Москве мужская команда СФУ стала победителем турнира, а команда девушек стала серебряным призером.

В СФУ поступили, обучаются и выступают на различных спортивных уровнях заслуженные мастера спорта: Устюгов Евгений (олимпийский чемпион, биатлон), Труненок Дмитрий (олимпийский чемпион, бобслей), Семенов Мингиян (бронзовый призер олимпийских игр, греко-римская борьба); мастера спорта международного класса: Мельников Никита (чемпион мира, греко-римская борьба), Болдыкова Светлана (серебряный призер чемпионата мира, сноуборд), Болдыков Андрей (серебряный призер Всемирной Универсиады, сноуборд), Петров Алексей (чемпион Европы среди молодежи, мини-футбол), Гончаров Владимир (чемпион Европы среди молодежи, мини-футбол), Пertaхия Марика (чемпионка мира среди молодежи, фристайл), Цыганова Анна (победитель чемпионатов Европы, скалолазание), Капустина Ольга (двукратная чемпионка Европы, футзал).

Другой направленностью спортивно-массовой и физкультурно-оздоровительной работы спортивного клуба является проведение различных массовых мероприятий. К ним относятся соревнования и праздники: «Первокурсник», «Здоровое поколение», «Спортивное будущее», «Комплексная спартакиада студентов СФУ», «Проводы русской зимы», «Веселые старты», турнир по зимнему футболу, турнир по мини-футболу «Кубок Ректора», межрегиональные туры Всероссийских соревнований по мини-футболу, баскетболу, хоккею. Организуется прокат лыж, коньков, велосипедов для студентов университета. Организуются соревнования среди студенческих общежитий по различным видам спорта. Так же пропагандируется ЗОЖ через различные источники информации: пресса, телевидение, встречи. Организует участие студентов и студенческих команд в таких массовых районных, городских и краевых соревнованиях как «Кросс Наций», «Лыжня России», «Сибирский азимут», «Российский азимут», «Оранжевый мяч», эстафета по улицам города (посвященная Дню Победы), показательные выступления (посвященные Дню знаний), «Зимний мяч России» по мини-футболу, в поддержку Универсиады 2019, АСБ дивизион «Енисей». В течение

учебного года проводятся свыше 250 мероприятий, в которых принимают участие более 20 000 человек [4, 4].

Массовые оздоровительные, физкультурные и спортивные мероприятия направлены на широкое привлечение студенческой молодёжи к регулярным занятиям физической культурой и спортом, на укрепление здоровья, совершенствование физической и спортивной подготовленности студентов. Они организуются в свободное от учебных занятий время, в выходные и праздничные дни. Эти мероприятия проводятся спортивным клубом СФУ на основе широкой инициативы и самостоятельности студентов, при методическом руководстве кафедры физической культуры и активном участии профсоюзной организации вуза [5].

В настоящее время здоровью человека в стране уделяется все больше внимания. Гармонично развитая личность – одна из главных концепций развития современного общества. Вузы являются одной из ступеней этой концепции. Студенческая молодёжь – тот пласт населения страны, который будет строить государство в будущем. И она должна быть готова к этому не только духовно, но и физически.

Список литературы:

1. Распоряжение Правительства РФ от 07.08.2009. № 1101-р «Стратегия развития физической культуры и спорта в Российской Федерации до 2020 года» // Высшее образование сегодня. – 2009. - № 7. – 33 с.
2. Путин В.В. Выступление на расширенном заседании Государственного совета «О стратегии развития России до 2020 года». [Электронный ресурс] URL: <http://www.kremlin.ru> (Дата обращения 15.02.2011).
3. Дворкин Л.С. Физическое воспитание студентов. – М.: Феникс, 2008. – 704 с.
4. Массовая физическая культура и студенческий спорт в Сибирском федеральном университете: сб. документов / разработ.: С.К. Рябинина, Н.Н.

Железнов, Е.В. Иняткина, А.С. Коновалов, Е.А. Власова, Е.В. Алимova, А.Р. Григорян, В.И. Федоров. Красноярск: Сиб. федер. ун-т, 2017. – 276 с.
5. Сайт Сибирского федерального университета. [Электронный ресурс] URL: <http://www.sfu-kras.ru/>

УДК 373(07)

Наталья Андреевна Фараджева

К. пед. наук, доцент

Забайкальский государственный университет,

г. Чита, Россия

E-mail: nafaradzewa@mail.ru

Ольга Насируллаевна Хромова

Преподаватель

Читинская государственная медицинская академия,

г. Чита, Россия

E-mail: faradzewa@mail.ru

**КОМПЛЕКСНАЯ ФИЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНАЯ
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, НАПРАВЛЕННАЯ НА ФОРМИРОВАНИЕ
ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ**

Аннотация. Статья посвящена изучению проблемы эффективности использования физкультурно-оздоровительной деятельности, направленной на формирование здоровья и здорового образа жизни детей дошкольного возраста. Предлагается моделирование образовательной среды по формированию знаний, умений и навыков здорового образа жизни у детей дошкольного возраста.

Ключевые слова: физкультурно-оздоровительная деятельность, формирование здоровья, здоровьесбережение, моделирование образовательной среды.

Natalya Andreevna Faradzeva

PhD in pedagogical Sciences, Associate Professor

Zabaikalsky state University, Chita, Russia

E-mail: nafaradzeva@mail.ru

Olga Nasirullaevna Kromova

Chita state medical Academy, Chita, Russia

E-mail: faradzeva@mail.ru

COMPREHENSIVE PHYSICAL EDUCATION AND WELLNESS ACTIVITIES AIMED AT THE FORMATION OF CHILDREN'S HEALTH

Abstract. *The article is devoted to the study of the problem of the effectiveness of the use of sports and recreational activities aimed at the formation of health and healthy lifestyles of children of preschool age. Modeling of educational environment on formation of knowledge, abilities and skills of a healthy way of life at children of preschool age is offered.*

Keyword: *sports and recreation activities, formation of health, health care, modeling of the educational environment.*

Оценка современного состояния и тенденций здоровья подрастающего поколения свидетельствует о серьезном неблагополучии и нуждается в пристальном внимании не только медицинских работников, но и педагогов, родителей, общественности. Создание здоровьесберегающих технологий особенно актуализировалось в последние годы в связи с интенсификацией образования, появлением многочисленных инновационных программ на фоне ухудшения здоровья подрастающего поколения.

Как свидетельствует медицинская статистика, здоровье детей и подростков России вызывает тревогу, только 14 % детей рождаются здоровыми, 70% детей имеют нарушения опорно-двигательного аппарата, 50% детей страдают хроническими нарушениями дыхательной системы, более 50% школьников знакомы с наркотиками. Реалии сегодняшнего дня свидетельствуют, что названная проблема является прежде всего проблемой педагогической. Именно комплекс педагогических решений, связанных с обучением здоровому образу жизни и внедрением здоровьесберегающих технологий обучения является реальным способом решения названных проблем. (С.Б. Нарзулаев, Л.В. Капилевич, С.В. Парфинович, С.А. Федотов, 2003).

Здоровьесберегающие технологии в образовании – комплекс мер и системных мероприятий, которые обеспечивают здоровьесберегающую среду, условия для сохранения и укрепления здоровья учащихся, формирования ценности здоровья и здорового образа жизни (М.М. Безруких, В.Д. Сонькин, 2002).

Анализ здоровьесберегающей деятельности в учреждениях образования показал, что лишь 20% из них ведут комплексную системную работу. В остальных учреждениях – это, как правило, профилактическая работа с учащимися и родителями (более 80% учреждений), физкультурно-оздоровительная работа (более 70%), специальная оздоровительная работа (3-7 %), разработка и реализация обучающих программ формирования ценности здоровья и здорового образа жизни (до 30%).

Педагогические технологии здоровьесберегающего обучения на всех этапах обучения основываются на принципах комплексного социально-культурного воспитания, естественно-научного образования и физического воспитания; включения вопросов обучения здоровью в программы различных дисциплин, и в итоге – формирование единой «здоровьесберегающей среды» (Нарзулаев С.Б. и др., 2003).

В общей системе всестороннего и гармоничного развития человека физическое воспитание ребенка дошкольного возраста занимает особое место. Именно в этот возрастной период закладываются основы здоровья, правильного физического развития, происходит становление двигательных способностей, формируется интерес к физической культуре и спорту. Анализ научно-методической литературы показал, что еще недостаточно исследована физкультурно-оздоровительная обучающая деятельность в современном воспитательно-образовательном процессе образовательных учреждений (Зимонина В.Н., 2003).

Научность проблемы заключается в педагогическом обосновании применения здоровьесберегающих технологий в системе физического воспитания детей дошкольного возраста. Технологии физического воспитания оздоровительной направленности могут служить средством продления счастливого детства, организацией физкультурно-оздоровительной деятельности, активацией адаптивных возможностей организма. Ориентация дошкольных образовательных учреждений (ДОУ) на новые развивающие программы обучения и подготовки детей к поступлению в инновационные школы значительно расширила возможности дошкольных образовательных учреждений в выборе новых педагогических технологий, обеспечивающих повышение эффективности образования в целом и осуществления здоровьесберегающей направленности физического воспитания дошкольников в частности

Ряд исследователей (Чернышенко, 1998; Гончаров М.Ю., 1999; Морозова О.В. 2000) считают, что существенно оптимизировать процесс физкультурного образования и воспитания в ДОУ возможно через его переосмысление и видоизменение технологических подходов к организации и планированию. Введение оздоровительных технологий в воспитательно-образовательный процесс, в ДОУ позволит выработать активную позицию к собственному здоровью (Серегина О.Б., 1999; Замутаева Н., 2001; Зимонина Н.И, 2002).

Внедрение оздоровительных технологий в процесс воспитания будет способствовать сохранению и укреплению состояния здоровья детей, оптимизации их уровня физического развития и физической подготовленности, совершенствования процессов жизнеобеспечения, что обеспечит социально-психологическую адаптацию личности.

С этой целью нами предпринята попытка моделирования образовательной среды по формированию знаний, умений и навыков здорового образа жизни у детей дошкольного возраста.

1) разработана и внедрена образовательная программа по формированию основ здоровья и здорового образа жизни у детей дошкольного возраста «Растим здорового ребенка». Целью данной программы является формирование саногенного поведения и реализация ее осуществляется

2) проведена оптимизация воспитательно-образовательного процесса с целью сохранения и укрепления здоровья детей за счет:

- а) организации мониторинга состояния здоровья детей всех возрастных групп,
- б) повышения объема и качества занятий по физическому воспитанию детей дошкольного возраста, с учетом их индивидуально-типологических особенностей;
- в) использования эффективных методов оздоровления детей (фитотерапии, витаминотерапии, аромотерапии);

3) отрабатываются инновационные технологии оздоровления детей, а также формирования здорового образа жизни дошкольников.

Целью нашего исследования явилось изучение влияния комплексной физкультурно-оздоровительной деятельности на формирование физического здоровья детей старшего дошкольного возраста г. Читы. Оно включало: изучение физического развития, состояния опорно-двигательного аппарата и физической подготовленности, адаптационных возможностей детей старшего дошкольного возраста.

Педагогический эксперимент заключался в том, что с детьми проводилась комплексная физкультурно-оздоровительная деятельность. Двигательная

деятельность детей экспериментальной группы отличалась дополнительными занятиями во второй половине дня. Недельная двигательная активность детей экспериментальной группы была увеличена за счет двух занятий ритмической гимнастикой и двух комплексных физкультурно-оздоровительных занятия. Комплексные физкультурно-оздоровительные занятия носили интегрированный характер и состояли из двух составляющих: первая – познавательное занятие в зале с использованием спортивного инвентаря, традиционных и нетрадиционных методов оздоровления; вторая – развлекательно-тренирующее занятие в бассейне: плавание и гидроаэробика. Комплексные оздоровительные занятия в зале включало: дыхательную гимнастику, фитбол-гимнастику, самомассаж, точечный массаж рефлексогенных зон, общее УФО, витаминотерапию, музыкотерапию, ароматерапию, лечебную физическую культуру. Основная задача данной части занятия: оздоровление детей и обучение правильному выполнению необходимых для здоровья физических упражнений. Нагрузка на функциональные системы организма ребенка соответствовала поддерживающему режиму (до ЧСС 120 ударов в минуту).

Занятие в бассейне включало: купание, плавание, гидроаэробика, гидропроцедуры. Основная задача данной части занятия оздоровление детей под воздействием гидропроцедур и физических упражнений в воде. Нагрузка на функциональные системы организма ребенка увеличивалась и соответствовала тренирующему режиму (до ЧСС 140 -150 ударов в минуту). Проводимая работа осуществляется при систематическом медико-психологопедагогическом наблюдении. Комплексный подход в физкультурно-оздоровительной работе с детьми дошкольного возраста сопровождается ростом функциональных возможностей и физической подготовленности, снижением заболеваемости, что подтверждают результаты исследования. Динамика показателей количества случаев болезней за время исследования следующая: если в начале исследования было отмечено число случаев болезни 10 (контр. гр.) и 6,9 (экспер. гр.), то в конце исследования

соответственно – 6,3 и 2,9. Динамика состояний опорно-двигательного аппарата (ОДА) детей 5-7 лет в ходе педагогического эксперимента подчеркивает преимущества состояния осанки и стопы экспериментальных групп. Если на начало эксперимента было выявлено детей с нормальной осанкой 47% (контр. гр.) и 45% (экспер. гр.), то в конце эксперимента соответственно – 56% и 68%; с нормальной формой стопы в начале эксперимента – 36% (контр. гр.) и 35% (экспер. гр.), то в конце эксперимента соответственно 42% и 53%, что подтверждает эффективность методик оздоровления и благоприятное воздействие предложенной физической нагрузки на состояние ОДА детей. Физическое развитие, физическая подготовленность и состояние системы кровообращения детей, занимающихся в экспериментальной группе, характеризуются более высокими показателями.

Внедрение в образовательно-воспитательный процесс ДОУ мероприятий направленных на формирование здоровья и здорового образа жизни у детей предусматривает моделирование, физкультурно-оздоровительной деятельности. Здоровьесберегающая модель включает комплексную физкультурно-оздоровительную деятельность во второй половине дня. Приоритетным методом сохранения и улучшения здоровья детей в ДОУ является рациональное использование разнообразных средств и форм физкультурно-оздоровительных занятий при оптимальной двигательной активности, соответствующей научно-обоснованным нормативам среднесуточной двигательной активности. Комплексный подход в физкультурно-оздоровительной работе как следствие сопровождается ростом функциональных возможностей и физической подготовленности снижением заболеваемости. В стенах ДОУ появляется возможность организации здоровой среды для детей, которая является элементом воспитания и необходимым условием здорового образа жизни подрастающего поколения.

Список литературы:

1. Вишневский В.А. Здоровьесбережение в школе /педагогические стратегии и технологии/ - М.: Изд-во «Теория и практика физической культуры», 2002. – 270с.
2. Зимонина В.Н. Воспитание здорового ребенка. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003 – 304с.
3. Методические рекомендации: Здоровьесберегающие технологии в общеобразовательной школе: методология анализа, формы, методы, опыт применения/Под ред. М.М. Безруких, В.Д. Сонькина. – М.: Триада – фарм, 2002. – 114с.
4. Фараджева Н.А. Обоснование эффективности физкультурно-оздоровительных занятий с детьми 5-7 лет. Дисс... канд. пед. наук. Улан-Удэ, БГУ, 2004. – 148с.

УДК 373-056.2

Наталья Владимировна Федотова

студентка,

Забайкальский государственный университет,

г. Чита, Россия

E-mail: nataluy-fedotova@yandex.ru

РАЗВИТИЕ ТВОРЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА У ДЕТЕЙ С ОВЗ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЫ

Аннотация. В статье рассматриваются технологии реализации творческого потенциала детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях общеобразовательной школы, а также адаптации и самореализации в обществе.

Ключевые слова: ограниченные возможности здоровья, школа, адаптация, программа.

Natalya Vladimirovna Fedotova

student,

Transbaikal state university,

Chita, Russia

E-mail: nataluy-fedotova@yandex.ru

**DEVELOPMENT OF CREATIVE POTENTIAL IN CHILDREN
WITH LIMITED OPPORTUNITIES OF HEALTH IN THE CONDITIONS
OF COMPREHENSIVE SCHOOL**

***Abstract.** The summary in article technologies of realization of creative potential of children with limited opportunities of health in the conditions of comprehensive school and also adaptation and self-realization in society are considered.*

***Keywords:** limited opportunities of health, school adaptation, program.*

Образование характеризуется целенаправленным процессом воспитания и обучения, осуществляемым в интересах человека. Реализация современной модели образования нашла свое отражение в нормативно-правовом документе, как ФЗ №273 от 29.12.2012 г. «Об образовании в РФ», в котором определяется важная роль инклюзивному и дополнительному образованию. В связи с этим, в г. Чите в МБОУ СОШ № 19 с 1 сентября 2016 года, открыт ресурсный класс для детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). Дети с ОВЗ – это дети, имеющие различные отклонения психического или физического плана, которые обуславливают нарушения общего развития, не позволяющие детям вести полноценную жизнь [1, 2, 5].

В СОШ по архитектурной доступности созданы все условия для образования детей с ОВЗ, для каждого ученика разработана индивидуальная обучающая программа. В классе имеется оборудование информационно-коммуникационных технологий, которое используется в процессе обучения,

специальные парты для индивидуального и группового обучения, зона для отдыха и игр, развивающие игры, дидактический материал и т.д. С обучающимися детьми работают специалисты: психолог, дефектолог, логопед, педагоги индивидуального обучения, тьютор и в, обязательном порядке семья ребенка. В настоящее время, во всех образовательных учреждениях большое внимание уделяется развитию детского творчества. Нами разработана программа «Мир фантазий» детское творчество, для детей с ОВЗ для шести детей обучающихся 7-10 лет.

Творчество – расширяет кругозор, способствует формированию творческого отношения к окружающей жизни, нравственных представлений. В процессе создания своими руками уникальных вещей ребёнок учится саморазвиваться и выражать собственную индивидуальность. Материал для занятий подбирается с учетом темы, а также индивидуальных особенностей детей. Для развития творческих способностей используются разные техники: традиционные (аппликация, лепка, рукоделие) и нетрадиционные (рисование пластилином, свечой, восковыми мелками; витраж, коллаж крупы, семян, пуговиц; декупаж, папье-маше, комбинированная аппликация – применение, ткани, кружева, тесьмы, пряжи и т. д), экспериментирование с различными художественными материалами, дидактические игры, силуэтное и объемное моделирование, упражнения для составления орнамента, прорисовки элементов росписей. Перечисленные техники привлекательны своеобразной художественной выразительностью, содержат элементы новизны, активизируют индивидуальные способности детей, дают неограниченные возможности для импровизации сочетания самых разных материалов [3, 4].

Актуальность данной программы – создает благоприятные условия для интеллектуального и духовно-нравственного воспитания личности ребенка, социально-культурного и профессионального самоопределения и адаптации в обществе, развития познавательной активности и творческой самореализации учащихся. Детское творчество воспитывает усидчивость, развивает трудовые умения и навыки, мелкую моторику, ловкость рук, воспитывает аккуратность

и терпение Ведущим в обучении является метод реализации творческого, духовно-нравственного потенциала личности. В работе с детьми применяется деятельностный подход, который учит применять в быту навыки изготовления различных изделий – подарки и открытки к праздникам, рисунки не только красками, но и пластилином, различные аппликации, сувенирные украшения для дома и т.д.

Цель данной программы – реализация творческого потенциала обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, через приобщение к детскому творчеству в условиях общеобразовательной школы №19 г. Чита.

Задачи:

Обучающие:

- знакомить учащихся с историей и современными направлениями развития детского творчества;

- научить детей владеть различными техниками работы с бумагой, картоном, пластилином, другими материалами и инструментами, необходимыми в работе;

- формировать целеустремленность и настойчивость в достижении результатов.

Развивающие:

- развивать природные задатки, творческий потенциал каждого ребенка: фантазию, наблюдательность, адекватную самооценку;

- развивать аналитические способности, образное и пространственное мышление: память, воображение, внимание;

- формировать мотивацию к активному участию в общественной жизни.

Воспитательные:

- приобщать учащихся к системе культурных ценностей, отражающих богатство общечеловеческой культуры, в том числе и отечественной, формировать потребность в высоких культурных и духовных ценностях и их

дальнейшем обогащении;

– побуждать к овладению основами нравственного поведения и нормами гуманистической морали (доброты, взаимопонимания, милосердия, веры в созидательные способности человека, терпимости по отношению к людям, культуры общения, интеллигентности, как высшей меры воспитания);

– способствовать развитию внутренней свободы ребенка, чувства собственного достоинства, самоуважения;

– воспитывать уважительное отношение между членами коллектива в совместной творческой деятельности;

– воспитывать трудолюбие, бережливость, способность к преодолению трудностей.

Продолжительность реализации программы 1 год.

Программа рассчитана на учащихся 7-10 лет.

Форма организации занятий: 2 раза в неделю, 66 часов за год.

Формы организации деятельности учащихся на занятии могут быть индивидуальными, в парах, групповыми и коллективными.

Отличительная особенность программы:

Дети должны научиться зрительному и мускульному восприятию формы предмета, использовать различные выразительные средства, а также овладеть изобразительными и техническими приемами. Необходимо развивать творческую инициативу, предоставлять им возможность самостоятельно выбрать темы, выразительные средства и способы изображения.

Критерии и формы оценки качества знаний

Система оценки достижения планируемых результатов, освоения программы предполагает комплексный подход к оценке результатов и промежуточный контроль в середине учебного года, позволяющий вести оценку достижения обучающимися всех трех групп результатов: личностных, метапредметных и предметных.

Оценка личностных результатов представляет собой оценку достижения

обучающимися планируемых результатов в их личностном развитии.

К концу года у детей должна наблюдаться положительная динамика познавательных процессов, расширится кругозор через пространственное восприятие мира, умение работать в группах, изучение техники работы с различными материалами.

Методы обучения, применяемые при реализации данной программы:

- словесные методы: рассказ, беседа, объяснение;
- наглядные методы: показ иллюстраций, работа по образцам и схемам.
- практические методы: изготовление работы, метод упражнений.

Применение этих методов способствует развитию самостоятельности, мышления, умения выполнять различные виды поделок.

Ожидаемые результаты:

Независимо от предметного содержания у учащихся должны формироваться общетрудовые знания, умения и способы деятельности. Учащимися должны быть усвоены знания о процессе труда и выработаны первоначальные умения по его практической реализации.

Это:

- планирование и организация рабочего места;
- рациональное размещение инструментов и материалов;
- распределение рабочего времени;
- соблюдение последовательности технологических операций под руководством педагога и по технологической карте;
- контролировать ход деятельности;
- соотнесение результатов деятельности с образцом;
- осуществление сотрудничества при коллективной работе;
- соблюдение безопасных приемов труда при работе с различными инструментами, материалами и правил личной гигиены;
- выдвигать свои идеи и оценивать их с позиции экономической доступности и посильности исполнения;

- осуществлять наблюдения и исследования свойств различных материалов;
- комбинировать материалы с целью улучшения дизайна и качества изделия;
- выбирать необходимые материалы и инструменты;
- оценивать процессы и результат своего труда;
- выполнять индивидуальные и коллективные творческие работы, проекты.

Занятия творчеством с такими детьми очень интересны, к каждому нужен индивидуальный подход и индивидуальный ритм работы, более частое переключение с одного вида деятельности на другой. Знание и учет индивидуальных особенностей детей дает возможность лучше организовать работу. Ведь не каждый ребенок идет на контакт, сначала он адаптируется к окружающей среде, школе, педагогам, классу и ученикам, которые его окружают, многие из них не посещали детский сад в связи с проблемами здоровья. Придя в школу для детей с ОВЗ открывается новый мир, они начинают не только общаться друг с другом, но и помогать другим [6, 7].

Творческая и трудовая деятельность позволяет включать учащихся в такие процессы, которые оказывают благотворное влияние на весь организм ребёнка, формируют у них необходимые навыки и привычки личной гигиены и чистоты помещений, что создаёт условия для здорового образа жизни детей.

Включение школьников в различные виды и формы труда позволяет также постигнуть его красоту, получить удовлетворение при получении положительного результата работы. Воспитывает не только сам труд, но и те отношения, которые складываются в процессе его. Результативность трудового воспитания во многом зависит от его организации. При этом нельзя ограничиваться какими-то одними формами или видами коррекционно-воспитательного воздействия на учащихся.

Таким образом, внедрение данной программы среди детей с ОВЗ на площадке общеобразовательной школы № 19 г. Читы, позволит им быстрее

адаптироваться профессиональным, коммуникативным навыкам в социуме.

Список литературы:

1. Санникова А.И. Развитие творческого потенциала личности средствами образования: теория и опыт научного исследования // Вестник ПГГПУ. Сер. №1. Психологические и педагогические науки. 2014. №2-1. С. 93-100.
2. Орлова А.Ю. Дадькина М.В. Использование современных инновационных технологий во внеурочной деятельности в работе с детьми с ОВЗ // Специальное образование. 2014. №X. С. 222-225.
3. Галеева Г.Н. О роли сознательного выбора деятельности творческого характера в дополнительном образовании подростком с ОВЗ для профессиональной ориентации // Теория и практика общественного развития. 2014. №13. С. 97-99.
4. Кузовлева С.В. Развитие творческого потенциала обучающихся с ОВЗ как необходимое условие для их успешной социализации // Специальное образование. 2017. №. С. 109-111.
5. Шелуханова А.В. Использование коррекционно-развивающих игр в работе с детьми с ограниченными возможностями // Сборник материалов Ежегодной международной научно-практической конференции «Воспитание и обучение детей младшего возраста». 2016. №5. С. 995-996.
6. Тверская О.Н. Возможности развития готовности к самореализации ребенка с ограниченными возможностями здоровья в процессе обучения // Вестник ПГГПУ. Серия № 1. Психологические и педагогические науки. 2014. №2-1. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/vozmozhnosti-razvitiya-gotovnosti-k-samorealizatsii-rebenka-s-ogranichennymi-vozmozhnostyami-zdorovya-v-protssesse-obucheniya> (дата обращения: 21.02.2018).
7. Гудина Т.В. Инклюзивный подход к социокультурной реабилитации детей и молодежи с ОВЗ // Вестник Костромского государственного университета. Сер.: Педагогика. Психология. Социокинетика. 2017. №1. URL:

<http://cyberleninka.ru/article/n/inklyuzivnyy-podhod-k-sotsiokulturnoy-reabilitatsii-detey-i-molodezhi-s-ovz> (дата обращения: 21.02.2018).

УДК 614.2

Мария Геннадьевна Храповицкая

Студент

Витебский государственный университет имени П.М. Машерова,

г. Витебск, Беларусь

E-mail: hragega@gmail.com

Ольга Николаевна Малах

К. биол. наук., доцент

Витебский государственный университет имени П.М. Машерова,

г. Витебск, Беларусь

E-mail: malaholga1@gmail.com

К ВОПРОСУ О ЛАТЕНТНОЙ НАРКОМАНИИ У УЧАЩИХСЯ-СПОРТСМЕНОВ

***Аннотация.** В статье рассматриваются вопросы выявления латентной наркомании среди учащихся-спортсменов, мотивов употребления наркотиков, определяется значение информированности по проблеме наркоман данной категории лиц.*

***Ключевые слова:** латентная наркомания, мотивы употребления наркотиков, учащиеся-спортсмены.*

Maria Gennadyevna Khrapovitskaya

Student

Vitebsk State University named after P.M. Masherova,

Vitebsk, Belarus

E-mail: hragega@gmail.com

Olga Nikolaevna Malakh

PhD in biological Sciences, Associate Professor

Vitebsk State University named after P.M. Masherova,

Vitebsk, Belarus

E-mail: malaholga1@gmail.com

TO THE QUESTION OF LATENT FRIENDSHIP IN STUDENTS- ATHLETES

Abstract. *The article examines the issues of revealing latent drug addiction among students, athletes, motives for drug use, determines the importance of awareness of the problem of a drug addict of this category of persons.*

Keywords: *latent drug addiction, motives of drug use, student-athletes.*

Актуальность данного исследования обусловлена в первую очередь тем, что за последние 100 лет наркомания из проблемы, бывшей предметом узкой области медицины – психиатрии, перешла в разряд общесоциальных проблем, требующих комплексного изучения [1]. По данным ВОЗ, в современном мире отмечается непрерывная тенденция к увеличению числа лиц, принимающих наркотические препараты, возрастает употребление наркотиков молодежью, активизируется употребление нетрадиционных наркотиков, широкое распространение приобретают синтетические наркотики, в употребление наркотиков вовлекаются представители всех социально-экономических групп общества [2, 4]. Тревогу вызывает ее распространение среди подрастающего поколения, потому что детская и подростковая наркозависимость создает устойчивую базу для развития взрослой наркомании [3, 5]. Развитие наркозависимости, прежде всего, следует рассматривать как проблему формирования в мотивационной сфере личности мотивов употребления наркотиков. Задачами изучения мотивов наркотизации являются получение представления об аномальном развитии личности, его причинах и

закономерностях, а также прогнозирование риска возникновения наркотической зависимости у нормально, продуктивно развивающейся личности [3]. В связи с этим целью исследования было изучение мотивов употребления наркотических средств учащимися-спортсменами.

В исследовании приняли участие 40 учащихся 1-2 курсов училища олимпийского резерва в возрасте от 17 до 19 лет. С целью изучения мотивов употребления наркотиков и выявления латентной наркомании использовали автоматизированную анкету, разработанную на основе опросника МУН (автор И.В. Аксючиц) с помощью пакета Microsoft Office программы MS Excel.

Анализ результатов исследования по уровню риска употребления наркотиков позволил разделить всех респондентов на 4 группы (табл.).

Таблица

Уровень риска употребления наркотиков учащимися-спортсменами

Учащиеся	Уровень риска употребления наркотиков			
	отсутствие риска употребления наркотиков	низкий риск	средний риск	высокий риск
1 курс, n=20	58,3%	16,7%	25%	не выявлен
2 курс, n=20	75%	12,5%	не выявлен	12,5%

В ходе проведенного исследования было выявлено, что у учащихся с отсутствием риска употребления наркотиков доминируют субмиссивные (желание подчиняться пресингу значимых людей или референтной группы), гедонистические (стремление получать физическое и психическое удовольствие от действия наркотиков, пережить эйфорию) и абстинентные мотивы (стремление с помощью наркотиков снять дискомфорт, улучшить самочувствие).

В группе учащихся с низким риском употребления наркотиков к выше описанным мотивам добавляются мотивы гиперактивации поведения

(стремление «выйти» из состояния скуки, душевного бездействия) и аддиктивные мотивы (фиксация в сознании болезненного влечения к наркотику).

У учащихся со средним риском доминируют субмиссивные, мотивы гиперактивации поведения и абстинентные мотивы.

В группе учащихся с высоким риском доминируют традиционные (стремление использовать нарковещества по праздникам), гедонистические, мотивы гиперактивации поведения, абстинентные и аддиктивные.

Об учащихся со средним и высоким риском употребления наркотиков можно судить как о людях, не состоящих на учете в наркодиспансере, но склонных к употреблению наркотиков.

Для информирования учащихся-спортсменов о наркомании был создан сайт «Все о наркомании» <http://vsjo-o-narkomanii.mozello.com/>, который был разработан при помощи Конструктора сайтов Mozello. Данный сайт содержит информацию касательно терминологии, этапов развития наркотической зависимости, последствий употребления наркотиков, признаков, по которым можно выявить наркомана, причин, побуждающих наркомана изменить реальность, мероприятий по профилактики зависимости, а также статистической информации по проблеме (рис. 1-2).

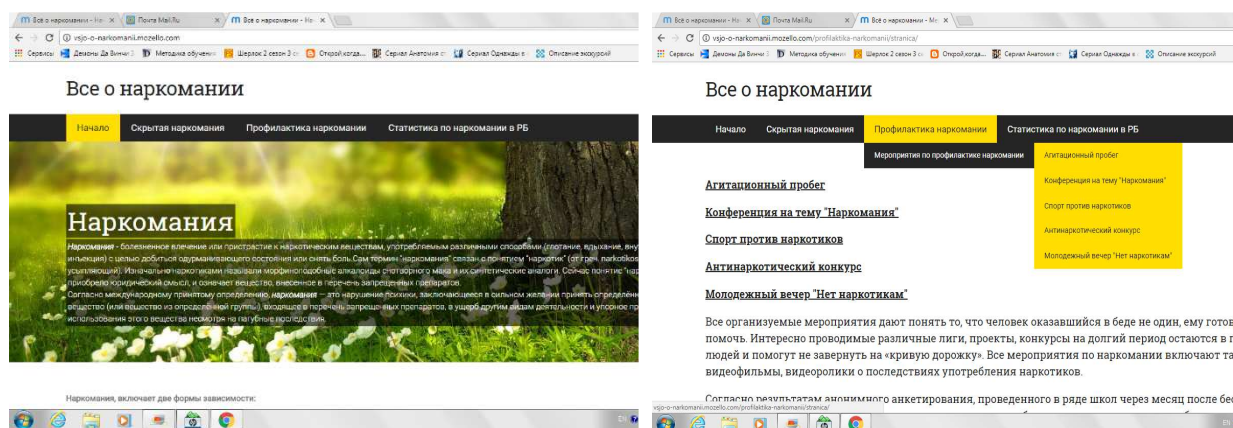


Рис.1-2 Скриншоты сайта «Все о наркомании»

Таким образом, раннее выявление латентной наркомании и определение модели мотивации употребления наркотиков у лиц, склонных к наркотизации

позволит своевременно провести профилактическую работу. Информированность учащихся-спортсменов о наркомании позволит более внимательно относиться к потребляемым веществам, приобщит их к здоровому образу жизни.

Список литературы:

1. Наркомания как социальная проблема [Электронный ресурс] URL: <http://www.dslib.net/soc-filosofia/narkomanija-kak-socialnaja-problema.html> (дата обращения 26.03.2018).
2. Наркомания как социальная проблема [Электронный ресурс] URL: <http://penzrb.ru/?m=20171117> (дата обращения 26.03.2018).
3. Проблема наркомании [Электронный ресурс] URL: <https://xreferat.com/77/1842-1-problema-narkomanii.html> (дата обращения 26.03.2018).
4. Проблемы профилактики наркомании среди подростков [Электронный ресурс] URL: <https://infourok.ru/problemi-profilaktiki-narkomanii-sredi-podrostkov-378185.html> (дата обращения 26.03.2018).
5. Теоретические основы проблемы профилактики наркомании среди подростков. Наркомания как социальная проблема [Электронный ресурс] URL: <http://www.sociologydeep.ru/sdps-641-1.html> (дата обращения 29.03.2018).

УДК 159.99

Ольга Вікторівна Шевельдіна

асистент

Донбаський державний педагогічний університет,

м.Слов'янськ, Україна

Дар'я Володимирівна Цимбал
магістр факультету психології, економіки та управління
Донбаський державний педагогічний університет,
м.Слов'янськ, Україна
E-mail: solo7772003@mail.ru

ВНУТРІШНЬОСІМЕЙНІ КОНФЛІКТИ У МОЛОДИХ ПОДРУЖНІХ ПАР

Аннотація. В статті розглядається проблема внутрішньосімейних конфліктів у молодих подружеских пар. Проведен теоретичний аналіз і експериментальне дослідження про вплив стратегій самоутвердження на конфліктне поведіння у молодих подружеских пар.

Ключевые слова: семья, стратегии самоутверждения, конфликтное поведение.

Olha Viktorivna Sheveldina

Assistant

Donbass State Pedagogical University,

Slaviansk, Ukraine

Daria Volodymyrivna Tsymbal

MA Department of Psychology, Economics and Management

Donbass State Pedagogical University,

Slaviansk, Ukraine

E-mail: solo7772003@mail.ru

DOMESTIC CONFLICTS IN YOUNG MARRIED COUPLES

Annotation: The article deals with the problem of intra-family conflicts in young couples. In the article are conducted a theoretical analysis and experimental

research on the influence of strategies of self-affirmation on conflict behavior in young couples.

Keywords: family, strategies of self-affirmation, conflict behavior.

Ключову роль у сімейних стосунках грають подружні конфлікти. Вони частіше виникають через незадоволення потреб подружжя. Виходячи з цього виділяють основні причини подружніх конфліктів: психосексуальну несумісність подружжя; незадоволеність потреби в значущості свого «Я», неповага почуття гідності з боку партнера; незадоволеність потреби в позитивних емоцій: відсутність ласки, турботи, уваги і розуміння; пристрасть одного з подружжя до надмірного задоволення своїх потреб (алкоголь, наркотики, фінансові витрати тільки на себе і т.д.); незадоволеність потреби в взаємодопомоги і взаєморозуміння з питань ведення домашнього господарства, виховання дітей, у відносинах з батьками і т.д.; відмінності в потребах з проведення дозвілля, хобі [7].

Крім того, виділяють фактори, що впливають на конфліктність подружніх відносин. До них відносять кризові періоди розвитку сім'ї. Перший рік подружнього життя характеризується конфліктами адаптації один до одного, коли два «Я» стають одним «Ми». Відбувається еволюція почуттів, закоханість зникає і подружжя з'являються один перед одним такими, які вони є. Відомо, що в перший рік життя сім'ї ймовірність розлучень велика, до 30% загальної кількості шлюбів.

Другий кризовий період пов'язаний з появою дітей. Ще не окріпнула система «Ми» піддається серйозному випробуванню. Що ж лежить в основі конфліктів в цей період: погіршуються можливості професійного зростання подружжя; у них стає менше можливостей для вільної реалізації в особисто-привабливою діяльності (захоплення, захоплення); Можливі зіткнення поглядів подружжя та їх батьків з проблем виховання дитини.

Третій кризовий період збігається із середнім подружнім віці, що характеризується конфліктами одноманітності. В результаті багаторазового

повторення тих самих вражень у подружжя настає період насичення один одним. Це стан називають голодом почуттів, коли настає «ситість» від старих вражень і «голод» з новим.

Четвертий період конфліктності відносин подружжя настає після 18-24 років спільного життя. Його виникнення часто збігається з наближенням періоду інволюції, виникненням почуття самотності, пов'язаного з відділенням дітей, що посилюється емоційною залежністю подружжя, їх переживаннями з приводу можливого прагнення одного з партнерів до сексуального виявлення себе на стороні, “поки не пізно” [5].

Значний вплив на ймовірність виникнення подружніх конфліктів надають зовнішні фактори: погіршення матеріального положення багатьох сімей; надмірна занятість одного з подружжя (або обидва) на роботі; неможливість нормальної працевлаштування одного з подружжя; тривала відсутність свого житла; відсутність можливості влаштувати дітей у дитячий заклад та ін.

Перелік факторів конфліктності сім'ї був би неповним, якщо не назвати макрофактори, тобто зміни, що відбуваються в сучасному суспільстві, а саме: зростання соціального відчуження; орієнтація на культ споживання; девальвація моральних цінностей, у тому числі традиційних норм сексуальної поведінки; зміна традиційного статусу жінки в сім'ї (протилежними полюсами цього зміни є повна економічна самостійність жінки і синдром домогосподарки); кризовий стан економіки, фінансів, соціальної сфери держави [6].

У залежності від частоти, глибини та гостроти конфліктів виділяють кризові і конфліктні, проблемні і невротичні сім'ї [1].

Кризова родина. Протистояння інтересів і потреб подружжя має гострий характер і захоплює важливі сфери життєдіяльності сім'ї. Подружжя займає непримиренні і навіть ворожі позиції по відношенню один до одного, не погоджуючись ні на які компроміси. В кризових шлюбних союзів можна віднести всі ті, які або розпадаються, або перебувають на межі розпаду.

Конфліктна родина. Між подружжям існують постійні сфери, де їх інтереси зіштовхуються, породжуючи сильні і тривалі негативні емоційні стани. Однак шлюб може зберігатися завдяки іншим чинникам, а також компромісним рішенням конфліктів.

Проблемна сім'я. Для нього характерне тривале існування труднощів, здатних завдати відчутного удару по стабільності шлюбу. Наприклад, відсутність житла, тривала хвороба одного з подружжя, відсутність коштів на утримання сім'ї, засудження на тривалий термін за злочин і низку інших проблем. У таких сім'ях можливе загострення взаємин, поява психічних розладів у одного або обох партнерів.

Невротична родина. Тут основну роль відіграють не спадкові порушення в психіці партнерів, а накопичення впливу психологічних труднощів, з якими стикається родина на своєму життєвому шляху. У партнерів відмічається підвищена тривожність, порушення сну, емоції з будь-якого приводу, підвищена агресивність і т.д.

Конфліктна поведінка партнерів може проявлятися в прихованій і відкритій формах. Показниками прихованого конфлікту є: демонстративне мовчання; різкий жест або погляд, що говорить про незгоду; бойкот взаємодії в якійсь сфері сімейного життя; підкреслена холодність у відносинах. Відкритий конфлікт частіше проявляється через відкриту розмову в підкреслено коректній формі; взаємні словесні образи; демонстративні дії (грюкання дверима, биття посуду, грюкотіння кулаком по столу), образа фізичними діями та ін. [2].

Учасники сімейних конфліктів часто не є протиборчими сторонами, швидше вони жертви власних неусвідомлюваних особистісних особливостей і неправильного, не відповідає реальності, бачення ситуації і самих себе. Для сімейних конфліктів характерні дуже неоднозначні і тому неадекватні ситуації, пов'язані з особливостями поведінки людей в конфліктах. Демонстрована поведінка часто маскує справжні почуття і уявлення про конфліктну ситуацію і один про одного. Так, за грубими і гучними

зіткненнями подружжя можуть ховатися прихильність і любов, а за підкресленою ввічливістю - емоційний розрив, хронічний конфлікт, іноді і ненависть [4].

Сімейні конфлікти зазвичай пов'язані з прагненням людей задовольнити ті або інші потреби або створити умови для їх задоволення без урахування інтересів партнера. Причин для цього багато. Це різні погляди на сімейне життя, і нереалізовані очікування і потреби, грубість, неповажне ставлення, подружжя невірність, фінансові труднощі і т.д. Конфлікт, як правило, породжується не однією, а комплексом причин, серед яких умовно можна виділити основну - наприклад незадоволені потреби подружжя.

Наше дослідження проводилось з громадянами міста Слов`янська Донецької області кількістю 48 чоловік (24 -чоловіка і 24 - жінки).

За допомогою методики «Тест опису конфліктної поведінки К.Томаса (адаптація Н.В.Грішиної)» ми виявили наступні домінуючі показники стратегій поведінки в конфліктній ситуації: у чоловіків переважають суперництво (41,6%), компроміс (25%) та співробітництво (20,83%), у жінок – компроміс (33,33%) та співробітництво (29,16%). Серед цих показників на високому рівні у чоловіків виступає суперництво (12,48%) та співробітництво (8,33%). Суперництво вказує на те, що люди з цим типом поведінки можуть проявляти агресію та наполегливість у конфліктній ситуації, при цьому не враховується мета партнера, а на пропозиції проявляється негативна, вибухова та агресивна реакція. Такі люди можуть виступати агресорами та пророкувати конфлікти.

При співробітництві людина, навпаки, враховує та поважає думку інших, але і не відступається від своєї. Такі люди можуть йти компроміс, знаходити вихід, який допоможе і партнеру і йому самому залишитися у вигідній для обох ситуації. Така особистість вважається більш розвинутою, самодостатньою, яка знає ціну собі та своїй праці. Вони можуть об'єктивно дивитися на речі, оцінювати їх з широкої та різносторонньої точки зору, поважає думку інших та може захистити, відстояти свою.

Такі показники, які суперечать один одному, можуть бути обумовлені різними сферами діяльності та соціальним статусом чоловіків, які брали участь у дослідженні.

У жінок з вказаних показників на високому рівні перебуває співробітництво (4,16%).

Отримані показники відображені у таблиці 1.

Таблиця 1

Показники конфліктної поведінки у молодих подружніх пар
(за методикою К. Томаса (адаптація Н.В.Грішиної))

Показники	Рівні, у %							
	Чоловіки				Жінки			
	Абс.ч.	В.р.	Ср. р.	Н.р.	Абс. ч.	В.р.	Ср.р.	Н.р.
Суперництво	41.6	12.48	24.96	4.16	12.5	4.16	8.32	0
Пристосування	0	0	0	0	16.7	4.18	4.18	8.36
Компромісність	25	0	20.83	4.16	33.33	0	20.83	12.5
Втеча	12.5	0	0	12.5	8.33	0	0	8.33
Співробітництво	20.83	8.33	8.33	4.16	29.16	4.16	16.66	8.33

Проведена також методика по виявленню домінуючих стратегій самоствердження за методикою «Стратегії самоствердження особистості» (Є.П.Нікітін, Н.Є.Харламенкова). Виявлено, що у чоловіків та жінок найбільш переважаючою стратегією самоствердження виступає «конструктивність» (чол.-50%, жін. - 52%), що вказує на уміння легко та правильно вирішувати проблеми, схильності до обґрунтованого ризику, в спонтанному прояву своїх здібностей у творчості. Для них характерне прагнення до саморозкриття і самовираження.

Також необхідно відмітити, що у чоловіків на високому рівні виступає така стратегія як «домінування» (4,3%), що пояснюється бажанням керувати, давати вказівки, бути вищим (по статусу, інтелектуальним можливостям, здібностям і т.д.) за інших. Стратегія домінування як стратегія компенсації гіперпотреби в самостверженні може виявлятися у формі вербальної агресії,

у вигляді створення штучних перешкод і пов'язаних з ними станів фрустрації в іншої людини у вигляді приховування від нього важливої інформації та емоційної ізоляції. Також варто зазначити, що стратегія «домінування» властива 22% жінок, але у них вона проявляється загалом на середньому рівні (14,66%). Ці данні відображені у таблиці 3.

Таблиця 3

Показники стратегії самоствердження у молодих подружніх пар
(за методикою «Стратегії самоствердження особистості» Є.П.Нікітіна,
Н.Є.Харламенкової)

Показники	Рівні, у %							
	Чоловіки				Жінки			
	Абс.ч.	В.р.	Ср. р.	Н.р.	Абс.ч.	В.р.	Ср.р.	Н.р.
Домінування	34	4,3	21,3	8,6	22	0	14,66	7,33
Конструктивне	50	0	8,33	41,7	52	16	28	8
Самоподавлення	16	4	4	8	17	6,8	3,4	6,8

Таким чином можна зазначити, що у жінок та чоловіків домінуючими виступають конструктивні стратегії самоствердження, що поліпшують стан сімейного мікроклімату. По типу конфліктної поведінки у чоловіків найпоширенішими виступають суперництво та компроміс, у жінок – компроміс та співробітництво, що в обох випадках вказує на позитивне вирішення конфлікту.

Встановлення взаємозв'язку між стратегією самоствердження, та конфліктною поведінкою, показало, що значний зв'язок існує між компромісом та конструктивною стратегією самоствердження ($r_{xy}=0,63$, при $p \leq 0,01$), що вказує на продуктивність та позитивний розвиток сімейних відносин, забезпечує психологічне здоров'я та гармонійний розвиток молодої сім'ї.

В свою чергу домінування співвідноситься з суперництвом, що веде до порушення спілкування у сім'ї, не врахування думки іншого з подружжя, бажання завжди бути головним ($r_{xy}=0,46$, при $p \leq 0,01$). Таким чином втрачається взаємоповага та у формуванні сім'ї бере участь одна людина, що не завжди відбувається у позитивному напрямі.

Самоподавання корелює з уникненням ($r_{xy}=0,43$, при $p \leq 0,01$), що характеризується втечею від проблем, не бажанням приймати участь у вирішенні конфліктних питань.

Можна зазначити, що молоді сімейні пари, які прожили у шлюбі від 3 до 5 років, у більшості випадків використовують конструктивні стратегії самоствердження, часто ідуть на компроміс та підтримують співробітництво, що дає позитивний прогноз на майбутнє сучасних родин.

Список літератури:

1. Алешина Ю.Е., Гозман Л.Я., Дубовская Е.М. Социально-психологические методы исследования супружеских отношений. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1987. – 203 с.
2. Ван Пелт Н. Найти и удержать: Пер. с англ. - 2-е изд. - Заокский: "Источник жизни", 2007. – 256с.
3. Голод С.И. Семья и брак: историко-социологический анализ. СПб.: Петрополис, 1998. – 271с.
4. Левин К. Типы конфликтов // Психология личности: Тексты. – М.: 1982. – 87-94с.
5. Сатир В. Как строить себя и свою семью: М.: Педагогика - Пресс, 1992. – 162с.
6. Сысенко В.А. Конфликты. М.: Финансы и статистика, 1983. – 340с.
7. Сысенко В.А. Супружеские конфликты. М.: Мысль, 1989. – 306с.

Лидия Павловна Шелопугина

Студент

Забайкальский государственный университет,

г. Чита, Россия

E-mail: lidochka.331@mail.ru

РАЗВИТИЕ РЕЧИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ ПОСРЕДСТВОМ ИППОТЕРАПИИ

Аннотация. В статье представлен анализ возможностей использования иппотерапии в коррекции речи. Приведена примерная программа по развитию речи детей с церебральным параличом посредством иппотерапии.

Ключевые слова: иппотерапия, детский церебральный паралич, развитие речи.

Lidia Pavlovna Shelopugina

Student

Transbaikal State University, Chita, Russia

E-mail: lidochka.331@mail.ru

DEVELOPMENT OF THE SPEECH OF CHILDREN WITH CHILDREN'S CEREBRAL PARALICH BY MEANS OF IPPOTHERAPY

Abstract: The article presents an analysis of the possibilities of using hippotherapy in speech correction. An exemplary program for the development of speech of children with cerebral palsy through hippotherapy is given.

Keywords: hippotherapy, children cerebral paralich, development of speech.

Проблема нарушений речи детей, страдающих детским церебральным параличом, на протяжении многих лет привлекает к себе особое внимание дефектологов и докторов медицинских наук, таких как: Л. А. Данилова,

Е.М. Мاستюкова, М. В. Ипполитова, И. А.Панченко и др. Возрастает количество центров, занимающихся лечением и коррекцией данного нарушения.

Однако, по мнению Л.М. Шипицыной и И.И. Мамайчук коррекционно-логопедическая работа не всегда эффективна.

Поэтому в качестве дополнительной коррекции развития речи всё активнее используют иппотерапию, которая предоставляет возможность использовать лошадь в качестве посредника между ребенком и инструктором. По мнению Б.А. Архипова отмечается повышение интереса отечественных специалистов различного профиля к расширению методов и способов реабилитации детей с особенностями в развитии, к включению их в медицинские, психологические и педагогические технологии. Поэтому не удивительно, что верховая езда как способ лечения по праву начинает занимать свое естественное и достойное место в реабилитационном пространстве [1, с.101].

Г.В. Дремова объясняет уникальность иппотерапии тем, что благодаря воздействию ритмически упорядоченной моторной и сенсорной нагрузки на пациента при его тесном контакте с лошадью достигается стабильно выраженный эффект. И. Штраус отмечает многообразие биомеханических воздействий в сочетании с эмоциональным эффектом, получаемых при занятиях иппотерапией, которые невозможно достичь при использовании других логопедических занятиях [1, с.135].

По определению Кушховой А.Ф. иппотерапия—это разновидности лечения, когда общение и контакт с лошадью оказывают благоприятное воздействие, передавая в тело человека импульс здоровья, гармонию состояния лошади [3, с.69].

Иппотерапия давно признана в странах Западной Европы как эффективный метод коррекции физического и психического развития. По мнению А.В.Ермакова за последние 15 лет интерес к ней значительно вырос и в нашей стране. На данный момент на территории России насчитывается около

100 иппотерапевтических центров. Однако, несмотря на столь быстро растущую популярность, исследований на эту тему крайне мало. Основную массу публикаций представляет переводная литература (Стефания Вудз, ФрэнДжосвик, Марджори Киттредж, д-р Колине, Лайда Макковен, Крис Макпарлэнд, Джен Спинк, Ингрид Штраус). В отечественной литературе в большей степени освещен опыт иппотерапевтической работы с инвалидами вследствие детского церебрального паралича (П.Т.Гурвич, А.И.Денисенков, Г.В.Дремова, А.В.Ермаков, Н.С.Роберт, Ц.Ш.Чхиквишвили) [11, с.28].

Наименее охвачены иппотерапевтической помощью нарушения речевого развития детей с церебральным параличом, что, по всей видимости, является результатом недостаточной изученности коррекционного влияния иппотерапии на речевое развитие.

Целью статьи является изучение степени влияния иппотерапии на развитие речи детей с церебральным параличом.

В процессе достижения поставленной цели, мы ознакомились с исследованиями специалистов.

По мнению Архипова Б.А неповторимость иппотерапии заключается в сочетании телесно - ориентированных и когнитивных приёмов воздействия на развитие ребёнка. Для восстановления, активизации и построения взаимодействия между различными уровнями и аспектами психической деятельности, а также для создания определенного потенциала для будущей работы большое значение имеет правильно подобранные движения [6].

А. В. Семенович в своей книги указывает на то, что «актуализация и закрепление любых телесных навыков предполагает востребованность извне к таким психическим функциям как, эмоции, восприятие, память, процессы саморегуляции и т.д. Следовательно, создается базовая предпосылка для полноценного участия этих процессов в овладении речью, чтением, письмом» [9, с.3].

На занятиях иппотерапии развитие речи происходит посредством движения, а также включением в программу занятий специальных дыхательных упражнений и гимнастик [10, с.8].

Дыхательная гимнастика способствует оптимизации кровообращения и газообмена, обеспечивает вентиляцию всем участкам лёгких и массаж органов брюшной полости. Правильное дыхание способствует концентрации внимания и успокаивает, тем самым создаёт основу для формирования базовых составляющих произвольной саморегуляции [7, с.8].

Для правильного произношения звуков необходима артикуляционная гимнастика, так же она способствует расширению сенсомоторного опыта, выработке полноценных движений и определенных положений органов артикуляционного аппарата.

По мнению Ю.А. Слепченко работа с артикуляцией очень трудна, это связано с тем, что она требует постоянного повторения. Во время занятий используют связанные с верховой ездой слова и упражнения с речевым аппаратом. Это даёт быстрый эффект, так как усиливает мотивацию ребёнка [10].

Основным этапом занятий является – развитие самостоятельной речи ребёнка. Необходимо добиться, чтобы ребенок захотел говорить, стремился выразить свои мысли словами [3]. Сначала следует побудить ребенка к произнесению звукоподражаний. Педагог обращает внимание ребенка на звуки, исходящие от лошади: «Как лошадка фыркает, цокает, ржет? Кто громче фыркает, ты или лошадка?» Затем отрабатываются звукоподражания другим животным («ко-ко-ко, га-га-га» и т.п.) Лучше всего предложить ребенку игровую стихотворную форму упражнений [10, с.9]. Так же сидя на лошади, дети могут читать стихи, петь песни, проговаривать ритмически организованные слоговые ряды (та-та-та, па-па-па, са-са-са и т.п.) или считать шаги лошади (раз-два, раз-два...), щелкать языком в такт шагов лошади [5, с.14].

Использование иппотерапии в комплексе с логопедическими занятиями дают положительный результат. Поведение детей на занятиях очень эмоционально, а на фоне положительных эмоций речевая активность заметно повышается [12]. В связи с этим наблюдается динамика роста в исправлении речевых недостатков у детей. В ходе занятий иппотерапией корректируются все стороны речи: лексическая, грамматическая и фонетико – фонематическая. У детей появляются первые слова, обогащается словарный запас, происходит коррекция заикания.

Коррекционная верховая езда является высокоэффективным методом проработки нарушений речевых функций. На занятиях по иппотерапии происходит развитие речи посредством движения, а также благодаря включению в программу занятий специальных дыхательных упражнений и гимнастик.

При составлении нашей программы нами был использован опыт Малышевой Т.С и Лукиной М.Е.

Новизна нашей примерной коррекционной программы по развитию речи у детей с церебральным параличом посредством иппотерапии заключается во внедрении совместных занятий мамы и ребёнка. В работе с малышами совместная деятельность с мамой – обязательное условие. Мама-помощник, мама-уверенность и защита. Ребёнок доверится маме больше чем специалисту, поэтому занятия будут проходить эффективнее.

Наша программа направлена на артикуляционную гимнастику, а именно гимнастику языка.

Цель программы заключается в подготовке артикуляционного аппарата ребёнка к правильному произношению звуков речи.

Задачи программы:

- снятие излишней напряженности артикуляционной и мимической мускулатуры;
- выработать нужные и необходимые мышечные движения для свободного владения, и управления частями артикуляционного аппарата;

- создать предпосылки для правильного звукового образования.

Принципы программы:

- Раннее начало восстановительной и коррекционной работы
- Принцип комплексности с участием медиков и мер медицинского характера, которые включают медикаментозное лечение
 - Принцип учета возрастных особенностей, индивидуального подхода и формирование мотивации к занятиям
 - Принцип системности и последовательности в подаче материала.

Преподнесение заданий от простого к сложному.

Основные требования для проведения занятия: родитель должен пройти подготовку, знать правила проведения занятия; на занятии должен присутствовать логопед; дети в возрасте до 5 лет.

Техника проведения процедур: мама сидит верхом лицом к голове лошади, ребёнок сидит верхом лицом к лицу мамы; мама показывает упражнения, ребёнок должен повторить.

Задания могут быть следующие:

«Иголочка» – язык высунуть далеко вперед, напрячь, сделать узким. Держать 10-15 с.

«Лопаточка» – широкий язык высунуть, расслабить, пошлепав губами, положить на нижнюю губу. Держать 10-15 сек.

«Качели» – открыть рот, высунуть язык. Тянуться языком попеременно то к носу, то к подбородку. Убрать язык в рот. Тянуться языком то к верхним, то к нижним резцам. Выполнять 10-15 сек.

«Змейка» – открыть рот. Язык выдвигать вперед и убирать вглубь рта (10-15 сек.).

«Горка» – рот открыт. Кончик языка за нижними резцами. Спинку языка поднять вверх «горкой». Посередине языка – желобок (желобок можно сделать, приложив посередине языка спичку). Удерживать 10-15 сек.. Подуть по «горке» - появится звук «с-с-с».

«Насос» – дышать носом с открытым ртом (язык при этом рефлекторно выгибается «горкой»). Затем «подуть» по язычку, выгнутому горкой (10-15 сек.).

«Трубочка» – язык свернуть трубочкой, загнув его края (10-15 сек.).

«Птенчик в гнезде» – рот открыт, язык спокойно лежит во рту (10-15 сек.).

Предложенная нами программа **может быть использована для разработки иппотерапевтических программ по развитию речи детей с ЦП. Так же** данная программа будет полезна инструкторам, и др. специалистами, работающими с детьми с ЦП.

Родители являются первыми любящими людьми, которые помогают ребенку приспособиться к бытовой, трудовой и социальной деятельности и, проживая вместе, они вынуждены вступать с ним в контакт [3]. Однако, исследованиями и (2006) было показано, что наличие ребенка с отклонениями в развитии является причиной формирования стойких отрицательных психологических состояний у родителей и влияет на взаимоотношения в семье и с социумом. Неадекватное отношение родителей к особенностям ребенка сказывается на его развитии, воспитании и нервно-психическом состоянии [8].

Таким образом, занимаясь вместе с ребенком, родитель видит его в новой роли – не беспомощного и больного, а сильного, самостоятельного, уверенного человека, а также его усилия и старания, динамику его достижений. А также в ходе занятий иппотерапией корректируются все стороны речи. А в сочетании с совместной деятельностью мамы и ребёнка динамика будет наиболее заметна.

Список литературы:

1. Дремова Г. В. Комплексное использование иппотерапии и спартианской программы в целях социальной реабилитации и интеграции инвалидов с ДЦП

/ Г. В. Дремова, П. Л. Соколов, В. И. Столяров. // Спорт, духовные ценности, культура. – 1997. – 8. – С. 130-174.

2. Зволейко Е.В. Психолого-педагогическое сопровождение детей дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья в доу, реализующих инклюзивную практику. В сборнике: Дошкольное образование в современном изменяющемся мире: теория и практика III Международная научно-практическая конференция: сборник статей. под редакцией А.И. Улзытуевой. 2015. – С. 167-171.

3. Калашникова С.А. Представления педагогов об особом ребенке как основа их профессиональной позиции в сборнике: Материалы II Международной научной конференции "Психологические науки: теория и практика" 2014. – С. 64-67.

4. Карданова Д. Э., Кушхова А. Ф. Иппотерапия как технология социальной работы с детьми-инвалидами // Новый взгляд. Международный научный вестник. – 2014. – 6. – С. 63-77.

5. Костомарова Л. Г. Иппотерапия при ДЦП. Психология, психика - учебные пособия, методички. – М.: 2012. – 100 с.

6. Левицкая Т. Е., Эскин В. Я. Иппотерапия как комплексный метод реабилитации и восстановления – 2009. – 126 с.

7. Полежаева А. Б. Иппотерапия: Путь к здоровью (Лечение верховой ездой). – Ростов н/Д: М: КЦ «МарТ», 2003. – 160 с.

8. Попова Н.Н. Опыт использования приемов арт-терапии в процессе психолого-педагогического сопровождения творчески одаренных детей //Международная научно-практическая конференция «Наука: прошлое, настоящее, будущее» . Отв. Ред. Сукиасян Асатур Альбертович . – 2015. – С. 227-229.

9. Семенович А. В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза: Учебное пособие. –Генезис, 2007. – 38 с.

10. Слепченко Ю. А. Рекомендации по проведению занятий по иппотерапии с детьми с моторной алалией // Проблемы современной науки и образования. – 2016. – 40. – С. 8-11.
11. Цверава М.Д. Иппотерапия. Лечебная верховая езда. – Киев: ИД Украинский Медиа Холдинг, 2012. – 152 с.
12. Tsyrenov V.Ts., Erdyneeva K.G., Tudupova T.Ts., Boronoev P.G., Popova N.N. Readiness of educational activity subjects for results-oriented cooperation in the inclusive educational practice of higher school // Journal of Social Studies Education Research. - 2017.- Т. 8. -№ 3.- С. 93-113.

УДК [613.2+612.392]:378.17-057.87

Марина Александровна Щербакова

К. биол. наук, доцент

Витебский государственный университет имени П.М. Машерова,

г. Витебск, Беларусь

Майса Нобатбайгызы Джумабаева

студент

Витебский государственный университет имени П.М. Машерова,

г. Витебск, Беларусь

E-mail: mas-80@mail.ru

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ ПРИ УМСТВЕННЫХ И ИНТЕНСИВНЫХ НАГРУЗКАХ

Аннотация. В статье рассматриваются основные проблемы организации студенческого питания, аспекты питания и рациональное питание студентов.

Ключевые слова: питание, рацион питания, умственная работа, интенсивная работа, студент.

Maryna Aleksandrovna Shcharbakova

PhD in biological Sciences, Associate Professor

Vitebsk State University named after P.M. Masherov, Vitebsk, Belarus

Maysa Nobatbaygyzy Jumabayewa

Student

Vitebsk State University named after P.M. Masherov, Vitebsk, Belarus

E-mail: mas-80@mail.ru

THE MAIN PROBLEMS OF SUPPLY OF STUDENTS IN MENTAL AND INTENSIVE LOADS

***Abstract.** The article deals with the main problems of the organization of student nutrition, aspects of nutrition and rational nutrition of students.*

***Keywords:** food, food ration, mental work, intensive work, student.*

Питание – это сложный процесс взаимодействия человеческого организма с пищей, в результате которого человек может существовать физически. Каждому из нас присуща своя комбинация клеток и атомов, из которых состоит физическая оболочка, а значит, каждому нужен свой состав пищи. Понятие пищи трудно поддается определению. С химической точки зрения пищей можно назвать смесь органических и неорганических веществ. А пищеварением - процесс механической и химической переработки пищи. В результате пищеварения питательные вещества, поступившие в организм с пищей, всасываются и усваиваются, а ненужные – выводятся [6].

Проблема здоровья, а значит, и питания важна для каждого человека - молодого, пожилого, больного и практически здорового. От того, что мы едим, зависит не только наше здоровье в целом, но и наше настроение, работоспособность и даже способность к творчеству, то есть наш духовный мир.

Одной из важнейших составляющих здорового образа жизни является рациональное питание. Большинство населения с пренебрежением относится к своему здоровью. Нехватка времени, некомпетентность в вопросах культуры питания, темп современной жизни - все это привело к неразборчивости в выборе продуктов [5].

Беспокоит рост популярности у студентов продуктов питания быстрого приготовления, содержащих в большом количестве различные ароматизаторы, красители, модифицированные компоненты. Поэтому неправильное питание становится серьезным фактором риска развития многих заболеваний. К сожалению, статистика последних лет показывает резкое увеличение среди молодых людей лиц, страдающих ожирением, заболеваниями сердечно-сосудистой системы, сахарным диабетом и так далее. Предотвратить такие заболевания можно, если вести здоровый образ жизни и, в первую очередь, правильно питаться [1].

Организму студентов свойственны особенности, обусловленные возрастом, влиянием условий учебы и быта. Большое влияние на организм студентов младших курсов оказывают изменения привычного уклада жизни. В организме молодых людей еще не завершено формирование ряда физиологических систем, в первую очередь нейрогуморальной, поэтому они очень чувствительны к нарушению сбалансированности пищевых рационов.

В связи с нарушением режима питания за время учебы у многих студентов развиваются заболевания пищеварительной системы, получившие название «болезни молодых», а также гипертоническая болезнь, неврозы и другое. Студенческая пора очень насыщена и разнообразна, отличается большим перенапряжением нервной системы. Нагрузка, особенно в период сессии, значительно увеличивается вплоть до 15-16 час в сутки. Хроническое недосыпание, нарушение режима дня и отдыха, характера питания и интенсивная информационная нагрузка могут привести к нервно-психическому срыву. В компенсации этой негативной ситуации большое значение имеет правильно организованное рациональное питание [4].

Чаще всего студенты питаются крайне нерегулярно, перекусывая на ходу, всухомятку, 1-2 раза в день, многие не пользуются услугами столовой. В рационе питания студентов преобладают углеводы, так как за счет них легче восполнить энергетические затраты. При выборе продуктов следует учитывать ограниченность денежного бюджета студентов. С целью обеспечения рационов студентов достаточным количеством биологически ценных белков следует использовать их дешевые источники (субпродукты, обезжиренное молоко, нежирный кефир и другое). Для обеспечения потребности в жирах в рацион необходимо вводить в непрогретом виде растительное и сливочное масла (20 - 25 г). Следует избегать избытка сладостей, так как это может привести к ожирению и сахарному диабету, потребление сладостей, особенно прилипающих к зубам, приводит к кариесу. С целью ликвидации последствий малоподвижного образа жизни следует шире включать в питание растительные продукты, которые являются источником пищевых волокон [2, 3].

Для нормальной жизнедеятельности организма необходимо сбалансированное поступление с пищей основных ее компонентов, а именно: белков, жиров, углеводов, витаминов, микроэлементов. Очень важно, чтобы калорийность рациона соответствовала энергетическим затратам организма в зависимости от индивидуальных особенностей - таких, как рост, вес, возраст и степень физической и эмоциональной нагрузки. Питание должно быть разнообразным, включать в себя мясо, рыбу, яйца, молочные продукты - основные источники белка, необходимого для роста и восстановления клеток и тканей организма и его нормальной жизнедеятельности [5].

С целью изучения отношения студентов «Витебского государственного университета им. П.М. Машерова» к проблеме здорового питания нами была составлена анкета и проведено анкетирование первокурсников. В опросе приняли участие студенты биологического факультета первого курса в количестве 52 человек. Из них девушек – 30, юношей – 22, возраст, которых от 17 до 23 лет.

В ходе исследования отношения студентов к проблеме здорового питания были получены следующие результаты:

1. Исходя из полученных результатов, можно говорить о том, что занимаются спортом 42% опрошенных студента, 19% - посещают различные секции, 16% - занимаются только на физической культуре в университете, 23% - не могут заниматься, так как противопоказано из-за болезни. Большинство опрошенных 61 % занимаются спортом или танцами, бегом, многие из них соблюдают режим дня.

2. Результаты исследования показали, что 75% опрошенных студентов живут в общежитии, из них ответили, что питаются не менее 3-х раз в день 88 %, менее 3-х раз питаются лишь 12%. Студенты, проживающие с родителями (25%) питаются от 3 до 5-6 раз в день.

3. Исследование показало, что 27 % опрошенных студентов выпивают 1 или менее 1 стакана воды в день, этого не достаточно для нормального функционирования молодого организма.

4. Исходя из полученных данных, можно сделать вывод о том, что у юношей (7%) количество приемов белка в суточном рационе значительно больше, чем у девушек (0%). Однако и юношей, и у девушек в суточном рационе присутствуют белки.

5. Проведя исследование, нами был сделан вывод о том, что 81% опрошенных студентов проверяют срок годности товара, ничего не проверяют лишь 4 %.

6. Как показали результаты исследования, половина опрошенных студентов часто употребляют жаренную и жирную, острую пищу, редко, но употребляют фаст-фуды, пиво, газированные напитки. Этот факт свидетельствует об отсутствии культуры здорового питания у значительной части опрошенных студентов. Опрос показал, что 75% студентов не соблюдают никаких диет, а 25 % придерживаются диеты: из них 10% - для здоровья и 15 % - для похудения.

7. Исходя из результатов исследования, можно говорить о том, что 27 студентов придерживаются принципов здорового питания, 15 – не регулярно, но стараются придерживаться принципов здорового питания, 10 студентов – не придерживаются здорового питания. Это говорит о том, что все опрошенные студенты знакомы с принципами здорового питания, но не каждый их соблюдает.

8. Проведя исследование, можно сделать вывод о том, что 31 студент употребляет пиво и слабоалкогольные напитки, а 21 – не употребляет.

9. Исходя из проведенного исследования, можно сделать вывод о том, что 30 студентов постоянно употребляют витаминные комплексы, 17 – иногда и 5 студентов из опрошенных не употребляют никаких витаминных комплексов.

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

6. Большинство опрошенных студентов – 73% не считают себя здоровыми, лишь 27% осознают себя здоровыми людьми.

7. Вместе с тем, большинство студентов занимаются физическим развитием – 61 %.

8. Однако, значительная часть, больше половины опрошенных студентов, питается не правильно, употребляя нездоровую пищу, не соблюдая режимные моменты.

9. Учитывая, полученные данные, анализ литературы мы предлагаем рекомендации по организации правильного питания, которые можно увидеть далее.

10. С целью решения проблемы здорового питания студентов предлагаем создать в общежитиях «Кухни здорового питания студентов». Волонтеры этого движения могут использовать разные формы работы от листовок-информаций здорового питания до фестивалей здоровой кухни народов мира.

Список литературы:

7. Горшков, А.И. Гигиена питания: учебник / А.И. Горшков, О.В. Липатова. – М.: Медицина, 1987. – 416 с.
8. Государственный стандарт Республики Беларусь. Общественное питание. Термины и определения: СТБ 1209-2005. - Введ.01.01.2006. - Минск. Министерство торговли Республики Беларусь, 2006. – 13 с.
9. Грязева, Е.Д. Физическое развитие и совершенствование физического воспитания в вузе [Текст]: система воспитания в высшей школе /Е.Д. Грязева, М.В. Жукова О.Ю. Кузнецов и др. – М.: ФИРО, 2012. – 72 с.
10. Захарченко, М.Н. Обслуживание на предприятиях общественного питания / М.Н. Захарченко, Л.С. Кучер. – Москва: 1986. – 272с.
11. Иванова, Л.Ю. Студенты: поведение как фактор риска для здоровья [Текст]: система воспитания в высшей школе /Л.Ю. Иванова, Г.А. Ивахненко Т.П. Резникова. – М.: ФИРО, 2011. – 80 с.
12. Иванюшкин А.Я. «Здоровье» и «болезнь» в системе ценностных ориентаций человека. // Валеология. – 1982. - № 1, С.49 – 58, № 4, С. 29 – 33.

УДК 613.2:378.17-057.87

Марина Александровна Щербакова

К. биол. наук, доцент

Витебский государственный университет имени П.М. Машерова,

г. Витебск, Беларусь

Татьяна Александровна Яцко

Студент

Витебский государственный университет имени П.М. Машерова,

г. Витебск, Беларусь

E-mail: mas-80@mail.ru

ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ ФАКУЛЬТЕТОВ ВГУ ИМЕНИ П. М. МАШЕРОВА

Аннотация. В данной статье рассматриваются особенности питания студентов. Также приведены результаты анкетирования, позволяющие оценить особенности и качество питания студентов. Установлено, что питание большинства опрошенных студентов нерационально и требует корректировки.

Ключевые слова: питание, особенности питания, студенты, рацион питания.

Shcharbakova Maryna Alexandrovna

PhD in biological Sciences, Associate Professor

Vitebsk State University named after P.M. Masherov, Vitebsk, Belarus

Yatsko Tatiana Alexandrovna

Student

Vitebsk State University named after P.M. Masherov, Vitebsk, Belarus

E-mail: mas-80@mail.ru

FEATURES OF NUTRITION BY STUDENTS AT THE VITEBSK STATE UNIVERSITY NAMED AFTER P. M. MASHEROV

Abstract. In this article features of nutrition by students at university are examined. The results of the survey which are given allow to evaluate features and character of nutrition by students. It is established that the nutrition of the majority of the surveyed students is irrational and requires correction.

Keywords: nutrition, features of nutrition, students, food ration.

Питание – способ поступления питательных веществ во внутреннюю среду организма. С другой точки зрения, питание представляет собой процесс

поступления, переваривания, всасывания и усвоения организмом пищевых веществ, необходимых для компенсации энергозатрат, построения и восстановления клеток и тканей тела, осуществления и регуляции функций организма [1, 6].

Образ жизни студента характеризуется пренебрежением к режиму питания, избыточным потреблением лакомств и напитков, содержащих сахар, и считается нездоровым. Он способствует не только возникновению нарушений работы пищеварительной системы, но и появлению заболеваний нервной, сердечно-сосудистой, эндокринной, выделительной и иммунной систем, а также – избыточного или недостаточного (пониженного) веса. Все это в совокупности ухудшает работоспособность студента и здоровье [2].

Из литературных источников [4] известно, что ежедневная пища поставляет человеку жизненно-необходимые вещества:

- 1) Белки, как строительный материал;
- 2) Углеводы и жиры, как источники энергии;
- 3) Минеральные компоненты (макро- и микроэлементы);
- 4) Витамины и воду, как среду для прохождения биологических процессов.

Всему живому присуща потребность в пище. Она служит исходным материалом для обновления и создания живой ткани и источником энергии. Питание человека должно быть рациональным, то есть точно соответствовать потребностям организма в пластических веществах и энергии, минеральных солях, витаминах и воде, обеспечивать нормальную деятельность организма, хорошее самочувствие, высокую работоспособность, сопротивляемость инфекциям [3].

Диетологи считают, что можно увеличить продолжительность жизни человека до 150-200 лет только за счёт рационального питания. Человек не доживает до физиологической старости, теряя 40-60 лет жизни [5].

Основа рационального питания – сбалансированность, то есть оптимальное соотношение компонентов пищи: аминокислот,

полиненасыщенных жирных кислот, фосфатидов, стероидов, сахаров, органических кислот [3].

Цель исследования – выявить особенности питания студентов на примере студентов биологического и исторического факультетов и факультета социальной педагогики и психологии ВГУ имени П. М. Машерова.

Главными задачами исследования являются выявить особенности питания студентов с помощью разработанного бланка анкеты и разработать практические рекомендации по оптимизации питания студентов высших учебных заведений.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе УО «Витебский государственный университет имени П. М. Машерова». В данном исследовании приняли участие 106 студентов трёх факультетов: биологического, исторического и факультета социальной педагогики и психологии и трёх курсов обучения (1-3 курсы). Из них 83 девушки (78,3 %) и 23 парня (21,7 %). Средний возраст испытуемых составил 17-20 лет.

Для изучения особенностей питания студентов проводилось анонимное анкетирование с использованием авторского опросника, содержащего 30 открытых и закрытых вопросов. Для анализа результатов анкетирования использовались методы математической статистики.

Результаты исследования и их обсуждение. Большинство опрошенных проживает в общежитии: 48,2 % девушек и 39,1 % парней (40 и 9 человек соответственно), из общего количества испытуемых студентов (106 человек) это составляет 46,2 %. Примерно столько же проживают в г. Витебске (41 % девушек – 34 человека, 34,8 % парней – 8 человек), оставшиеся 10,8 % и 26,09 % соответственно снимают квартиру.

Каждый день завтракают только 62,5 % девушек (58 человек, из них 28 «местных», 25 – проживают в общежитии, 5 – снимают квартиру) и 86,96 % парней (20 человек, из них 8 проживают в общежитии, 6 «местных» и 6 снимает квартиру). А вообще не завтракают 19,28 % девушек и 8,70 % парней.

На завтрак студенты предпочитают употреблять различную пищу. 46,99 % девушек любят с утра перекусить йогуртом, творогом или кашей, точно такой же завтрак предпочитают и 13,04 % парней. Завтракают только чашкой чая или кофе 34,94 % и 47,83 % девушек и парней соответственно, причём большинство из них проживают в общежитии. Плотно позавтракать (например, курицей с гарниром) предпочитают 7,23 % девушек и 39,43 % парней.

В учебное время студенты питаются по-разному. 31,33 % девушек и 47,83 % парней посещают столовую, 36,14 % и 4,35 % соответственно – носят еду с собой, 32,53 % и 47,83 % соответственно – в университете не кушают.

Из этого можно сделать вывод, что достаточно большое количество студентов либо не получают должного количества питательных веществ во время учебного процесса (которые не питаются в учебный день), либо чаще всего питаются всухомятку (которые носят покусать с собой).

Питание студентов чаще всего разнообразно, но не является эталоном сбалансированного и рационального питания. Из результатов анкеты следует, что вредную пищу (фаст-фуд, чипсы и другое) ежедневно употребляет больше девушек, чем парней (12,05 % против 4,35 %), часто – 32,53% и 8,70 % соответственно, редко – 48,19 % и 86,96 %, а совсем не едят подобные продукты питания 7,23 % девушек (всего лишь 6 человек) и ни одного парня из опрошенных.

Можно сделать вывод, что всё же испытуемые не так сильно злоупотребляют вредной пищей, как принято считать, а стараются употреблять её как можно реже.

Но ещё одна проблема среди студентов – злоупотребление сладким. В этом признались 57,83 % девушек и 47,83 % парней, причём отказывают себе в сладостях всего лишь 13,25 % (11 человек) и 4,35 % (1 человек) девушек и парней соответственно. И пусть больше девушек предпочитают сладости, отказаться от них не может даже мужская часть населения (всего лишь один человек).

Следует разобраться и в употреблении студентами полезных продуктов питания – фруктов и овощей. Ежедневно употребляют фрукты в пищу 71,08% девушек и 86,96 % парней, редко – 3,61 % и 8,70 % соответственно. Овощи ежедневно кушают 51,81 % девушек и 82,61 % парней, редко – 21,69% и 4,35 % соответственно. Как видно из результатов, студенты больше предпочитают фрукты, однако овощи не уступают в необходимости организму и качественном содержании полезных элементов и витаминов.

Сухофрукты и орехи являются необходимой составляющей пищевого рациона. Ежедневно их употребляет 20,48 % и 16,87 % девушек соответственно и 8,70 % и 4,35 % юношей соответственно. Один представитель мужской части опрошенных не употребляет в пищу сухофрукты вообще. Наиболее редко сухофрукты употребляют 52,17 % парней (12 человек).

Ещё одна проблема питания не только студентов, но и всех людей в целом, – это употребление мучных изделий. Подавляющее большинство девушек-респондентов (71,08 % или же 59 человек) употребляют их ежедневно, и только 1 человек готов отказаться от этих продуктов совсем. В мужской части опрошенных голоса распределились немного по-другому: 30,43 % ежедневно и 47,83 % очень редко употребляют мучные изделия.

Различные источники ссылаются на то, что кушать нужно после 18.00, кто-то доказывает, что последний приём пищи должен наступать за 3 часа до сна. Проанализируем ответы девушек: 27,71 % придерживаются того, что следует кушать за 3 часа до сна, 10,84 % уже ничего не едят после 18.00, но большинство (61,45 % или 51 человек) устраивают себе последний приём пищи, когда придётся. Как же распределились ответы парней: 13,04 % предпочитают есть за три часа до сна, никто не придерживается отказа от пищи после шести вечера, а 86,96 % юношей тоже питаются, когда придётся.

И последний вопрос анкеты состоял в том, стоит ли ограничивать себя в употреблении вредных продуктов питания. Согласились с данным утверждением 44,58 % девушек и 69,57 % парней, 43,37 % и 21,74 %

соответственно согласились, однако всё равно предпочитают продолжать плохо питаться, а 12,05 % и 8,70 % соответственно считают, что ограничивать себя не нужно ни в какой пище.

Проанализировав данные, полученные в результате анкетирования, выявлено, что подавляющее большинство студентов ВГУ имени П. М. Машерова питаются неправильно, что в дальнейшем может привести к появлению заболеваний органов пищеварения, а затем – к развитию патологий других органов. Однако есть студенты, старающиеся придерживаться правил и норм правильного питания, а некоторые знают, что нужно правильно питаться для своего же здоровья, но предпочитают не следовать никаким правилам и нормам.

Студентам рекомендуется пересмотреть и скорректировать свой режим питания, обратить внимание на овощи и фрукты, орехи и сухофрукты, так как они являются источниками питательных веществ, микро- и макроэлементов, и витаминов.

Список литературы:

1. Агаджанян В. М., Смирнов Н.А. Нормальная физиология: учебник для студентов медицинских вузов. – М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2009. – 520 с.
2. Бароненко, В. А., Рапопорт Л. А. Здоровье и физическая культура студента. – М.: Альфа - М, 2003. – 417 с.
3. Дегтярев В. П., Будылина С. М. Нормальная физиология. – М.: Медицина, 2006. – 736 с.
4. Прищепа И. М. Смоленко Е.Д. Диетология и гигиена питания: курс лекций. – Витебск: ВГУ им. П. М. Машерова, 2008. – 242 с.
5. Прищепа И. М. Рациональное питание. Учебно-методические материалы для кураторов студенческих групп. – Витебск: ВГУ имени П. М. Машерова, 2006. – 71 с.

6. Физиология: учебник / под. ред. В. М. Смирнова. – М.: Медицина, 2002. – 608 с.

УДК 613.21:

Марина Александровна Щербакова

К. биол. наук, доцент

Витебский государственный университет имени П.М. Машерова,

г. Витебск, Беларусь

Дарья Игоревна Балцевич

Студент

Витебский государственный университет имени П.М. Машерова,

г. Витебск, Беларусь

E-mail:mas-80@mail.ru

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПИТАНИЮ СТУДЕНТОВ В ПРЕДСЕССИОННЫЙ ПЕРИОД

Аннотация. В статье рассматривается рацион питания студентов в предсессионный период и предоставляются соответствующие рекомендации по улучшению питания.

Ключевые слова: студенты, рацион питания, рекомендации.

Meryna Alexandrovna Shcharbakova

PhD in biological Sciences, Associate Professor

Vitebsk State University named after P.M. Masherov, Vitebsk, Belarus

Darya Igorevna Baltsevich

Student

Vitebsk State University named after P.M. Masherov, Vitebsk, Belarus

E-mail:mas-80@mail.ru

RECOMMENDATIONS ON NUTRITION TO STUDENTS IN THE PERIOD BEFORE THE SESSION

***Abstract.** The article examines the diet of students in the period before the session. Appropriate recommendations for improving nutrition are provided.*

***Keywords:** students, diet, recommendations.*

Анализ питания студентов в предсессионный период является актуальной проблемой, так как питание - один из факторов, оказывающий влияние на умственную работоспособность студентов и может способствовать повышению уровня знаний для лучшей подготовки к сессии [1, 3, 4].

Потребление пищи должно строго соответствовать физиологическим особенностям организма. Однако этот принцип соблюдается не всегда, поэтому широко распространены заболевания, связанные как с избыточным, так и с недостаточным питанием [3, 4, 5].

У студентов отмечается недостаточная осведомленность о принципах здорового питания. Поэтому изучение основ рационального питания совершенно необходимо для укрепления здоровья населения и повышения культуры питания среди молодежи [1, 2, 5].

Цель исследования – разработать рекомендации по питанию студентов в предсессионный период на примере студентов биологического факультета ВГУ имени Машерова.

Материалы и методы исследования. В проводимом нами исследовании, участвовали 50 студентов биологического факультета УО «Витебского Государственного университета имени П.М. Машерова», из них мужского пола – 12 и женского пола – 38 человек. Исследование проводили, используя методы: эпидемиологические, анкетирования и наблюдения за студентами в возрасте 17-20 лет. Для сбора сведений от опрашиваемых используется специально подготовленный список вопросов – анкета, которая

разрабатывается в соответствии с установленными правилами. Данный документ исследования включает упорядоченный по содержанию и форме ряд 30 вопросов с выбором одного варианта ответа.

Результаты исследования и их обсуждение. Согласно полученным данным анкеты, у студентов наблюдается нарушения режима питания. Регулярное 3-х разовое питание получает лишь 31% респондентов, большая часть которых местные и питаются исключительно дома. 69% студентов питаются 1–2 раза в сутки, это преимущественно студенты, проживающие в общежитии.

Для оценки состояния частоты питания нами было проанализировано употребления основных продуктов в рационе респондентов.

Творог и сыр большинство употребляет один раз в неделю (40%), 3-4 раза в неделю 26%, один раз в день 16% респондентов. Чаще одного раза в день употребляет 3% студентов, никогда не употребляют в пищу 15%.

Молоко большинство употребляет один раз в неделю (38%), реже 3-4 раза в неделю (28%), один раз в день 8% респондентов. Чаще одного раза в день употребляет 2% студентов, никогда не употребляет 24%.

Сливочное масло большинство студентов никогда не употребляют (35%), один раз в неделю 22%, 3-4 раза в неделю употребляют 18 %, один раз в день 20% и чаще одного раза в день 5% респондентов.

Важность молока и молочных продуктов как составной части рацион объясняется тем, что они содержат практически все необходимые для нормальной жизнедеятельности вещества. Правильное соотношение кальция и фосфора обеспечивает формирование нормальной костной ткани, является адекватной мерой по профилактике остеопороза, травм и переломов костей. Недостаточное поступление с рационом кальция должно быть оценено как фактор риска развития ее нарушений.

Мясо и рыба также должны быть обязательными составными частями питания как основной источник полноценного белка животного происхождения, незаменимых аминокислот и микроэлементов. Недостаток

этих продуктов рассматривается как фактор риска нарушения биосинтеза белка, отклонений в процессах роста и развития.

Большинство студентов употребляют в пищу мясо и рыбу один раз в день (36%), 3-4 раза в неделю 34%, чаще одного раза в день употребляют 15%, один раз в неделю 13 %, никогда не употребляют 2% респондентов.

Фрукты большинство студентов употребляют 3-4 раза в неделю 38%, один раз в неделю (22%), один раз в день 20%, чаще одного раза в день 17%, никогда не употребляют 2% респондентов.

Овощи большинство студентов употребляют один раз в неделю (38%), 3-4 раза в неделю 30%, никогда не употребляют 13%, один раз в день 10% и чаще одного раза в день употребляют 9% респондентов.

Орехи большинство студентов употребляют один раз в неделю (57%), 3-4 раза в неделю 23%, никогда не употребляют 9%, один раз в день 7% и чаще одного раза в день употребляют 3% респондентов.

Недостаток овощей и фруктов в рационе является фактором риска возникновения многих хронических неинфекционных заболеваний в будущем, а также может обуславливать снижение работоспособности во время обучения.

Высокая пищевая и биологическая ценность орехов обусловлена особенностями их химического состава - высокой энергетической ценностью, сбалансированным аминокислотным спектром, содержанием ценных жирных кислот, витаминов и минеральных элементов.

Как известно, употребление сладостей и кондитерских изделий является фактором риска развития кариеса, однако относительно шоколада мнения ученых несколько иные. Содержание в нем кофеина и теобромина обуславливает стимулирующее влияние на работоспособность и творческую активность.

Большинство студентов употребляют конфеты и шоколад 3-4 раза в неделю (40%), реже один раз в неделю (24%), один раз в день 23%, чаще одного раза в день 9%, никогда не употребляют в пищу 4% респондентов.

Происходящее в настоящее время изменение пищевого поведения, внедрения новых пищевых привычек характеризуется, прежде всего, увеличением популярности так называемого «пищевого мусора». К данной группе относятся фаст-фуды, высокожировые, рафинированные продукты, напитки, приготовленные на основе химических веществ, чипсы, гамбургеры, продукты быстрого приготовления.

Чипсы большинство студентов никогда не употребляют (55%), один раз в неделю 34%, 3-4 раза в неделю 6%, один раз в день 4% и чаще одного раза в день 1% респондентов.

Бутерброды и ход-доги большинство студентов употребляют 3-4 раза в неделю (34%), один раз в неделю 28%, один раз в день 20%, никогда 14%, чаще одного раза в день 4 % респондентов.

Сладкие напитки большинство студентов употребляют 3-4 раза в неделю (39%), один раз в неделю 28%, никогда 14%, чаще одного раза в день 11%, один раз в день 8% респондентов.

При ежедневном употреблении фаст-фуда страдают практически все органы и системы организма. Еда быстрого приготовления – это огромная нагрузка на пищеварительную систему, почки и печень. Для того, чтобы фаст-фуд отразился на здоровье человека, достаточно его употреблять чаще, чем пару раз в неделю.

Рекомендации по питанию студентам в предсессионный период:

1. Следует потреблять разнообразные продукты. Продукты содержат разнообразные комбинации пищевых продуктов, однако нет ни одного продукта, который бы мог обеспечить потребности организма во всех питательных веществах. Большинство необходимых для организма пищевых веществ содержится в достаточных количествах в продуктах растительного происхождения. В то же время есть продукты, в которых присутствуют одни и практически отсутствуют другие питательные вещества, например, в картофеле содержится витамин С, но нет железа, а в хлебе и бобовых есть железо, но нет витамина С. Поэтому питание должно быть максимально

разнообразным, а соблюдение специальных диет (вегетарианство) возможно только после рекомендации врача.

2. При каждом приеме пищи следует есть любые из перечисленных продуктов: хлеб, крупяные и макаронные изделия, рис, картофель.

Эти продукты являются важным источником белка, углеводов, клетчатки и минеральных веществ (калий, кальций, магний) и витаминов (С, В6, каротиноидов, фолиевой кислоты).

Хлеб и картофель принадлежат к группе продуктов с наименьшим энергетическим содержанием (в случае, если к ним не добавляется сливочное, растительное масла или другие типы жиров, или соусы, улучшающие вкусовые качества, но богатые энергией). Большинство разновидностей хлеба, особенно, хлеб грубого помола, крупы и картофель содержат различные типы пищевых волокон – клетчатки.

3. Несколько раз в день следует есть овощи и фрукты (более 500 грамм в день дополнительно к картофелю). Предпочтение нужно отдавать продуктам местного производства.

Овощи и фрукты являются источниками витаминов, минеральных веществ, крахмалосодержащих углеводов, органических кислот и пищевых волокон.

Потребление овощей и фруктов, содержащих витамин С, вместе с продуктами, богатыми железом, такими как бобовые, злаковые, будет улучшать абсорбцию железа. Источниками железа являются листовая зелень семейства капустных – брокколи, шпинат. В овощах и фруктах содержатся также витамины группы В и минералы: магний, калий и кальций, которые могут снизить риск повышенного артериального давления.

Ряд полезных для здоровья свойств овощей и фруктов могут быть связаны с такими компонентами, как фитохимические вещества, органические кислоты, индолы и флавоноиды.

4. Следует ежедневно потреблять молоко и молочные продукты с низким содержанием жира и соли (кефир, кислое молоко, сыр, йогурт).

Молоко и молочные продукты обеспечивают организм многими питательными веществами, они богаты белком и кальцием. Отдавая предпочтение продуктам с низким содержанием жира, можно обеспечить организм в полной мере кальцием и поддерживать низкое потребление жира. Рекомендуются снятое (или обезжиренное) молоко, йогурты, сыры и творог с низким содержанием жира.

5. Рекомендуется заменять мясо и мясные продукты с высоким содержанием жира на бобовые, рыбу, птицу, яйца или тощие сорта мяса.

Бобовые, орехи, а также мясо, птица, рыба и яйца – важные источники белка. Следует отдавать предпочтение тощим сортам мяса, удалять видимый жир до приготовления пищи. Количество таких мясных продуктов, как колбасы, сосиски должно быть ограничено в потреблении. Порции мяса, рыбы или птицы должны быть небольшими.

Мясо, мясные продукты и в особенности колбасные изделия содержат насыщенный жир. Этот тип жира увеличивает уровень холестерина крови и риск ишемической болезни сердца.

6. Следует ограничить потребление «видимого жира» в кашах и на бутербродах, выбирать мясомолочные продукты с низким содержанием жира.

Риск развития заболеваний, таких как ишемическая болезнь сердца, инсульт, рак и сахарный диабет инсулинозависимого типа связан с потреблением большого количества насыщенного жира (НЖ) и трансизомеров жирных кислот, входящих преимущественно в состав твердых жиров и «видимого» жира.

7. Следует ограничить потребление сахаров: сладостей, кондитерских изделий, сладких напитков, десерта.

Продукты, содержащие много рафинированных сахаров, являются источником энергии, но практически не содержат питательных веществ. Они не являются необходимыми компонентами здоровой диеты и могут быть исключены из рациона взрослых и детей.

Среднее потребление всей жидкости должно равняться 2 литрам в день.

8. Общее потребление поваренной соли, с учетом ее содержания в хлебе, консервированных и других продуктах, не должно превышать 1 чайной ложки (6 грамм) в день. Рекомендуется использовать йодированную соль.

9. Идеальная масса тела должна соответствовать рекомендованным границам (ИМТ – 20 - 25). Для ее сохранения, кроме соблюдения принципов рационального питания, следует поддерживать умеренный уровень физической активности.

10. Следует отдавать предпочтение приготовлению продуктов на пару, путем отваривания, запекания или в микроволновой печи.

Уменьшите добавление жиров, масел, соли, сахара в процессе приготовления пищи. Выбирайте разнообразные продукты (свежие, замороженные, сушеные), в первую очередь, выращенные в вашей местности.

Разнообразная свежая и правильно приготовленная пища, без излишних добавок позволяет достичь требуемой полноценности и сбалансированности рациона питания.

Список литературы:

1. Бакуменко О.Е., Иванникова Т.В., Накотина Ю.О. Принципы разработки функциональных продуктов для студентов // Пищевая промышленность. – 2009. - №9. – С.64-65.
2. Бакуменко О.Е., Доронин А.Ф. Современные подходы к организации оптимального питания учащейся молодежи // Пищевая промышленность. – 2010. - №7. – С. 36-38.
3. Омаров, Р. С., Сычева О.В. Основы рационального питания: учеб. пособие для вузов. – Ставрополь: «АГРУС», 2014. – 177 с.
4. Прищепа И. М. Диетология и гигиена питания: курс лекций / М-во образования РБ, УО "Витебский гос. ун-т им. П. М. Машерова". – Витебск: Изд-во УО "ВГУ им. П. М. Машерова", 2008. — 242 с.

5. Рубина Е.А. Санитария и гигиена питания: учебник для студ. учреждений высш. проф. образования. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Издательский центр «Академия», 2011. – 272 с.

УДК 159.9

Игорь Александрович Юров

К. психол. наук

Московский инновационный университет,

г. Москва, Россия

E-mail: sov36@mail.ru

ПСИХОТЕРАПИЯ КАК ПРЕДИКТОР УСПЕШНОЙ ПОДГОТОВКИ СПОРТСМЕНОВ

Аннотация. В статье рассматриваются формы, методы и приемы психотерапии со спортсменами в различные периоды годичной спортивной подготовки.

Ключевые слова. Психотерапия, подготовка, соревнование, восстановительный период, курортно-рекреационная терапия.

Igor Aleksandrovich Yurov

PhD in Psychological Sciences

Moscow innovative university,

Moscow, Russia

E-mail: sov36@mail.ru

PSYCHOTHERAPY AS PREDICTOR OF SUCCESSFUL TRAINING OF ATHLETES

Abstract. In article forms, methods and methods of psychotherapy with athletes during various periods of year sports preparation are considered.

Keywords. Psychotherapy, preparation, competition, recovery period, resort and recreational therapy.

При анализе выступлений спортсменов на соревнованиях самого высокого уровня чаще всего дают оценки не медицинского содержания, а чисто психологического. При успешном выступлении делают вывод «спортсмен был психологического отлично подготовлен». При неудачном выступлении – «спортсмен проиграл из-за психологической неподготовленности». Это свидетельствует о том, что помимо технической, теоретической, тактической, физической и функциональной подготовки спортсменов большую роль играет их психологическая подготовка. В психологическую подготовку входит и курортно-рекреационная терапия, и собственно психологическое сопровождение спортсменов. Под психотерапией понимается воздействие одного человека на другого в процессе их общения и взаимодействия. В практике применяются различные методы психотерапии, чем шире их спектр, тем лучше [1].

При формировании оптимального состояния чаще всего применяются методы групповой психотерапии: патогенетическую, т.е. такой комплекс психотерапевтических воздействий, который направлен на изменение главных жизненных отношений личности, обусловивших развитие неблагоприятных состояний; и симптоматическую, которая имеет своей целью ликвидацию или смягчение отдельных симптомов или воздействие на психические компоненты других переменных [2].

Технические приемы первого этапа патогенетической психотерапии предусматривают поиск общих неблагоприятных особенностей у спортсменов, имевших аналогичную симптоматику, но сумевших выйти из неблагоприятного состояния, а также анонимное обсуждение («психотерапевтическое зеркало») психологических нарушений в спортивной деятельности.

Второй этап патогенетической психотерапии включает в себя внушение

в группе. Его можно проводить в бодрствующем и расслабленном состоянии как императивно, так и мотивированно. Важным элементом императивного внушения наяву является его наглядность, демонстративность. Поэтому оно направлено на такие симптомы, которые можно ликвидировать или ослабить одновременно (ипохондрические синдромы).

Мотивированное внушение похоже на убеждение и отличается от него структурой, последовательностью и аргументированностью элементов. Приведем пример внушения с помощью «единиц внушения» спортсмену с повышенной личностной и реактивной тревожностью и нейротизмом: 1. Тревожность ослабевает. 2. Я овладеваю собой. 3. Я отвлекаюсь от проблем спортивной деятельности. 4. У меня возникают положительные эмоции. 5. У меня появляются эмоции уверенности и стабильности. 6. Тревога совсем исчезла. 7. Эмоции уверенности и покоя нарастают. 8. Я спокоен и уверен в себе. 9. Я хорошо себя чувствую. 10. Я абсолютно спокоен и отлично владею собой [3,4].

Третьим этапом патогенетической психотерапии является коррекция отдельных неблагоприятных или неразвитых качеств и свойств (тревожности, озабоченности, неуверенности, неустойчивости, отсутствия или слабой выраженности определенных волевых качеств, чрезмерной эмоциональности, страха и т.п.).

Четвертым этапом патогенетической психотерапии считают реадaptацию (все виды активного отдыха – экскурсии, трудотерапия, арттерапия). В процессе активного отдыха происходит обмен опытом спортсменов, коррекция неблагоприятных состояний, психоэмоциональное реагирование (психическая релаксация).

Первым этапом симптоматической психотерапии является седативная психотерапия, задача которой снизить и даже снять нервно-психическое напряжение, уменьшить вегетативно-эмоциональные колебания. Данную психотерапию целесообразно проводить спортсменам с повышенной нервно-

психической напряженностью, тревожностью и нейротизмом. Одним из действенных приемов седативной психотерапии является музыка- и ритмотерапия. При депрессивных состояниях рекомендуется прослушивать элегии, ноктюрны, сонаты и ритмическую, эстрадную музыку независимо от психологических особенностей спортсменов, однако содержание музыкальных отрезков должно быть несколько различным. Так, если спортсменам–экстравертам, с пониженной реактивной тревожностью следует прослушивать классическую и камерную музыку, то спортсменам с противоположными свойствами – эстрадную, легкую, песенную. В сочетании с музыкальным психорегулирующим воздействием целесообразно использовать формулы самовнушения. Пример самовнушения во время прослушивания музыки. Вводные фразы: «Глаза прикрыты. Дыхание спокойное и глубокое. Тело отдыхает. Я очень спокоен, совершенно расслаблен». После этого произносятся основные формулы самовнушения (каждая повторяется 4-5 раз): 1. Мышцы рук приятно расслаблены. 2. Приятная тяжесть в руках. 3. Тяжесть переходит на обе ноги. Ноги приятно расслаблены. 4. Дышу спокойно и глубоко. 5. Все тело приятно расслаблено. 6. По рукам начинает струиться приятное тепло. 7. Легкое тепло струится по обеим ногам. 8. Все тело приятно расслаблено. 9. Дыхание ровное и спокойное. 10. Я совершенно спокоен и уверен в себе [5,6].

Общее время музыкальной терапии в зависимости от целей и задач психотерапии может составлять 10-30 мин. Музыка рекомендуется менять после 5-8-кратного повторения, потому что в зависимости от музыкальной подготовленности и возрастных особенностей рекреантов может возникнуть эффект или привыкания, или перенасыщения [7].

Задача отвлекающей психотерапии – переключить внимание с негативных факторов (как внешних, так и внутренних), ослабить фиксацию отрицательных состояний. Здесь часто применяются пассивные и активные приемы арттерапии. К отвлекающей психотерапии можно отнести и разрядку,

в которой дается выход эмоциональному напряжению или в форме истероидной реакции (слез, крика, брани) или в форме агрессивного поведения (например, у болельщиков во время спортивных соревнований). Психотерапевт должен научить спортсмена не избегать разрядки, а направлять ее в социально обусловленные формы проявления, например, в разминку, спортивные или подвижные игры, в специально смоделированную игровую ситуацию [8].

Задачей рациональной психотерапии является разъяснение сущности проявления озабоченности, тревожности, напряженности, беспокойства, причин их возникновения, физиологической основы, динамики проявления и благоприятных прогностических возможностей. Предлагаем используемый нами в практической работе перечень тем рациональной психотерапии: 1. Сущность неблагоприятных состояний и их причины. 2. Роль особенностей темперамента личности в развитии отрицательных эмоций. 3. Психофизиологические особенности разных видов деятельности и правильное отношение к ним спортсменов. 4. Возможности и пути преодоления отрицательных отношений и состояний. 5. Значение режима, психогигиены и активного отдыха в достижении высокой спортивной и личной активности [9].

К рациональной психотерапии относятся лекции, беседы, убеждения, размышления и рассуждения. Продолжительность лекции не должна превышать 35-45 мин. Беседы носят более индивидуализированный характер, они содержат разъяснения, критику, советы. Основой убеждения являются логика, разъяснение, доказательство, рассуждения, аргументы, факты [9,10].

Цель активирующей психотерапии – мобилизация общей жизненной активности спортсменов, которая по тем или иным причинам может быть заторможена (депрессивный, ипохондрический, астенический и другие симптомы). Чаще всего в этом случае используются наиболее благоприятные приемы: внушение в бодрствующем состоянии, музыкотерапия, активная арттерапия, аутопсихотерапия.

Социально-психологический тренинг (СПТ) представляет собой

комплекс активных методов, применяемых для целенаправленного процесса приобретения знаний, умений и навыков, необходимых человеку для снятия неблагоприятных симптомов. Чаще всего используются педагогические игры для тренеров, групповая психотерапия, инсценировка (когда психотерапевт хочет подчеркнуть значение каких-либо событий, явлений и отношений, он специально драматизирует определенную ситуацию, в некотором смысле «инсценируя» ее и делая эмоционально насыщенной, например, имитация соревнований в незнакомой среде, при сопротивлении зрителей) [11].

При формировании оптимального состояния спортсменов с помощью комплексных методов следует учитывать следующее: 1. Методы психотерапии, также, как и другие рекреационные методы, входят составной частью в комплексные программы в зависимости от периода подготовки спортсменов, поставленных диагнозов и задач, материальных возможностей. 2. В комплексной работе необходимо исходить из проблем спортсмена, а не из метода. 3. Перед проведением комплексной работы необходимо провести профильную психодиагностику и индивидуальную подготовку участников группы. Продолжительность одного занятия – 1 час. Различают три уровня интенсивности занятий: уровень высокой интенсивности – 18 занятий; уровень средней интенсивности – 10-12 занятий; уровень низкой интенсивности – 6 занятий. При проведении активных методов психотерапии необходим мониторинг частоты сердечных сокращений (ЧСС). При повышенном (на 30% к фону) увеличении ЧСС нагрузка должна снижаться [12].

В соревновательный период целесообразно использовать методы симптоматической психотерапии, в том числе аутотерапию (самовнушение, самовоспитание, самоуправление, ауто-гетерогенная тренировка, гипноз). Домашнее задание: 1. Элементы самогипноза. 2. Музыкальная психотерапия. 3. Холотропная (дыхательная терапия). 4. Отвлекающая психотерапия – арттерапия (прогулки, терренкур, экскурсии, танцевальная терапия). 5. Релаксация (гетеротренинг).

В этом периоде могут возникнуть состояния утомления и переутомления, чрезмерная нервно-психическая активность, фрустрации, особенности подготовки спортсмена к экстремальной деятельности.

1. Психотерапия при утомлении и переутомлении, которая включает виды психотерапии, построенные на отвлечении (арттерапия, музыкальная терапия, переключение с одного вида деятельности на другой, пассивный и активный отдых, психогипноз, социально-психологический тренинг). Домашнее задание: 1. Индивидуальная психотерапия. 2. Моделирование поведения, общения, взаимодействия со спортсменами, тренерами, зрителями. 3. Музыкальная терапия. 4. Отвлекающая психотерапия. 5. Аутотренинг. 6. Арттерапия [7,9].

2. Психотерапия при чрезмерной нервно-психической активности, которая включает методы саморегуляции в паузах психорегуляции, особенно в фазе идеомоторных представлений ожидаемой нестандартной ситуации и конкретных действий, в результате которых у спортсмена должно формироваться психофизиологическое состояние, образно определяемое как «горячее сердце и холодная голова». Домашнее задание: 1. Утренняя зарядка под мажорную музыку. 2. Аутготренинг утром (после сна) и вечером (перед сном). 3. Арттерапия (экскурсии, посещение концертов, терренкур, занятие хобби) [7,9].

3. Психотерапия в состоянии фрустрации, включающая рациональную психотерапию, которую целесообразно сопровождать внушением императивного типа; гипносуггестивные внушения (гипноз, психогипноз, аутогенная тренировка, прием «репортаж», когда спортсмен много раз переходит от состояния покоя и расслабления к идеомоторному соучастию в конкретных эмоциональных ситуациях, аналогичных спортивной деятельности). Домашнее задание: 1. Музыкальная терапия. 2. Телесно-ориентированная терапия. 3. Танцевальная терапия. 4. Психомассаж. 5. Метод управления мышечным тонусом. 6. Оздоровительный туризм. 7. Элементы аэробики и шейпинга. 8. Активная арттерапия. 9. Гетеротренинг. 10.

Аква-терапия [10].

В восстановительном периоде помимо медикаментозных средств, целесообразно широко использовать методы курортно-рекреационной терапии, включающей в себя целый комплекс различных воздействий: спортивные игры по упрощенным правилам на свежем воздухе, климатотерапия, бальнеотерапия, пелоидотерапия, аэро-и ароматерапия, гелиотерапия, телассотерапия, аква-терапия, туризм, лечебно-физическая культура (ЛФК, аэробика, шейпинг), массаж и др. Однако наибольшего успеха применение этих средств достигается при их психотерапевтическом сопровождении, которое носит сугубо индивидуальный характер с учетом квалификационной, возрастной и гендерной дифференциации [12].

Наш опыт работы в г. Сочи показывает, что при применении всех перечисленных методов и методик происходит улучшение самочувствия, исчезновение психосоматических симптомов, повышается оптимизм и успешность спортсменов на соревнованиях самого высокого уровня [9,12,13].

Список литературы:

1. Мясичев В.Н. Психология отношений. М.; Воронеж,1995. – С.48–53.
2. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.Д.Карвасарского. – 3-е изд., перераб. и доп. СПб: Питер, 2006. 944 с.
3. Мельников В.М., Юров И.А. Теоретические подходы к построению психологической модели «идеального» спортсмена // Спортивный психолог. 2013. – №3. – С.18–21.
4. Мельников В.М., Юров И.А. Акмеологические условия и предпосылки прогнозирования спортивных достижений//Спортивный психолог. –2014. – №1 (32). – С.34-38.
5. Мельников В.М., Юров И.А. Проблема индивидуальности в спортивной психологии // Спортивный психолог. 2014. – №3. – С.20–23.
6. Мельников В.М., Юров И.А. Экспериментальное исследование тревоги у

- спортсменов в зависимости от мотивации (закон Йеркса-Додсона в спорте) /Спортивный психолог. – 2016. -№2(41). – С. 70-74.
7. Юров И.А. Психология успешности спортсмена-пловца. - Саарбрюккен (Германия): ЛАП,2011. 239 с.
8. Юров И.А. Психодинамические корреляты спортивной успешности/Вестник спортивной науки. – 2012. №3. – С.108-114.
9. Юров И.А. Дифференциально-психологические свойства спортсменов. - Саарбрюккен (Германия): ЛАП), 2016. – 226 с.
10. Юров И.А. Личность в спортивной психологии/Вестник про педагогику и психологии Южной Сибири. -2016. – №3. – С.231-241.
11. Юров И.А. Психоакмеологические предикторы спортивных достижений/ Наука. Мысль. – 2016. 312. – С.45-51.
12. Юров И.А. Психологические свойства спортсменов. – М.: Русайнс, 2017. - 108 с.
13. Юрова К.И., Юров И.А. Фрустрация как фактор неадаптивного поведения/Гуманизация образования. – 2016. – №6. С.110-115.

УДК 159.922

Татьяна Евгеньевна Яценко

К. психол. наук, доцент

Барановичский государственный университет,

Барановичи, Беларусь

E-mail: t.e.yatsenko@mail.ru

**НАПРАВЛЕНИЯ ПСИХОКОРРЕКЦИИ ВОСПРИЯТИЯ
ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ВРЕМЕНИ ПОДРОСТКАМИ, СКЛОННЫМИ К
ВИКТИМНОМУ ПОВЕДЕНИЮ**

Аннотация. В статье актуализирована проблема влияния восприятия психологического времени на формирование жизненной перспективы виктимных подростков. Предложены авторская дефиниция и классификация ролевого

виктимного поведения подростков. Приведены результаты эмпирического исследования особенностей восприятия виктимными подростками таких модусов психологического времени, как прошлое, настоящее и будущее. Сформулированы направления психологической коррекции восприятия виктимными подростками указанных модусов психологического времени.

Ключевые слова: виктимность, виктимное поведение, реализованная виктимность, психологическое время, психологическое прошлое, психологическое настоящее, психологическое будущее, подростки.

Tatsiana Evgenevna Yatsenka

PhD in Psychological Sciences, Associate Professor

Baranovich State University, Baranovich, Belarus

E-mail: t.e.yatsenko@mail.ru

DIRECTIONS PSYCHOCORRECTION PERCEPTION OF PSYCHOLOGICAL TIME OF TEENAGERS, INCLINED TO VICTIM BEHAVIOR

Abstract. *Problem of Influence of perception of psychological time on the formation of the life prospects of victim adolescents is updated in the article. The author's definition and classification of the role victim behavior of adolescents are proposed. The results of empirical research of the peculiarities of victim teenagers' perception of such modes of psychological time as past, present and future are described. The directions of psychological correction of victim teenagers' perception of these modes of psychological time are formulated.*

Keywords: *victimnost, victim behavior, realize victimnost, psychological time, psychological past, psychological present, psychological future, teenagers.*

Время – это одно из основных измерений человеческой жизни. Человек, занимая рефлексивную позицию по отношению к собственной жизни и опираясь на некоторое представление о ее временных границах, способен самостоятельно

определять динамику и событийную насыщенность своего жизненного пути [4]. Влияние объективного времени на человеческую жизнь частично опосредуется временем субъективным, психологическим. Восприятие времени определяет эмоциональное отношение к жизни. По утверждению Л. И. Вассермана, отношение к различным модусам времени (прошлое, будущее, настоящее) является регулятором потребностей, мотивации и смысложизненных ориентаций личности [1, с. 6]. Специфика восприятия психологического времени может играть решающую роль в определении целей и построении планов, в регуляции деятельности и жизни в целом, в формировании жизненной перспективы.

Ф. Зимбардо и Дж. Бойд считают, что восприятие психологического времени зависит от культурных ценностей, типа образования, модели семьи, социоэкономического статуса, экономической и политической ситуации, наличия в опыте субъекта травматических событий и персональных успехов [2]. К числу таковых факторов, на наш взгляд, относятся и социально-психологические свойства личности, которые в значимой степени окрашивают поведение человека, приобретение конструктивного / деструктивного жизненного опыта, восприятие себя и собственной жизненной ситуации. Среди данных свойств следует обозначить, прежде всего, виктимность.

По мнению М.А. Одинцовой, виктимность – это устойчивая личностная особенность, обусловленная сочетанием индивидуально-типологических, характерологических детерминант, взаимодействующих с внешними факторами, не всегда связанными с ситуациями насилия, но способствующими виктимной активности, находящей воплощение в ролевом виктимном поведении» [3, с. 53].

В русле субъектно-средового подхода ролевое виктимное поведение подростков определяется нами как исполнение подростками в межличностном взаимодействии роли жертвы, для которой характерно неэффективное сопротивление нарушению границ своего психологического пространства и уклонение от позиции субъекта жизнедеятельности, обуславливающее их психологическую виктимизацию и ревиктимизацию [5].

Нами разработана классификация виктимного поведения подростков, в основе которой такие критерии дифференциации, как наличие виктимной деформации личности, отношение к границам психологического пространства личности других индивидов и исполнению роли жертвы, выраженность стремления к научению суверенному поведению:

1. Неинструментальное виктимное поведение – является выражением виктимного потенциала личности, сопровождается проявлением гиперчувствительности к личностным границам других участников взаимодействия, неудовлетворенностью исполняемой ролью жертвы и стремлением к научению суверенному поведению.

2. Инструментальное виктимное поведение – характеризуется стремлением личности к получению выгоды от исполнения роли реальной / мнимой жертвы, сопровождается психологическим сопротивлением научению суверенному поведению, нарушением личностных границ других участников взаимодействия.

3. Непоследовательное виктимное поведение – представляет собой проявление личностью как инструментального, так и неинструментального виктимного поведения в зависимости от ситуаций и участников взаимодействия [5; 6; 7].

С целью выявления особенностей восприятия психологического времени подростками с реализованной виктимностью и направлений его психологической коррекции нами было проведено исследование. Подростки с реализованной виктимностью – это лица, которые имеют негативный опыт психологической травматизации, подвергались психологической виктимизации (принижение, отвержение, инфантилизация, игнорирование, принуждение, терроризирование), то есть находились в позиции жертвы. У них сформирована склонность к воспроизводству в различных системах отношений виктимного поведения, сопряженного с размытостью личностных границ, зависимостью, уступчивостью, демонстрацией беспомощности, уклонением от ответственности за свою жизнь.

Выборку исследования составили 100 учащихся в возрасте 12-15 лет. Из них 47 девочек и 53 мальчика. Диагностический инструментарий исследования представлен методикой исследования склонности к виктимному поведению» О. О. Андронниковой и методикой «Семантический дифференциал времени» (Л. И. Вассерман с соавторами).

Для выявления характеристик восприятия психологического времени виктимными подростками нами был использован метод ранговой корреляции Спирмена. У подростков с высоким уровнем реализованной виктимности отмечены низкие значения по факторам «эмоциональность» ($r = -0,29$, $p = 0,00$), «величина» ($r = -0,47$, $p = 0,00$) и «ощущаемость» ($r = -0,22$, $p = 0,02$) настоящего времени. Психологическое настоящее виктимные подростки описывают как печальное, тусклое, тревожное, представленное в темных тонах, что отражает негативную эмоциональную окрашенность восприятия настоящего времени. В настоящем времени виктимные подростки переживают беспокойство, раздражение, тревожность. Настоящее воспринимается ими как фрустрирующее и пессимистичное. В отношении настоящего времени имеет место внутренняя безучастность, низкая интеллектуальная и эмоциональная вовлеченность, утрата личностного смысла происходящих событий. Внимание акцентируется на существующих в актуальной жизненной ситуации препятствиях для удовлетворения потребностей. Виктимные подростки не удовлетворены действительностью, считают, что она не соответствует их потребностям.

Выявлена обратная связь между уровнем реализованной виктимности подростков и аффективными («эмоциональность» ($r = -0,36$, $p = 0,00$)) смысловыми («величина» ($r = -0,27$, $p = 0,00$)) характеристиками прошлого времени и его «ощущаемостью» ($r = -0,22$, $p = 0,02$). Свое психологическое прошлое виктимные подростки описывают как далекое, неоощуемое, замкнутое. Иными словами, прошлое отвергается подростками. Характерно нарушение психологической связи с прошлым, которое имеет для них низкую значимость, что может быть обусловлено его травматичностью.

Подростки с реализованной виктимностью, испытывая негативные эмоции по отношению к прошлому, могут уклоняться от его рефлексии, от осмысления ошибок собственного поведения. Вспоминая прошлое, виктимные подростки испытывают отрицательные эмоции, актуализируют в сознании преимущественно неприятные и негативные произошедшие события. Соответственно все позитивные аспекты прошлого вытесняются из сознания виктимных подростков, что может приводить к формированию убежденности в неспособности преодолеть жертвенную позицию и может препятствовать осознанию ими имеющихся у них личностных ресурсов.

Для подростков с реализованной виктимностью свойственна низкая смысловая наполненность психологического прошлого времени, поскольку существовавшие в прошлом препятствие для удовлетворения потребностей трактуются ими как непреодолимые. Трудности, возникшие в прошлом, рассматриваются ими как непреодолимые и вызванные внешними факторами.

Виктимные подростки описывают свое психологическое будущее как негативное ($r = -0,32, p = 0,01$), непродолжительное ($r = -0,35, p = 0,003$), в низкой степени ощущаемое ($r = -0,30, p = 0,01$). На когнитивном и эмоциональном уровнях у них снижена восприимчивость к будущему, что может проявляться в позиции «наблюдателя за собственной жизнью в будущем», в отстраненности. В восприятии будущего превалирует депрессивный компонент: переживание безнадежности, беспомощности, бесперспективности, безысходности. Это может определять пассивное ожидание неприятностей виктимными подростками, уклонение от ответственного преобразования собственной жизни и социальной среды. При проектировании собственного будущего они переживают внутреннюю скованность и фрустрированность, приводящие к блокированию позитивных интенций личности. Имеет место сужение жизненной перспективы.

Таким образом, основной фон переживаний прошлого, настоящего и будущего у виктимных подростков характеризуется превалированием отрицательных эмоций. Имеет место неудовлетворенность актуальной жизненной ситуацией. Свойственна склонность акцентировать внимание на негативных

аспектах прошлого, настоящего и будущего. Данные модусы психологического времени рассматриваются виктимными подростками как неподдающиеся контролю, обусловленные внешними факторами. События как прошлого, так и настоящего и будущего времени лишены для виктимных подростков личностной значимости. Они склонны занимать позицию отстраненного созерцателя в отношении своего психологического прошлого, настоящего и будущего.

Исходя из результатов эмпирического исследования, можно констатировать основные направления психологической коррекции восприятия виктимными подростками психологического времени должны выступать:

- 1) восстановление психологической связи с прошлым, настоящим и будущим временем;
- 2) формирование интернальной позиции в отношении психологического прошлого, настоящего и будущего;
- 3) содействие повышению событийной насыщенности и интенсивности психологического прошлого, настоящего и будущего времени в сознании виктимных подростков;
- 4) обеспечение восстановления личностной значимости различных модусов психологического времени и развития их рефлексии;
- 5) содействие переосмыслению событий прошлого, настоящего и возможного будущего с акцентом на актуализацию в сознании их позитивных аспектов, что предполагает коррекцию стратегий мышления виктимных подростков (переориентация с деструктивного мышления на позитивное мышление).

Список литературы:

1. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Червинская К.Р. Семантический дифференциал времени: экспертная психодиагностическая система в медицинской психологии: пос. для врачей и мед.психол. – СПб., 2009. – 44 с.

2. Зимбардо Ф., Бойд Дж. Парадокс времени. Новая психология времени, которая улучшит вашу жизнь. – СПб.: Речь, 2010. – 352 с.
3. Одинцова, М. А. Типы поведения жертвы. Диагностика ролевой виктимности: монография. – Самара: Бахрах-М, 2013. – 160 с.
4. Рубинштейн С.Л. Бытие и сознание. Человек и мир. – СПб.: Питер, 2003. – 512 с.
5. Яценко Т. Е., Лушкевич Т.И. Ориентация виктимных подростков на образ «значимого Другого» как условие их девиктимизации // Адукацыя і выхаванне. – 2016. – № 10. – С. 26–32.
6. Яценко Т. Е., Рзаева Ж.В. Виктимология образования: в помощь практическому психологу. – Барановичи: РИО БарГУ, 2014. – 363 с.
7. Яценко Т. Е. Динамика уровня сформированности компонентов социально-личностных компетенций у будущих педагогов в процессе элективного обучения девиктимизации // Вестн. БарГУ. Сер., Педагогические науки. Психологические науки. Филологические науки. – 2015. – Вып. 3. – С. 70–75.

СЕКЦИЯ 3. СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ

SESSION 3. SOCIAL ASPECT

УДК 796.078; 613.6

Елена Васильевна Антипова

К. пед. наук, доцент

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт физической культуры, г. Санкт-Петербург, Россия

Вячеслав Александрович Антипов

К. пед. наук

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт физической культуры, г. Санкт-Петербург, Россия

E-mail: tomilina@mail.ru

КОМПЛЕКСНАЯ ПРЕВЕНЦИЯ РАСПРОСТРАНЕНИЯ НАРКОТИЗМА В ПОДРОСТКОВО-МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ

Аннотация. В статье рассматриваются проблемы борьбы с антисоциальным явлением – наркотизмом, незаконным распространением наркотиков и немедицинским их употреблением. Предложена комплексная модель борьбы с распространением наркотизма и наркомании в подростково-молодежной среде, превенции факторов риска здоровья на основе формирования культуры здоровья личности и общества.

Ключевые слова: наркотизм, наркомания, превенция вредных привычек.

Elena Vasilevna Antipova

*PhD in Pedagogic Sciences, Associate Professor
St. Petersburg Research Institute of Physical Culture,
St. Petersburg, Russia*

Antipov Aleksandrovich Vyacheslav

PhD in Pedagogic Sciences

St. Petersburg Research Institute of Physical Culture,

St. Petersburg, Russia

E-mail: tomilina@mail.ru

COMPREHENSIVE PREVENTION OF THE SPREAD OF DRUG ADDICTION IN YOUTH ENVIRONMENT

***Abstract.** The article deals with the problems of combating the antisocial phenomenon - narcotism, illegal drug distribution and non-medical use of drugs. A comprehensive model of combating the spread of narcotism and drug addiction in adolescent and youth environment, prevention of health risk factors based on the formation of a culture of health of the individual and society is proposed.*

***Keywords:** narcotism, drug addiction, prevention of bad habits.*

Введение. Распространения наркотизма имеет транснациональный характер и требует принятия активных мер. Во Всемирном докладе Управления ООН по наркотикам и преступности за 2014 г. отмечается, что в 2012 г. пробовали наркотики хотя бы 1 раз от 162 до 324 млн. чел., что соответствует 3,5-7,0% мирового населения в возрасте 15-64 лет, в том числе каждый десятый из этого числа незаконно (без медицинского на то предписания) употреблял наркотические средства постоянно [8]. В России цифры численности наркозависимых существенно разнятся. По состоянию на 2014 г., согласно данным мониторинга, число россиян, употребляющих наркотики как регулярно, так и эпизодически, составляло 7,3 млн. чел., в т.ч. 2 млн. из них - употребляли постоянно [4]. Официально в стране в 2017 г. зарегистрировано 640 тыс. наркозависимых людей [6]. Однако по данным социологических опросов эта цифра составляет 7,5 млн. чел., а число несовершеннолетних наркоманов за последние 5 лет возросло на 60%!

Увеличился незаконный оборот синтетических наркотиков и новых видов психоактивных веществ [2]. В 2017 г. число наркоманов, вставших на учет, уменьшилось на 2,2%. Но официальная статистика учитывает лишь тех, кто уже болен наркоманией, а не вовлечен в наркотизм. К сожалению, существует ряд отрицательных факторов: снижается возраст первой пробы наркотиков среди россиян (с 19 до 6 лет); синтетические наркотики становятся легко доступными для детей и подростков; скорость увеличения числа наркозависимых в возрасте до 16 лет больше чем в возрастных группах от 16 до 30 лет и старше 30 лет [6]. Учитывая подобную динамику роста наркотической зависимости среди подрастающего поколения, проблема борьбы с распространением наркотизма не только не теряет своей актуальности, но и требует поиска наиболее эффективных путей ее решения.

Методы и организация исследования. В многолетнем исследовании применялись следующие методы: анализ и обобщение литературных источников и официальных документов, контент-анализ, социологические опросы (анкетирование), педагогическое проектирование (моделирование) и др.

Организация исследования проводилась на базе ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт физической культуры».

Результаты и их обсуждение. Прежде чем приступить к рассмотрению мер борьбы с незаконным употреблением наркотиков, следует конкретизировать два основных понятия: наркотизм и наркомания.

Наркотизм - это негативное социальное явление, а наркомания – болезнь. Фактически, наркомания является следствием распространения асоциального явления. Зачастую речь идет о борьбе с наркоманией, а фактически нужно изначально бороться с условиями, которые порождают данную болезнь.

Как в мировой практике, так и в России меры борьбы со злоупотреблением наркотиков разрабатываются в различных аспектах и ведутся в нескольких направлениях, основными из которых являются:

- пресечение незаконного оборота наркотических средств и психоактивных веществ;

- профилактика распространения наркотизма и наркомании;

- лечение и реабилитация больных наркоманией.

Исторический анализ формирования стратегии государственного контроля над оборотом наркотиков показывает, что на форму антинаркотической политики любой страны в конкретный период времени влияют следующие факторы:

- состояние (напряженность) наркоситуации в стране;

- опыт государства по злоупотреблению наркотическими средствами и психоактивными веществами (ПАВ);

- толерантность общества к проблеме злоупотребления наркотиков.

В мировой практике существуют следующие основные модели социального контроля за наркоситуацией: репрессивная (запретительная), либеральная и рестриктивная (запретительно-ограничительная), каждая из которых имеет свои плюсы и минусы для конкретного исторического периода [3].

В Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года (далее – Стратегия антинаркотической политики), в качестве факторов, отрицательно влияющих на ее эффективность, названы:

- отсутствие государственной системы мониторинга развития наркоситуации;

- недостаточно эффективно организованные профилактическая деятельность, медицинская помощь и медико-социальная реабилитация больных наркоманией;

- недостаточное использование потенциала общественных объединений и религиозных организаций [7].

В соответствии со Стратегией антинаркотической политики в стране должны создаваться три формы моделей борьбы со злоупотреблением наркотиков: нормативно-правовая, профилактическая и медицинская. Мы

считаем, что решение проблемы требует создания одной комплексной модели для борьбы с распространением наркотизма и наркомании, включающей в себя все три направления (нормативно-правовое, профилактическое и медицинское), деятельность каждого из которых будет развиваться не обособленно, а во взаимодействии с программами других направлений, путем согласованных действий (табл.).

Информационно-социальная модель процессов распространения наркотизма имеет форму пирамиды [5]. Верхушка пирамиды - это социальная группа, размеры и содержание которой уже зафиксированы, т.е. известно количество наркоманов, состоящих на официальном учете в наркологических диспансерах. Далее идут «латентные страты». Они располагаются примерно в той же последовательности, в которой обычно происходит «восхождение» субъекта по условным ступенькам пирамиды: наркоманы, не состоящие на учете в наркологическом диспансере; потребители наркотиков, не имеющие еще наркотической зависимости, но уже пробовавшие запрещенные препараты; в основании пирамиды - группа риска: люди, которые при влиянии различных социально-биологических факторов могут прибегнуть к незаконному употреблению наркотических веществ.

Таблица

Содержание основных элементов комплексной модели борьбы с распространением наркотизма и наркомании в подростково-молодежной среде

Содержание комплексной модели борьбы с наркотизмом и наркоманией		
нормативно-правовое	профилактическое	медицинское
Совершенствование и ужесточение нормативно-правового регулирования, контроля и надзора в сфере оборота наркотиков и их прекурсоров	Создание государственной системы профилактики немедицинского потребления наркотиков	Оказание наркологической помощи
Пресечение попыток ввоза в страну наркотических средств путем укрепления	Формирование в обществе нетерпимого	Медико-социальная реабилитация

режима государственной границы и повышения эффективности международного сотрудничества с участниками антинаркотической деятельности	отношения к наркотизму	к	больных наркоманией
Ликвидация подпольных лабораторий по производству наркотических средств и уничтожение сырьевой базы для незаконного их производства	Формирование у подрастающего поколения устойчивого противодействия к потреблению наркотиков и ПАВ	у	
Пресечение незаконной торговли наркотиками	Организация досуговой деятельности детей, подростков и молодежи	к	
Создание системы мониторинга наркоситуации в стране			

В рамках многолетнего исследования и на основании обобщения предшествующего опыта в Санкт-Петербургском научно-исследовательском институте физической культуры были разработаны вариативные образовательные программы по первичной профилактике наркомании среди детей и подростков, а также юных спортсменов. В частности, Программа «Первичная профилактика наркомании в общеобразовательной школе», рассчитанная на учащихся 1-11 классов общеобразовательной школы, может реализовываться социальными педагогами, классными руководителями, педагогами по внеклассной работе, учителями ОБЖ и физической культуры, а также медицинскими работниками, деятельность которых предусмотрена в образовательных учреждениях полного среднего образования. Программа направлена не только на противодействие распространения наркотизма, но и формирование у детей и подростков здорового образа жизни и физической культуры личности, сознательного отказа от вредных привычек [1].

Контроль, как известно, важная и неотъемлемая функция управленческой деятельности, а именно эта функция в реализации антинаркотической политики выполняется слабо. В каждом регионе России необходимо создать единую систему мониторинга наркоситуации. Более важной является отслеживание динамики роста наркотизма, а не роста наркомании. Во втором случае вся ситуация под контролем, а в первом – имеет скрытый характер. Особенно важно выявлять своевременно группы риска детей, подростков и молодежи, до первой пробы ими наркосодержащих веществ и ПАВ. В этом случае первичная профилактика наркомании будет более эффективной, т.к. реализация профилактических программ будет проходить только среди детей школьного возраста и молодежи до первой пробы ими наркотиков. Кроме того, будут адресно выполняться вторичная и третичная профилактика наркомании. Возможно, стоило бы разработать базовую профилактическую программу факторов риска здоровья, которая в совокупности с региональным и местным компонентами реализовывалась в образовательных учреждениях страны всех уровней. Создание базы данных профилактических программ позволило бы изучать передовой опыт борьбы с наркоманией и другими вредными привычками (в том числе и мировой опыт).

И еще о разовых мероприятиях против наркотиков. Деньги затрачиваются на них большие, но пользы они приносят мало, поскольку только сформированные в результате длительного педагогического воздействия ценностные ориентации способны уберечь человека от вовлечения в наркосреду или от таких вредных привычек как табакокурение, употребление спиртных напитков.

Заключение. Наркоситуация в России несет прямую угрозу здоровью подрастающему поколению, социально-экономическому развитию страны и ее национальной безопасности. Необходимо объединить усилия различных ведомств для борьбы с распространением наркотизма и ростом наркомании. Целесообразно решать задачу комплексно, без отрыва от задач формирования

среди населения здорового образа жизни и культуры здоровья личности и общества.

Список литературы:

1. Антипов В.А. Первичная профилактика распространения наркотизма и наркомании в молодежной среде: монография / В.А. Антипов, С.П. Евсеев, Д.В. Черкашин / под научной ред. канд. пед. наук, доц. Антипова Е.В. – СПб.: ФГБУ СПбНИИФК, 2014. – 262 с.
2. Путин Владимир. Число несовершеннолетних наркоманов возросло на 60%. – [Электронный ресурс]. – URL: <http://maxpark.com/community/7948/content/5805723>. – Дата обращения: 29.04.2017.
3. Дмитриева Т.Б., Клименко Т.В. Формы государственного контроля за оборотом наркотиков (зарубежный и национальный опыт) // Наркология. - №7. – 2009. – С. 12-19.
4. Заседание президиума Госсовета по вопросу реализации государственной антинаркотической политики. – Московская обл., Ново-Огарево. – 2015. – [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.kremlin.ru/events/state-council/49716>. – Дата обращения: 19.04.2017.
5. Рущенко, И.П. Количественное измерение динамики и структурных характеристик процесса распространения наркотиков (методология, методика и результаты исследований) // Молодёжь и наркотики (социология наркотизма) / Под ред. В. А. Соболева, И. П. Рущенко. - Харьков: Торсинг, 2000. - С. 17–83.
6. Статистика наркозависимых в России. – [Электронный ресурс]. – URL: <http://stranaprotivnarkotikov.ru/statistika-narkozavisimyx-v-rossii/>. – Дата обращения: 20.03.2018.
7. Стратегия государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года (утв. Указом Президента РФ от 9 июня 2010 г. № 690), с изменениями и дополнениями от: 1 июля 2014 г.; 7 декабря 2016 г. –

[Электронный ресурс]. – URL: <http://base.garant.ru/12176340/>. - Дата обращения: 4.05.2017.

8. Щербаков А.Д. Состояние наркопреступности в Российской Федерации // Социально-экономические явления и процессы. – Т.10. - №9. – 2015. - С. 212-216.

УДК 377.5

Эрхэмбаяр Ариунцэцэг

Преподаватель

Дарханская Медицинская Школа Монгольского Национального

Университета Медицинских Наук /МНУМН/,

Дархан, Монголия

E-mail: e_ariunaa17@yahoo.com

Нацаг Баярмаа

Преподаватель

Дарханская Медицинская Школа Монгольского Национального

Университета Медицинских Наук /МНУМН/,

E-mail: nbayarmaa@mnumts.edu.mn

ИЗУЧЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ БЕЗДОМНЫХ

***Аннотация:** В последние годы вследствие появления неравенства в вопросах образования, здоровья и занятости мужчины и женщины, в их роли в семейной и социальной жизни наблюдаются негативные влияния, требующие актуального внимания исследователей. В статье затрагиваются социально-психологические аспекты бездомных.*

***Ключевые слова:** документы, центр, возраст, безработица, одиночка.*

STUDYING THE PROBLEMS OF HOMELESS PEOPLE

Erhembayar Ariuntsetseg

Lecturer of Public Health department Darkhan Medical School, Mongolian

National University of Medical Sciences /MNUMS/

Darkhan, Mongolia

E-mail: e_ariunaa17@yahoo.com

Natsag Bayarmaa

Lecturer of Basic Science department Darkhan Medical School, Mongolian

National University of Medical Sciences /MNUMS/ Darkhan, Mongolia

E-mail: nbayarmaa@mnums.edu.mn

Abstract. *In recent years, due to the emergence of inequalities in education, health and employment, men and women, in their role in family and social life, negative influences have been observed that require urgent attention of researchers. The article touches on the socio-psychological aspects of the homeless.*

Keywords: *documents, center, age, unemployment, lone wolf.*

Введение: Среди мужчин всё чаще наблюдаются случаи снижения ответственности перед семьёй, кроме отставания в уровне образования от женщины, злоупотребляют вредными привычками, страдают различными заболеваниями учащаются случаи среди них попадания в аварию и совершения преступлений. Также в связи с безработицей, бедностью, пьянством увеличиваются число бродяг, бомжей⁵. Методом многоступенчатого, случайного отбора в исследование были взяты 47 мужчин Сонгинохайрханского района города Уланбатора и 55 мужчин города Дархана, всего 102 мужчин, зарегистрированных в службах социальной защиты данных городов. В возрастном отношении 32,7% составляют 50-59 летние мужчины-одиночки из Сонгинохайрханского района города Уланбатора, средний возраст 53.0 ± 10.4 . Среди мужчин-одиночек города

Дархана 51% занимают 50-59 летние, 15% от 60 – 65 летние, средний их возраст 54.29 ± 8.6 . Разницы между средним возрастом бездомных городов Уланбатор и Дархана не наблюдалось ($p < 0.342$).

При исследовании занятости и материальных доходов, 57.4% мужчин-одиночек города Дархана и 41.1% города Уланбатора были безработными и не имели каких-либо доходов ($p < 0.461$). Из исследованных бездомных города Уланбатора 87.2% из них временно живут в специальном районном центре службы социальной защиты, тогда как бездомные из города Дархана вследствие отсутствия специального центра социальной защиты, 40.4% из них временно проживают в траншеях, 38.3% подъездах, 36.1% подвалах.

Обоснование исследования: В последние годы вследствие появления неравенства в вопросах образования, здоровья и занятости мужчины и женщины, в их роли семейной и социальной жизни наблюдаются негативные влияния, требующие актуального внимания исследования¹. Большинство из-них остаются вне от различных льгот социальной защиты как пенсия, льготные образовательные и медицинские услуги, что служит нарушением их права. Согласно неофициальным данным в нашей стране живут более 4000 бездомных граждан. К сожалению их число растёт с каждым годом. Из всех 2542 людей живущих в Сонгинохайрхан районном центре службы социальной защиты города Уланбатора, приблизительно 700 из них составляют бездомные.

В городе Дархане в службе соцзащиты зарегистрированы приблизительно 500 бездомные¹². В связи с этим была поставлена задача исследования социальной и психологической аспектов этих людей.

Цель исследования: Определить социальные и психологические факторы, влияющие на бездомных

- Задачи 1.** Определить особенностей образа и условий жизни бездомных
2. Выяснить психологические особенности бездомных и факторов, влияющих на них.
 3. Выявить актуальные вопросы социальной защиты бездомных.

Новизна исследования: Заключается в установлении особенностей условий жизни, состояний психики и социальной защиты бездомных города Уланбатора и Дархана.

Практическое значение исследования: Материалы работы могут послужить основой исследования по-выявлению социально-психологических аспектов бездомных в стране.

Материалы и методы исследования: Объект исследования

✓ 47 бездомных, зарегистрированные в центре службы соцзащиты города Дархана, временно проживающих в траншеях, подъездах и подвалах.

✓ 55 бездомных города Уланбатора временно проживающих в специальном районном центре службы социальной защиты.

Всего в исследование были охвачены 102 бездомных.

Методы исследования:

1. Методом многоступенчатого, случайного отбора в исследование были взяты бездомных Сонгинохайрханского района города Уланбатора и Дархана.

2. Исследование были проведены методами дескриптивного одномоментного анализа и методами аналитического исследования.

3. В исследовании были использованы следующие методы:

✓ Метод опроса: По-специально разработанной опросником с 15 вопросами были оценены возрастной состав, доходы, жизненные условия, вредные привычки, психологические факторы.

✓ Методом собеседования: были опрошены 30 человек города Уланбатора, временно проживающих в специальном районном центре службы социальной защиты и 280 бездомных города Дархана.

4. Таблицы, графики и данные исследования были обработаны с помощью программ Microsoft Word, Excel, Power Point

5. Статистические данные обработаны программой SPSS – 17.0 методом Пирсоны Хи квадрата с последующим учётом значения $p < 0,05$ статистически обоснованы.

Этические основы исследования.

С точки зрения этики исследования были взяты официальные разрешения от службы соцзащиты, а также от самого бездомного города Уланбатора и Дархана.

Результаты исследования

Таблица 1.

Сравнительный анализ возраста, образования и условий жизни				
Показатели	Всего	Район Сонгинохайрхан Город Дархан Уланбатора СХайрхан дүүрэг		Р значение
		п %	п %	
Возрастной состав				
30-39 лет	15	11 (20.0)	4 (8.5)	0.342
40-49 лет	18	14 (25.4)	4 (8.5)	
50-59 лет	42	18 (32.7)	24(51)	
60- 65 лет	21	12 (21.8)	15(31.9)	
Уровень образования				
Низшее	38	22(40.0)	16(34.0)	0.124
Неполное среднее		9(16.3)	12(25.5)	
Полное среднее	19	10(18.2)	9(19.1)	
Специально среднее	10	6(10.9)	4(8.5)	
Высшее	14	8(14.5)	6(12.7)	
Трудоустройство, материальные доходы				
Не имеют дохода	66	39(41.1)	27(57.4)	0.461
На пенсии	56	49 (4.2)	7(14.9)	0.135
Пенсия по-инвалидности	25	12(12.6)	13(27.7)	
Условия жизни				
Траншеи	24	5 (9.0)	19(40.4)	0.135
Подъезды	18	-	18(38.3)	
Подвалы	19	2 (3.6)	17(36.1)	
Центр социальной защиты	48	48 (87.2)	-	

В нашем исследовании возрастном отношении 32,7% составляют 50-59 летние мужчины-одиночки из Сонгинохайрханского района города Уланбатора, средний возраст $53.0 \pm 10,4$. Среди мужчин-одиночек города Дархана 51% занимают 50-59 летние, 15% от 60 – 65 летние, средний их возраст 54.29 ± 8.6 . Разницы между средним возрастом бездомных городов Уланбатор и Дархана не наблюдалось ($p < 0.342$).

При исследовании занятости и материальных доходов, 57.4% мужчин-одиночек города Дархана и 41.1% города Уланбатора были безработными и не имели каких-либо доходов ($p < 0.461$). Из исследованных бездомных города Уланбатора 87.2% временно живут в специальном районном центре службы социальной защиты, тогда как бездомных города Дархана вследствие отсутствия специального центра защиты, 40.4% из них временно проживают в траншеях, 38.3% подъездах, 36.1% подвалах.

Таблица 2.

Сравнительное исследование образа жизни и умения

Показатели	Всего	Район Сонгинохайрхан города Уланбатора.	Город Дархан	Р значени е
		n %	n%	
Причины одиночества				
Низкий прожиточный уровень	10(45.4)	7 (46.6)	3(43.0)	
Неуверенность в себе	4(18.1)	2(13.3)	2(28.5)	0.0001
Отсутствие каких-либо доходов, питания	8(36.6)	6(40.0)	2(28.2)	
Причины бродяжничества				
Из-за отсутствия своего дома	15(14.7)	8(14.5)	7(14.9)	
Ненавидят родные	22(21.5)	10(18.2)	12(25.5)	0.006
Бросили жена и дети	56(54.9)	33(60.0)	23(48.9)	

Социальное отчуждение	9(8.8)	4(7.3)	5(10.6)	
Применение алкоголя				
Постоянно выпивают	79(77.4)	48(87.0)	31(66.0)	0.640
Иногда	25(24.5)	9(13.0)	16(44.0)	
Причины алкоголизма				
Не благополучное семейное положение	45(44.1)	22(40.0)	23(48.9)	
Не допонимание	34(33.3)	19(34.5)	15(31.9)	0.243
Безработица	23(22.5)	14(25.5)	9(19.2)	
21-свыше лет	42(41.1)	14(25.5)	28(59.6)	

В нашем исследовании причину своего одиночества 46.6% из района Сонгинохайрхан города Уланбатора и 43% с города Дархана связывают с низким прожиточным уровнем./ $p=0.0001$ /. Отсюда можно заключить, что причиной бродяжничества служат отсутствие каких-либо материальных доходов и низкий прожиточный уровень.

Негативные эмоции, проявляемые у бездомных

Если в нашем исследовании психологического состояния, у бездомных из района Сонгинохайрхан города Уланбатора наблюдалось, что 18.2% из них падают духом, 16.4% постоянное беспокойствие, 16.4% постоянная агрессивность, то у бездомных из города Дархана отмечено, что 8% из них падают духом, 12.8% постоянное беспокойствие, 12.8% постоянная агрессивность. Из данных исследования видно, что у бездомных в основном преобладают негативные эмоции. Если причину своего постоянного стрессового состояния бездомных из города Дархана 25,5% из них связывают с безработицей, 23,4% отсутствием питания, 21,3% отсутствием крыши над головой и 17% с одиночеством, то из района Сонгинохайрхан города Уланбатора 27,3% из них связывают с неуверенностью в будущее, 23,6% отсутствием крыши над головой, 20% отсутствием питания / $p=0,73$ /

Результаты исследования 1. Из исследованного бездомного города Уланбатора 87.2% из них временно живут в специальном районном центре

службы социальной защиты. Среди бездомных из города Дархана 40.4% из них временно проживают в траншеях. Вследствие отсутствия специального центра социальной защиты, в холодное время года бездомные вынуждены проживать в тёплых траншеях, подъездах и подвалах /р <0.153/. Среди бездомных наблюдалось, что 64.0% из них безработные, 77.4% постоянно выпивают. / р <0.640/

2.Постоянное стрессовое состояние бездомных связаны 43.4% с отсутствием питания, 44.9% отсутствием крыши над головой /р <0,73/.

Из-за постоянного стресса 48.0% из них падают духом, у 29.2% постоянное беспокойствие, говорящих о преобладании среди них негативной эмоции.

3. Среди бездомных у 49.0% из района Сонгинохайрхан города Уланбатора и 42.6% из города Дархан из-за отсутствия официальных документов гражданина не могут получать различные льготы социальной защиты. /р= 0,01/

Выносимые рекомендации: 1. Необходима регистрация всех бездомных в стране, в том числе мужчин-одиночек

2.Необходимо выдать бездомных гражданского документа для обеспечения их права участия в социальной жизни.

3.Необходимы совместные усилия государственных и негосударственных организаций для бездомных в проведении мероприятий по социализации, обучения навыкам труда и их трудоустройству.

Список литературы:

1. Батжаргал. Ж. “Монгол эрэгтэйчүүдийн нийгмийн үнэлэмж” УБ, 2009
2. Буянжаргал. Т “Гэр бүлийн сициологи” 2005. УБ
3. Бямбасүрэн .С. “Согтуурал ба архидалт” 1988. УБ
4. Ганчимэг “ SPSS хичээлийн гарын авлага” 2008 он. УБ

Ольга Владимировна Лимаренко

К. пед. наук, доцент

Сибирский федеральный университет, Красноярск, Россия,

E-mail: olga_limarenko@mail.ru

Светлана Владимировна Романова

К. биол. наук, доцент,

Иркутский государственный университет, Иркутск, Россия,

E-mail: svetlana200168@mail.ru.

**ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ
ЧЕТЫРЕХ-СИМИ ЛЕТ, ПРОЖИВАЮЩИХ В НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ
КЛИМАТОГЕОГРАФИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ**

Аннотация. В статье представлены результаты исследования функционального состояния детей четырех-семи лет, проживающих в условиях Крайнего Севера. Материал будет полезен педагогам физического воспитания, занимающимся с детьми дошкольного возраста при подборе физических упражнений, дозировании нагрузки для их освоения, а в целом поможет сохранению здоровья детей.

Ключевые слова: дети дошкольного возраста, функциональное состояние, артериальное давление, частота сердечных сокращений, индекс Кердо, физическая работоспособность, адаптационный потенциал, группа здоровья.

Olga Vladimirovna Limarenko

PhD in pedagogical Sciences, Associate Professor

Siberian Federal University, Krasnoyarsk, Russia,

E-mail: olga_limarenko@mail.ru;

Svetlana Vladimirovna Romanova

PhD in biological Sciences, Associate Professor

Irkutsk State University, Irkutsk, Russia

E-mail: svetlana200168@mail.ru.

ESTIMATION OF FUNCTIONAL STATE OF CHILDREN'S AGED FOUR TO SEVEN YEARS, RESIDING IN CLIMATIC AND GEOGRAPHICAL CONDITION

***Abstract.** The article presents the results of the evolution functional state of children's aged four to seven years, residing in the Far North Conditions. The material will be useful for teachers of physical education, working with preschool children in the selection of physical exercises, dispensing loads for their development, and in general help the preservation of the health of children.*

***Keywords:** the preschool children, the functional state, arterial pressure, heart rate, index Kerdo, physical performance, adaptive potential, fitness group.*

Исследование процессов роста, развития и функционального состояния детей, находящихся в неблагоприятных климатогеографических условиях имеет важное значение для сохранения здоровья подрастающего поколения.

В настоящее время сравнительно мало исследований, характеризующих функциональные возможности кардиореспираторной системы у детей, проживающих в условиях Крайнего Севера, что является, с одной стороны, препятствием к достижению наибольшего эффекта от применения физических упражнений из-за невозможности их индивидуализации, с другой – может привести к различным нарушениям кардиореспираторной системы из-за несоответствия величины физической нагрузки адаптационным возможностям [2, 3, 4, 5].

В ходе нашего исследования, проведенного за 2016-2017 уч. год в регионе, приравненном к районам Крайнего Севера, при участии дошкольников, посещающих МДОУ ЦРР-д/с №18 «Дюймовочка» г. Усть-

Илимска, использовались показатели 65 детей, родители которых дали согласие на обработку результатов.

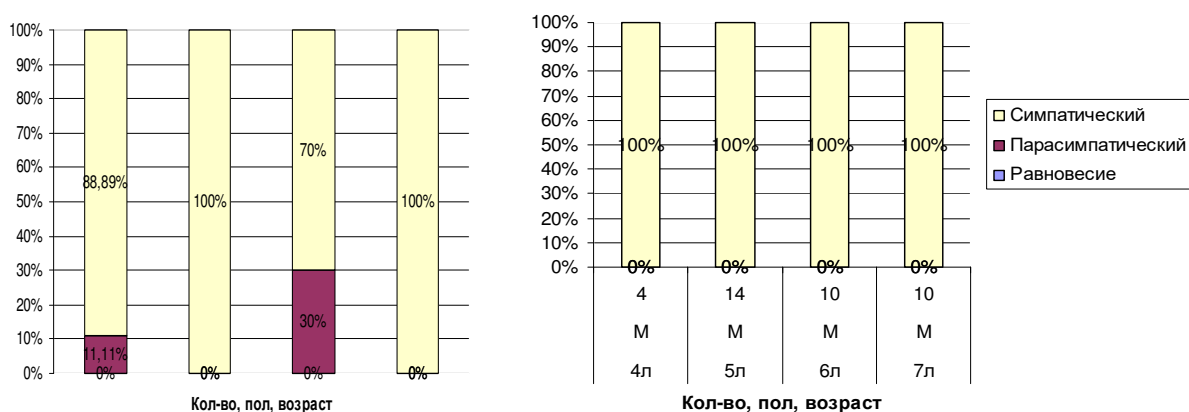
Исследование функционального состояния детей-дошкольников осуществлялась нами по показателям артериального давления систолического и диастолического (АДС и АДД), частоты сердечных сокращений (ЧСС), вычисления вегетативного индекса Кердо (ВИК), проведения функциональной пробы (теста Руфье), расчета адаптационного потенциала (АП) по Р.М. Баевскому [1] и определения группы здоровья. Результаты исследования обработаны с помощью прикладной компьютерной программы «Мониторинг здоровья детей дошкольного возраста v 1.14 by WO3L 2007».

Анализ показателей артериального давления весеннего мониторинга дошкольников позволил выявить изменения АДС в пределах от 75 до 95 мм. рт. ст. и АДД – от 40 до 65 мм. рт. ст. у детей четырех лет, при этом средний показатель артериального давления систолического у мальчиков составил 83 мм. рт. ст. (было 106 мм. рт. ст.), у девочек – 83,2 мм. рт. ст. (было 91,5 мм. рт. ст.); средний показатель артериального давления диастолического составил 50 мм. рт. ст. у мальчиков (осенний показатель равнялся 62,5 мм. рт. ст.) и 48 мм. рт. ст. у девочек (было 62 мм. рт. ст.). У пятилетних детей показатели артериального давления систолического изменялись в пределах от 75 до 105 мм. рт. ст., диастолического – от 40 до 70 мм. рт. ст. Средний показатель АД систолического у мальчиков зарегистрирован 90,6 мм. рт. ст (было 104,5 мм. рт. ст.), у их сверстниц – 94,2 мм. рт. ст. (было 101,8 мм. рт. ст). Средний показатель АД диастолического у мальчиков снизился до 54,5 мм. рт. ст., у девочек он составил 57,5 мм.рт. ст. (ранее зарегистрированный показатель равнялся у мальчиков и девочек 64,1 мм. рт. ст). Показатели АД у шестилетних дошкольников изменялись в следующих пределах: систолическое – от 86 до 105 мм. тр. ст.; диастолического – от 50 до 70 мм. рт. ст., при этом средние показатели артериального давления у мальчиков составили 96,4/59,5 мм.рт. ст., что ниже показателей осеннего мониторинга (было 110,4/74 мм. рт. ст.), у девочек – 97/57 мм. рт. ст. (осенние данные 111,4/65,4 мм. рт. ст). Изменения

в показателях АД семилетних мальчиков составили: систолического от 90 до 106 мм. рт. ст.; диастолического – от 50 до 61 мм. рт. ст. Средний показатель АД у них составил 98,9/57,5 мм. рт. ст. (было 106,7/71,7 мм. рт. ст). У девочек-сверстниц показатели АД изменялись от 92 до 102 мм. рт. ст., а средний показатель у них составил 98/60 мм. рт. ст.

Сравнительный анализ показателей артериального давления детей четырех-семи лет осенне-весеннего мониторинга свидетельствует о снижении как систолического, так и диастолического давления.

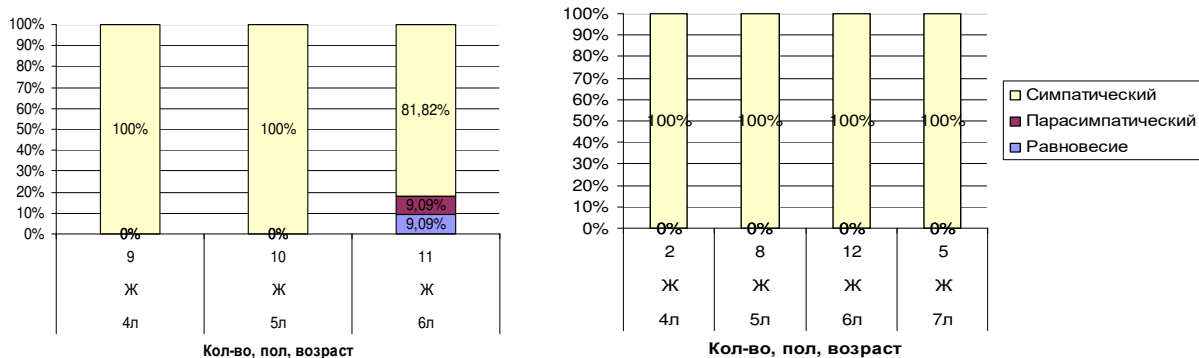
Определение основных показателей гемодинамики – частоты сердечных сокращений и артериального давления позволило вычислить вегетативный индекс Кердо (ВИК). По данным весеннего мониторинга у обследуемого контингента детей четырех-семи лет обоего пола выявлено положительное отклонение ВИК в симпатическую сторону (рис. 1-2), что рассматривается как показатель нарушения адаптационных механизмов. Сдвиг вегетативного тонуса в симпатическую сторону сопровождается понижением артериального давления (что подтверждается анализом результатов АД детей, учащением ЧСС). На наш взгляд, на данные показатели влияют условия проживания детей в регионе, приравненном к районам Крайнего Севера и как следствие, наблюдается напряжение функционирования и расходования резерва организма.



осень 2016

весна 2017

Рис. 1. Показатели ВИК у мальчиков-дошкольников



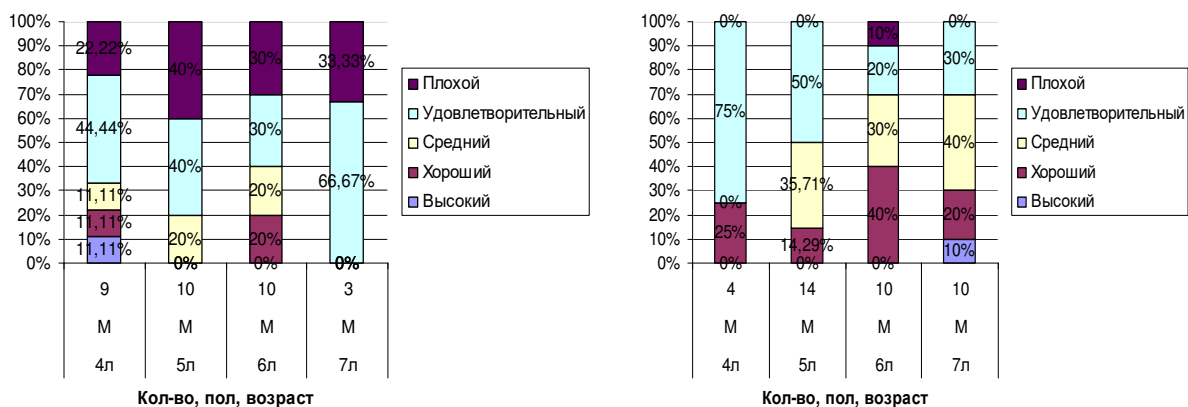
осень 2016

весна 2017

Рис. 2. Показатели ВИК у девочек-дошкольников

Анализ физической работоспособности, определяемый с помощью индекса Руфье у детей четырех-семи лет, позволил определить степень влияния на организм дозированной физической нагрузки и зарегистрировать результаты, указывающие на снижение плохой оценки, как у мальчиков, так и у девочек. Прирост оценок удовлетворительной физической работоспособности установлен у мальчиков четырех-пяти лет, а также у девочек пяти-семи лет. У девочек четырех лет и мальчиков четырех-семи лет вырос процент оценок средней и хорошей физической работоспособности.

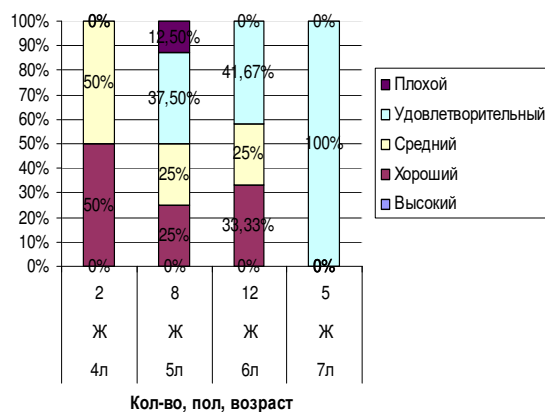
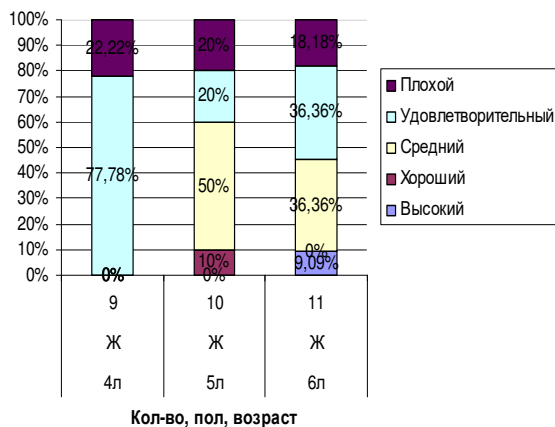
Высокая физическая работоспособность установлена только у 10% мальчиков семи лет. Показатели физической работоспособности дошкольников положительно изменились за период 2016-2017 учебного года, несмотря на то, что в них доминируют удовлетворительные оценки (рис. 3-4).



осень 2016

весна 2017

Рис.3. Физическая работоспособность мальчиков-дошкольников по оценке индекса Руфье



осень 2016

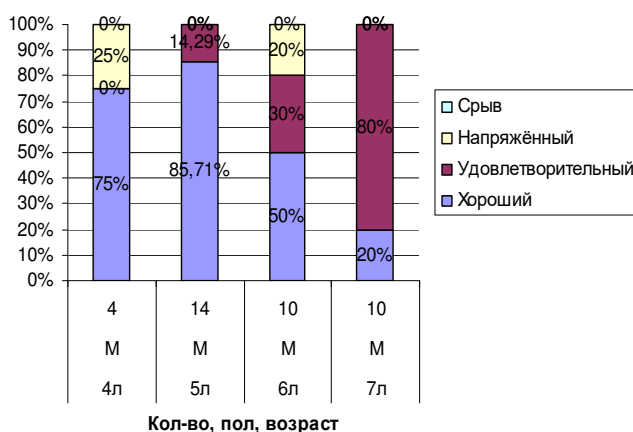
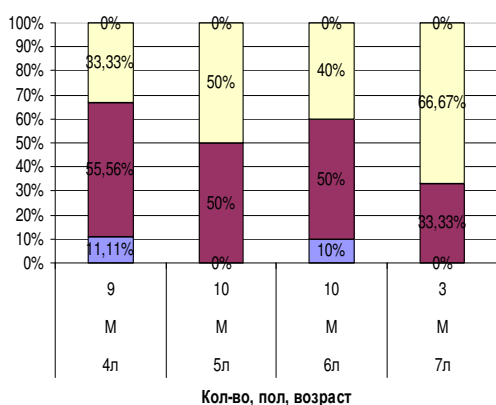
весна 2017

Рис.4. Физическая работоспособность девочек-дошкольников по оценке индекса Руфье

Приспособление организма человека или отдельных его систем к условиям внешней среды, величине и характеру физической нагрузки характеризуется показателями адаптационного потенциала. У исследуемого контингента детей не выявлено срыва механизмов адаптации (рис. 5-6).

Оценка адаптационного потенциала «хорошая» выявлена: у мальчиков и девочек четырех лет в 75% и 100% случаев; мальчиков и девочек пяти лет в 85,71% и 75% случаев. У мальчиков шести лет доминируют показатели хорошей и удовлетворительной адаптации по 50% случаев. У девочек-сверстниц преобладают показатели удовлетворительной адаптации.

У детей обоего пола семи лет доминируют показатели удовлетворительной адаптации в 80% случаев.



осень 2016

весна 2017

Рис. 5. Показатели АП у мальчиков-дошкольников

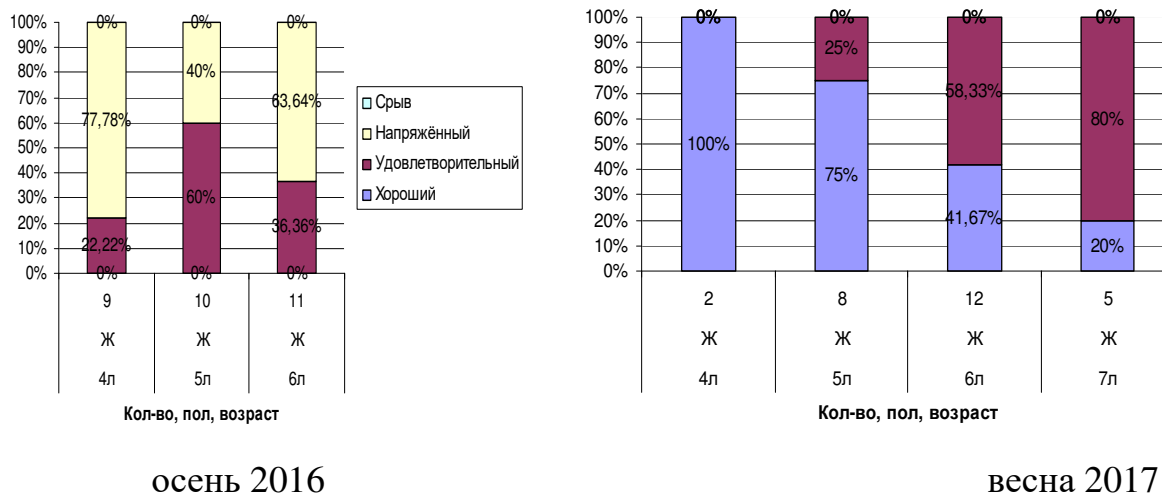


Рис. 6. Показатели АП у девочек-дошкольников

В целом анализ оценки АП у обследуемых дошкольников позволяет заключить, что с возрастом число случаев напряжения механизмов адаптации снижается, причем у обследуемых женского пола данная оценка встречается чаще, чем у мужского.

Анализ показателей физического развития и функционального состояния позволил распределить обследуемых детей четырех-семи лет по уровню здоровья (без учета резистентности) на две группы. Четырехлетние девочки в 100% случаев входят во вторую группу здоровья. Более 60% мальчиков и девочек пяти лет также вошли во вторую группу. Большая часть девочек шести-семи лет относятся к первой группе здоровья (83,33% и 60% случаев соответственно.). У мальчиков семи лет по 50% случаев распределения на первую и вторую группу.

Данное обстоятельство указывает на необходимость обязательного использования в физическом воспитании дошкольников индивидуально-дифференцированного подхода.

Таким образом, имея дело с интенсивно растущим детским организмом, считаем необходимым наблюдение за течением процессов функционального состояния гемодинамики детей-дошкольников, так как данные показатели

отражают уровень адаптации организма к окружающим условиям проживания. На наш взгляд, представленный в рамках настоящей статьи фактический материал, будет полезен педагогам физического воспитания, занимающимся с детьми дошкольного возраста при подборе физических упражнений, дозировании нагрузки для их освоения, а в целом поможет сохранению здоровья детей.

Список литературы:

1. Баевский Р.М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии. – М.: Медицина, 1979. – 295 с.
2. Лимаренко О.В., Романова, С.В. Результаты исследования основных показателей физического развития как составляющих здоровья и качества образования в системе физического воспитания детей дошкольного возраста, проживающих на севере Иркутской области //Вестник Бурятского государственного университета. Выпуск 1. Педагогика. – Улан-Удэ: Изд-во Бурятского госуниверситета. – 2010. – С. 245-250.
3. Прокопьев Н.Я., Чимаров В.М. Определение количества и качества здоровья. Ч.1. Основные понятия и методы: Учеб. Пособие. – Тюмень: Изд-во «Вектор Бук», 2003. – 112 с.
4. Степаненкова Э.Я., Аминов Р.Х., Плотников В.М., Фазылова А.В. Теория и методика физического воспитания и развития ребенка. – М.: Издательский центр «Академия», 2008. – 368 с.
5. Харитонов В.И., Факторный анализ и его структура в физическом развитии детей 6 – 10 летнего возраста //Образование, здравоохранение, физкультура и спорт. Изд – во: ЮУрГУ. – 2003. – С. 16 -20.

Ирина Михайловна Привалова

Старший преподаватель

Национальный Исследовательский Московский Государственный

Строительный Университет (НИУ МГСУ)

Москва, Россия

E-mail: Pr-azdnik@yandex.ru

**СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ ОПРОС КАК СПОСОБ ПОЛУЧЕНИЯ
КОЛИЧЕСТВЕННЫХ ОЦЕНОК МОТИВАЦИЙ, ПРИВЫЧЕК И
ПРЕДПОЧТЕНИЙ СТУДЕНТОВ В ОБЛАСТИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА
ЖИЗНИ И ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ**

Аннотация: В статье представлены возможности и особенности социологических анкетных опросов как метода получения количественных данных по проблемам мотивации современного студенчества к занятиям физической культурой в вузах, при этом в качестве примера приведены основные результаты и выводы социологического опроса студентов НИУ МГСУ за 2017 год в области здорового образа жизни и отношения к занятиям физической культурой, показано, что полученные социологические данные позволяют совершенствовать вузовскую программу занятий по физкультуре в направлении большего учета самостоятельно формируемых запросов и предпочтений студентов.

Ключевые слова: Социологические анкетные опросы студенчества, количественные оценки субъективной составляющей образа жизни, мотиваций и предпочтений учащихся.

Irina Mikhailovna Privalova

Senior Lecturer

Moscow State University of Civil Engineering (MGSU)

National Research University Moscow, Russia

SOCIOLOGICAL INTERROGATION AS A METHOD OF OBTAINING QUANTITATIVE ESTIMATES OF MOTIVATIONS, HABITS AND PREFERENCES OF STUDENTS IN THE FIELD OF HEALTHY LIFESTYLE AND PHYSICAL CULTURE

***Abstract.** The article presents the possibilities and peculiarities of sociological questionnaires as a method of obtaining quantitative data on the problems of motivating modern students to study physical education in higher educational institutions, while the main results and conclusions of the sociological survey of students of the Moscow State University of Social and Human Sciences for 2017 in the field of a healthy image life and attitudes toward physical education, it is shown that the sociological data obtained make it possible to improve the university curriculum for physical education towards greater self-generated registration requests and preferences of students.*

***Keywords:** Sociological questionnaires of students, quantitative assessments of the subjective component of the way of life, motivations and preferences of students.*

Социологические анкетные опросы студенчества давно стали привычным инструментом отечественной высшей школы, ибо позволяют получить количественные оценки субъективной составляющей образа жизни, мотиваций и предпочтений студентов, выяснять их собственное отношение к учебному процессу и его условиям, также как установить их потребности и приоритеты, в том числе и в их временной динамике. Собственный опыт автора статьи в этой области показывает, что студенты ВУЗа встречают такие опросы с интересом, с готовностью участвуют в них и заполняют предлагаемые им преподавателями кафедр анкеты, поскольку отчетливо понимают, что социологическая информация в конечном счете собирается и анализируется в их собственных интересах. Кроме того, отвечая на вопросы

анкеты они лучше осознают свой собственный стиль и образ жизни, свои проблемы и недостатки, свои потребности и интересы, что также становится предметом их группового и коллективного обсуждения, привносит в их жизнь привычку к здоровой рефлексии и само-рефлексии. Что касается репрезентативности результатов социологического анкетирования студентов, то в рамках конкретных социологических исследований в ВУЗе эта проблема в значительной степени снимается тем обстоятельством, что в данном случае в выборке нетрудно обеспечить почти 100% охват исследуемой аудитории факультета или отделения, соответственно статистическая надежность результатов социологического опроса будет достаточно высокой.

Опыт проведенных мною в 2017 г в НИУ МГСУ социологического опроса студентов основного отделения и учащихся специальных медицинских групп, имеющих медицинские ограничения на занятия физкультурой в ВУЗе показал, что с помощью социологического анкетирования вполне возможно получить нетривиальные результаты, позволяющие существенно улучшить понимание проблемы приобщения современного студенчества к здоровому образу жизни, равно как и проблем организации учебного процесса в области физической культуры.

В частности результаты социологического анкетирования, проведенного среди студентов основного отделения НИУ МГСУ и учащихся специальной медицинской группы (СМГ) была выявлена заметная неудовлетворенность учащихся обязательностью и содержанием официальной вузовской программой занятий по физкультуре (в особенности для СМГ), при этом было установлено, что именно фитнес и другие современные оздоровительные практики, самостоятельно практикуемые в свободное время значительным числом студентов, могут в наибольшей степени мотивировать учащихся вузов (включая обучающихся в составе СМГ) к занятиям физической культурой при одновременной минимизации рисков для здоровья обучаемых, преодолеть их заметное отчуждение от обязательной вузовской программы, что закономерно требует их интеграции в методику занятий физической культурой в высшей

школе, ее общего осовременивания в направлении большего учета самостоятельно формируемых запросов и предпочтений студентов.

Сопоставление социологических данных, отражающих особенности поведения, установок, мотиваций и предпочтений студентов специальной медицинской группы (СМГ) НИУ МГСУ и студентов основного отделения ВУЗа в области спорта, физической культуры и здорового образа жизни (ЗОЖ) свидетельствует о недостаточности установки студентов из СМГ на здоровый образ жизни, об их существенной пассивности, что явно препятствует им в компенсации имеющихся у них проблем со здоровьем. Оказалось, что в отличие от студентов основного отделения, значительная часть занимающихся в спецгруппе не посещали бы занятий по обязательной вузовской программе физического воспитания, если бы не необходимость получения зачета. В то же время данные соцопроса показали, что до 50% от посещающих занятия по физкультуре в формате СМГ субъективно оценивают свое здоровье как «хорошее», реально мотивированы на занятия различными видами физической активности, которые они практикуют вне вуза. Сопоставляя эти данные я пришла к выводу о том, что у существенной части студентов СМГ отторжение вызывают не сами спорт и физическая культура как таковые, а то, в какой именно форме они представлены в официальной вузовской программе для спецгруппы, что заставляет поставить вопрос о совершенствовании обязательной программы физического воспитания для СМГ за счет интеграции в нее тех видов и направлений физической активности, которые реально пользуются широкой популярностью в современной молодежной среде, и которые определены по результатам соцопроса.

Мое исследование также показало, что интенсивность вовлеченности в самостоятельные занятия спортом и иерархия приоритетов, занимающихся в СМГ существенно отличается от таковой для основного отделения. Общим и объединяющим моментом у них оказывается лишь то, что в спецгруппе, также как и на основном отделении в четверку наиболее популярных видов физической активности входят: а) «велосипед и ролики», б) «фитнесс, танцы,

художественная гимнастика» и в) «бег и спортивная ходьба», что и естественно, поскольку все это наиболее доступные, простые и популярные в современной городской среде виды активного отдыха, к которым очень легко приобщиться, которые не требуют существенных финансовых затрат и просты в техническом отношении, а кроме того, ими всеми вполне можно заниматься самостоятельно, либо в компании друзей и знакомых, легко и свободно контролируя и дозируя при этом как свои временные затраты, так и физическую нагрузку. Также немаловажно, именно эти физические занятия и виды активного досуга в равной степени популярны как у юношей, так и у девушек и равнодоступны обеим полам. Помимо того, именно эти виды физической активности ассоциируются у молодежи с развлечением, с приятным времяпрепровождением, а не с изнурительными и монотонными нагрузками, а также жесткими внешними требованиями со стороны тренеров и преподавателей, что, по всей вероятности, оказывается дополнительным фактором привлекательности этих видов активности для студентов, и в первую очередь тех из них, кто имеет медицинские ограничения на занятия спортом.

В результате в своей статье я пришла к выводу, что именно вышеназванные «три кита», то есть: а) «велосипед-ролики», б) «фитнесс-танцы-художественную гимнастику» и в) «бег и спортивную ходьбу» логично было бы интегрировать в официальную обязательную программу занятий физической культурой для спецгрупп вузов. Далее, полученные мною данные о дополнительных оздоровительных практиках, которыми студенты самостоятельно занимаются помимо вуза, показывают, что здесь с большим отрывом лидирует фитнес, причем, как у студентов основного отделения – 41.2%, так и у студентов спецгруппы – 32.7%. Таким образом, на мой взгляд именно фитнес оказывается наиболее популярным и востребованным у современного студенчества видом досуговой физической активности, более чем в двое превосходящим по популярности даже такие широко распространенные ультрасовременные городские спортивные увлечения, как

«велосипед, самокат, ролики», традиционные коллективные спортивные игры типа «футбол, волейбол, баскетбол, хоккей», а также, такие классические виды физических упражнений как «бег и спортивная ходьба» или «плавание и прыжки в воду». В этой связи я предположила, что именно в сфере занятий фитнесом лежит основной ресурс дополнительного вовлечения студентов спецгрупп, а также и основного отделения, в активные занятия физической культурой и общим оздоровлением, что согласуется с позицией, высказанной мною еще в 2011 году в моей статье: «Фитнес в учебных занятиях студентов», опубликованной в сборнике материалов научно-практической конференции НИУ МГСУ «Проблемы и перспективы развития физического воспитания студентов», выпуск 4.

Проведенный мною соцопрос также показал, что значительная часть студентов СМГ, – при том, существенно большая, чем на основном отделении», – считает обязательные занятия физкультурой в вузе своей повинностью, некоей «принудилкой», которую не худо было бы сократить, а еще лучше – совсем отменить. Полученные данные свидетельствуют, что от 1/3 до 2/3 студентов СМГ образуют своего рода «балласт», слабо или вовсе не мотивированный на обязательные занятия физической культурой и спортом по вузовской программе, стремящийся их избежать и внутренне не считающий их для себя необходимыми и обязательными, что совершенно не характерно для основного отделения. Эта цифра «потенциальных уклонистов» от официальной вузовской программы по физической культуре в специальной группе гораздо выше, чем на основном отделении, и она очерчивает тот ресурс слабо или недостаточно приобщенных к здоровому образу жизни студентов с мед-ограничениями, который предстоит охватить в ближайшие годы». При этом оказалось, что даже и в СМГ значительная часть, а именно, около половины студентов (или до 50%), несмотря на имеющиеся у них медицинские ограничения по состоянию здоровья, в принципе субъективно считают свое здоровье хорошим, реально мотивированы на занятия различными видами физической активности в свободное от занятий в вузе

время и, более того, активно и регулярно практикуют самостоятельно вне стен университета такие остро-модные и популярные у современных горожан – и, в первую очередь, именно у городской молодежи – физические увлечения, как фитнес, велосипед и ролики, а также, бег и спортивную ходьбу и ряд других элементов ЗОЖ, включая йогу и лечебное голодание.

Основной секрет популярности фитнеса в молодежной среде состоит в том, что занятия им в целом устойчиво ассоциируются у современного студенчества с духом современности и свободы, с остро актуальной городской и молодежной культурой, воспринимаются им не как напряженная работа или «обязаловка», а как «крутое» времяпрепровождение в привычной социальной среде, как отдых, как способ «оттянуться». Разумеется, сказанное не означает, что фитнес, потенциал которого как эффективного средства мотивации и всестороннего физического развития студенчества был осознан и заявлен мною еще в моей публикации за 2011 год (1), может и должен заменить в вузах все прочие виды физического воспитания и спорта. Как я показала в своем социологическом исследовании, значительный процент студенчества (в особенности в основных группах) при всем том ориентирован как раз на традиционные для вуза спортивные дисциплины, а в числе самостоятельно избираемых молодежью в свое свободное время видов двигательной активности помимо фитнеса весьма популярны бег и ходьба, плавание и прыжки в воду, велосипед и ролики, которые также имело бы смысл интегрировать в вузовские программы физического воспитания.

В целом полученные количественные данные социологического опроса с достаточной надежностью позволили определить те направления, по которым можно развивать здоровый образ жизни студенчества, а также показали, что пришло время существенно осовременить методику преподавания физической культуры в высшей школе, в том числе и в первую очередь применительно к особенностям студентов специальных медицинских групп, и что сделать это целесообразно идя навстречу естественно и

самостоятельно формирующимся запросам и предпочтениям самих же учащихся, которые необходимо тщательно изучать и анализировать.

Разумеется, анкетный социологический опрос как метод изучения образа жизни, запросов и предпочтений студентов не лишен и существенных недостатков, так как полученные количественные данные основываются на субъективных ответах и высказываниях респондентов, релевантность которых трудно подтвердить из объективных источников. Вместе с тем, зачастую он остается практически единственным способом получения количественных данных о частной жизни опрашиваемых, их взглядах и приоритетах, их оценках действительности, которые невозможно получить другими методами.

Список литературы:

1. Привалова И.М. Фитнес в учебных занятиях студентов //Сборник материалов научно-практической конференции, посвященной 90-летию образования МИСИ-МГСУ «Проблемы и перспективы развития физического воспитания студентов». – М. – № 4. – 2011.
2. Привалова И.М. Особенности мотиваций, запросов и предпочтений студентов спецгрупп НИУ МГСУ в области физической культуры и здорового образа жизни (по материалам соцопроса) // Сборник докладов юбилейной международной научно практической и учебно-методической конференции «Актуальные проблемы физического воспитания и спорта». – М. – №10 – 2017.
3. Привалова И.М., Совкив Т.Г. Ценностные ориентации студентов 4 курса МГСУ //Сборник статей 12 Международной научной конференции «Физическое воспитание и спорт в высших учебных заведениях». – Белгород-Москва-Харьков-Минск, 2016.
4. Валиулина О. Здоровый образ жизни студентов в изучении процесса посредством адаптивного физического воспитания: Дис... канд. пед. наук. – Уфа, 2006. – 189с.

Евгения Викторовна Самохина

*магистрант кафедры туризма и гостиничного дела
ФГБОУ ВО «Орловский государственный университет
имени И.С. Тургенева», г. Орёл, Россия
E-mail: eug.samoxina2011@yandex.ru*

ТУРИЗМ КАК СРЕДСТВО ФОРМИРОВАНИЯ ОСНОВ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ

Аннотация. В статье рассмотрена роль туризма в формировании основ здорового образа жизни среди молодежи. По результатам исследований выявлено, что образ жизни людей является основным фактором, влияющим на здоровье населения России. Автор приходит к выводу о значимости туризма при формировании в молодежной среде основ здорового образа жизни.

Ключевые слова: туризм, здоровье, здоровый образ жизни, молодежь, активный туризм, здоровьесбережение.

Evgenia Viktorovna Samokhina

*master's student of tourism and hospitality department
Orel state University named after I. S. Turgenev, Orel, Russia
E-mail: eug.samoxina2011@yandex.ru*

TOURISM AS A MEANS OF FORMING THE BASICS OF A HEALTHY LIFESTYLE WITH YOUNG PEOPLE

Abstract. The article considers the role of tourism in shaping the foundations of a healthy lifestyle among young people. According to the results of research it is revealed that the way of life of people is the main factor influencing health of the population of Russia. The author comes to the conclusion about the importance of

tourism in the formation of the foundations of a healthy lifestyle among young people.

Keywords: tourism, health, healthy lifestyle, youth, active tourism, health saving.

На сегодняшний день проблема формирования здорового образа жизни среди молодежи является одной из наиболее злободневных. Показатели состояния здоровья молодых людей вызывают особую тревогу, в связи с этим обостряется актуальность разработки и внедрения эффективных средств формирования здорового образа жизни в молодежной среде. От успешной выработки и закрепления навыков здорового образа жизни в молодом возрасте зависит благополучие человека в его дальнейшей жизни.

Эксперты Всемирной организации здравоохранения выделяют четыре основные группы факторов, обеспечивающих здоровье современного человека:

- генетические факторы;
- состояние окружающей среды;
- медицинское обеспечение;
- условия и образ жизни людей [3].

В Федеральных концепциях «Охрана здоровья населения» и «К здоровой России» определено соотношение вышеперечисленных факторов применительно к России (рисунок 1).



Рисунок 1 – Соотношение факторов обеспечения здоровья современного человека в России

Анализ соотношения данных факторов позволяет сделать вывод о том, что условия и образ жизни людей являются основным фактором, оказывающим влияние на здоровье человека. В связи с этим одним из факторов формирования здорового образа жизни может выступать туризм.

Туризм – самая массовая форма активного отдыха и оздоровления, одно из самых важных средств воспитания подрастающего поколения страны. Интересно, что история зарождения туризма связана с детьми и школой. Его появление как социальное явление относится к концу XVII – началу XVIII века, когда учащиеся школ ряда европейских стран стали совершать пешеходные «прогулки на природу» [2].

Туризм является одним из наиболее эффективных способов отдыха, развлечения, сохранения духовных и физических сил человека, удовлетворения его запросов в благополучии, самосовершенствовании и саморазвитии [1]. Туризм способен преодолеть установившуюся практику инертного отношения общества к досугу и отдыху с помощью целенаправленной и научно-обоснованной подготовки человека к занятию различными видами туризма.

Именно поэтому на сегодняшний день перед туристским движением стоят такие задачи, как:

- помощь молодежи в соблюдении здорового образа жизни;
- развитие активного туризма;
- обучение молодого поколения навыкам применения различных видов активного туризма в повседневной жизни;
- ориентация учебных заведений на развитие туристских движений.

Наиболее эффективным способом восстановления физических и духовных сил в настоящее время является активный отдых, который должен позиционироваться как одна из основных потребностей человека.

Активные туристские путешествия не только способствуют закаливанию организма, укрепляют нервную систему, снимают усталость, но

и все больше становятся насущной потребностью человека как активный, насыщенный нагрузками отдых.

В частности, туристские походы оказывают ни с чем несравнимый оздоровительный эффект, который достигается в результате влияния на организм природных факторов: воздуха, солнца, воды. Учеными доказано, что продолжительное выполнение умеренной нагрузки в виде циклических упражнений (бега, ходьбы, передвижения на лыжах или велосипеде) способствует формированию выносливости. Более того, походы развивают у молодежи нравственные качества, приобщают к природе, воспитывают бережное отношение к ней, формируют представления о традициях и культуре народов, регионов, стран, развивают такие качества, как самостоятельность, организованность, воля.

Занятие любым видом туризма (спортивно-оздоровительный, горный, познавательный, водный, велосипедный и др.) полезно для молодого поколения. Ведь абсолютно любой вид туризма способствует не только формированию основ здорового образа жизни и укреплению здоровья, но и позволяет молодежи обогатить свои знания в области природы и культуры, приобрести опыт общения с людьми на разных территориях [4].

Стоит отметить, что в настоящее время влияние развития туризма на общество, его вклад в формирование основ здорового образа жизни в молодежной среде, не до конца осознан со стороны нашего общества и государства. Актуальной проблемой является недостаточная развитость туризма, что не позволяет в достаточной мере удовлетворять потребности граждан в организованном отдыхе. В связи с этим необходимо развитие туризма наряду с другими отраслями социальной сферы. Дальнейшее развитие туризма будет способствовать большему развитию способностей человека, укреплению здоровья и закреплению основ здорового образа жизни.

Таким образом, туризм позволяет успешно формировать у молодого поколения навыки здорового образа жизни, поддерживать и укреплять физическое и духовное здоровье. Однако, такой эффект возможно достичь

лишь, изменив коренным образом отношение к здоровьесбережению и значению туризма в нем, сделав его приоритетным и обеспечив возможность его реализации.

Список литературы:

1. Гаврилов Д.А. Физическая культура и туризм как средство формирования основ здорового образа жизни в студенческой среде // Совершенствование физической, огневой и тактико-специальной подготовки сотрудников правоохранительных органов. Физическая подготовка и спорт. – Изд-во: ОРЮИ МВД РФ имени В.В. Лукьянова, 2015. – С. 28-30.
2. Картапов А.И., Покровская Т.Ю. Применение средств физической культуры, спорта и туризма в формировании здорового образа жизни студенческой молодежи // Физическое воспитание и студенческий спорт глазами студентов: материалы II Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 85-летию КНИТУ-КАИ (Казань, 24-27 ноября 2016 г.). – Изд-во: Фолиант, 2016. – С. 458-460.
3. Опутникова В.П., Ковзель Е.Г., Опутников Л.В. Формирование культуры здорового образа жизни с использованием инновационной оздоровительной технологии средствами спортивного туризма и спортивного ориентирования // Физическая культура и спорт в системе образования России: инновации и перспективы развития. Материалы Всероссийской научно-практической конференции (02-03 ноября 2016 г.): Материалы конференций. – Изд-во: ООО «Золотое сечение», 2016. – С. 139-144.
4. Степанова М.В. Горшкова Ю.А. Физическая культура и туризм как средство формирования основ здорового образа жизни в студенческой среде // науч. рук. Первых Т.Н. // Педагогический опыт: теория, методика, практика: материалы VIII Междунар. науч.–практ. конф. (Чебоксары, 13 июня 2016 г.) / редкол.: О.Н. Широков [и др.] – Чебоксары: ЦНС «Интерактив плюс», 2016. – № 3 (8). – С. 418-419.

Даря Огнянова Серева

Студент

Тракийски университет, г. Стара Загора, България

Албена Николаева Андонова

Д. мед. наук, доцент

Тракийски университет, г. Стара Загора, България

E-mail: albena.andonova@trakia-uni.bg

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Аннотация. Разработка национальных стратегий и политики - это правильный путь к уменьшению распространения социально значимых заболеваний, которые влияют на здоровье населения и на расход финансовых средств. Стимулирование личной ответственности за свое здоровье и пропаганда здорового образа жизни - это правильный путь к достижению высокого качества жизни населения.

Ключевые слова: социально значимые заболевания, программы, профилактика, здоровый образ жизни

Daria Ognianova Sereva

Student

Trakia University, Stara Zagora, Bulgaria

Albena Nikolaeva Andonova

PhD in Medical Science, Associate Professor

Trakia University, Stara Zagora, Bulgaria

E-mail: albena.andonova@trakia-uni.bg

ACTUAL PROBLEMS OF SOCIALLY SIGNIFICANT DISEASES

***Abstract.** The development of national strategies and policies is the right way to reduce the prevalence of socially significant diseases on the health of the population and the spending of financial resources. Stimulating personal responsibility for health and promoting a healthy lifestyle is the right way to achieve a high quality of life for the population.*

***Keywords:** socially significant diseases, programs, prophylaxis, healthy lifestyle*

Социально значимые заболевания в числе наиболее актуальных проблем современного здравоохранения и являются угрозой для здоровья населения. Чтобы осуществить эффективную профилактику, этих заболеваний, требуется содействие не только медицинских работников, но и общественности, также содействие органов власти, образования, культуры и др. Социально значимые заболевания наносят колоссальный вред обществу, по причине временной и стойкой нетрудоспособности, нужны затраты на лечение, реабилитацию, профилактику, а также наступает преждевременная смертность и преступность.

Социально значимые заболевания - это болезни, возникновение и (или) распространение которых зависит от социально-экономических условий, наносящие ущерб обществу и требующие социальную защиту.

Основные признаки социально значимых заболеваний: массовость, высокий процент распространения заболеваний, наличие "скрытых" больных в социальной среде, увеличение прироста больных, быстрые темпы распространения в обществе, ограничение больного в социуме, опасность инфекционных и неинфекционных заболеваний для окружающих. Эти заболевания не только наносят вред здоровью и организму, но и влияют на окружающих, социальную жизнь: потеря работы, семьи, друзей и др. Характерной чертой таких заболеваний является их массовое распространение

на молодежь, людей трудоспособного возраста. Особенность социально значимых заболеваний - найти способ не заболеть или предотвратить распространение болезни на ранней стадии.

Основными социально значимыми или хроническими заболеваниями являются такие как: сердечнососудистые заболевания, рак, диабет и хронические респираторные заболевания, которые причина 60% смертных случаев в мире, 80% страны с низким доходом, как было отмечено в Национальной программе по профилактике хронических неинфекционных заболеваний [4].

От хронических неинфекционных заболеваний, по данным ВОЗ (2010), умирают около 9 миллионов человек, такая статистика в странах со средним и низким доходом. По мнению Всемирного экономического форума, хронические неинфекционные заболевания - это угроза для мировой экономики [1].

Серьезной проблемой здравоохранения является быстрое распространение социально значимых заболеваний, которые оказывают негативное влияние на экономику, приводят к бедности страны, а также становятся угрозой развития.

Основные социально значимые заболевания - это сердечнососудистые, которые становятся причиной смерти в Европе. В Болгарии в течении десятилетий эти заболевания занимают первое место в структуре смертности. По результатам European cardiovascular disease statistics за 2008 г., почти половина (48%) всех смертей в европейском регионе связаны с ССЗ (ИБС – 50% и инсульта – 33%). Независимо от количества потерянных человеческих жизней, по причине социально значимых заболеваний, государство и население не принимают активное участие в их превенции. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья должно стать задачей каждой страны, от этого зависит ее будущее развитие и здоровье населения [1].

На втором месте стоят раковые заболевания, как причина смертности. Причиной смерти в 70-80% случаев становятся ССЗ и раковые заболевания. За

последние 40 лет в мире количество людей больных раковыми заболеваниями увеличилось вдвое. В Болгарии количество больных злокачественными заболеваниями растет, успешная диагностика и лечение не дает надежды на достижение эффективного контроля над их распространением. Профилактика — это самое главное средство защиты против рака. По данным ВОЗ (2010) более 40% случаев рака предотвращается с помощью профилактики [4].

Одним из хронических социально значимых заболеваний является сахарный диабет. Сегодня в мире 366 миллионов людей болеют диабетом, к 2030 году ожидается, что число их достигнет 522 миллионов, частота заболеваемости принимает размеры эпидемии, охватывающие все возраста и страны мира. Масштабы болезни постепенно увеличиваются, в разных странах мира поражает около 3-10% населения. Сахарный диабет - хроническое заболевание, требующее лечение, контроль, большие затраты. В Болгарии диабетом страдают 500 000 людей, это большая проблема, которая влияет на нашу страну. Развитие осложнений приводят к серьезным последствиям болезни: ампутация конечностей, слепота, ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, инсульт, хроническая почечная недостаточность и др.

Здоровье нации – основная проблема современности. Наблюдается прогресс в медицинской науке: разработка новых методов и технологий лечения заболеваний, в это число входят и социально значимые заболевания. На здоровье современного человека влияет: социально-экономическая обстановка, рост цен, нестабильная экономика, безработица, качество питания и медицинского обслуживания.

Национальная стратегия болгарского здравоохранения (2014-2020) направлена на улучшение жизни людей с помощью профилактики заболеваний и укрепления здоровья.

Концепция "лечения болезни" мультидисциплинарный подход к лечению больных с определенным синдромом или нозологической формой заболевания. При этом подходе используют практические рекомендации по лечению синдрома заболевания или состояния, которые основаны на

принципах доказательной медицины. В эти принципы включено: обучение больных, проведение современных лабораторных и инструментальных методов исследования, привлечение необходимых консультантов, перманентный мониторинг, диагностика и лечение с обеспечением соответствующих медикаментов [7].

Эффективность синдромного подхода при лечении распространенных заболеваний уже доказана (центры по лечению сахарного диабета, бронхиальной астмы, атеросклероза, остеопороза, дислипидемии и артериальной гипертензии,) [5, 6, 8].

В течении ближайших лет политика правительства должна быть направлена на борьбу с факторами риска в обществе, семье и на индивидуальном уровне, а также на активную профилактику хронических заболеваний, а не на действия по предотвращению наступившего заболевания.

При активном участии населения в разработке и осуществлении политики в области здравоохранения, люди будут информированы и мотивированы для ведения здорового образа жизни. В данный момент существует дефицит знаний, мотиваций и навыков для ведения здорового образа жизни, особенно среди уязвимых групп населения [3].

Советом министров была принята Национальная программа по профилактике хронических неинфекционных заболеваний, которая имеет значение для улучшения качества жизни и здоровья населения, сокращение заболеваемости, преждевременной смертности и последствий в результате хронических неинфекционных заболеваний [4].

Увеличивается значимость профилактики заболеваний и пропаганды здорового образа жизни. "Профилактика заболеваний включает обоснование всех нравственных позиций в каждом индивиде, для того чтобы быть здоровым и выздоравливать в окружении, в кругу семьи... Каждое заболевание изначально проявляется из-за незнания причины и следствия здоровых процессов организма" [4].

Профилактические осмотры и исследования, которые проводятся в Болгарии, позволяют выявить на раннем сроке многие заболевания, которые могут угрожать жизни и здоровью населения. В Законе о здравоохранении утверждено, что государственные органы и учреждения планируют, разрабатывают и внедряют политику, которая направлена на защиту здоровья. Для этого нужно обеспечить здоровую среду обитания, профилактическую медицинскую помощь и информацию для ведения здорового образа жизни. Государственные медицинские учреждения систематически осуществляют профилактические осмотры и диспансеризацию для укрепления здоровья, и работоспособности населения. Лица с повышенным риском для здоровья или больные подлежат диспансеризации.

В Национальном договоре указаны условия и сроки осуществления профилактики общепрактикующими врачами и медицинскими специалистами, тип и объем мероприятий по превенции здоровья населения, которые финансируются Национальным фондом медицинского страхования [3, 7].

Активное участие граждан необходимо для разработки и осуществления политики, они будут информированы и мотивированы, как правильно вести здоровый образ жизни. У группы уязвимых лиц наблюдается дефицит мотивации, знаний и навыков для ведения здорового образа жизни, так формируются негативные тенденции.

Формула здорового образа жизни - это рациональный образ жизни, правильное питание, занятие спортом, активная деятельность, которая направлена на улучшение и сохранение здоровья, ликвидация негативных привычек, таких как алкоголь, курение, наркотики и др. Активный образ жизни - это основа профилактики, а формирование здорового образа жизни является задачей социальной политики государства.

Список литературы:

1. Воденичаров Ц., Попова С., Мутафова М., Шипковенска Ел. Социална медицина, ИК «ГорексПрес», 2013. – С. 307-325
2. Ленская Н.П. Диагностика, терапия и профилактика социально значимых заболеваний человека // Международный журнал экспериментального образования. – 2004. № 8-3. – С. 74-75.
3. Национална здравна стратегия (2014-2020).
4. Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести.
- 5 Bolton M.B. The Cost and effectiveness of an education program for adults who have asthma / M.B. Bolton [et al.] // J. Gen Intern Med. – 1991. – V. 12. – P. 223–229.
- 6 Bucknall C.E. Differences in hospital asthma management / C.E. Bucknall [et al.] // Lancet. – 1988. – V. 34. – P. 423–430.
- 7 Education and debate Managed care: Disease management / D.J. Hunter [et al.] // BMJ. – 1997. – V. 18. – P. 120–122.
- 8 Trautner C. Cost- effectiveness of a structured treatment and teaching programme on asthma / C. Trautner, B. Richter, M. Berger // Eur. Respir. J. – 1993. – V. 42. – P. 672–677.

УДК 613.96

Добриана Александрова Сиджимова

Д. филол. наук, профессор

Медицинский университет, Факультет общественного здоровья,

г. София, Болгария

E-mail: dsidjimova@mail.bg

ПРОПАГАНДА ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ

Аннотация. Связи с общественностью являются удачным методом воздействия и пропагандирования здорового образа жизни. Существуют

разнообразные приемы популяризации промоции здоровья и превенции социально-значимых заболеваний среди специфической аудитории - молодежи.

***Ключевые слова:** связи с общественностью, здоровый образ жизни, промоция здоровья, превенция социально-значимых заболеваний, молодое поколение*

Dobriana Aleksandrova Sizhimova

PhD in philology, Professor

Medical University, Faculty of public health, Sofia, Bulgaria

E-mail: dsidjimova@mail.bg

POPULARIZATION OF A HEALTHY LIFESTYLE AMONG YOUNG PEOPLE

***Abstract.** Public relations are a successful method of influencing and promoting a healthy lifestyle. There are various methods of popularizing the promotion of healthy lifestyle and the prevention of socially significant diseases addressed to a particular audience of young people.*

***Keywords:** public relations, healthy lifestyle, young people.*

Связи с общественностью (Public relations - PR) являются широким комплексом коммуникационных деятельностей, использованных в целях создания и поддержания благоприятных отношений между организацией и ее аудиториями, клиентами, служащими, акционерами, конкурентами, правительственными организациями и общества в целом. Таким образом PR воспринимается как управленческая функция, направленная на установление взаимовыгодных, гармонических отношений между данной организацией (государственной, частной, неправительственной и т. д.) и обществом.

Преимущественно применение PR в сфере здравоохранения осуществляется в следующих случаях:

- планирование, организация и осуществление кампаний, связанных с промоцией здорового образа жизни и профилактики социально-значимых заболеваний;
- популяризации данного лечебного учреждения;
- информирования общественности о медицинских нововведениях и инновативных терапиях и технологиях;
- проведения научных мероприятий;
- создания или восстановления имиджа данного специалиста в области медицины и фармации;
- преодоления кризиса в сфере здравоохранения.

Основная PR работа связана со стратегическим планированием коммуникации. В связи с этим первостепенное значение имеет проведение социологических и маркетинговых исследований с целью дефинирования целевой аудитории, на которую направлены конкретные послания и с целью выбора самых удачных каналов распространения информации.

Профессионалы PR-а в области здравоохранения все более активно фокусируют свое внимание на точном и ясном формировании образа целевой группы, включающую в себя представителей современного молодежного поколения. Последние два поколения, представители класса работающих профессионалов, вдохновлялись образами теле- и кино-фильмах, их идолами – это актрисы и музыканты, утверждаемые средствами массовой информации. Современная молодежь отличается быстрым зрительным восприятием и эта специфика определяет их предпочтения к новым каналам распространения информации. Исследование, проведенное американским журналом Entrepreneur установило, что для молодого поколения YouTube превратился в новый "серебряный" экран после телевизионного (1). Американский интернет сайт Variety осуществил анкету среди 1500 человек в возрасте 13-18 лет и установил, что подростки восхищаются 20 идолами, среди которых 10 „селебрити” личности, ставшие популярными через YouTube каналы (1).

В целях продуцирования эффективных маркетинговых посланий и популяризации здорового образа жизни среди молодежи следует указать на некоторые выводы от исследования, проведенного среди болгарских молодых пар в возрасте до 35 лет (3). 82% из молодых болгар пользуются интернетом для получения информации – 31% проверяют в социальных сетях, 27% в онлайн-поисковых системах, а 23% в форумах. Анкетированные указывают на тот факт, что самое высокое доверие у них к независимым экспертам (16%), затем к “обычным людям” (14%) и только после этого к исполнительным директорам (11%).

Так называемое поколение Y (люди, рожденные в период 1980 - 2000 г.), которое определяется как самым взыскательным и самым технологически активным до 2025 г. будет составлять 75% всемирной рабочей силы. В связи с этим данное поколение является важнейшей группой с точки зрения маркетинга и бизнеса в следующие 10 лет. Характерно для этой возрастной группы, что для них то, что не существует в интернете, не существует в действительности. Они судят о качествах данной фирмы по ее вебсайту. Это поколение экологического образа жизни, оно любит и бережет природу. Активно участвует в социальных и благотворительных кампаниях. Они не тратят время на бессмысленные дела. Им интересны успехи их ровестников как Марк Зукерберг и вдохновляются личностями как визионер Стив Джобс, которые выходят за пределы традиционных рамок (5).

Современное молодое поколение относится к так называемому Z Generation, которое родилось в первые годы нового столетия. То, что для предидущих поколений было “технологиями будущего”, является настоящим для поколения Z. Они мгновенно усваивают технологические новости. Они почти не смотрят телевиденье, так как предпочитают самостоятельно выбирать видео. Они увлекаются видеоиграми. Их постоянное присутствие в виртуальной реальности обусловило наименование этих детей как Digital Native. Основная ценность данного поколения личная индивидуальность и

уникальность, которые они реализуют при помощи новых компьютерных и цифровых технологиях (6).

Социальные сети создают идентичность, благодаря демографии и характеристик людей, которые их посещают. Исследование Business Insider устанавливает, что Facebook продолжает быть социальной сетью молодежи (в то же время наблюдается и повышение удела аудитории в возрасте 45-54 лет на 45%). Instagram является платформой, предпочитаемой преимущественно женщинами (68% из зарегистрированных в Instagram женщины). Twitter приобщает молодежь – 27% потребителей в США относится к возрастной группе 18-29 лет, а 16% - к группе 30-40 лет. Tumblr предпочитается подростками, так же как и Instagram (4).

Основные выводы о возможностях популяризации здорового образа жизни среди молодежи, которые можно сделать в результате данного анализа следующие:

- при стратегическом планировании коммуникации с молодежью в сфере здравоохранения следует учитывать их предпочтение новых каналов распространения информации;
- YouTube воспринимается как достоверный источник информации, а рекомендации и позиции популярных личностей в YouTube для подростков бесспорны;
- информация в социальных сетях, за ней в онлайн-поисковых системах и форумах являются основополагающими при осуществлении выбора или принятия решений молодых людей;
- самое высокое доверие молодежь проявляет к независимым экспертам, затем к “обычным людям” и только после этого к менеджерам;
- молодые люди воспринимают тезис, что то, что не существует в интернете, не существует в действительности;
- Facebook продолжает быть социальной сетью молодежи;
- Instagram является платформой, предпочитаемой преимущественно

женщинами;

- Twitter; Tumblr и Instagram предпочитают подростками;
- эффективная промоция здоровья и превенция социально-значимых заболеваний, адресированные для специфической аудитории молодежи, следует осуществлять в соответствии с возможностями, которые предоставляют новые компьютерные цифровые технологии.

Список литературы:

8. Звезды от видеопортала. [Электронный ресурс] URL: <http://www.manager.bg/маркетинг /звезды-от-видеопортала> (дата обращения: 09.08.2014).
9. Иванов Л. Д., Сиджимова К. П. Кризисен PR в здравеопазването. Здравна политика и мениджмънт. № 2. 2010. – С. 43-47.
10. Как младите двойки вземат решения за покупки. [Электронный ресурс] URL: <http://www.manager.bg/маркетинг/как-младите-двойки-вземат-решения-за-покупки> (дата обращения: 29.05.2014)
11. Лицата на социалните медии. [Электронный ресурс] URL: <http://www.manager.bg/маркетинг/лицата-на-социалните-медии> (дата обращения: 01.10.2013)
12. Особенности на таргет аудиторията Поколение Y. [Электронный ресурс] URL: <http://www.manager.bg/маркетинг/особености-на-таргет-аудиторията-поколение-y> (дата обращения: 26.08.2013)
13. Поколението Z - нова ера за маркетинг. [Электронный ресурс] URL: <http://www.manager.bg/маркетинг/поколението-z-нова-ера-за-маркетинга> (дата обращения: 05.12.2012)
14. Рийс А., Л. Рийс. Залезът на рекламата и възходът на Пъблик Рилейшънс. – 2003. – 213с.

Ольга Николаевна Таран

К. мед. наук, ассистент

Государственное учреждение «Днепропетровская медицинская академия

Министерства здравоохранения Украины»

г. Днепр, Украина

Ольга Владимировна Клименко

К. мед. наук, ассистент

Государственное учреждение «Днепропетровская медицинская академия

Министерства здравоохранения Украины»,

г. Днепр, Украина

Елена Алексеевна Макарова

Заведующая физиотерапевтическим отделением,

*Коммунальное учреждение «Днепропетровская детская клиническая
больница № 6» Днепропетровского областного совета», г. Днепр, Украина*

E-mail: olga_taran@ua.fm

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ОТДЫХА И ОЗДОРОВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В ЗДОРОВЬЕ

***Аннотация.** В статье рассматриваются вопросы особенностей организации оздоровительной работы среди детей с отклонениями в здоровье в период их летнего организованного отдыха.*

***Ключевые слова:** оздоровительная работа, отклонения в здоровье, дети.*

Olha Nikolaevna Taran

PhD in Medical Sciences, assistant

*State Establishment “Dnipropetrovsk Medical Academy of Health Ministry
of Ukraine, Dnepr, Ukraine*

Klimenko Olha Vladimirovna

PhD in Medical Sciences, assistant

*State Establishment "Dnipropetrovsk Medical Academy of Health Ministry
of Ukraine", Dnepr, Ukraine*

Makarova Elena Alekseevna

*Head of the physiotherapy department, Communal Establishment
"Dnepropetrovsk Children's Clinical Hospital № 6" of the Dnepropetrovsk
Regional Council ", Dnepr, Ukraine*

E-mail: olga_taran@ua.fm

FEATURES OF ORGANIZATION OF RECREATION AND RECOVERY FOR CHILDREN WITH HEALTH PROBLEMS

***Abstract.** The questions of the features of recovery work's organization among children with health problems during summer organized recreation being considered by the paper.*

***Keywords:** recovery work, health problems, children.*

В последнее время, особое внимание педагогов и медицинских работников уделяется оздоровлению детей и подростков, привитию им навыков здорового образа жизни. В летний период времени весомый сегмент оздоровительной работы среди детей приходится на детские учреждения оздоровления и отдыха (ДУОО). Оздоровительная работа в условиях ДУОО включает комплекс мероприятий, направленных на укрепление здоровья детей, на повышение общей сопротивляемости организма неблагоприятному влиянию факторов внешней среды, на формирование здоровьесохраняющего и травмобезопасного поведения, на привитие навыков и умений здорового стиля жизни, а также умения действовать в чрезвычайных ситуациях. К формам оздоровительной работы в ДУОО можно отнести физкультурно-оздоровительную, в т.ч. физиопрофилактическую, работу, полноценное

питание, проведение санитарно-просветительской работы, соблюдение санитарно-эпидемического режима, создание оптимальных условий для отдыха и оздоровления, обеспечение безопасности жизнедеятельности.

Ведущей формой комплексного оздоровления детей в ДУОО являются физкультурно-оздоровительная работа. При этом, именно физкультурная работа имеет свою специфику относительно детей с нарушением в состоянии здоровья - подготовительная и специальная физкультурная группы [4,5]. Следует отметить, что физкультурно-оздоровительная работа, проводимая в ДУОО, представлена совершенно разнообразными формами: физические упражнения в режиме дня (утренняя гимнастика, физкультминутки, прогулки и пешеходные экскурсии, игры, занятия на тренажерах, лечебная физкультура, туристические походы), танцевальные методы (танцевальные флешмобы и марафоны, лечебная хореография, праздники танца, танцевальный кружок), специальные формы физкультурно-оздоровительной работы (спортивные секции по видам спорта, секции общей физической подготовки, секции ритмической гимнастики, соревнования и спартакиады, дни здоровья), активный отдых на свежем воздухе, физиопрофилактические процедуры (закаливание воздухом, солнцем и водой).

Положительному эмоциональному заряду на весь день, плавному переходу от состояния сна к бодрствованию способствует утренняя гимнастика. Утренняя гимнастика для детей с отклонениями в здоровье должна включать комплекс ежедневных, преимущественно коррекционных и дыхательных, упражнений, направленные на формирование правильной осанки и постановку дыхания [5]. Продолжительность утренней гимнастики для детей подготовительной группы младшего школьного (6-11 лет) и старшего школьного (12-14 лет) возраста должна составлять 15-20 минут, а для детей специальной физкультурной группы – 10-15 минут [2].

Поддерживать хорошее настроение в течении дня позволяют физкультурные минутки, проводимые вовремя общелагерных мероприятий в

актовом зале, на костровой или на спортивной площадке. Предпочтение следует отдавать физкультминуткам в стихах, положенным на музыку.

Для повышения компенсаторных свойств сердечно-сосудистой системы, органов дыхания и опорно-двигательного аппарата для детей рекомендованы ежедневные прогулки и пешеходные экскурсии в виде спокойной ходьбы со скоростью 2-2,5 км/ч. Маршруты прогулок и экскурсий должны постоянно меняться, но при этом должны проходить по безопасной и затененной местности. Туристические прогулки разрешены детям с 6-ти летнего возраста, экскурсии – с 7 лет. Длительность маршрута для детей подготовительной группы младшего возраста должна составлять 3-5 км и 5-8 км для старшей школьной группы, для детей специальной физкультурной группы 3 и 5 км, соответственно [1].

Наиболее любимой формой оздоровительной работы у детей являются игры, которые по интенсивности физической нагрузки и технической сложности можно подразделить на малоподвижные («Колечко», «Испорченный телефон», «Море волнуется», «Съедобное-несъедобное»), подвижные («Третий лишний», «Классики», «Выбивной», «Разрывные цепи», «Резиночка») и спортивные (волейбол, баскетбол, настольный теннис, футбол). Детям из специальной физкультурной группы рекомендовано принимать участие только в играх малой и средней подвижности в течении 30-40 минут для детей младшей группы и 40-50 минут для детей старшей группы. Дети из подготовительной группы могут заниматься играми малой и средней интенсивности до 40-60 минут в младшем возрасте и до 60 минут в старшем школьном возрасте. Данной категории детей также разрешается играть в спортивные игры, а именно в баскетбол, волейбол, футбол - не более 30 минут, в настольный теннис – до 15 минут.

Целенаправленное воздействие на определенные группы мышц, улучшить резервные возможности сердечно-сосудистой системы и органов дыхания, повысить выносливость можно с помощью занятий на тренажерах (эллиптические и гребные тренажеры, беговые дорожки, велотренажеры,

райдеры) и при помощи спортивного инвентаря (эспандеры, диски вращения, финские стенки).

Одной из форм физкультурно-оздоровительной работы, применяемой для детей с отклонениями в здоровье, является лечебная физкультура, позволяющая индивидуально для каждого ребенка разрабатывать и применять комплекс мероприятий с учётом особенностей течения и стадии заболевания, добиваясь восстановления нарушенных функций организма [2]. Это могут быть гимнастические, дыхательные, коррегирующие упражнения, а также ходьба, бег, терренкур, прыжки, плавание в течении 30-45 минут.

Особенно нравится детям вариант лечебной физкультуры - лечебная хореография, которая позволяет сочетать танцевальные, ритмопластические, лечебно-коррекционные движения с гимнастическими упражнениями. При этом, в отличии от аэробики, упражнения выполняются с меньшей интенсивностью, в более медленном темпе. Интенсивность упражнений и, соответственно, музыкального сопровождения, увеличивается от начала занятия к середине занятия, а к концу занятия упражнения и музыкальный ритм становятся более спокойными. Соответственно, разминка или подготовительная часть занятия должна занимать 5-10 минут общего времени, основная часть – 20-25 минут, заминка или заключительная часть – до 5 минут. Следует отметить, что в лечебной хореографии танцевальные упражнения должны превалировать над гимнастическими упражнениями на протяжении всего лечебного комплекса.

Дети с нарушениями в состоянии здоровья могут участвовать в однодневных туристических походах с 7-летнего возраста [1]. Так, для детей младшего возраста подготовительной группы рекомендован маршрут протяженностью до 3-5 км, для детей старшей группы – до 5-8 км со скоростью передвижения до 3 км/час и весом рюкзака 1-2 кг. В тоже время, детям из специальной физкультурной группы рекомендованы маршруты протяженностью до 3 км и до 5 км, соответственно, с учётом возраста, с индивидуально подобранной скоростью и весом рюкзака [2].

Занятия в спортивных секциях, танцевальном кружке (за исключением лечебной хореографии) соревнованиях детям с отклонениями в состоянии здоровья противопоказаны.

Основными физкультурно-оздоровительными мероприятиями для детей подготовительной и специальной групп здоровья являются физиопрофилактические процедуры (воздушные, солнечные и водные ванны), которые должны быть начаты с первого дня пребывания ребенка в ДУОО [1].

Воздушные ванны являются наиболее щадящими из всех методов закаливания. Воздушные ванны могут проводиться детям подготовительной группы при температуре воздуха не менее 20 °С, детям специальной группы – не менее 22 °С при частично или полностью обнаженном теле в условиях помещений или открытого воздуха [3]. Продолжительность первой воздушной ванны для детей младшего возраста должна составлять 10-15 минут, для детей старшего возраста – 20-25 минут с постепенным увеличением (по 3 минуты ежедневно) до 60 минут. Закаливание воздухом лучше проводить в утреннее или вечернее время, не ранее чем через 30-40 минут после еды. При этом виде закаливания, на организм ребенка положительное влияние оказывают такие физические характеристики воздуха, как температура, влажность, скорость ветра, летучие ароматические вещества (лес, море).

После приёма нескольких воздушных ванн (приблизительно, 3-5 процедур) детям с отклонениями в здоровье показаны солнечные ванны. Продолжительность первой солнечной ванны должна составлять 2-3 минут, с постепенным увеличением время пребывания на солнце (по 3 минуты) до 30 минут детям специальной группы и до 40 минут детям подготовительной группы. Дети с отклонениями в здоровье должны получать, так называемую, облегченные солнечные ванны, а именно чередовать пребывание на солнце в течение 10-15 минут с пребыванием в тени в течении 15-20 минут. При получении солнечных ванн детям рекомендовано облучать тело со сменой положения тела каждые 2-4 минуты в последовательности грудь, спина, боковые поверхности тела с двух сторон. Для повышения эффективности

оздоровления следует сочетать приём солнечных ванн с проведением малоподвижных игр.

Бесспорно, наиболее эффективным из всех физиопрофилактических процедур является закаливание водой. Начинать купание детей разрешается при температуре воздуха не ниже 23 °С, при температуре воды – не менее 20 °С [1]. Со второй недели купание детей с отклонениями в здоровье разрешается при температуре воды 18 °С. Первая процедура купания должна составлять 2-3 минуты для детей младшего возраста подготовительной группы, 3 минуты – для детей старшей группы. Максимальная продолжительность купания для детей подготовительной группы должна составлять 10-15 минут.

Детям из специальной группы закаливание водой лучше начинать с обтирания и обливания. Стартовым вариантом закаливания водой может быть обтирание влажным полотенцем после утренней гимнастики сначала теплой водой (30-35 °С), а потом прохладной водой (10-15 °С). Начинать обтирание следует с рук, ног, с переходом на туловище, а затем – к общему обтиранию [3].

Обливание лучше начинать с обливания ног, при этом температура воздуха должна быть не менее 20 °С, а первоначальная температура воды должна составлять 30 °С, с постепенным (каждые 1-2 дня) снижением температуры воды на 2 °С, доводя температуру до 16-18 °С для детей младшего возраста и до 14 °С для детей старшего возраста. Процедура местного обливания должна длиться 15-20 секунд.

Детям с отклонениями в здоровье можно рекомендовать начинать обливание ног с использованием контрастных температур воды, так называемое щадящее контрастное обливание: ноги обливают теплой водой (35-36 °С), затем сразу прохладной водой (24-25 °С), после чего вновь теплой водой. Постепенно температуру теплой воды следует повысить до 40 °С, а прохладной снизить до 18 °С [3]. Заканчивать процедуру необходимо растиранием сухим полотенцем.

Обливание всего тела можно начинать при температуре воздуха 23 °С. Водой из лейки обливают ребенка плечи, грудь и спину. Первоначальная температура воды должна составлять 34-35 °С постепенно снижая (каждые 3-4 дня) температуру на 2 °С, доводя до 22-24 °С. Длительность процедуры должна составлять 15 с, постепенно увеличивая время до 35 с. Достигнув конечных величин, на них останавливаются и длительно (до 2-х месяцев) обеспечивают эффект тренировки. В дальнейшем можно увеличить действующий фактор или увеличить время его воздействия.

Физкультурно-оздоровительные мероприятия и физиопрофилактические процедуры являются ведущими факторами оздоровления детей. Высокая эффективность здоровьесохраняющих технологий возможна лишь при их комплексном и систематичном действии, при постепенном увеличении интенсивности оздоровительных мероприятий с учётом особенностей состояния здоровья ребенка и рациональном распределении их в течение дня.

Список литературы:

1. Государственные санитарные правила и нормы 5.5.5.23-99 "Устройство, содержание и организация режима деятельности детских оздоровительных учреждений", утвержденные Постановлением Главного государственного санитарного врача Украины от 26.04.1999 № 23.
2. Демченко В.И., Лукьянов А.В. Справочник врача детского оздоровительного лагеря. – Издательство: Феникс, 2007. – 138 с.
3. Мощич П.С., Жарикова З.Н., Левченко Л.Н., Борисенко М.И. Диспансерное наблюдение здоровых детей в условиях поликлиники. – Киев. – «Выща школа». – 1989. – 142 с.
4. Тимошенко В.В., Тимошенко А.Н. Физическое воспитание студентов и учащихся, имеющих отклонения в состоянии здоровья. Учебное пособие. 2-е издание, переработанное и дополненное. — Мн.: «Веды», 2001. – 86 с.

5. Рипа М.Д., Величенко В.К., Волкова С.С. Занятия физической культурой со школьниками, отнесенными к специальной медицинской группе. — М.: Изд-во «ФиС», 1988. — 132 с.

УДК 611.2: 378.17 - 0.57.87

Марина Александровна Щербакова

К. биол. наук, доцент

Витебский государственный университет имени П.М. Машерова,

г. Витебск, Беларусь

Вероника Васильевна Мильто

Студент

Витебский государственный университет имени П.М. Машерова,

г. Витебск, Беларусь

E-mail: mas-80@mail.ru

СОСТОЯНИЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У СТУДЕНТОВ ВУЗОВ В УСЛОВИЯХ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА

Аннотация. В статье дана оценка влияния проживания в условиях крупного промышленного города на состояние дыхательной системы студентов.

Ключевые слова: дыхательная система, поллютанты, атмосферный воздух.

Marina Alexandrovna Shcharbakova

PhD in biological Sciences, Associate Professor

Vitebsk State University named after P.M. Masherov,

Vitebsk, Belarus

Veronika Vasilyevna Milto

Student

Vitebsk State University named after P.M. Masherov,

Vitebsk, Belarus

E-mail: mas-80@mail.ru

CONDITION OF RESPIRATORY SYSTEM IN STUDENTS OF HIGH SCHOOLS INTO THE CONDITIONS OF THE LARGE INDUSTRIAL CITY

***Abstract.** The article gives an assessment of the effect of living in a large industrial city on the state of the respiratory system of students.*

***Keywords:** respiratory system, pollutants, atmospheric air.*

Дыхательная система людей тесно связана с экологическим состоянием атмосферного воздуха. Качество атмосферного воздуха промышленного города во многом определяет состояние здоровья людей и является ведущим, активно действующим фактором в развитии заболеваний, в первую очередь органов дыхания [1, 3].

Легкие человека представляют собой орган, который без всякого отбора поглощает любые загрязнения, имеющиеся в воздухе, потому что органы дыхания, являясь открытой системой, находятся на первой линии защиты организма от неблагоприятного влияния факторов внешней среды. В силу высокой чувствительности дыхательной системы, она может выступить как показатель воздействия на организм различных антропогенных факторов и экологических неблагоприятных условий [2, 3].

Под воздействием различных выбросов, осуществляемых промышленными предприятиями, химически активных отбросов и остатков от основного производства существенно изменяется состав атмосферного воздуха в городах. В нем значительно увеличивается процент содержания

пыли, кроме того, появляются «следы» веществ, нехарактерных для окружающей среды в естественном состоянии. Усиливающийся рост выхлопных газов автомобильного транспорта способствует развитию тяжелых заболеваний органов дыхания [2].

Промышленный потенциал города Витебск насчитывает более 320 субъектов хозяйствования, в том числе основных (крупных) предприятий – 70 машиностроительной, металлообрабатывающей, лёгкой и пищевой промышленности, производства электроприборов, строительных материалов и деревообработки. На территории города расположены предприятия, являющиеся единственными в Витебской области производителями доломита не кальцинированного, ковров и ковровых изделий, одежды, аксессуаров одежды и прочих изделий из натурального меха, плит древесностружечных и аналогичных плит из древесины и прочих одревесневших материалов, проводов и кабелей электрических.

В связи с этим актуальным является оценка состояния дыхательной системы у студентов, обучающихся в городе Витебске, который является крупным промышленным городом.

Цель работы – оценить состояние дыхательной системы у студентов биологического факультета ВГУ имени П.М. Машерова в условиях крупного промышленного города (г. Витебск).

Материалы и методы исследования. В исследовании принимали участие 40 студентов биологического факультета УО «Витебский Государственный университет имени П. М. Машерова», из них 10 юношей и 30 девушек. Возраст испытуемых составил 18-20 лет.

Были использованы методы исследования: анализ и обобщение научно-методической литературы, метод спирометрии (спирометрия – метод исследования функций внешнего дыхания, который включает измерение жизненной емкости легких и скоростных показателей дыхания) и анкетирование.

Основу спирометрического исследования составляет определение следующих показателей: жизненной ёмкости легких (ЖЁЛ), дыхательный объем (ДО), резервный объем вдоха (РО вдоха), резервный объем выдоха (РО выдоха), остаточный объем легких (ООЛ), функциональный остаточную ёмкость легких (ФОЁЛ), общую ёмкость легких (ОЁЛ).

Для сбора сведений от опрашиваемых используется специально подготовленный список вопросов – анкета, которая разрабатывается в соответствии с установленными правилами.

Результаты исследования и их обсуждение. Различные исследования свидетельствуют о том, что неблагоприятные условия внешней среды в крупных промышленных городах приводят к увеличению частоты случаев бронхолегочной патологии нарушениям нервно-психического и физического развития. Показали, что в промышленных зонах распространенность аллергических заболеваний в 1,5-2 раза выше, чем в «чистых». И поэтому именно они являются основными источниками загрязнения окружающей среды и через загрязнения атмосферного воздуха, путем антропогенных воздействий на атмосферу, влияют на дыхательную систему человека [4].

Всех респондентов мы разделили на 2 группы: 1 – студенты, проживающие долгое время в городе Витебске в промышленных районах, а 2 – студенты, родившихся в других населенных пунктах и приехавшие в г. Витебск на время учебы в университете.

В ходе исследования результатов анкетирования было выявлено, что проживание в городе с высоким уровнем загрязнения атмосферного воздуха, отрицательно сказывается на общем состоянии здоровья.

У студентов 1 группы были выявлены следующие заболевания:

- бронхит - 50%, пневмония - 24%;
- вирусными инфекциями: 1 раз в год - 25 %, 2 раза в год - 43%, более 3 раз – 12 %;
- аллергическими заболеваниями -34 %.

Занимаются спортом 83% студентов: волейболом, плаванием, бегом. И 50 % посещают часто физкультуру в университете, а 50% редко, из них 36 % входят в специальную группу, а 64 % в основную.

Студенты 2 группы, родившихся в других населенных пунктах и приехавшие в г. Витебск на время учебы в университете, имеют лучшие показатели:

- бронхит - 17%, пневмония - 4%;
- вирусными инфекциями: 1раз в год - 20 %, 2 раза в год – 18 %, более 3 раз – 8%;
- аллергическими заболеваниями -14 %;

Около 70 % занимаются спортом: волейбол, велоспорт, настольный теннис, посещают тренажерный зал. Часто посещают физкультуру в университете - 85 %, из них 76 % основная группа, 34% специальная.

Анкетирование студентов на предмет наличия вредной привычки – курения показало, что доля курящих среди опрошенных респондентов составляет 30%. Не смотря на то, что большинство студентов не курят и негативно относятся к этой вредной привычке, среди друзей и другого окружения опрошенных имеются люди, страдающие никотиновой зависимостью. Это в свою очередь, также может сказаться на состоянии здоровья.

Помимо курения сигарет, которым увлекается меньшая часть опрошенных, многие студенты 26% увлекаются нетрадиционными видами курения, такие как кальян или электронные сигареты.

Наследственных хронических заболеваний, связанных с дыхательной системой не у одной из групп не были выявлены.

Согласно результатам исследования (анкетирования) установлено, что значительное количество респондентов 1 группы имеют отклонения в состоянии здоровья (заболевания органов дыхания), часто болеют респираторными болезнями, вследствие ослабленного иммунитета, нежели

студенты 2 группы. Это позволяет сделать предположение, что среда проживания оказывает влияние на состояние дыхательной системы.

Затем с респондентами 1 и 2 группы был проведен метод спирометрии.

Дыхательный объём (ДО) - объём воздуха, спокойно выдыхаемый после спокойного вдоха. Дыхательный объём (ДО) имеет индивидуальные колебания и постоянно меняется под влиянием различных внешних причин.

Резервный объём выдоха (РО выдоха) - объём воздуха, выдыхаемый дополнительно после спокойного выдоха.

Жизненная ёмкость лёгких (ЖЁЛ) - объём воздуха, выдыхаемый в спирометр после максимально глубокого вдоха.

Остальные показатели мы вычисляли при помощи формул:

Резервный объём вдоха (РО вдоха) – это объём воздуха, который можно дополнительно вдохнуть после спокойного выдоха.

Остаточный объём лёгких (ООЛ) – это объём воздуха, который остается в лёгких после максимального вдоха.

Функциональная остаточная ёмкость лёгких (ФОЁЛ) – это объём воздуха, остающийся в лёгких на уровне спокойного выдоха.

Общая ёмкость лёгких (ОЁЛ) – это объём воздуха, который вместить лёгкие на высоте глубокого вдоха [5].

В результате исследования были выведены средние значения показателей у представителей 1 и 2 группы.

Показатели функции внешнего дыхания у респондентов 1 группы: ДО - 800 мл, РО выдоха – 1400 мл, ЖЕЛ – 2600 мл, РО вдоха – 450 мл, ООЛ – 1000 мл, ФОЁЛ – 2380 мл, ОЁЛ – 3700 мл.

Показатели функции внешнего дыхания у респондентов 2 группы: ДО – 870 мл, РО выдоха – 1500 мл, ЖЕЛ - 3100 мл, РО вдоха – 650 мл, ООЛ - 980 мл, ФОЁЛ -2490 мл, ОЁЛ – 4200 мл.

Жизненная ёмкость лёгких (ЖЕЛ) у студентов 1 группы статистически значимо была ниже показателей 2 группы. Установлено, что наибольшие значения параметров резервного объёма вдоха (РО вдоха) и резервного объёма

выдоха (РО выдоха) у представителей 2 группы, а минимальные у студентов 1 группы. Общая ёмкость легких (ОЁЛ) и функциональная остаточная ёмкость легких (ФОЁЛ) у представителей 2 группы выше, чем у 1 группы.

Спирометрических исследований, полученные у студентов из 1 и 2 группы, показали следующее, что у всех обследованных студентов объемные показатели различные. У студентов 1 группы отличаются от нормы.

Заключение. В результате проведенного исследования выяснено, что студенты, живущие в городах с низким загрязнением воздуха, меньше подвержены простудным заболеваниям, а также имеют лучшие показатели функционального состояния дыхательной системы, чем студенты, живущие в городах с высоким загрязнением воздуха.

Также было выявлено, что у человека, который занимается спортом, улучшена легочная вентиляция. Любые физические нагрузки помогают укрепить дыхательные мышцы и повысить легочную емкость. Еще улучшается газообмен в легких.

Анализ результатов исследования, позволил выявить закономерность. Из исследования прослеживается, что существенное влияние на внешнее дыхание студентов оказывает среда проживания.

Список литературы:

1. Суржиков В.Д. и др. Здоровье человека и факторы окружающей среды в индустриальных городах // Гигиена и санитария. – 2003. - № 6. – С. 85-87.
2. Щербакова М.А. Влияние антропогенных факторов окружающей среды на дыхательную систему человека // Здоровье: теория и практика. – 2004. - № 4. – с. 88-98.
3. Щербакова М. А. Влияние загрязнения атмосферного воздуха на заболеваемость взрослого городского населения бронхиальной астмой // Веснік Віцебскага дзяржаўнага ўніверсітэта імя П. М. Машэрава. – 2017. – № 2 (95). – С. 40-48.

4. Щербакова М.А. Оценка влияния загрязнения атмосферного воздуха на заболеваемость населения болезнями органов дыхания в системе социально - гигиенического мониторинга: метод. рекомендации. – Витебск: ВГУ имени П.М. Машерова, 2013. – 40 с.

5. Савченко Ю.И. Нормальная физиология человека: учеб. пособие. – Ростов н/д: Феникс; Красноярск: Издательские проекты, 2007. – 448 с.

UDC 616-07

Violeta Yordanova

Dm, Molecular - genetics laboratory Hospital for Active Treatment

“Dr. Atanas Dafovski”, Kardzali, Bulgaria

E-mail: yordanovavioleta@yahoo.com

Todor Tcherkeзов

Dm, Associate Professor,

Director of MBAL “Dr. Atanas Dafovski», Kardzhali, Bulgaria

E-mail: dr_tcherkeзов@abv.bg

**SOCIAL-MEDICAL ASPECTS OF BETA THALASSEMIA
CARRIERS IN THE REGION OF KARDZALI AND
SURROUNDINGS**

Abstract. *Beta thalassemia is one of most common genetic disorders with heavy consequences around the world. Their numbers constantly decrease, which is due to the successful genetic programs, designed to the specific gene pools of the populations and the territorial specifics of each region in the world. The disease is linked to the malaria and the spread of the mosquitoes. Clinically the disease is a type of an anemia with 3 basic forms: thalassemia major - homozygous for heavy mutations; thalassemia intermedia - most likely complexed heterozygous for heavy or light mutation or very rare heterozygous for heavy mutation in the presence of defects in other modifying genes; thalassemia minor - heterozygous for one mutation in one locus and the other one perfectly normal.*

Keywords: *beta thalassaemia, Haemoglobinopathies, anemia, social and medical care, social work.*

The thalassaemia is a specific type of a hemoglobinopathy. In the human body there are few circulating hemoglobin fractions as over 96% of a hemoglobin in adults consists of 2 alfa and 2 beta chains. ($\alpha_2\beta_2$); tetrameres. They are coded from 4 α and 2 β genes. There are over 600 variant permutation of autozomal-recessive defects of these genes, leading to broken structure of β -Hb (Hemoglobinoses) or lead to defects in the synthesis of β or α -chains of the globin molecule and are β or α -thalassemias, respectively. Of those a particular interest are the β -thalassemias due to the higher frequency in our region. The other hemoglobinopathies are either very rare or not found here at all [1, 2].

Because of the frequency in the occurrence and due to the inheritance worldwide there is an intense research in that direction, that shows the lowering of the incidents. To this date there are 10 000 registered homozygous careers in Europe and USA. Due to the fact that the condition is in link to the malaria fever and the spread of the mosquito population we see it predominantly in the Mediterranean, North Africa, Middle East Arabic peninsula, India, Indonesia. In some regions the frequency can reach from 0,1% in Eastern Europe to 16% in Cyprus, as the frequency of the affected fetuses on 1000 pregnancies varies between 0,0003 to 5,12 in Cyprus [1, 4].

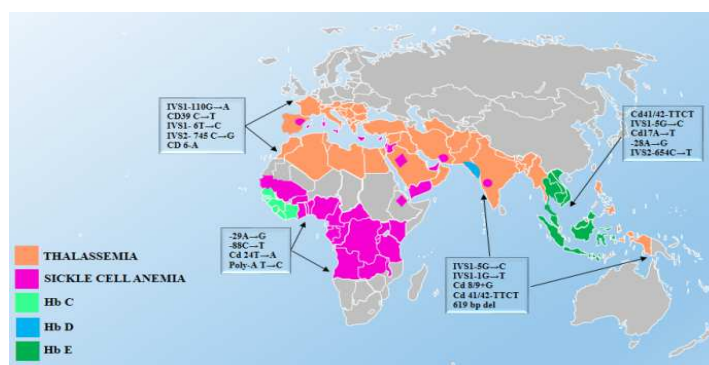


Figure 1. Distribution of the thalassaemia and most common mutations of β -thalassaemia in different countries [5].

Many different mutations may cause β -thalassemia. They are inherited as many genetic combinations, determining heterogenic group of clinical syndromes. In thalassemia minor, very common as β -thalassemia or heterozygous β -thalassemia, there is one single β -thalassemic mutation and a normal β -globin gene of the other chromosome. Microcytosis, hypochromia, high level of HbA₂ and weak or minimal anemia are the characteristics of this type of thalassemic carriers. Thalassemia Major, common as Cooley anemia, or homozygous β -thalassemia, is clinically serious condition, which is due to the inheritance of two β -thalassemia alleles, one copy of each on chromosome 11 [5]. The patients are with significant microcytosis and hypochromic anemia, linked to the increased number of erythrocytes and lower mean corpuscular volume (MCV) as well as mean corpuscular Hb (MCH). The anemia of Thalassemia Major is so severe, that there is a need of constant blood transfusion. Repetitive transfusions and increased absorption of iron lead to deposition of iron ions in many organs (liver, endocrine tissue, heart) and the endpoint could be lethal, unless chelation therapy being applied [5].

Analysis of the hemoglobin fractions show mainly HbF plus some amount HbA₂ in the β^0 homozygous, but not enough to compensate for the loss of the HbA, so the Hb level remain <5 g/dL [5]. The term β -thalassemia intermedia (TI) is referred to the less severe phenotype, in which there is a significant anemia, but chronic therapy of blood transfusion is not always required. The patients show definitive heterozygous picture, varying in severity from the β -thalassemic carriers to the point of thalassemia major [5]. Most patients with the thalassemia intermedia are homozygous or a combination of heterozygous for β -thalassemia, as with both β -globin loci affected. Less frequently are the ones with only one locus of β -globin to be affected and the other completely normal. The mild clinical characteristics of TI in comparison to thalassemia major are due to the inheritance of two β -thalassemic mutations, one light and one heavy; the inheritance of two light mutations or sometimes the carrying over more complex combinations, as for instance

two β -thalassemic mutations co-inherited with heterozygous α -thalassemia. In the later from, also most common as $\alpha\beta$ -thalassemia, α -thalassemic allele lowers the heavy impact of unbond α -globin chains [1,5].

Molecular characteristics	In β -globin genes - globin genes have one mutation	In β -globin gene has two 2 mutations of which at least one is "light". Extra α -chains.	2 heavy mutations in the B--globin genes
Clinical aspects	Light or on anemia, MCV and HCV under norm to 60% target cells No splenomegaly no changes in bone marrow tissue	Light to moderate anemia, not always transfusions required splenomegaly, changes in bone marrow hemosiderosis in link to the hemotransfusions	Heavy anemia frequent transfusions. Begins at the first year, splenomegaly heavy changes in the bone marrow. Hemosiderosis
Course	Asymptomatic	From asymptomatic to heavy clinical symptoms	Requires care throughout lifetime
Enhancing other genetic factors	Present alfa thalassemia	Presence of α -thalassemia and increased F hemoglobin.	Presence of α -thalassemia; increased F hemoglobin.
Aggravating other genetic factors	Abundance of α -globin genes	Number of abundant A-globin (5 and more)	Unknown

Table 1. Molecular basics and clinical aspects of most common thalassemias [1,5].

β -Globin gene is at the short arm of the chromosome 11 and it is roughly about 80 Kb long, which contains also δ globin gene, the embryonic ϵ gene, the fetal $A\gamma$ gene and $G\gamma$ gene [5]. The five functional globins genes are arranged in the chromosome in the order of their expression [5].

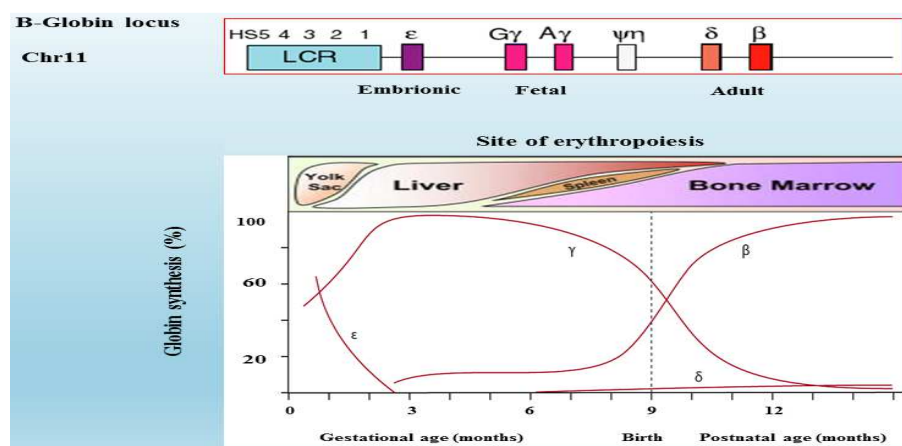


Figure 2. The upper portion presents the construction of the human β -globin locus. The lower part of the diagram shows the transition from fetal to adult form of hemoglobin. The normal time lapse is being presented [5].

β -Globin gene is being regulated from the 5' promoter, into which there are also the Tata, CAAT and the duplicated CACC fragments [5]. Important regulatory region, containing strong enhancement is marked at the 50 Kb of β -globin gene. Very early in the embryonic development there is transition occurrence of ϵ to γ -globin synthesis. The fetal hemoglobin (HbF) reaches plateau and after about 10–weeks remains increased until the 2 years after birth, when it starts decreasing to about 0.5–1 % from the total hemoglobin in the erythrocytes of the adult individual. β -Globin chains start their synthesis on the 30–35 week of the pregnancy and present around 10% of the total hemoglobin. After birth it increases to about 97 %, forming the adult hemoglobin of HbA. Another type of hemoglobin in adults is the HbA₂ formed from the δ chains, which synthesis starts at around 7 months of the pregnancy and reaches the 2–3% in adults (Figure 2), [5]. The forms of β -thalassemia come from mutations, which involve each and every step of the formation of the globin molecules; the transcription, processing of mRNA, translation of mature mRNA and post-translational modifications of the β -polypeptide chain [5]. Around 200 different alleles of the β -globin gene are being found and described, the vast of them are the point mutations or immediate flanking sequence. The distribution of these alleles varies significantly in the different populations, but within a single population there are only few alleles (Figure 1) [5]. The fetal hemoglobin is frequently a common modifier in the heavy clinical cases of β -thalassemia. In normal individuals only 5–8% of the erythrocytes, called the F cells contain HbF, 5–20% from the total hemoglobin in those particular cells

When treated, the stem cells are the only option so far for patients with Thalassemia Major, but this option still holds potential risks of death and complications. Transplantation of blood from an umbilical cord has a limited success in treatment of β -thalassemia due to the fact, that large volumes are required for the upkeep of the hemopoiesis. Genetic therapy for β -hemoglobinopathies is in a phase of early clinical trials and offers excellent perspectives. But even in the success of all the methods of the molecular therapies, they are pricey and unavailable for patients from countries with lower economy standards. There are data from clinical

and genetic research, showing that the induction of synthesis of γ -globin chains through genetic transduction or pharmacologically has a potential benefit for patients with β -thalassemia [5]. There is not enough data to support the further broader trials, also these substances have multi side effect to increase the expression of the HbF and the mechanism is not well understood. Newer methods for treatment of patients with TI and TM were being published with the use of Tf, hepsidin agonists and JAK2 inhibitors; those are the few new methods for treatment [5].

In Bulgaria according to Spasov L. data (1990, PhD dissertation) [1,2] the percentage of thalassemia is roughly 2.5-3%. Annually we have 12-15 children born with a form of a heavy major clinical form.

Based on blood tests in routine hematological checks there is a sure sign for a genetic impact and suspected beta thalassemia.

In Bulgaria at the moment there is complete lack of data and systematic research into this matter of thalassemia, which need to be important and basic source for primary care providers and specialists, as well as patients. Despite the many published work on the research done in the clinical and populational genetic changes in this line to this date we do not have complete information, as opposed to many other countries in Europe and the rest of the world, where there are in depth investigations being conducted and the movement of the genes is being monitored, as also there is a relative clarity in terms of the most frequent types of mutations into the hemoglobin genes [1,2,5]. In Bulgaria there are studies done based on the biochemical and molecular genetics methods in the early 80's of the past century by the academian G. Evremov (Scopie) in collaboration with prof. G. Ptekov (Stara Zagora). This is the foundation of the populational research for the molecular characteristics of beta-thalassemia in Southeast Bulgaria [2]. On the other hand, the practitioners hemathologists and the general practitioners with years of experience have excellent observations for the incidents of occurrence of the patients with beta-thalassemia and prevalence of the carriers in the region of the East Rodopi mountain and region of Kardzali. Since we do not have particular data in the literature and screening done without a national program, without the necessary genetic

counseling, without the DNA diagnostics and prenatal diagnostics, we aimed to do pilot study for the percentage of carriers of beta-thalassemia. We wanted to have clarity and concrete of the real percentage carriers, to give us grounds to broaden and more in depth further research into this matter. We had great reason to express interest and conduct the study as to take advantage of our new equipment of the newly established molecular diagnostics unit at the hospital in Kardzali in collaboration with the Department of the Molecular Medicine and Genetics at the University of Thrace, Alexandropolis, Greece and the European funded program for cross-border collaboration for the application of new technologies in medicine.

Patients. A total of ninety-seven patients were admitted to the Gynecology Department in the hospital for active treatment in Kardzali. As well as the normal routine blood and other types of clinical work done they were subject to the testing of beta-thalassemia carriers.

The patients were between 19 and 50 years of age and were admitted into the OBGYN at the MBAL “Dr. Atanas Dafovski” Kardzali. There is no data with regards to their pregnancy and the exact gestational week.

Materials and methods. Blood samples were collected from the patients of the OBGYN Department of MBAL “Dr. Atanas Dafovski”, as native and precipitated hemolyzed erythrocytes in buffer was loaded on a protein gel electrophoresis (PAGE GEL). The gels were ran and afterwards dyed with Coomassie blue and subsequently to that destained as per protocol (BioRad). Each gel was ran with a well for protein ladder marker and controls (positive and negative). The results were taken by gel illuminating screen on gel imaging system, the data of the bands on the gels were read and calculated via software of the system (Doc-Print VX2).

Results. The results of the electrophoresis of the hemoglobin fractions are presented in the graph above (Figure 5 and 6), as it is shown we have representative sample of 4.1% carriers of beta-thalassemia; significantly higher of the percentage overall for the bulgarian population, cited from Spasov [1,2]. This fact is completely predictable, due to the uneven distribution of carriers, specially in the region of

Kardzali and the near proximity to the Mediterranean. For the patients-carriers the values of HbA2 is being between 4.6 and 3.7%. In the affected patients the MCH was between 17.6 and 29.3, and the MCV - between 59.8 and 87.7. With those same patients it has been observed increased percentage of fetal hemoglobin HbF between 2.3 and 1%. We do not have any data for the morphology of the erythrocytes, because blood smears were being done. There were no further investigation to the affected patients families and the carriers, as we do not have information for the development of their pregnancy and the condition of the fetus in terms of beta-thalassemia. Because of the specifics of the particular region we had the opportunity to account for the patients ethnics groups and with the results we found 100% of the affected ones to be of bulgarian ethnicity.

TOTAL NUMBER OF PATIENTS FOR THE THALASSEMIA CARRIERS

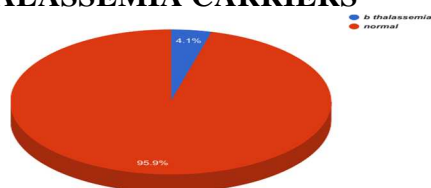


Figure 5

PERCENTAGE OF THE PATIENTS BY ETHNICITY

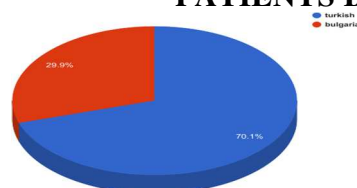


Figure 6

Discussion. From the presented results of this pilot study is clear we have an increased percentage of carriers in the region. Further step is necessary to be undertaken, so we could collect data for the carriers, to classify them into registry; this registrar could be established and should be of incredible value not only for the immediately affected patients, their providers and specialists, but would support the monitoring of the family history of particular mutational changes and carriers as there is such an establishment in many countries already.

Our ambition is with the molecular biology methods to be able to decipher the mutations, their frequency and to be classified into a registry for an easy access to the specialists, therefore improving the medical and social aspects of these patients conditions.

List of references:

1. Kremenski Ivo, 2016. [An electronic resource] of URL: http://Impbg.org/new/home/index_new.htm
2. Petkov, Georgi & D. Efremov, G & Efremov, Dimitar & Aleksandar, Dimovski & Tchaicarova, P & Tchaicarov, R & Rogina, B & Agarwal, Sarita & Kutlar, Abdullah & Kutlar, Feride & L. Reese, A & A. Stoning, T & H. J. Huisman, T. (2009). β -Thalassemia in Bulgaria. Hemoglobin. 14. 25-33. 10.3109/03630269009002252.
3. Modell, Bernadette; Darlison, Matthew - Global epidemiology of haemoglobin disorders and derived service indicators - Bulletin of the World Health Organization [An electronic resource] of URL: <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/6/06-036673/en/>
4. Bozkurt G¹. Results from the north cyprus thalassemia prevention program. Hemoglobin. 2007; 31 (2):257-64.
5. Sposi, Nadia Maria (2015). Interaction between Erythropoiesis and Iron Metabolism in Human β -thalassemia - Recent Advances and New Therapeutic Approaches, Inherited Hemoglobin Disorders, Dr. Anjana Munshi (Ed.), InTech, DOI: 10.5772/61716. Available from: [An electronic resource] of URL: <https://www.intechopen.com/books/inherited-hemoglobin-disorders/interaction-between-erythropoiesis-and-iron-metabolism-in-human-thalassemia-recent-advances-and-new->



СБОРНИК НАУЧНЫХ СТАТЕЙ
IX МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ
ИНТЕРНЕТ-КОНФЕРЕНЦИИ

**СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ:
МЕДИЦИНСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ПСИХОЛОГО-
ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ**

Главный редактор: Мелоян А.Э.

Верстка: Мартинсон Е.В.

ГВУЗ «Донбасский государственный педагогический университет»

84116, г. Славянск, улица Генерала Батюка, 19

www.ddpustzd.site
