



Science Publishing Center «Sociosphere-CZ»  
Institute of psycho-pedagogical problems  
of childhood of the Russian Academy of Education  
Vitebsk State Medical University of Friendship of Peoples  
Tashkent Islamic University

**SOCIAL SCIENCES AND PUBLIC HEALTH:  
THEORETICAL APPROACHES, EMPIRICAL  
RESEARCHES, PRACTICAL DECISIONS**

Materials of the IV international scientific conference  
on April 20–21, 2014

Prague  
2014

**Social sciences and public health: theoretical approaches, empirical researches, practical decisions** : materials of the IV international scientific conference on April 20–21, 2014. – Prague : Vědecko vydavatelské centrum «Sociosféra-CZ». – 124 p. – 978-80-87966-24-2.

**Editorial board:**

**Yablonsky Mikhail Fedorovich**, doctor of medical sciences, professor, Head of Department of Forensic Medicine of the Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University.

**Devyatyh Sergey Yuryevich**, candidate of psychological sciences, associate professor in the psychology and pedagogics department, Vitebsk State Medical University of Order of Peoples' Friendship.

**Kirillov Ivan L'vovich**, candidate of psychological sciences, associate professor, Deputy Director on scientific work of the Institute of psycho-pedagogical problems of childhood Russian Academy of Education.

**Kushaev Umidjon Rakhimovich**, PhD, the associate professor, the head of the department of spirituality, education and art of the Science Research Institute at Tashkent Islamic University.

These Conference Proceedings combines materials of the conference – research papers and thesis reports of scientific workers and professors. It examines the problematic of social sciences and public health. Some articles deal with questions of social and medical aspects of public health. A number of articles are covered with problems of culture, education and public health. Some articles are devoted to psychology in the service of health.

**UDC 316.334:61/159.9:61**

**ISBN 978-80-87966-24-2**

*The edition is included into Russian Science Citation Index.*

© Vědecko vydavatelské centrum  
«Sociosféra-CZ», 2014.  
© Group of authors, 2014.

## CONTENTS

### I. SOCIAL AND MEDICAL ASPECTS OF PUBLIC HEALTH

<b>Богма К. А.</b> Система здравоохранения как социальный институт: роль и значение в обществе .....	6
<b>Девярых С. Ю.</b> В обществе, ориентированном на прибыль, медицина немилосердна .....	11
<b>Тезекбаева З. С.</b> Здоровье пожилых людей и требования к услугам здравоохранения.....	14
<b>Хамзин А. А., Фролов Р. А.</b> Симптомы половых расстройств у жителей села.....	19
<b>Сажина Н. С.</b> Охрана репродуктивного здоровья подростков как проблема социальной безопасности России.....	21
<b>Гулая В. С.</b> Биохимические показатели сыворотки крови при остром и хроническом пиелонефрите .....	23
<b>Голубева О. А.</b> Оздоровительная кампания средствами туризма на Урале в советский период .....	25
<b>Мануйлова Г. Р., Ахметова Г. У.</b> Институциональное взаимодействие в профилактике интернет-зависимости среди несовершеннолетних.....	32
<b>Притворова Т. П., Улыбышев Д. Н., Бектлеева Д. Е.</b> Клиентская модель предоставления протезно-ортопедических изделий для детей-инвалидов: монетизация или ваучер .....	34
<b>Масленцева Н. Ю.</b> Реабилитация и коррекция суицидального поведения подростков .....	39

### II. CULTURE, EDUCATION AND PUBLIC HEALTH

<b>Гусева Л. Г., Бузунова Л. Г.</b> Образованность и духовный мир человека как основа его здоровой жизненной стратегии .....	42
--	----

<b>Кабакович Г. А., Полежаева К. В.</b> Здоровый образ жизни для инвалида .....	49
<b>Неретин В. Ф.</b> Духовное здоровье и культура учителя как основа здоровья поколений .....	50
<b>Юдина Е. В., Муромцева А. О.</b> Коммуникативная компетентность педагога как условие формирования психологически комфортной и безопасной образовательной среды .....	53
<b>Вяхирева А. В., Студеникина С. А., Козырева О. А.</b> Система принципов педагогического взаимодействия в структуре идей здоровьесберегающей педагогики .....	60
<b>Рахимова Е. А., Мануйлова Г. Р.</b> Социально-педагогическая профилактика пищевых аддикций подростков в условиях образовательной организации .....	62
<b>Москвина А. Н.</b> Вопросы здоровья студентов университета .....	64
<b>Вахитов Р. Р., Емельянов А. В.</b> Рефлексия в контексте решения проблемы формирования здорового образа жизни студенческой молодежи .....	66
<b>Абрамкин Е. В., Емельянов А. В.</b> Методологические аспекты формирования здорового образа жизни у студентов вуза .....	72
<b>Гришина Г. А., Яшникова О. И., Любогощинская А. В.</b> Использование основной биологической функции организма по восточной методике .....	76

### **III. PSYCHOLOGY IN THE SERVICE OF HEALTH**

<b>Степанова М. Ю., Федерякин Д. А.</b> Влияние физического развития на самооценку в младшем школьном возрасте .....	80
<b>Бабенкова Е. А., Параничева Т. М., Тюрина Л. В.</b> Психическое здоровье детей на начальном этапе пубертатного периода .....	86
<b>Тучина О. Р.</b> Исторический опыт: проблема концептуализации .....	91
<b>Гурьянова И. В.</b> Социально-психологические аспекты здоровья людей пожилого возраста .....	94

**Трофименко С. Ю.**

Исследование взаимоотношений врача и пациента в условиях лечебно-профилактических учреждений города Волгограда .....	99
План международных конференций, проводимых вузами России, Азербайджана, Армении, Белоруссии, Болгарии, Ирана, Казахстана, Польши, Узбекистана, Украины и Чехии на базе НИЦ «Социосфера» в 2014 году.....	104
Plan of the international conferences organized by Universities of Russia, Armenia, Azerbaijan, Belarus, Bulgaria, Iran, Kazakhstan, Poland, Uzbekistan, Ukraine and Czech Republic on the basis of the SPC «Sociosphere» in 2014.....	108
Информация о журналах «Социосфера» и «Paradigmata poznání» .....	112
Information about the journals «Sociosphere» and «Paradigmata poznání» .....	116
Издательские услуги НИЦ «Социосфера» – Vědecko vydavatelské centrum «Sociosféra-CZ» .....	122
Publishing services of the science publishing centre «Sociosphere» – Vědecko vydavatelské centrum «Sociosféra-CZ» .....	123

# I. SOCIAL AND MEDICAL ASPECTS OF PUBLIC HEALTH

## СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК СОЦИАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ: РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ В ОБЩЕСТВЕ

К. А. Богма

Российская академия народного хозяйства  
и государственной службы при Президенте РФ,  
Южно-Российский институт (филиал),  
г. Ростов-на-Дону, Россия

**Summary.** The present article views the health care system as a social institution, being a unit of a society structure which integrates and coordinates individual people's actions, thereby regulating social relations.

**Keywords:** social institution; health care system; institutionalization; coordination; integration.

При рассмотрении социальных явлений и процессов в качестве исходной клетки социологического анализа часто используется понятие «социальный институт». Круг явлений и процессов, которые социологи обозначают понятием «социальный институт», достаточно широк, что подтверждается многообразием определений, которые существуют в литературе.

Термин «социальный институт» ввёл в социологию Г. Спенсер. Социальный институт – это великое социальное изобретение человека. Безопасность человека, его образование, здоровье, хозяйственная деятельность, здоровье, отдых и так далее – все эти явления, составляющие будничной, каждодневной смысл нашей жизнедеятельности, приобрели институализированный характер, то есть, гарантированы от случайностей. Институализированное противостоит хаотичному, нестабильному, неорганизованному.

Считаем целесообразным привести некоторые определения, предлагаемые социологами разных сфер научной деятельности, которые раскроют многогранность понятия социального института и покажут его роль в обществе.

В интерпретации англо-американских социологов социальный институт представляет следующее. По мнению Д. Хоманса социальные институты – это набор правил и норм, определяю-

щих как личность должна или не должна вести себя при определённых обстоятельствах в сложившихся ситуациях [3, с. 50].

Для Константина Панунцио социальные институты являются определёнными системами обычаев, идей, ассоциаций и инструментов, которые, возникнув из практики человечества, направляют и регулируют деятельность людей [2, с. 7].

Польский социолог Ян Щепаньский отмечает что термин «социальный институт» выступает в нескольких значениях: во-первых это определённая группа лиц, осуществляющих совместную деятельность; во-вторых, это определённая организация людей, которая выполняет комплекс функций от имени всей группы; в-третьих, учреждения и средства деятельности, которые регулируют поведение членов организации; и в-четвёртых, некоторые социальные роли, особенно важные для общества [5, с. 96–97].

В отечественной социологической литературе до начала 70-х годов XX столетия термин «социальный институт» практически отсутствовал. Одним из первых в советской социологии к институциональному анализу обратился И. И. Лейман. Он определил социальный институт как «объединение людей, выполняющих специфические функции в рамках социальной целостности; объединение, обладающее внутренней структурой и иерархией ...» [1, с. 20].

Социальный институт – это элемент структуры общества, который интегрирует и координирует индивидуальные действия людей, упорядочивает общественные отношения. Социальные институты в системе социальных связей – наиболее крепкие «канаты», которые в решающей степени предопределяют его будущую жизнеспособность.

Положительным моментом многих определений социального института выступает указание на то, что он представляет собой некое формообразование, которое, с одной стороны, будучи устойчивым, с другой – исторически изменчивым, призвано организовывать и регулировать деятельность людей. Социальные институты, являясь элементами организационной структуры общества, выступают специфическими механизмами организации и управления процессами общественной жизни людей, обеспечивая тем самым стабильность общественной системы.

Благодаря наличию социальных институтов будничная жизнь приобретает вид своеобразной «машины», в которой все функции расчлены, предуказаны обязанности, права, поведение, а успех общего дела зависит от того, как каждый на своём

месте выполняет определённую задачу. Таким образом, социальный институт, с одной стороны, – это комплекс нормативно и ценностно-обусловленных статусов и ролей, предназначенных для удовлетворения определённых социальных потребностей, а с другой стороны, – это социальное образование, созданное для использования ресурсов общества в целях удовлетворения этих потребностей.

Возникновение института обусловлено объективными причинами, а его развитие – результат целенаправленных действий людей.

Здравоохранение как особый социальный институт складывалось постепенно, начиная, пожалуй, с момента возникновения госпитальной медицины в европейских странах. Институциональные изменения в медицине формировали коллективную систему охраны здоровья людей. Радикально меняется статус здравоохранения. Оно становится системой государственных, общественных учреждений и организаций, нацеленных на охрану здоровья граждан, предупреждение и лечение болезней и prolongation активной жизнедеятельности людей.

В XX веке здравоохранение стало научно развитой и социально значимой системой общества. Оно является сегодня крупнейшим социальным институтом, которому делегированы стратегически важные задачи, стоящие перед наукой и медициной: охрана и укрепление общественного и индивидуального здоровья, предоставление людям профессиональной научно-медицинской и медико-социальной помощи и поддержки. Приоритетно важны такие направления медицины, как профилактика, т. е. содействие укреплению здоровья, поддержка здорового образа и качества жизни, системные меры по снижению заболеваемости.

Клиническая практика и научная медицина вступили на путь совместного развития как некоего социального института здравоохранения. Произошли гносеологические изменения в медицинском мышлении. Сегодня здравоохранение как социальный институт – особая сфера культуры, науки и образования.

Международный уровень институционализации в медико-здравоохранительной сфере представлен таким социальным институтом, как Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). В настоящее время она превратилась в один из самых крупных и общепризнанных специализированных международных медицинских учреждений. ВОЗ провозгласила бескорыстное служение гуманной идее, а именно – «достижению всеми народами возможно высшего уровня здоровья».



ВОЗ – это международный орган, который имеет некую официальную философию и идеологию мирового медицинского сообщества. А это значит, что институт ВОЗ – это организация политическая. Поэтому она имеет и свои собственные политические интересы. Прежде всего – это интересы в выработке и продвижении медицины как политики охраны здоровья в международном масштабе. Как политическая организация профессионального медицинского сообщества, она стремится лечить и социальные болезни: неравенство народов, социальную несправедливость.

Российские учёные медицинской сферы активно участвуют практически во всех международных организациях и объединениях. Кроме того, в нашей стране функционирует огромное множество профессиональных союзов и общественных организаций медиков. Одной из наиболее признанных и авторитетных организаций учёных-медиков различных научно-исследовательских направлений стала Российская медицинская академия наук (РАМН). Этот профессионально-социальный институт решает наиболее ответственные цели и задачи научно-теоретического исследования жизни и внедрения в медицинскую практику современных достижений науки, техники и технологии. РАМН – это не только объединение наиболее авторитетных учёных страны, но и большая группа научно-исследовательских институтов и учреждений государственного типа.

Современная система здравоохранения в России как социальный институт включает в себя разветвлённую сеть и структуру органов и учреждений. Современная медицина как постоянно развивающийся социальный институт просто немыслима без создания целостной государственной многопрофильной и разнородной структуры медицинского и фармацевтического образования и повышения квалификации [4, с. 78].

У всех социальных институтов есть общие признаки, которые не являются нормативно закреплёнными. Они вытекают из обобщения деятельности различных институтов. В каких-то институтах отдельные признаки более заметны, проявляются в полном объёме. У других институтов признаки менее фиксируются, но в целом через признаки можно инструментально анализировать процесс институализации.

Итак, что характерно для системы здравоохранения как социального института:

- 1) наличие базовой общественно-значимой потребности, цели деятельности, сферы деятельности;

2) наличие учреждений, в рамках которых организуется деятельность системы здравоохранения;

3) наличие средств и ресурсов, для реализации деятельности. Для системы здравоохранения нужны материальные ресурсы в виде помещений, медицинского оборудования, интеллектуальных ресурсов в виде высококвалифицированных врачей; моральные ресурсы в виде доверия со стороны пациентов;

4) наличие чётко фиксируемых, однозначно толкуемых образцов поведения – норм, социального контроля, санкций;

5) наличие чётко распределённых функций, прав и обязанностей участников институализированного взаимодействия. Каждый должен выполнять надлежащим образом свою функцию, следовательно, поведение личности в рамках социального института здравоохранения обладает высокой степенью предсказуемости;

6) распределение труда и профессиональное выполнение функций, обусловленных выполнением определённого круга обязанностей. В обществе осуществляется специальная подготовка людей для выполнения ими обязанностей, связанных с оказанием медицинской помощи, тем самым обеспечивается достаточно высокая эффективность института здравоохранения в деле удовлетворения потребностей людей;

7) наличие особого типа регламентации. Институт здравоохранения, как социальная связь, основывается прежде всего на социальном регулировании взаимоотношений;

8) наличие устойчивости и способности к саморазвитию;

9) наличие собственной символики, средств создания имиджа. Для системы здравоохранения символикой выступает жезл и змея, имидж создан белыми халатами, стерильностью и неким глубоким осмыслением происходящего в глазах медицинского работника.

Таким образом, очевидно, что без институализации системы здравоохранения в обществе будет хаос и возникнет множество проблем социального характера. Система здравоохранения как социальный институт принимает вид высокоинтегрированной, освящённой признанием общества мощной непробиваемой машины, хорошо защищённой функциями и непрерываемостью заведенного порядка от случайных и непродуманных реформ и авантюр. Это вызывает в обществе чувство спокойствия, стабильности, уверенности в завтрашнем дне. При этом социальный институт, созданный сообществом людей, оказывает огромное воздействие на них, но в то же время только его создатели способны оказать воздействие на свое детище. Хотя в обществе редко

соглашаются на координальные изменения в системе здравоохранения, пока принятый порядок вещей способен в целом удовлетворить потребности.

#### **Библиографический список**

1. Лейман И. И. Наука как социальный институт. – Л., 1971. – С. 20.
2. Панунцио К. Major social institutions. – NY, 1946. – С. 7.
3. Хоманс Д. The nature of social science. – NY, 1967. – С. 50.
4. Хрусталёв Ю. Г. Философия науки и медицины : учебник. – М., 2009. – 784 с.
5. Щепанский Я. Элементарные понятия социологии. – М., 1969. – С. 96–97.

## **В ОБЩЕСТВЕ, ОРИЕНТИРОВАННОМ НА ПРИБЫЛЬ, МЕДИЦИНА НЕМИЛОСЕРДНА**

**С. Ю. Девярых**  
**Витебский государственный ордена  
Дружбы народов медицинский университет,  
г. Витебск, Беларусь**

**Summary.** In modern Western society – the society focused on getting income and consumption – the idea of euthanasia is gaining more and more supporters. If the idea of euthanasia is accepted, medicine will distort its humanistic nature.

**Keywords:** euthanasia; the consumer society; capitalist society; Healthcare Service.

Вместе с тем, в современном Западном обществе, ориентированном на всё возрастающее потребление, социальную активность, результативность деятельности и практическую полезность, идея эвтанази́и завоёвывает всё больше сторонников. Как известно, эвтанази́я – удовлетворение просьбы пациента о прекращении жизнедеятельности его организма и наступления смерти посредством каких-либо действий (бездействий) с целью избавления от мучительных страданий, вызванных неизлечимым заболеванием [1].

Вместе с тем, сегодня речь идёт об эвтаназии не только терминальных больных, но и как об инструменте социально-организованного отбора, что находит своё выражение в идее наделяния родителей правом убийства детей-инвалидов (в возрасте до двух лет). Настораживает, что авторы британского «Журнала медицинской этики», опубликовавшего это людоедское предложение, оперируют этической аргументацией: моральный статус ребёнка равносителен статусу плода в том смысле, что в обоих случаях наблюдается отсутствие тех свойств, которые оправдывают присвоение прав человека на жизнь [3].

Казалось бы, что биомедицинская этика является одной из форм защиты прав человека, его права на достойную жизнь, на охрану здоровья, на свободное самоопределение своей жизни. Вместе с тем, многие вопросы, поставленные развитием медицинской науки, в ней (биомедицинской этике, особенно западно-европейской) решаются явно не в пользу пациента, как это ясно видно на примере публикации британского журнала.

Что есть смерть? Проблемы определения смерти, её критериев, констатации самого факта смерти – весьма дискуссионны в медицине. Это не только проблема эвтаназии, но и трансплантации органов. Медицина не даёт ясного и однозначного ответа на эти вопросы. Возможно ли здесь обращение к религии? Следует отметить, что современные религии не дают какого-то принимаемого всеми ответа на вопрос о допустимости или недопустимости эвтаназии. Это обусловлено широким разнообразием представлений о смерти и жизни в рамках разных религиозных концепций. Многие верят в загробную жизнь и временность земного существования, в вечную жизнь души после ухода из мира сего (христиане, мусульмане). Медицинская этика, основанная на этих религиозных учениях, однозначно отвергает саму идею эвтаназии. В то же время другие допускают возможность многократного физического возрождения и возвращения в земной мир в различных живых формах (буддизм, индуизм). Медицинская этика, построенная на этих религиозных идеях, не так однозначна в вопросе эвтаназии.

Не следует забывать, что значительная часть населения мира (прежде всего, Западного мира) и вовсе безрелигиозна. Ныне многие не верят ни в какие формы жизни после смерти. И таких людей становится всё больше. Захочет ли это численное большинство Западных атеистов, агностиков и просто равнодушных в религиозном плане людей принять доводы и аргументы религиозной этики? Думается, нет. И здесь, как нам думается, нужны аргументы, проистекающие из самой сущности профессии врача.

Общеизвестно, что в архаичных обществах, особенно в обществах, испытывавших постоянные проблемы с продовольствием и другим жизненными ресурсами, убийство стариков, больных, детей с патологией развития было делом обыденным. Старики ждали смерти и принимали её тогда, когда выживание здоровых трудоспособных членов общества находилось под угрозой вымирания. Подобные практики описаны в архаичных обществах, существовавших в особых природно-климатических условиях (нивхи, айны, эвенки), в условиях сильного внешнего социаль-

ного давления (например, общество Спарты). Но уже в ранних классовых обществах (к примеру, Законодательство Вавилона) эти практика, а так же и аборт, были запрещены. Клятва, приписываемая Гиппократу, однозначно отвергла (во всяком случае, в рамках европейского культурного пространства) эвтаназию как средство решения «проблемы пациента». Выбор, сделанный медициной более двух с половиной тысяч лет назад, знаменовал, также, переход от варварства к цивилизации, он определил «генеральную» линию её развития на много веков вперёд. И сегодня, приняв эвтаназию как норму практического здравоохранения, медицина искажает свою гуманистическую сущность, изменит своему историческому выбору. Странно, что этого очевидного факта почему-то не замечают. В чём тут дело?

Общества, в которых правит балом капитал, в обществах, ориентированных на максимальное получение прибыли, человек становится средством для её извлечения. Этим и определяется его «истинная» ценность. Можно много говорить о ценности человеческой жизни, но если при этом врачевание перестаёт быть служением, а медицина становится сферой услуг, которые продаются, истинная её ценность определяется тем, сколько за неё заплачено.

Подмечено, что буржуазное здравоохранение нацелено на извлечение денег из кошельков больных. Бедняки буржуазное здравоохранение не интересуют: им оказывается минимальная медицинская помощь, чтобы снизить социальное напряжение. Зато богатые больные очень даже интересны для докторов в капиталистическом мире. Ну, какой же доктор при капитализме скажет состоятельному пациенту, что он практически здоров? Ведь с него можно столько денег выжать! Характерен пример Майкла Джексона, у которого находили несуществующие болезни и пичкали его ненужными лекарствами. А результат – преждевременная смерть человека [3].

Трудно отрицать право терминального больного в любой момент отказаться от медицинской помощи. Однако просьба больного ввести ему смертельное средство – это совсем другое. Человек, страдающий неизлечимым заболеванием, находясь в депрессии, может сделать такое заявление. Но как только он выходит из этого состояния, то уже не заявляет просьбу об эвтаназии [2]. Следует заметить, что и сама «неизлечимость» болезни при современном прогрессе медицинской науки и практики становится весьма условной. К тому же, сегодня здравоохранение располагает эффективными средствами для снятия боли. Правда, стоимость этих

препаратов достаточно велика. Не в этом ли кроется желание дельцов от медицины «облагодетельствовать» умирающих, лишив их должного бесплатного медицинского ухода, достойного человека обезболивания, предложить «единственное» доступное беднякам средство – умереть, если нечем платить?

Человеку, выросшему и жившему в СССР, сегодня дико слышать о 60 миллионах американских граждан, лишённых доступа к услугам здравоохранения, о российских гражданах, «не попавших в квоту», о пациентах, продающих квартиры, чтобы купить необходимое лекарство. Всё «преступление» этих людей состоит в том, что они не могут заплатить за своё лечение.

Что же это за общество, которое немилосердно до такой степени, что готово избавляться от слабых – больных, стариков, детей? И что это за медицина, которая стыдливо молчит, не замечая страждущих? Общество, ориентированное на прибыль, немилосердно; медицина, ориентированная на зарабатывание денег, немилосердна.

#### **Библиографический список**

1. Девярых С. Ю. Введение в биоэтику человека : информационные материалы к спецкурсу «Биоэтика человека». – Витебск : ВГУ, 2003. – 32 с.
2. Лакошина Н. Д. и др. Клиническая психология : учебник для студентов медицинских вузов. – М. : МЕДпресс-информ, 2007. – 416 с.
3. Лобусова Т. Вскрытие показало: Майкл Джексон был полностью здоров. URL: <http://www.newsland.ru/News/Detail/id/417885/cat/16> (Дата доступа: 01.02.2014).
4. Право на убийство младенцев-инвалидов их родителями – ещё одна «ценность» либеройдных людоедов // Время революций. – № 81. – С. 4.

## **ЗДОРОВЬЕ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ И ТРЕБОВАНИЯ К УСЛУГАМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**З. С. Тезекбаева**

**Академия государственного управления при Президенте  
Республики Казахстан, г. Астана, Казахстан**

**Summary.** This article deals with the problem of providing care for the elderly. Age features of the elderly requires special conditions of modern society to provide them medical services. At the present stage geriatric care organization in the Republic of Kazakhstan requires a fundamental transformation.

**Keywords:** elderly; health care; geriatric care.

**Принципы Организации Объединённых Наций в отношении  
пожилых людей «Сделать полнокровной жизнь лиц преклонного**

возраста», принятые резолюцией 46/91 Генеральной Ассамблеи от 16 декабря 1991 года, призваны совершенствовать социальную политику всех стран в отношении пожилых граждан. «Принцип ухода» затрагивает проблемы доступа к медицинскому обслуживанию в целях поддержания или восстановления оптимального уровня физического, психического и эмоционального состояния и предупреждения заболеваний.

Процесс старения населения – явление относительно новое для Казахстана и пока не получило всесторонней оценки и адекватного отражения в государственных стратегических документах и нормативно-правовых актах [1, с. 9].

Утверждение о нездоровье и зависимости пожилых людей чаще всего преувеличено. Исследования показывают, что в целом пожилые люди становятся более здоровыми по сравнению с предыдущими поколениями. Если функциональные способности пожилых, как показывают исследования западных геронтологов, возрастают пропорционально росту продолжительности жизни, то и проблема ухода за пожилыми не может быть катастрофически тяжелой для общества [2, с. 39].

В пожилом и старческом возрасте индивидуальные различия темпов старения особенно велики, но именно темп и интенсивность старения являются важнейшим показателем жизнедеятельности, определяющей продолжительность жизни [3, с. 15].

Хронометражные исследования технологий деятельности врача-геронтолога установили новые параметры: затраты времени на 1 лечебно-диагностическое посещение – 26 минут (ранее 20 минут) и нагрузка врача – в среднем 2,3 пациента в час (ранее – 3,0), которые служат методической базой для совершенствования поликлинического приёма врача-геронтолога [4, с. 18].

Широко используется в качестве показателей здоровья самооценка. Учет её экономической точки зрения переоценить не возможно. Типичные жалобы одиноко живущего человека – ухудшение зрения и слуха, головная боль, сильная утомляемость [5].

В последние годы в медицинской литературе всё чаще появляются сообщения о том, что прямые расходы на медицинскую помощь старым людям малы во всех странах [3, с. 94].

Практически каждый пожилой человек – носитель нескольких хронических заболеваний. Уровень заболеваемости среди них в 2 раза выше (а в старческом возрасте – в 6 раз) выше, чем среди молодых людей. Более половины пожилых людей оценивают своё здоровье как неудовлетворительное; их потребность в госпитализации

по отдельным видам специальной медицинской помощи в 1,5–3 раза выше, чем трудоспособного возраста [6, с. 6, 105].

Отличительными чертами современных геронтологических исследований является необходимость новых методических подходов к изучению состояния пожилого населения. Важен также переход от качественных к количественным методам оценки состояния дел. Количественные методы позволяют определить реальные потребности пожилых людей в различных видах медицинской помощи с учётом возрастной структуры населения и региона при условии минимальных временных и материальных затрат [3, с. 96].

Ведущие позиции в структуре хронической патологии у пожилых людей занимают: заболевания сердечно-сосудистой системы; цереброваскулярные нарушения, прежде всего, острые нарушения мозгового кровообращения; болезни опорно-двигательного аппарата; злокачественные новообразования [1, с. 10].

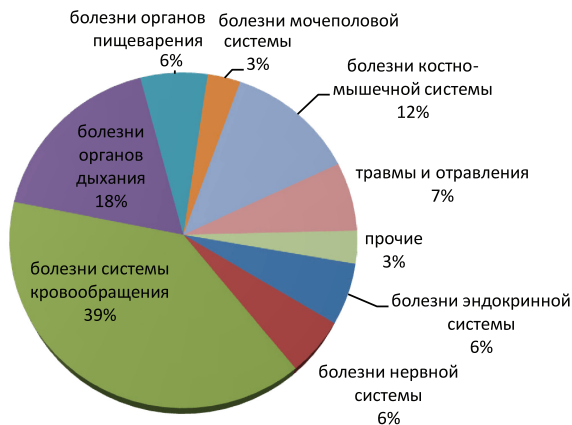
Материалы исследования в 2010 году, за трёхлетний период наблюдения в г. Алматы, показывают, что уровень заболеваемости по обращаемости изучаемого контингента с болезнями системы кровообращения составляет 1279,5%. Это в структуре заболеваемости составляет 36,9% (рисунок). Второе место по уровню заболеваемости по обращаемости занимают болезни органов дыхания – 581,6% (16,8%); третье место принадлежит болезням костно-мышечной системы и соединительной ткани – 407,6% (11,8%); на четвёртом месте – травмы и отравления (218 или 6,3%) и далее следуют болезни органов пищеварения, исключая заболевания зубов и полости рта – 211,1% (6,1%) [4, с. 18].

При оценке состояния здоровья следует учитывать не только уровень общей заболеваемости, но и соотношение его с уровнем впервые выявленных заболеваний. Этот показатель в возрастной группе 60–69 лет составляет 30,7%, а возрастной группе 70 лет и старше – всего лишь 17, 25. Именно эти данные наглядно подтверждают то факт, что чем старше возраст, тем реже обращаются старые люди в поликлиники и другие медицинские учреждения, потому так резко снижается процент выявленных у них впервые заболеваний [3, с. 97].

При анализе повозрастных показателей заболеваемости по обращаемости в амбулаторно-поликлинические организации лиц старшего возраста, установлено существование обратной сильной связи между уровнем заболеваемости и возрастом. Среди мужчин наибольший показатель заболеваемости приходится на возрастную группу 70–74 года (4037,0%) с дальнейшим снижением



в возрастной группе 80 лет и старше (2936,5%). Среди женщин пик заболеваемости приходится на возрастные группы 60–64 лет (3084,1%) и 65–9 лет (3020,2%), затем отмечается резкое снижение данного показателя до 1230,2% в возрастной группе 80 лет и старше [3, с. 18–19].



*Структура заболеваемости по обращаемости в амбулаторно-поликлинические организации*

Социологический опрос сельчан свидетельствует о низкой доступности медицинской помощи на селе. Меньшая активность лиц старшего возраста, нуждающихся во врачебной помощи, в сельской местности во многом связана с низкой её доступностью и зачастую – отсутствием квалифицированных врачей. Большую часть респондентов беспокоят проблемы отсутствие транспорта для выезда к врачам в центральную районную больницу, отсутствие средств на оплату какого-либо транспорта на поездку, отсутствие аптеки на селе, высокая стоимость лекарств [7, с. 26].

Материалы исследования свидетельствуют о том, что лица старшего возраста обращаются за скорой медицинской помощью чаще, чем лица трудоспособного возраста. Установлено, что при доле лиц старшего возраста, составляющих в структуре населения города Алматы 12,8%, на них приходится 40,2% всех обслуживаемых вызовов [3, с. 22].

Основной причиной госпитализации лиц старшего возраста являются болезни системы кровообращения: 67,5 случая

на 1000 человек (34,4%). В структуре госпитализированных по поводу сердечно-сосудистых заболеваний ведущую роль занимают ишемическая болезнь сердца (44,7%), гипертоническая болезнь (21,3%), сосудистые поражения мозга (9,6%). Мужчины при этих заболеваниях госпитализируются в 1,7 раза чаще женщин [3, с. 23].

Несмотря на ежегодный рост заболеваемости, объём стационарной помощи населению старше 60 лет остаётся на прежнем уровне, что не отражает реальной картины в отношении оказываемой медицинской помощи данному контингенту населения.

Предложения по совершенствованию оказания медицинской помощи гериатрическим пациентам в Республике Казахстан:

1. Открытие геронтологических центров при поликлиниках геронтологических кабинетов с целью приближения услуг населению.

2. Введение ежегодного обследования лиц геронтологической группы позволит раннему выявлению заболеваний, профилактике заболеваний и своевременному оказанию медицинской помощи.

3. Проведение систематического мониторинга с целью выявления индивидуальных потребностей и объёма медицинской помощи.

4. Совершенствование предоставления паллиативной помощи пожилым людям. Открытие хосписов, разработка механизма оказания материальной поддержки родственникам, осуществляющим уход за тяжёлыми больными, находящимися на постельном режиме в домашних условиях.

5. Развитие патронажной службы при геронтологических центрах и кабинетах позволит решить вопрос своевременного выявления обострения заболевания у хронически больных пациентов, позволит уменьшить потребность в стационарном лечении, снизит необходимость посещения врача.

#### **Библиографический список**

1. Старшее поколение в Казахстане: взгляд в будущее : Национальный отчёт о человеческом развитии. – Алматы, 2005. – 144 с.
2. Холостова Е. И. Социальная работа с пожилыми людьми. – М. : Издательско-торговая корпорация «Дашков и К», 2008. – 348 с.
3. Яцемирская Р. С. Социальная геронтология. – М. : Академический Проект, 2006. – 320 с.
4. Оспанова Д. А. Методологические и управленческие основы развития геронтологической службы в Республике Казахстан : автореф. дис. д-ра мед. наук. – Алматы, 2010. – 46 с.
5. О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возраста в РФ : Приказ Министра здравоохранения РФ от 28 июля 1999 года. URL: <http://pravo.gov.ru>.

6. Государственный доклад о положении граждан пожилого старшего поколения в Российской Федерации / под общ. ред. Г. Н. Кареловой. – М. : Министерство труда и социального развития Российской Федерации, 2001.
7. Туребеков Д. К. Теоретические аспекты и методологические организации геронтологической помощи населению Республики Казахстан : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Алматы, 2010. – 41 с.

## **СИМПТОМЫ ПОЛОВЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖИТЕЛЕЙ СЕЛА**

**А. А. Хамзин, Р. А. Фролов**

**Казахский национальный медицинский университет  
им. С. Д. Асфендиярова, г. Алматы, Казахстан**

**Summary.** In 2007 year 649 21–79 years old men were examined by the urologist and the endocrinologist with questioning application (IIEF-15, AMS). The prevalence rates for erectile dysfunction were 56,7% for rural residents; symptoms of androgen deficiency were defined at 31,4%; erectile dysfunction associated with ageing male symptoms – at 23,6% of men.

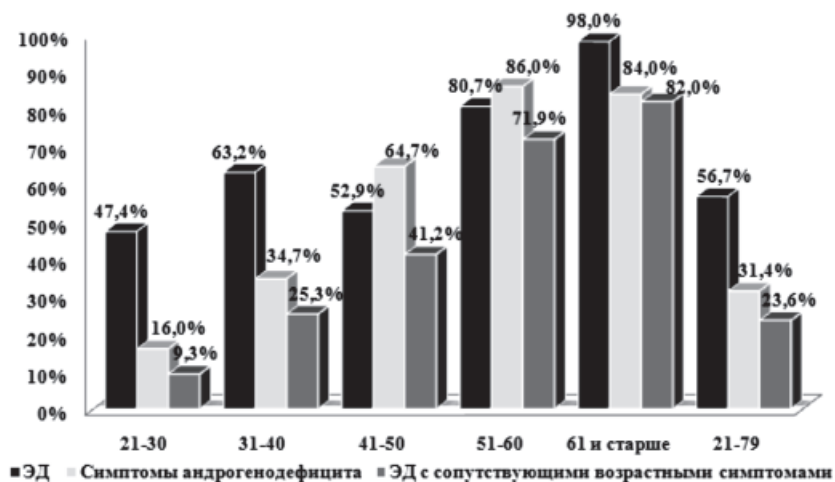
**Keywords:** prevalence; erectile dysfunction.

Эректильная дисфункция (ЭД) проблема не только личная, но и социальная, хотя бы потому, что может оказывать значительное влияние на качество жизни партнерши и членов семьи [4]. На самого же пациента данное сексуальное расстройство влияет негативно и вследствие того, что депрессия, являющаяся как причиной, так и последствием, приводит к социальной дезадаптации личности. В свою очередь, согласно данным Европейской ассоциации урологов (2010), эректильная дисфункция не является самостоятельным заболеванием, но симптомом (степень рекомендации С) [3; 4]. Косвенным доказательством того могут служить данные, свидетельствующие о единых факторах риска возникновения как сексуального нарушения, так и сердечно-сосудистых заболеваний: гиподинамия, избыточная масса тела или ожирение, метаболический синдром. Этим же и объясняется широкое распространение данной патологии среди мужской популяции во всех странах, увеличение числа случаев сердечно-сосудистых заболеваний, вследствие неправильного образа жизни, приводит к повсеместному распространению эректильной дисфункции.

За последние двадцать лет опубликовано большое количество работ, посвященных данной проблеме: показано распространение эректильной дисфункции как в общей популяции, так и среди определенных групп мужчин (после радикальной

простатэктомии, у мужчин с патологией предстательной железы) [1; 2]. Зачастую исследования проводятся среди городских жителей, среди которых уровень информированности по данной проблеме достаточно высокий, причем медицинская, в том числе андрологическая, помощь вполне доступна в условиях городской местности, чего нельзя сказать о селе. В данной статье мы попытались отразить некоторые аспекты сексуального здоровья сельских мужчин для выявления различий в распространении эректильной дисфункции и симптомов андрогенодефицита среди городских и сельских жителей.

Как видно на рисунке, эректильная дисфункция широко распространена среди сельских жителей: уже в младшей возрастной группе (21–30 лет) ее частота составила 47,4%, а у 9,3% мужчин этой группы наблюдалось сочетание симптомов ЭД и андрогенодефицита. С возрастом увеличивается число лиц с сочетанными проблемами с эрекцией и возрастными симптомами, что можно объяснить общим увеличением распространения симптомов андрогенодефицита.



*Распространение эректильной дисфункции  
среди сельских жителей Республики Казахстан*

Вышеуказанные данные свидетельствуют о широком распространении эректильной дисфункции и симптомов андрогенодефицита у сельских жителей. Данная проблема актуальна как для

жителей города, так и для сельчан, поэтому необходимо изучать эпидемиологию половых расстройств в динамике, что позволит сказать об увеличении / уменьшении частоты случаев эректильной дисфункции, а также даст объективную оценку оказанию медицинской, в частности андрологической, помощи населению.

#### **Библиографический список**

1. Хамзин А. А., Фролов Р. А., Зельцер М. Е. Влияние патологии предстательной железы на развитие эректильной дисфункции и гипогонадизма // Вестник КазНМУ. – 2013. – № 4 (1). – С. 17–19.
2. Eardley I. The incidence, prevalence, and natural history of erectile dysfunction // Sex Med Rev. – 2013. – № 1. – P. 3–16.
3. Feldman H. A., Goldstein I., Hatzichristou D. G., Krane R. J., McKinlay J. B. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study // J Urol. – 1994. – № 151 (1). – P. 54–61.
4. Hatzimouratidis K., Amar E., Eardley I., Giuliano F., Hatzichristou F., Montorsi F., et al. Guidelines on male sexual dysfunction: erectile dysfunction and premature ejaculation // Eur Urol. – 2010. – № 57. – P. 14.

## **ОХРАНА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ КАК ПРОБЛЕМА СОЦИАЛЬНОЙ БЕЗОПАСНОСТИ РОССИИ**

**Н. С. Сажина**  
**Российский государственный**  
**профессионально-педагогический университет,**  
**г. Екатеринбург, Россия**

**Summary.** Problems of reproductive health of teenagers lead to insufficient formation of the responsible attitude to their health. The school and the family does not fulfill the functions of the sexual education of teenagers.

**Keywords:** Reproductive health; teenagers; the demographic situation.

Репродуктивное здоровье – это состояние полного физического, умственного, социального благополучия. Охрана репродуктивного здоровья – это сочетание методов и услуг, которые способствуют репродуктивному здоровью за счёт предупреждения и устранения проблем, связанных с репродуктивным здоровьем.

Сегодня репродуктивное здоровье воспринимается не только как отсутствие расстройств или болезней, а как связанное с процессом репродукции состояние физического, эмоционального, душевного и социального благополучия [1, с. 11]. Это означает, прежде всего, возможность каждой семьи свободно,

без принуждения и дискриминации решать, когда и сколько иметь детей. По существу экономическая нестабильность государства и семьи, отсутствие уверенности в завтрашнем дне лишают семью возможности реализовать свои репродуктивные права в отношении рождения желанных детей.

В настоящее время многие молодые семьи откладывают рождение детей, увеличивается возраст вступления молодых людей в брак, снижается возраст начала сексуальной жизни. В этих условиях крайне важно защитить репродуктивное здоровье молодёжи в период отложенной рождаемости с тем, чтобы сохранить репродуктивный потенциал населения России в ближайшем и отдалённом будущем. Это означает, прежде всего, проведение просветительской работы по вопросам охраны репродуктивного здоровья и здоровому образу жизни.

Организацию такого вида деятельности необходимо проводить в школах, медико-педагогических центрах для молодёжи, в колледжах, высших учебных заведениях. Привлечение средств массовой информации к этой проблеме также имеет крайне большое значение. Отсутствие у многих профессиональных журналистов определённого уровня знаний в этой области, в ряде случаев ангажированность прессы, приводят к появлению публикаций и передач, дезориентирующих общество. Нередко средства массовой информации способствуют созданию у молодёжи стереотипа безответственного, агрессивного, меркантильного сексуального поведения. Поддержка со стороны общественных и политических деятелей является крайне важным условием обеспечения успеха [2, с. 16].

Предоставление медицинских услуг в области планирования семьи и профилактика и лечение инфекций, передаваемых половым путём, казалось бы достаточно решённые проблемы. В то же время разобщённость этих служб, отсутствие координации в их деятельности приводят к дублированию некоторых разделов работы и, что самое главное, потере пациентов, которые всегда предпочитают получить полный объём медицинской помощи в одном учреждении.

Молодые люди, особенно подростки, вообще неохотно посещают медицинские учреждения, где могут встретить взрослых знакомых. Создание широкой сети медико-образовательных центров для молодёжи, где было бы возможно получение медицинской помощи и где одновременно проводится работа по образованию подростков по охране их репродуктивного здоровья и здоровому образу жизни, оказывается психологической и социальной поддержкой, является не только перспективным, но и крайне необходимым де-

лом. Об этом свидетельствует успешный опыт таких учреждений, уже активно работающих в ряде регионов [3, с. 39].

В разработке программ по охране репродуктивного здоровья населения должны принять участие общественные организации, отражающие интересы широких слоёв населения, работники медицинских, социальных и государственных органов. Даже в условиях ограниченных ресурсов вопросы охраны репродуктивного здоровья населения должны быть приоритетной задачей государства. Иначе уже через 10–20 лет станет очень сомнительным рождение здоровых детей, а значительная часть населения вообще не сможет их иметь. Всё это приведёт к потере трудового и научного потенциала, ухудшению экономического и социального благополучия государства [4, с. 15–16].

В условиях социально-экономической нестабильности и сложной демографической ситуации, проблемы репродуктивного здоровья населения, как основы его воспроизводства, становятся особо значимыми для будущего России и её геополитического положения в мире.

#### **Библиографический список**

1. Каткова И. А., Андришина Е. В., Куликова О. И. Репродуктивное здоровье и права молодёжи // Народонаселение. – 2009. – № 1.
2. Мкртчян Г. Л., Баласанян В. Г. Роль участковых педиатров в половом воспитании и образовании девочек // Планирование семьи. – 2010. – № 3.
3. Образование в области здоровья и укрепление здоровья среди детей, подростков и молодёжи в России // под ред. А. К. Демина. – М. : РАОЗ, 2011.
4. Свищева Т. Я. Неразборчивый секс. – М. : Дияля, 2001.

## **БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЫВОРОТКИ КРОВИ ПРИ ОСТРОМ И ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ**

**В. С. Гулая**

**Сибирский государственный медицинский университет,  
г. Томск, Россия**

**Summary.** This article elucidates biochemical parameters difference between acute and chronic pyelonephritis. Acute pyelonephritis refers to a low level of total protein and high concentration of urea and creatinine. Chronic pyelonephritis characterizes by stable level of total protein and slight increase of urea and creatinine concentration. The problem is that despite the major differences in course of the disease forms, they both are treated equally.

**Keywords:** pyelonephritis; biochemical parameters; urea; creatinine.

Острый пиелонефрит – наиболее частое неспецифическое воспалительное заболевание почек. Данное заболевание имеется у 100 человек из 100 000 взрослого населения [1]. Пиелонефрит

протекает в виде болезни с общей симптоматикой интоксикации (лихорадка, общая слабость, тошнота) [2], и только наличие приступообразной боли в поясничной области является специфическим симптомом. Так как симптомы неспецифичны, существуют атипичные формы заболевания, а так же необходима дифференциальная диагностика с другими заболеваниями почек, то лабораторные анализы могут являться подчас единственной возможностью поставить правильный диагноз.

В представленной работе исследовалось содержание общего белка, мочевины и креатинина с целью изучить диагностическое значение данных показателей и оценить эффективность проводимой терапии при хроническом и остром пиелонефрите. Материалом исследования являлась сыворотка крови. Было обследовано 30 больных пиелонефритом в возрасте 21–30 лет. Диагноз пиелонефрит был установлен в соответствии со стандартными клиническими и биохимическими критериями. У 8 пациентов из 30 наблюдалась острая форма пиелонефрита, у оставшихся 22 – хроническая в стадии обострения. Общий белок определяли биуретовым методом по набору Протеин-Ново фирмы Вектор Бест. Содержание мочевины в сыворотке крови определяли по набору Новокарб фирмы Вектор Бест. Креатинин определяли модифицированным методом Яффе без предварительной депротеинизации по набору фирмы Human (Германия). Статистическую обработку полученных результатов проводили при помощи программы SPSS 13.0.

При остром пиелонефрите содержание общего белка в сыворотке крови больных в середине проводимого курса лечения (53,5 г/л) достоверно не изменяется по сравнению с показателями у тех же пациентов при поступлении (56,5 г/л). При выписке пациентов наблюдается статистически значимая положительная динамика концентрации общего белка (61,5 г/л). Концентрация мочевины после начала курса терапии увеличивается в 2,4 раза (до 21,95 ммоль/л) по сравнению с данными при поступлении (9,05 ммоль/л). Далее наблюдается быстрое снижение содержания мочевины практически в 3,5 раза (до 6,40 ммоль/л). Содержание креатинина первые несколько дней после начала терапии увеличивается в 1,4 раза (с 0,19 до 0,27 ммоль/л). Далее наблюдается снижение его концентрации в 2 раза (с 0,27 до 0,14 ммоль/л).

При хронической форме пиелонефрита содержание общего белка в сыворотке крови относительно постоянно. В начале проводимого курса лечения 60,0 г/л; в середине – 62,0 г/л; при выписке – 62,0 г/л. Концентрация мочевины в сыворотке крови стабильно уменьшается в ходе проводимой терапии (с 6,50 до 5,30 ммоль/л).



Содержание креатинина после назначения курса лечения также стабильно понижается (с 0,12 до 0,10 ммоль/л). Динамика изученных показателей указывает на достаточную эффективность применяемой терапии при лечении хронического пиелонефрита.

Таким образом, необходимо заметить, что разные формы пиелонефрита сопровождаются различной биохимической картиной крови. Соответственно не совсем верным является назначение одной и той же терапии при настолько разной реакции на неё. Хронический пиелонефрит является необратимым заболеванием и имеет в исходе вторичное сморщивание почки. Однако в случае острой формы этого заболевания возможны два результата лечения: хронизация процесса или выздоровление. Вероятно, именно этот период резкого повышения концентрации мочевины и креатинина и одновременного падения уровня белка и является самым значимым в определении исхода данного заболевания. В таком случае необходимо уделить большее внимание биохимическому контролю именно первых дней лечения пиелонефрита, чтобы максимально точно подобрать не только этиотропную терапию, но и вспомогательную, которая в первую очередь направлена против разрастания соединительной ткани и хронизации заболевания.

#### **Библиографический список**

1. Авдошин В. П. Термовизорная оценка эффективности магнитолазеротерапии в комплексном лечении больных острым пиелонефритом. – М., 2010. – С. 2.
2. Игнатова М. С. Детская нефрология. – 2-е изд., перераб. и доп. – Л. : Медицина, 1989. – С. 50–51.

## **ОЗДОРОВИТЕЛЬНАЯ КАМПАНИЯ СРЕДСТВАМИ ТУРИЗМА НА УРАЛЕ В СОВЕТСКИЙ ПЕРИОД**

**О. А. Голубева**

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

**Summary.** Conserving and strengthening of nation health is the most important aim of any country in the world. During the soviet period one of the top-priority directions of the Ural touring was an active and recreative rest. Touring events became popular among the population of different ages due to their accessibility and various types of arrangements.

**Keywords:** health of nation; tourism; history of the Ural.

На сегодняшний день проблема здоровой российской нации является одной из актуальных, требующей пристального

внимания руководства страны. Правительством России разрабатываются и внедряются многочисленные программы, проекты, концепции по привлечению населения к здоровому образу жизни, к физической активности россиян. Однако всё чаще, особенно среди молодежи, наблюдается малоподвижный образ жизни, индифферентное отношение к собственному здоровью, распространение вредных привычек, что приводит к ряду необратимых последствий.

Изучая опыт советской России, можно констатировать следующее: при решении проблемы сохранения здоровья населения, организации массового отдыха одним из средств был определен туризм, разнообразные его виды и формы, внедряемые в быт и образ жизни человека.

Особенно остро забота о здоровой нации обозначилась в послевоенный период наряду с таким важнейшими задачами, как восстановление экономики, инфраструктуры и ресурсов страны. В регионах, где материально-техническая база туризма не была разрушена войной, был возобновлен отдых рабочих и детей в санаториях и домах отдыха. Не менее распространенным и популярным среди советского народа стал самостоятельный туризм. Например, на Южном Урале во время каникул проводились организованные походы с восхождением на вершины Уральских гор, сплавы по рекам, а также экскурсии в Ильменский заповедник [27]. Так, за лето в 1949 году в Челябинской области было организовано 85 тыс. туристских походов с охватом 35 800 школьников [19].

Для оздоровления детей при промышленных предприятиях Урала организовывались пионерские загородные и городские лагеря, оздоровительные площадки, базы отдыха [17].

Помимо отдыха детей, каждое предприятие уделяло должное внимание досугу трудящихся, для чего составлялся план специальных мероприятий и график. Так, Челябинский тракторный завод на лето 1958 года запланировал открыть однодневную базу на 1230 человек, на Уральском автомобильном заводе было предусмотрено открытие клуба туристов, лодочной станции, дома отдыха на 120 человек. Областные и заводские советы добровольных спортивных обществ (ДСО) «Труд», «Буревестник», «Локомотив», «Урожай» занимались проведением и организацией массовых физкультурных и туристских мероприятий, походов выходного дня и категорийных походов различной степени сложности [18].

На основании решения VI пленума ЦК ВЛКСМ «Об улучшении работы комсомольских организаций в подготовке и проведе-

нии летнего отдыха пионеров и школьников» в начале 1950-х гг. в уральских городах стали открываться туристские базы и разрабатываться новые маршруты [20]. Во многих школах Уральского региона были организованы клубы старшеклассников, занимающиеся проведением туристских мероприятий [21], а при школах открывались временные туристские базы [22].

По решению Центрального туристско-экскурсионного управления (ЦТЭУ) ВЦСПС открытие в 1951 г. в г. Свердловске Уральского туристско-экскурсионного управления (УТЭУ) позволило возобновить проведение туристских слетов, начало которым было положено еще в 1930-е годы. В этот период популярными стали зимние слеты «Европа – Азия», которые проводились под Свердловском у пограничного указателя, разделяющего эти две части света. Программа слетов включала соревнования по туристской технике и ориентированию, в которых состязались туристы Свердловской, Челябинской, Молотовской областей. С этого времени такие мероприятия стали традиционными [13].

Подведение и обсуждение итогов оздоровительных кампаний осуществлялось на городских туристских слетах, где выявлялись наиболее приоритетные и популярные виды туризма: походы, сплавы по рекам, восхождения на вершины Уральского хребта [9], исследование пещер, в которых были обнаружены стоянки первобытного человека [7].

Слеты стали традиционными, а в 1953 году на Южном Урале (озеро Тургояк) состоялся 1-й Всесоюзный слет юных туристов [13].

Оздоровительная работа среди населения была возложена на комсомольские, пионерские и профсоюзные организации. Туристско-экскурсионные управления ВЦСПС обеспечивали людей путевками на туристские базы [3]. Активно развивался среди уральских рабочих туризм выходного дня [9].

Особая роль отводилась пропаганде здорового образа жизни в периодической печати [26]. Статьи и публикации о значимых событиях туристского мира печатались на страницах областных газет [31].

Стимулирующим фактором в организации и проведении оздоровительной работы советского периода было социалистическое соревнование среди предприятий и учреждений страны. Туристы-общественники объединялись в клубы, между которыми проводились конкурсы по результатам деятельности [12]. Так, в 1960 г. лучшей туристской организацией в РСФСР был признан Свердловский областной клуб туристов [4].

Для массового охвата населения оздоровительными мероприятиями внедрялись новые формы работы с населением. Например, в летний период было обеспечено усиленное движение уральских поездов и автобусов по маршрутам отдыха рабочих [15], связывающим города и рабочие поселки: Челябинск – Чебаркуль – Миасс, Магнитогорск – Банное, Челябинск – Увелка – Троицк [14].

Также на Урале был спроектирован специальный маршрут туристского «Поезда здоровья», курсировавшего зимой и летом по санаторно-курортным зонам [1]. В 1964 г. зимой был пущен в Челябинской области первый в стране поезд туристов, лыжников и рыбаков, следовавший до станции «Кисегач». Он представлял собой своеобразный дом отдыха – туристскую базу на колесах [8]. В течение зимнего и летнего сезона 1964 г. таких поездов прошло 14, каждым было обслужено 10500 чел. На следующий год они возобновили свои регулярные туристские рейсы по воскресным дням [2].

Для молодежи был спланирован рейс туристско-экскурсионного поезда «Юность» в зимний период по маршруту: Челябинск – Ленинград – Москва – Челябинск. Состав поезда «Юность» определялся 10 пассажирскими плацкартными вагонами на 630 мест [16].

Значительное внимание в регионе уделялось рекреационному туризму. К началу 1970-х гг. в санаторно-курортной Миасско-Чебаркульской зоне в санаториях увеличилось мест на 940, в домах отдыха – на 650. Большею популярностью среди уральцев пользовался санаторий «Кисегач» – одна из крупнейших здравниц на Южном Урале, где круглый год проходило лечение около 710 человек. Специализированный санаторий «Еловое», с пропускной круглогодичной способностью более 500 человек, был ориентирован на отдых родителей с детьми. В известном в стране бальнеологическом санатории «Увильды» был введен новый лечебный корпус, что позволило обслуживать еще больше отдыхающих. На этот период в области функционировало 8 домов отдыха и 34 санатория-профилактория при предприятиях. Трудящиеся Магнитогорского металлургического комбината, Челябинского металлургического завода, Челябинского электрометаллургического комбината, Копейского машиностроительного завода им. С. М. Кирова, Челябинского станкостроительного завода имели возможность лечиться и оздоровиться без отрыва от производства. Кроме этого, Магнитогорский металлургический комбинат имел пансионат на 200 мест в Ессентуках, Челябинский тракторный завод – свой корпус на 100 мест в Ессентуках,

а Челябинский трубопрокатный завод – корпус в санатории «Голубая горка» в г. Сочи [10].

Ежегодно в стране увеличивалось количество загородных и городских пионерских лагерей, лагерей санаторного типа, наблюдался рост путешествующих [23].

Получило свое начало экскурсионное обслуживание пассажиров на рейсовых автобусах направления «Свердловск – Челябинск». В 1975 году в Свердловской области активное использование железнодорожного, автомобильного, авиационного транспорта позволило увеличить объем экскурсионного обслуживания в 5 раз по сравнению с 1969 г.

В 1975 году впервые Свердловский областной совет по туризму и экскурсиям организовал теплоходные путешествия по реке Волге и Каме, с охватом 7 тыс. человек. На 300 предприятиях области проводились производственные экскурсии, для чего были разработаны 245 тем экскурсий, в 2,5 раза больше, чем в 1969 году: производственных – 98, загородных – 82, городских – 34, музейных – 31 [5].

Свердловский областной совет по туризму и экскурсиям стал инициатором новой формы обслуживания отдыхающих в стране – организации отдыха на туристских базах родителей с детьми школьного возраста. Реализующими такую услугу стали 4 туристских базы Урала: «Хрустальная», Верх-Сысертская, «Зеленый бор», «Юность» на 1470 койко-мест [6].

С целью улучшения качества услуг на Урале проводилось сотрудничество между Свердловским и Челябинским областными советами по туризму и экскурсиям, между туристскими базами, экскурсионными бюро, между цехами предприятий. Это способствовало активизации туристской деятельности в коллективах физкультуры в учреждениях, организациях и учебных заведениях.

Для любительских путешествий было разработано 429 маршрутов по родному краю различной протяженности и продолжительности. В походах выходного дня, многодневных путешествиях и катеринных походах в 1974 году приняло участие 589 тыс. человек [6].

Одним из интереснейших в Советском Союзе считался маршрут № 55 по Южному Уралу. Он начинался в Челябинске, где проводились экскурсии по городу, далее предусматривался отдых на Ильменской турбазе, 2-недельный поход по горно-озерному краю. Общая протяженность маршрута – 3212 км, из них 47 км туристы преодолевали поездом, 35 км – на автобусе, 240 км – пешком [29]. В этот период по Челябинской области

были проложены один всесоюзный и четыре местных маршрута, осваивался водный маршрут: Челябинск – озеро Увильды – озеро Саргази – Челябинск [30].

С целью оздоровления и организации отдыха детей и молодежи в 1982 г. в СССР проводилась летняя экспедиция «Орленок-82» в рамках Всесоюзного похода по местам боевой, трудовой и революционной славы [24]. Не менее интересной и популярной была экспедиция «Моя Родина – СССР». Итоги мероприятия подводились в пионерском лагере «Артек», где с 30 ноября по 29 декабря 1983 г. проходил Всесоюзный слет юных туристов – представителей лучших экспедиционных отрядов [25]. С 1981 года стали проводиться чемпионаты СССР по туризму, и раз в четыре года созывался Всероссийский туристский слет.

Однако в организации туристской деятельности в связи с ростом числа отдыхающих и путешествующих обозначились следующие проблемы. Наряду с организованными формами туризма стал довольно распространенным «дикий» туризм, т. е. многие отдыхали семьями, со своим походным снаряжением, но без инструкторов-экскурсоводов. Это приводило к тому, что исторические объекты, такие как пещеры, были закопчены, исписаны стены, наблюдалось губительное отношение к природным ресурсам [11].

Одним из путей решения такой проблемы стали смотры-конкурсы деятельности физкультурно-спортивных, туристских организаций, клубов при предприятиях по следующим направлениям: «Цех друзей ГТО», «Самый лыжный цех», «Всея семьей на старт» и др. В походах выходного дня и сложных категорийных путешествиях, слетах и соревнованиях, поисковых экспедициях и походах принимали участие целые бригады, коллективы смен, цехов [28].

Также острой проблемой туристской сферы оставался дефицит квалифицированных кадров и недостаточное материально-техническое обеспечение. Но, несмотря на это, разнообразные формы активного отдыха, доступность оздоровительных мероприятий способствовали росту интереса к туризму, ежегодному увеличению количества путешествующих, что обеспечивало организованный досуг, формировало потребность в физической активности, а следовательно, укрепляло здоровье населения.

До 1990 г. самодеятельный туризм существовал как общественное движение и реализовывался через систему туристских организаций: клубы туристов и туристские секции, функционирующие на предприятиях, в учреждениях и учебных заведениях. К сожалению, на сегодняшний день утрачены те традиции,

зародившиеся и получившие свое развитие в советский период истории России.

Сегодня туризм приобретает широкую популярность среди населения, но это преимущественно пассивный отдых, а должного эффекта можно достичь только лишь при активной физической деятельности, где предполагаются походы, переходы, сплавы, оказывающие оздоровительное воздействие на организм человека.

### **Библиографический список**

1. Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ). Ф. 9520. Оп. 1. Д. 797. Л. 148.
2. ГАРФ. Ф. 9520. Оп. 1. Д. 797. Л. 166.
3. Государственный архив Свердловской области (ГАСО). Ф. Р-2470. Оп. 1. Д. 7. Л. 5.
4. ГАСО. Ф. Р-2470. Оп. 1. Д. 42. Л. 6.
5. ГАСО. Ф. Р-2470. Оп. 1. Д. 267. Л. 2.
6. ГАСО. Ф. Р-2470. Оп. 1. Д. 267. Л. 4.
7. Егоров В. По Юрюзани // Комсомолец. – 1961. – 12 мая.
8. Колобов В., Вайнштейн Л. 777 улыбок // Челябинский рабочий. – 1964. – 25 февр.
9. Коржев В. Туризм на Южном Урале // Челябинский рабочий. – 1952. – 28 авг. – С. 3.
10. Кубанова З. Курорты для трудящихся // Челябинский рабочий. – 1969. – 20 марта.
11. Лепикаш Э. Туристская «целина» // Челябинский рабочий. – 1983. – 25 июля.
12. Объединенный государственный архив Челябинской области (ОГАЧО). Ф. 282. Оп. 2. Д. 321. Л. 16.
13. ОГАЧО. Ф. 282. Оп. 2. Д. 328. Л. 88.
14. ОГАЧО. Ф. 282. Оп. 2. Д. 331. Л. 39.
15. ОГАЧО. Ф. 282. Оп. 2. Д. 331. Л. 40.
16. ОГАЧО. Ф. 282. Оп. 3. Д. 280. Л. 14.
17. ОГАЧО. Ф. 485. Оп. 1. Д. 1663. Л. 69.
18. ОГАЧО. Ф. 485. Оп. 1. Д. 1857. Л. 33.
19. ОГАЧО. Ф. 485. Оп. 1. Д. 2056. Л. 75.
20. ОГАЧО. Ф. 485. Оп. 1. Д. 2246. Л. 65.
21. ОГАЧО. Ф. 485. Оп. 1. Д. 2465. Л. 60.
22. ОГАЧО. Ф. 485. Оп. 1. Д. 2546. Л. 80.
23. ОГАЧО. Ф. 485. Оп. 4. Д. 58. Л. 58.
24. ОГАЧО. Ф. 485. Оп. 17. Д. 21. Л. 6.
25. ОГАЧО. Ф. 485. Оп. 17. Д. 21. Л. 39.
26. Саклаков П. По нашему уральскому краю // Комсомолец. – 1956. – 18 нояб. – С. 3.
27. Студенческие каникулы // Челябинский рабочий. – 1949. – 25 июня.
28. Тараканов В. «Рекорд – здоровье!» // Челябинский рабочий. – 1984. – 12 авг.

29. Тараканов В. Приглашение к путешествию // Челябинский рабочий. – 1974. – 20 апр.
30. Тараканов В. Туризм на любой вкус // Челябинский рабочий. – 1973. – 18 апр.
31. Юный турист! Готовясь к областному слету, сохрани эту памятку! // Комсомолец. – 1957. – 5 июля. – С. 4.

## **ИНСТИТУЦИОНАЛЬНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ В ПРОФИЛАКТИКЕ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ СРЕДИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ**

**Г. Р. Мануйлова, Г. У. Ахметова**  
**Башкирский государственный педагогический  
университет им. М. Акмуллы, г. Уфа,  
Республика Башкортостан, Россия**

**Summary.** It highlights issues of interaction between family, school and society in the prevention of Internet addiction. The article is based on the data obtained by the author of the study.

**Keywords:** Internet addiction; prevention; teenagers; family; school.

Аддиктивное (зависимое) поведение, связанное с чрезмерной вовлеченностью в различные формы активности, представляет собой серьезную социальную проблему, поскольку в выраженных своих формах закономерно вызывает личностные изменения и социальную дезадаптацию [4, с. 114, 118].

У подростков формирование аддиктивного поведения, в отличие от взрослых, происходит гораздо быстрее, так как они имеют неустоявшиеся стратегии поведения [8; 9].

В настоящее время интенсивно обсуждается феномен интернет-аддикции. О распространенности интернет-зависимости в пределах от 1% до 5% населения сообщают К. S. Young (1998), М. Griffiths (2000) [6, с. 132].

В России проведен ряд исследований, посвященных различным аспектам проблемы формирования интернет-аддикции [1; 2; 3; 5]. Вопросу о безопасном использовании Интернета в России была посвящена серия исследований с целью получения репрезентативного банка данных для реализации практических решений построения безопасного Интернета для детей и подростков [7].

Однако наряду с этим недостаточно изученными остаются вопросы взаимодействия семьи, школы и общества в профилактике интернет-зависимости. Всё это явилось основанием для проведения комплексного изучения распространенности интернет-зави-



симости среди несовершеннолетних с целью разработки системы научно обоснованных подходов к совершенствованию профилактики интернет-зависимости.

Для проведения исследования нами были разработаны анкеты для детей и их родителей. Анкеты включали вопросы, направленные на изучение особенностей использования Интернета респондентами, а также вопросы, характеризующие их образ жизни. В исследовании применялся тест на определение степени выраженности интернет-зависимости Кимберли Янг (Young, 1997).

В анкетировании приняли участие учащиеся 9 класса одной из гимназий г. Уфы в возрасте 15–17 лет и их родители.

Исследование показало, что у каждого четвертого ученика (24 %) есть некоторые проблемы, связанные с чрезмерным увлечением Интернетом.

Институциональное взаимодействие в профилактике интернет-зависимости должно заключаться в активном привлечении детей и подростков к социально-воспитательной жизнедеятельности учебного заведения, что должно способствовать их социальному развитию.

Доступными способами профилактики интернет-зависимости являются здоровый образ жизни родителей и их детей, совместные занятия физкультурой и спортом, прогулки на природе, занятия творчеством и др.

Таким образом, проблема интернет-зависимости в среде подростков является на сегодняшний день особенно актуальной и требует дальнейшей разработки методов диагностики и профилактики.

#### **Библиографический список**

1. Ахмадеев Р. Р. Информационные технологии в управлении и здоровье пользователей компьютеров // Экономика и управление : научно-практический журнал. – 2010. – № 3. – С. 31–33.
2. Войскунский А. Е. Актуальные проблемы зависимости от Интернета // Психологический журнал. – 2004. – № 1. – С. 90–100.
3. Егоров А. Ю., Кузнецова Н. А., Петрова Е. А. Особенности личности подростков с интернет-зависимостью // Вопросы психологического здоровья детей и подростков. – 2005. – № 2. – С. 20–27.
4. Змановская Е. В., Рыбников В. Ю. Девиантное поведение личности и группы : учеб. пособие. – СПб. : Питер, 2011. – 352 с.
5. Лоскутова В. А. Интернет-зависимость – патология XXI века? // Вопросы ментальной медицины и экологии. – 2010. – № 1. – С. 11–13.
6. Мандель Б. Р. Психология зависимостей (аддиктология). – М. : Вузowski учебник : ИНФРА-М, 2013. – 320 с.

7. Солдатова Г. В., Зотова Е. Ю., Чекалина А. И., Гостимская О. С. Пойманные одной сетью : социальное-психологическое исследование представлений детей и взрослых об Интернете / под ред. Г. В. Солдатовой. – М., 2011. – 176 с.
8. Сыромятникова Л. И., Макарова Л. П., Соловьёв А. В. Актуальные проблемы формирования здоровья школьников // Молодой ученый. – 2013. – № 12. – С. 494–496.
9. Хуснутдинова З. А., Саитгалиева Г. Г. Проблемы формирования аддиктивного поведения в подростковой среде // Социологические исследования. – 2013. – № 6. – С. 86–90.

## **КЛИЕНТСКАЯ МОДЕЛЬ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ИЗДЕЛИЙ ДЛЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ: МОНЕТИЗАЦИЯ ИЛИ ВАУЧЕР**

**Т. П. Притворова, Д. Н. Улыбышев, Д. Е. Бектлеева  
НИИ регионального развития, г. Караганда, Казахстан**

**Summary.** In the article problems of operating organizational-economic model of granting prosthetic-orthopedic products for disabled children are described. Introduction of the client model is offered which feature is possibility of subsidizing of the beneficiary (or compensation of his/her expenses).

**Keywords:** disabled children; social protection; prosthetic-orthopedic products; monetization; voucher.

Социальная защита детей-инвалидов в Республике Казахстан регулируется Конституцией Республики Казахстан, Законом «О социальной защите инвалидов в Республике Казахстан» и иными нормативными правовыми актами Республики Казахстан.

В Казахстане, по данным официальной статистики, темп роста численности детей-инвалидов с 2008 по 2012 годы составил 119,7%. Число детей-инвалидов, приходящееся на каждую тысячу детей Казахстана, выросло на 0,2. Это говорит о том, что доля детей-инвалидов в общей численности детей Казахстана за анализируемый период выросла, а следовательно, выросла численность граждан, предъявляющих спрос на социальную защиту детей-инвалидов [8].

Закон РК «О социальной защите инвалидов», кроме выплаты пособий, предполагает обеспечение детей-инвалидов техническими вспомогательными (компенсаторными) и специальными средствами передвижения, которые относятся к социальной реабилитации инвалидов [3]. В перечень технических вспомогательных (компенсаторных) средств и специальных средств передвижения, предоставляемых инвалидам, входят 4 вида средств.

В исторической ретроспективе до 2007 года действовало жёсткое закрепление инвалидов за поставщиками услуг, когда все инвалиды были закреплены за конкретными предприятиями [4]. Такую модель экономических отношений принято называть распределительной.

Отрицательными сторонами распределительной модели являются следующие характеристики:

- интересы поставщика услуги не совпадают с интересами потребителя, поскольку оплата его труда не зависит от удовлетворенности благополучателя;

- у клиентов отсутствует возможность выбора поставщика услуги;

- среди поставщиков услуг отсутствует конкуренция, а следовательно, отсутствуют стимулы для совершенствования качества услуги [1; 5].

С 2007 года государственное финансирование стало распределяться между поставщиками посредством государственных закупок на основе тендера, т. е. с экономической точки зрения была организована конкуренция между поставщиками за ресурсы государственного бюджета. Но положение клиента по сути не изменилось, т. к. права свободного выбора он не получил, и по-прежнему за него решают, где ему удовлетворять свою нужду в протезно-ортопедической помощи.

Проблема усугубляется тем, что нарушен принцип пространственной справедливости в предоставлении социальных гарантий услуг протезно-ортопедических центров и мастерских. Анализ расположения протезно-ортопедических центров и мастерских по территории Казахстана показал, что в Атырауской и Мангистауской областях отсутствуют протезно-ортопедические мастерские. В результате нуждающиеся в протезно-ортопедических услугах дети-инвалиды вынуждены обслуживаться в Алматинском протезно-ортопедическом центре, что затрудняет доступность услуги.

Согласно подходу Всемирной организации здравоохранения (WHO) и Международного общества протезистов и ортопедов (ISPO) структура реабилитации инвалидов является четырехуровневой и включает: местное сообщество, район, регион и страну (центр).

Чтобы гарантировать получение качественного обслуживания, ISPO разработало специальную методику для обеспечения высокого качества услуг, связанных с протезированием во всём мире. Предлагаемая ISPO методика устанавливает пропорции числа центров, оказывающих услуги, на разных уровнях и при разной численности персонала [9]. В то же время данная методика, будучи принятой

за основу моделирования сети услуг протезирования и ортопедии, должна быть адаптирована под особенности страны. Так, для Казахстана необходимо учесть следующие характеристики:

- 1) большая территория с малой плотностью населения;
- 2) неравномерное расселение населения по регионам с разрывами до 5 раз между регионами по численности;
- 3) особенности территориального устройства, которые не позволяют в полной мере сформировать многоступенчатую систему предоставления протезно-ортопедических услуг.

Итак, рекомендуемое расположение протезно-ортопедических центров и мастерских с учетом особенностей Казахстана представлено в таблице ниже.

Для преодоления отрицательных сторон существующей экономической модели предлагается внедрение **клиентской модели** предоставления протезно-ортопедических услуг.

Первый шаг к формированию клиентской модели уже сделан в 2008 году, когда был принят Закон РК «О специальных социальных услугах», где впервые было зафиксировано право лица, находящегося в трудной жизненной ситуации, «выбирать субъектов, предоставляющих гарантированный объем специальных социальных услуг» [2]. Однако в нормативно-правовых актах это право конкретными механизмами не было подкреплено.

**Клиентская модель** в развитых странах представлена как модель, имитирующая рыночный тип отношений и организующая конкуренцию между субъектами предоставления услуг (государственные учреждения, неправительственные организации, физические лица) за клиента, который получает компенсацию от государства на удовлетворение своей нужды [6; 7].

Методологически эта система вводит в общественный сектор экономики элементы механизма конкуренции и устанавливает для общественного сектора индикаторы оценки его деятельности, имитирующие рыночные инструменты.

Особенностью клиентских (квазирыночных) отношений в общественном секторе является введение возможности субсидирования благополучателя, который самостоятельно решает, кого из поставщиков услуг ему выбрать. В этом случае формируется конкуренция между производителями за клиента, что стимулирует улучшать качество услуг, а приток денег от клиентов (предоставляемых ему тем же бюджетом в объеме социальных гарантий), как и в условиях открытого рынка, позволяет улучшить финансовое положение предприятия и предлагать инновационные технологии как в изделиях,

так и в обслуживании. Субсидирование благополучателя протезно-ортопедической помощи может быть организовано через ваучер или монетизацию затрат на протезно-ортопедические изделия.

**Рекомендуемое расположение  
протезно-ортопедических центров и мастерских**

Регион	Районные	Региональные	Национальные
Акмолинская	Мастерская г. Кокшетау	<p align="center"><u>Петропавловский ПОЦ</u> (Северный и Центральный Казахстан)</p> <p align="center"><u>Семипалатинский ПОЦ</u> (Восточный и Северный Казахстан)</p> <p align="center"><u>Алматинский ПОЦ</u> (Южный и Западный Казахстан)</p>	<p align="center"><u>РГКП «РЦЭП»</u> (для южных и западных областей) + <u>Петропавловский ПОЦ</u> (в перспективе для северных, центральных и восточных областей)</p>
Актюбинская	Мастерская г. Актюбинск		
Алматинская	Мастерская г. Талдыкорган		
Атырауская	Мастерская г. Атырау		
Западно-Казахстанская	Мастерская г. Уральск		
Жамбылская	Мастерская г. Тараз		
Карагандинская	Мастерская г. Караганда		
Костанайская	Мастерская г. Костанай		
Кызылординская	Мастерская г. Кызылорда		
Мангистауская	Мастерская г. Актау		
Южно-Казахстанская	Мастерская г. Шымкент + дополнительная мастерская		
Павлодарская	ТОО «Фирма ОРТОПРОТ»		
Северо-Казахстанская	Петропавловский ПОЦ выполняет функции мастерской		
Восточно-Казахстанская	КГП ВКО ПОЦ г. Усть-Каменогорск		
Астана	Мастерская г. Астана		
Алматы	Алматинский ПОЦ выполняет функции мастерской		

Положительными сторонами данной модели являются: свобода выбора клиентами поставщика услуг, возможность замены услугодателя и повышение удовлетворенности клиента; конкуренция среди поставщиков услуг за клиента и повышение качества предоставления социальных услуг.

Таким образом, актуальность вопроса потребительской субсидии для детей-инвалидов, нуждающихся в услугах протезирования, выражается в том, что в Казахстане действует усовершенствованная распределительная модель, согласно которой изделия закупаются методом государственного тендера, а при получении услуг её получатели приписаны к определенным центрам. В результате потребители не имеют свободы выбора ни изделия, ни центра протезирования. Ситуация усугубляется тем, что в двух областях Казахстана мастерские отсутствуют и получатели вынуждены преодолевать значительные расстояния для получения услуги. В таких условиях переход на ваучер или прямую монетизацию услуги является необходимым обеспечением клиентоориентированной модели.

#### Библиографический список

1. Государство и отрасли инфраструктуры в современной рыночной экономике / под ред. Я. А. Рекитара. – М. : Наука, 2001. – 310 с.
2. О специальных социальных услугах : закон РК // Казахстанская правда. – 2008. – № 296–297 (31 дек.).
3. О социальной защите инвалидов в Республике Казахстан : закон РК от 13 апреля 2005 г. № 39 // Министерство труда и социальной защиты Республики Казахстан. URL: <http://enbek.gov.kz>.
4. Общественные советы как механизм участия общественности в работе государственных органов : сб. мат-лов. – Алматы : Междунар. центр некоммерческого права, 2009. – 158 с.
5. Притворова Т. П., Джамбурбаева М. У. Факторы и механизмы социального обслуживания населения в современной экономике // Труд в Казахстане. – 2009. – № 10. – С. 2–8.
6. Социальное обеспечение в странах Запада: США, Канада и Великобритания. – М. : ИНИОН РАН, 2008. – 256 с.
7. Управление и бюджетирование по результатам на муниципальном уровне : международная и российская практика, перспективы внедрения в России : сб. ст. – М. : Фонд «Институт экономики города», 2007. – 184 с.
8. Уровень жизни населения в Казахстане 2008–2013 : статистич. сб. – Астана, 2013. – 167 с.
9. The relationship between prosthetics and orthotics services and community based rehabilitation (CBR). A Joint ISPO / WHO Statement. – Geneva. – November, 2003.

## **РЕАБИЛИТАЦИЯ И КОРРЕКЦИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ**

**Н. Ю. Масленцева**  
**Российский государственный**  
**профессионально-педагогический университет,**  
**г. Екатеринбург, Свердловская область, Россия**

**Summary.** The article is devoted to the analysis of reasons teenager's suicide as a social problem. Correction and rehabilitee technologies behavior are offered as the most effective in the social work with such clients.

**Keywords:** suicide; teenager's suicide; correction technology; rehabilitee technology.

Во всех странах мира суициды входят в число десяти ведущих причин смерти населения. Прогнозируется, что к 2020 г. суицид выйдет на 2 место в мире как причина смерти, обойдя рак и заболевания сердечно-сосудистой системы. Однако уже сейчас в группе молодежи в возрасте 15–34 лет суицидальная смертность входит в «тройку» лидирующих причин смерти. В начале нынешнего века в России отмечались наивысшие уровни самоубийств как среди общего населения, так и среди подростков: наши подростки чаще своих сверстников из других стран решаются свести счеты с жизнью. Занимая в начале века лидирующее положение по уровню завершенных подростковых суицидов – 22 самоубийства среди подростков 15–19 лет на 100 тыс. соответствующего населения, – сейчас Россия уступила первенство Казахстану и Беларуси. Тем не менее ежегодно в России кончают жизнь самоубийством полторы тысячи мальчиков и около трех сотен девочек в возрасте от 15 до 19 лет [1, с. 15].

Официальная статистика отслеживает явные случаи самоубийства. На самом деле масштабы суицидов среди подростков в России могут быть гораздо выше в силу ряда субъективных и объективных факторов, приводящих к недоучету утрат, обусловленных подростковыми самоубийствами [2, с. 12].

Суицидальное поведение – динамический процесс, развитие которого проходит ряд стадий, возникающих в результате воздействия определенных групп предрасполагающих факторов. Аутодеструктивные тенденции могут возникать у человека рано, оказывая влияние на его развитие на разных возрастных этапах [3, с. 34]. Свойственные переходному возрасту, фиксация на собственном «Я», склонность к самоанализу, переоценке ценностей, увлечение

проблемами смысла жизни, поиск своего места в ней вместе с бескомпромиссностью, однозначностью оценки, большим влиянием эмоций по существу делают подростков группой повышенного риска в отношении трудных, с их точки зрения, ситуаций, из которых они могут пытаться выйти путем самоубийства.

Реабилитация подростков после попытки суицида включает в себя следующие виды помощи: медицинскую, социальную, социально-педагогическую, психологическую, бытовую, профессиональную, социально-экономическую. У подростков мысли о самоубийстве возникают намного чаще, чем само решение совершить суицидальный поступок. Фигурирует демонстративно-шантажная манера поведения, которая предусматривает не столько смерть, сколько воздействие на близких людей. При таком поведении подросток в действительности не хочет умирать и выбирает суицид как метод влияния на жизненные условия и людей, от которых зависит изменение этих условий.

В практической работе специалистов по социальной работе особенность подростковой разрушительности имеет особое значение, поскольку дети не ищут смерти как таковой и не стремятся сознательно нанести себе вред.

С подростками следует проводить *коррекционную работу*. Особенное внимание нужно уделять подросткам с *акцентуациями характера*, изолированным и отверженным в среде сверстников, имеющим опыт незавершенного суицида.

Самый эффективный метод социальной коррекции таких подростков – *включение их в коррекционную работу, где они смогут научиться адекватно разрешать трудные жизненные ситуации*. Перед включением в коррекционную группу с подростком требуется провести ряд консультативных бесед с целью снижения риска повторного суицида. При консультировании целесообразно придерживаться следующих правил [4. с. 46]:

1. *Выслушивание*. Подростка часто пугают собственные желания, поэтому он желает высказаться. Необходимо дать ему возможность говорить вольготно, не перебивать, не спорить, больше задавать вопросов, чем говорить.

2. *«Банализация»* – освобождение представления о чрезвычайности страдания. Суициденту его проблема кажется глобальной и уникальной, он подавлен ею и не способен критически посмотреть на нее. Подростки предрасположены к этому из-за недостаточности их жизненного опыта и отсутствия понимания того, что в конечном итоге всё проходит.



3. *Эстетический подход.* Для подростков огромное значение имеет их внешность, даже после гибели. Поэтому очень результативным способом профилактики суицида является описание, как будет выглядеть их труп.

4. *Напоминание об обязанностях и связях с близкими.* В окружении подростка следует найти такого человека, для которого его смерть принесет большие страдания.

5. *Взвешивание плохого и хорошего.* Следует напомнить подростку о хороших воспоминаниях из его жизни, отводя тем самым мысли о сложившихся трудностях в его жизни.

6. *Позитивное будущее.* Следует помочь построить позитивные планы на будущее, выявить желания и мечты, ради реализации которых подросток будет стремиться вперед.

7. *Структурирование действий.* Совместно с подростком продумать план действий на ближайшее время, при этом рекомендовать пациенту придерживаться этого плана.

8. *Переключение на заботу о других.* Предложить позаботиться о ком-то более слабом и незащищенном. Для подростка такими объектами могут стать младшие братья и сестры, домашние животные.

9. *Расширение круга интересов.* Следует помочь ребенку отвлечься, найти интересное для него хобби.

Специалистам по социальной работе во время беседы с подростками-суицидентами нужно знать, что не следует недооценивать вероятность совершения ими повторных самоубийств, так же нельзя стыдить их за совершенные попытки. Депрессивные состояния, возникающие в подростковом периоде, проявляются иначе, чем у взрослых, поэтому и могут способствовать возникновению суицидального поведения. Подросток в силу своей возрастной незрелости неспособен найти правильный выход из сложившейся кризисной ситуации, вследствие чего и решается на этот опасный поступок.

#### **Библиографический список**

1. Иванова А. Е., Сабгайда Т. П., Семенова В. Г. Смертность российских подростков от самоубийств : учебник. – М. : ЮНИСЕФ, 2012. – 133 с.
2. Гишинский Я. И. Социологические и психолого-педагогические основы суицидологии : учеб. пособие для студ. вузов / под ред. В. А. Кулганова. – СПб. : Речь, 2009. – 213 с.
3. Ганман О. В. Суицид как феномен психологического кризиса у детей и подростков : сб. информационно-методических мат-лов для социальных работников и психологов. – Краснодар : КППМЦ, 2012. – 80 с.
4. Погодин И. А. Суицидальное поведение: психологические аспекты : учеб. пособие для студ. вузов. – М. : Флинта, 2011. – 332 с.

## II. CULTURE, EDUCATION AND PUBLIC HEALTH

### ОБРАЗОВАННОСТЬ И ДУХОВНЫЙ МИР ЧЕЛОВЕКА КАК ОСНОВА ЕГО ЗДОРОВОЙ ЖИЗНЕННОЙ СТРАТЕГИИ

Л. Г. Гусева, Л. Г. Бузунова  
Магнитогорский государственный технический  
университет имени Г. И. Носова,  
г. Магнитогорск, Челябинская область, Россия

**Summary.** Education presupposes the formation of its own spiritual space within objective reality in the process of defining the goals of life and working out the life's strategies. A person as a subject of the objective reality, while orienting oneself to spirituality and the humanistic values of life, lives in harmony with the world.

**Keywords:** education; spirituality; psyche; person's development.

По мнению всемирно известного биолога, исследователя поведения человека и животных К. Лоренца [11], человечество в XXI в. перешло от органического слоя бытия к психическому слою или именно к человеческому уровню бытия. Психический слой бытия или психическая реальность, имеет свою онтологию, состоит из взаимосвязанных индивидуальных психосфер, и поэтому приобретает новое качество, где необходимо должно раскрыться человеческое в человеке: здесь постигается человеком и формулируется смысл бытия, смысл жизни и познаются базовые ценности жизни. На основе понимания смысла бытия определяется цель жизни и составляется программа жизни.

Исследование психосферы как реального слоя бытия – одна из задач психологии нового века. О существовании психосферы говорит академик А. В. Петровский [16]; В. И. Панов [16] считает, что психика – это общеприродная форма бытия, общеприродное явление. Менее всего изучен духовный слой бытия (следующий слой в эволюционном развитии после психического), а точнее, только на уровне постановки проблем. Но понятия духовность, душа, дух, стали активно включаться в исследования российских философов и психологов в последние десятилетия. Осмысление

проблем: цель жизни, смысл жизни, ценности жизни, программа жизни, – объединяет в себе психический и духовный слои бытия.

На уровне психосферы возрастает роль духовности как в целом для общества, так и для отдельных людей. Духовность в данном контексте статьи мы рассматриваем как направленность, устремлённость жизни человека и общества. Сущность духовности состоит, как пишет философ Н. В. Наливайко, «в открытости личности навстречу миру» [14], бездуховность, напротив, представляет субъективную отчуждённость от мира. Составными частями духовности, с точки зрения философа А. Бергсона [5], являются инстинкт и интеллект. Подходя с позиции развития духовности, мы считаем, что человечество, переходя на уровень психосферы, осуществляет переход от инстинктивной жизни к её интеллектуальному осмыслению. Интеллектуальное осмысление человеком основания бытия и есть образованность (если говорить кратко). Образованность, с нашей точки зрения, предполагает наличие знаний, умений и навыков относительно жизнедеятельности человека, становления его личности, и реализации их в индивидуальной жизни для построения своего жизненного пути. Говоря об образованности человека, мы предполагаем его высокий интеллектуальный уровень в организации своей жизнедеятельности, ведения здорового образа жизни, понимания и участия в разрешении проблем общественной жизни. Образованность при наличии осмысления жизненного опыта приводит к мудрости.

Образованность субъекта бытия – это приобретение знаний о себе как интегральной индивидуальности, осуществление выбора ориентации на раскрытие своих актуальных способностей и возможностей, что составляет уровень самоактуализации личности. Более высокий уровень развития личности – это уровень самопостижения: формирования себя как духовной личности. Человек как субъект бытия осознанно строит свою жизнь на основе цели жизни, с учётом желаний и возможностей их реализации, тем самым гармонично вписывая свой жизненный путь в пространство бытия.

Планировать или программировать жизнь в целом, либо то или иное событие и выражать его словами, а также верить, что оно наступит (если вера исходит из внутреннего мира, из глубин самости), тем самым, закладывать фундамент своей будущей жизни как единства слова – психики человека – реальности бытия. Проанализируем высказанное положение, и начнём с анализа среднего звена в этой цепочке. Психолог и философ К. Юнг

[21] считал, что большая часть нашей психики бессознательна, и она имеет коллективную сущность. Коллективное бессознательное исторично и внеисторично, так как содержит всё, присущее поколениям рода человеческого. Этнолог К. Леви-Строс [9], изучавший мифологию и жизнь «примитивных» обществ, показал, что бессознательные структуры мышления априорны по отношению к языку. Философ, историк культуры М. Фуко [18] разработал археологию познания, и выделил мыслительные поля или эпистемы, на основе которых зарождаются мысли, идеи, теории. Философ М. К. Мамардашвили [12] писал, что мы не производим знания, слова, а они имеют общечеловеческое значение. О самостоятельном, автономном существовании субстанции мышления, «несводимой к материальному миру и существующей наряду с ним, материальным миром, с материей» говорит философ Г. П. Щедровицкий [20, с. 12]. В. А. Пономаренко пишет: «Можно предположить, что у человека жизненные резервы питаются из двух источников: нуклеидно-белковых и полевых свойств материи. Первые формируют здоровое тело, вторые – здоровый дух в виде веры и интеллекта [15, с. 89].

Психика человека, с нашей точки зрения, – есть эмоционально-мыслительные конфигурации; или сплав чувств и разума. Расширяя своё психическое пространство через взаимодействие с культурой, в широком смысле слова, куда включается вся интеллектуальная деятельность и её продукты, человек всё более укореняется в мире. Свою жизнь и личность человек формирует по определённому, созданному самим образом или фантазму, по словам Ж. Делеза [7]. Образ или фантазм есть опережение материальной реальности, то есть того, что ещё не произошло в мире вещей. Определённая точка нахождения человека в мыслительной конфигурации настоящего уже определяет и его будущее.

Правильно спроектировав свою жизнь, распланировав своё пространство бытия, которое должно гармонично вписываться в коллективное бытие, человек, тем самым, будет более успешен в жизни. Планирование, прогнозирование, предвидение жизни человека необходимо для гармонизации индивидуального мыслительного пространства бытия с бессознательной коллективной психикой, в которой человек не вырывает или не отвоёвывает себе место, а гармонично «вписывает» свою жизнь в эти неосознаваемые человеком мыслительные структуры и взаимодействует с ними, получая информацию. В. А. Пономаренко пишет: «Принципиальная особенность пополнения сущего в человеке состоит

в том, что энергетические информационные кванты несут смысловой импульс для любого уровня организации нейрона, хранящего код расшифровки данного смысла» [15, с. 92]. Психика, по мнению психолога В. В. Бойко [6], является частью некоторой более общей информационно-биоэнергетической системы, составляющей мир. Это неделимый мир материального и духовного.

Человеческое в человеке – это создание своих смыслов бытия, считает психолог Р. Мэй [13]. Если, говорит он, человек не вовлечён в создание своих смыслов, он никогда не будет знать реальности. Интенциональность – это как бы вектор из бессознательной сферы бытия, из бессознательной коллективной психики в сознательную сферу, благодаря чему происходит взаимодействие между человеком и миром. К. Юнг говорил, что человеку необходимы общие убеждения и идеи, которые придают смысл его жизни и помогают ему отыскивать своё место во Вселенной, но необходимо и обращение к бессознательному. Он писал: «Единственная вещь, которую мы отказываемся признать, это то, что мы зависим от «сил», которые оказываются вне сферы нашего контроля» [19, с. 90]. Этими силами являются силы бессознательного. Далее К. Юнг раскрывал, что бессознательное способно исследовать ситуации и делать свои выводы ничуть не хуже сознания. Оно даже может использовать определённые факты и предсказывать по ним возможные последствия именно потому, что мы их не осознаём. Человеку, отмечает К. Юнг, нравится верить в то, что он хозяин своей души. Но до тех пор, пока он не способен контролировать свои настроения и эмоции, осознавать мириады скрытых путей, по которым бессознательные факторы вкрадываются в его мероприятия и решения, человек хозяином самого себя не будет. Сознание современного человека, пишет далее психолог, закрепляет его социальную, личностную расщеплённость, наподобие Берлинской стены, разделявшей два мира. Существо, перестающее рефлексировать, перестаёт быть человеком, говорит и К. Лоренц [11]. Таким образом, человеческое в человеке или внутренний мир человека представляет собою микромир со своими смыслами, целью, направленностями, рефлексией и внутренними законами развития. Этот микромир вписан в макромир. Микромир человека и есть его психика, и пока эта психика нам мало известна. Но, главное, о чём говорят психологи и философы, психика (или микромир) человека должна быть упорядочена как внутри себя, так и во внешнем по отношению к ней пространстве психической жизни. Психосфера или уровень

психической жизни есть целостность, единство многообразия индивидуальных микромиров. В. В. Бойко [6] также отмечает, что психика – неотъемлемая часть мира, резонирующая на происходящие в нём события и способная, в свою очередь, влиять на них.

На основе цели и смысла жизни происходит планирование, программирование жизни и разрабатываются жизненные стратегии. Но что даёт планирование жизни, обретение смысла жизни отдельному индивиду? Психическую реальность с позиций семантического анализа рассмотрел философ Ж. Делез [7]. М. Фуко [7] его заслугу оценивает очень высоко и считает, что XX век будет считаться веком Ж. Делеза. Ж. Делез опирается на высказывание А. Бергсона [5], что мы «с самого начала» помещены в смысл, чтобы осуществлять возможные обозначения и даже продумывать их условия. Он рассматривает реальность за вещами, реальность смыслов, фантазмов и событий. Событие – это «плёнка» между фантазмом и вещью. Фантазмы и события, говорит М. Фуко, анализируя книгу Ж. Делеза «Логика смысла», суть объекты мысли и сама мысль; они «полагают сверх-бытие на поверхность тел, где оно только и может быть доступным для мысли, и намечают топологическое событие, в котором формируется сама мысль» [7, с. 454]. Анализируя концепцию превращённой формы, психологи В. П. Зинченко и Б. Б. Моргунов пишут, что «превращённые формы слова выступают в качестве внутренней формы действия. Лишь находясь в теле действия, слово может выступить в качестве регулятора произвольных целенаправленных движений и действий» [8, с. 185]. Сделаем вывод из этих двух высказываний. Человеческая деятельность – это, прежде всего, мыслительная деятельность. Цельность жизни человека, осознанность, понимание смыслов бытия предполагает составление плана, проекта жизни, которые на поверхности выступают как фантазмы, как совокупность слов, но в глубине психики человека являются внутренней формой, планом, программой действия. И чтобы данные слова действительно выступали «превращённой» формой действия, проект, программа жизни, цель жизни должны исходить из знания индивидуальных и личностных особенностей человека и быть соотносёнными с ними.

Мыслительная деятельность человека – это познание себя, своего существования, т. е. знание своей психики, наиболее полное познание возможно в психической реальности, в психосфере. Индивидуальная психосфера – это сфера, которая содержит в себе смысл, наполнена им и становится событием. Сознательное пла-

нирование или проектирование при условии, что правильно понят смысл предназначения или, по-другому, нахождения в точке, сферы образует фантазм, который затем оформляется в жизни как событие. Для формирования индивидуальной психосферы как жизненного мира большую роль играют жизненные стратегии.

Методологию исследования категории «жизненная стратегия» мы строим на основе анализа концепций жизненных стратегий психологов С. Л. Рубинштейна, Б. Г. Ананьева, К. А. Абульхановой-Славской. Основой жизненной стратегии у С. Л. Рубинштейна [18] является человек как субъект жизни; у Б. Г. Ананьева [4] – личность как субъект познания, деятельности и общения; у К. А. Абульхановой-Славской [1] ядром жизненной стратегии выступают ценности личности как субъекта, организатора жизни. С нашей точки зрения в основании жизненной стратегии лежит социальная функция, выполняемая человеком. Женщина и мужчина формируют свои жизненные стратегии на основе базовых социальных функций. В свою очередь, жизненная стратегия помогает личности создать собственный жизненный мир, включая в него смысловую сферу личности. Жизненная стратегия – категория, обладающая характеристикой субстанциональности и имеющая направленность в плане «устремлённости» в развитии. Жизненная стратегия – это не только деятельность, но и самопостроение своего бытия.

Жизненные стратегии, как и лежащие в их основе функции, связаны с направленностью развития. Б. Г. Ананьевым, С. Л. Рубинштейном направленность понимается как устремлённость, как вектор развития. Более широко, но также с сохранением вектора развития, говорит о направлениях развития А. Адлер [2]. Он утверждает, что есть три главных направления или три главных вопроса в жизни человека: вопрос жизни в обществе, вопрос деятельности и вопрос любви и брака. С нашей точки зрения эти три направления в жизни определяют базовые функции личности и её стратегии социальной жизни. Данная позиция опирается на положение Б. Г. Ананьева: «Личность как общественный индивид всегда выполняет определённую совокупность общественных функций. Каждая из них осуществляется путём своеобразного общественного поведения, строится в виде известных систем поведения и обуславливающих их мотиваций. Эти системы поведения, мотивы и общественные функции личности в целом детерминированы нормами морали, права и другими явлениями общественного развития» [4, с. 172].

Жизненная стратегия по объёму более широкое понятие, чем функция, хотя она и основывается на ней. Учитывая всё вышесказанное, мы даём следующее определение: жизненная стратегия – это способность личности выполнять социальную функцию, развивая индивидуальность и формируя собственный жизненный мир. Жизненная стратегия предполагает способность субъекта бытия осуществлять данную функцию на разных этапах её жизненного пути. Полнота осуществления стратегий зависят от цели жизни, от смысложизненных ориентаций человека, от уровня его личностного развития и определяют полностью или гармоничность бытия как самостоятельной психосферы, которая наряду с другими индивидуальными психосферами образует психический слой реального бытия.

#### Библиографический список

1. Абульханова-Славская К. А. Стратегия жизни. – М. : Мысль, 1991. – 301 с.
2. Адлер А. Наука жить. – Киев : Port-Royal, 1997. – 288 с.
3. Адлер Г. Лекции по аналитической психологии. – М. : Рефл-бук; К. : Ваклер, 1996. – 279 с.
4. Ананьев Б. Г. Проблемы возрастной и дифференциальной психологии // Избр. психол. труды : в 2-х т. – Т. I. – М. : Педагогика, 1980. – 232 с.
5. Бергсон А. Творческая эволюция. – М. : Раритет; Екатеринбург : Деловая книга, 2001. – 528 с.
6. Бойко В. В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. – М. : Информационно-издательский дом «Филинь», 1996. – 472 с.
7. Делез Ж. Логика смысла. Фуко М. *Theatrum philosophicum*. – М. : Раритет; Екатеринбург : Деловая книга, 1998. – 480 с.
8. Зинченко В. П., Моргунов Е. Б. Человек развивающийся // Очерки российской психологии. – М. : Тривола, 1994. – 304 с.
9. Леви-Строс К. Миф, ритуал и генетика // Природа. – 1978 – № 1.
10. Леонтьев А. Н. Деятельность, сознание, личность. – М. : Мысль, 1975. – 304 с.
11. Лоренц К. Обратная сторона зеркала. – М. : Республика, 1998. – 393 с.
12. Мамардашвили М. Как я понимаю философию. – М. : Прогресс, 1990. – 368 с.
13. Мэй Р. Любовь и воля. – М. : Рефл-бук; К. : Ваклер, 1997. – 384 с.
14. Наливайко Н. В. Проблемы духовности в современной стратегии образования // Новые образовательные технологии в стратегии духовного развития общества. – Ч. 1. – Новосибирск : Изд-во ГЦРО, 2000. – 406 с.
15. Пономаренко В. А. Психология духовности. – М. : ИЧП «Издательство Магистр», 1998. – 164 с.
16. Психология XXI века: пророчества и прогнозы // Вопросы психологии. – 2000. – № 1–2.
17. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии : в 2 т. – Т. II. – М. : Педагогика, 1989. – 328 с.



18. Фуко М. Слова и вещи. Археология гуманитарных наук. – М. : Прогресс, 1977. – 487 с.
19. Человек и его символы. – СПб. : Б.С.К, 1996. – 454 с.
20. Щедровицкий Г. П. Философия. Наука. Методология. – М. : Шк. культ. политики, 1997. – 656 с.
21. Юнг К. Г. Структура психики и процесс индивидуации. – М. : Наука, 1996. – 269 с.

## **ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ ДЛЯ ИНВАЛИДА**

**Г. А. Кабакович, К. В. Полежаева**  
**Башкирский государственный университет,**  
**г. Уфа, Республика Башкортостан, Россия**

**Summary.** The importance of a healthy lifestyle for disabled people are analyzed in this article.

**Keywords:** health; healthy lifestyle; disabled people.

В современном обществе слишком сильно укоренилась мысль о том, инвалид это больной человек, и соответственно здоровый образ жизни он вести не может. Это утверждение ошибочно. Ведь для человека, который уже имеет ту или иную категорию инвалидности, восстановление и укрепление организма необходимо для того, чтобы избежать более тяжелых последствий.

Не вызывает сомнений тот факт, что именно здоровье является наиболее значимой проблемой для инвалидов. Здоровье – это одно из важнейших условий активной жизнедеятельности человека, залог успешной и счастливой жизни.

Многие также убеждены, что здоровый образ жизни это лишь борьба с вредными привычками (алкоголизмом, табакокурением, наркоманией и т. д.), тогда как мы придерживаемся той точки зрения, что здоровый образ жизни человека определяет его отношение к жизни, к окружающему миру, к себе и, безусловно, к своему здоровью.

В связи с увеличением нагрузок на организм инвалида, с осложнением общественной жизни, увеличением рисков экологического и психологического характера, проблема здорового образа жизни инвалидов является актуальной.

ЗОЖ благотворно влияет на психологическую устойчивость инвалида, повышает стремление получить образование, трудоустроиться, создать семью. Однако никакие указы и пожелания не заставят инвалида вести здоровый образ жизни, кроме его

собственного стремления, осознанной мотивации на сохранение и укрепление здоровья.

К факторам здорового образа жизни относятся: рациональное питание, чередование труда и отдыха, соблюдение биоритмов, оптимальная двигательная активность, закаливание, отказ от вредных привычек, сознательная гармонизация собственного внутреннего мира, занятия физкультурой и спортом. Физкультурно-спортивная деятельность имеет своей целью не только совершенствование органов человеческой телесности, но и формирование телесно-духовного единства как здорового человека, так и лица с ограниченными возможностями.

Таким образом, здоровый образ жизни играет огромную роль и для лиц с ограниченными возможностями. Здоровье человека детерминировано комплексом условий и факторов, знание которых необходимо для эффективного решения вопроса предупреждения социального риска и охраны здоровья всех социальных групп населения.

## **ДУХОВНОЕ ЗДОРОВЬЕ И КУЛЬТУРА УЧИТЕЛЯ КАК ОСНОВА ЗДОРОВЬЯ ПОКОЛЕНИЙ**

**В. Ф. Неретин**

**Магнитогорский государственный технический  
университет имени Г. И. Носова,  
г. Магнитогорск, Челябинская область, Россия**

**Summary.** This article describes the role of a teacher in forming the spiritual and moral health and the culture of youth.

**Keywords:** health; spirituality; moral; education; culture.

Здоровье, по определению Всемирной организации здравоохранения, – это благополучие человека в трёх компонентах: в психическом, физическом и нравственно-духовном. Сейчас многие учёные утверждают, что главный глобальный кризис человечества не финансовый, а нравственно-духовный, то есть мы – цивилизация – не имеем высокой цели и ценностных ориентиров в эволюционном развитии. Вспомним слова великого Сократа: «...Если знания безнравственны, то мы больше идём назад, чем вперёд...». Человечество живёт на «пороховой бочке» – планету можно взорвать более 400 раз, то есть столько накоплено оружия. Историки утверждают, что за последние несколько сотен лет мы не жили ни одного дня в мире – ежедневно происходят

убийства, насилия, бесконечные локальные войны, конфликты. Все великие учителя в своих учениях, заповедях, заветах призывают к единым общечеловеческим ценностям. Таковыми являются любовь, вера, надежда, а также доброта, благородство, милосердие, гуманность и проч.

Но ни одна мировая религия не выполняет полностью эти великие призывы [1].

Философ и художник Н. К. Рерих ещё в 30-е годы прошлого века обращался к правительствам и народам с «Пактом Мира» и «Знаменем Мира», он предостерегал о грядущей мировой войне и угрозе уничтожения достижений мировой культуры, науки, искусства, религии. Он так же напоминал всем нам о великой миссии учителя, который может сделать больше, чем правители и завоеватели – он может изменить сознание и мировоззрение целых поколений. Для этого сам учитель просто обязан быть нравственно здоров, исполнять не на словах, а на деле, пожелания великого русского писателя Н. А. Некрасова о необходимости «сеять разумное, доброе, вечное». Известно, что определённая часть учителей работает по принципу «Как платят, так и учим» или «Где хорошо платят, там и Родина».

Если представить образ «дома здоровья», то «фундаментом» его должно быть мировоззрение, идеология, жизненные принципы человека. Это может быть смысл жизни (по Н. Бердяеву, И. Ильину, В. Франклу и др. великим учёным древности и современности). Это также может быть учение о ноосфере (сфере разума) В. Вернадского, или понятие о космопланетарном интеллекте В. Казначеева – «человека тысячелетия» по признанию американских учёных. Возможно, это эволюция сознания по Н. Бехтеревой, или великая миссия русского народа по М. Генделю, Н. и Е. Рерихам, А. Акимову. Опорой учителю могут послужить мысли Д. Менделеева о «необлагороженном знании, как сабле в руках сумасшедшего» или слова Л. Толстого о том, что «надо жить по совести, работать на совесть и детей воспитывать по совести». Слово «совесть» можно рассмотреть как информацию, весть, знание, о совершенном, совместном свыше. Как и слово «сознание».

В помощь учителю для расширения его культуры и укрепления духовного здоровья подойдут и мысли академика А. Акимова о духовной миссии России в 21 веке (2000 г.). Он ссылается на прогноз немецкого учёного М. Генделя, данный 100 лет назад о России, о том, что именно русский народ поведёт все народы планеты к «космической духовности и доминанте нравственности».

Потому что русские имеют ряд качеств, формирующих интеллект через духовность: стремление к реформам и преобразованиям, сохранение традиций, терпение и воля, открытость, соборность, общинность, загадочность русской души и наличие в нашей великой истории огромного числа «космистов» (людей с планетарным сознанием) [2].

К. Циолковский, учитель физики из Калуги, основоположник космонавтики, писал, что «человечество не будет вечно жить в колыбели, то есть на Земле», и отмечал в своей автобиографии, что он – гражданин Вселенной, и осваивать её человек будет переходом в «лучистую энергию». Не квантовый ли переход предвидел русский «космист» и ноосферу разума В. Вернадского? А возможно, огненную психическую энергию света Рерихов? Несомненно, что «дом здоровья» для учителя стоит на крепком основании – гуманной педагогике от Я. Коменского, Я. Корчака до В. Сухомлинского и Ш. Амонашвили и многих других великих педагогов, философов древности и современности. Так, Я. Коменский утверждал, что «всякое образование должно ответить на три вопроса: кто я, откуда я, и зачем я?» [4].

«Этажи» нашего «дома здоровья» – это многочисленные здоровьесотворяющие технологии, методики, системы работы с разумом, душой и телом учеников, учителей и родителей.

«Крышей дома здоровья» является, естественно, сама жизнь, ибо здоровье нам нужно для обеспечения жизнедеятельности и не может быть самоцелью.

Безусловно, учителю и родителю будет полезен и культурологический подход к здоровью и здоровому образу жизни. Это 7 уровней наших отношений: к материальным ценностям, к себе и другим людям, к информации, к межличностному взаимодействию, к коллективной деятельности, к обществу, к общечеловеческому сознанию. Чтобы стать культурным, а по Н. Рериху значит и здоровым, человек должен «подняться» по 7-ми ступеням:

- освоить исторические достижения цивилизации,
- стать образованным, значит поделиться с людьми этими достижениями,
- быть интеллигентным, то есть применять всё перечисленное в работе,
- использовать в своей деятельности синтез различных знаний,
- стремиться к утонченности в своей профессии,
- становиться творческой личностью,
- «гореть» творческим, коллективным «огнём жизни»,

Таким образом, культурный и духовно здоровый человек – это личность, владеющая культурой отношений к себе, другим, коллективу, обществу, природе, своему здоровью. Вспомним рецепт древних: «Работай так, как будто тебе не надо денег, люби так, как будто тебя никто никогда не обидел и не причинил боль, танцуй, как будто тебя никто не видит, пой, как будто тебя никто не слышит, и живи так, словно на Земле уже рай!» [5].

В заключение отметим, что 2014-й год в России не только год Олимпиады, на которой мы продемонстрировали миру мощь нашего отечественного спорта и великое наследие святой Руси, безоговорочно выиграв в олимпийских и, особенно, паралимпийских играх. Этот год ещё и год культуры, которая, по словам академика Д. Лихачёва, «пронизывает всё и всех от санитарки до президента» [2].

#### **Библиографический список**

1. Акимов А. Е. Сборник работ академика РАЕН / сост. В. Г. Акимова. – Пенза, 2000. – С. 55–63.
2. Бехтерева Н. П. Магия мозга и лабиринты жизни. – СПб. : Сова, 2007. – 373 с.
3. Гаряев П. П. Клонирование, СПИД, рак, диабет и волновая генетика // Сознание и физическая реальность. – 2003. – Т. 8. – № 2. – С. 52–60.
4. Казначеев В. П. Вечное движение ДОБРА. – Новосибирск : Издатель, 2005. – 31 с.
5. Коновалов С. С. Человек и Вселенная. – СПб. : Прайм-Еврознак, 2007. – 192 с.

### **КОММУНИКАТИВНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ ПЕДАГОГА КАК УСЛОВИЕ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИ КОМФОРТНОЙ И БЕЗОПАСНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ**

**Е. В. Юдина, А. О. Муромцева**  
**МОАУ «Гимназия имени Александра Грина»,**  
**г. Киров, Россия**

**Summary.** The article is devoted to build of comfortable and psychological safe conditions in a educational institution. The communicative competence of a teacher is considered as an important fact of a psychological safety. There are results of a empirical research of a communicative competence of teachers of our Gymnasium.

**Keywords:** psychological safety; communicative competence of the teacher; empathy; communicative control.

Тема здоровьесбережения, формирования психологически комфортной и безопасной образовательной среды становится всё более актуальной. Федеральные государственные стандарты

второго поколения требуют повышения психолого-педагогической компетентности учителей.

Наша гимназия ведёт активную работу по формированию психологически комфортной и безопасной образовательной среды. Организовано дифференцированное обучение на основе психодиактического подхода (педагоги учитывают в обучении индивидуальные психологические особенности детей, опираясь на психофизиологическую карту класса, созданную психологами по итогам диагностики); открыта сенсорная комната, в которой учащиеся преодолевают тревогу и расслабляются. Однако важным компонентом комфортной и безопасной среды выступают отношения педагога с учащимися, общение педагога с детьми – иными словами, в формировании психологически комфортной среды гимназии значительную роль играет коммуникативная компетентность учителя.

Коммуникативная компетентность педагога – важная часть его психолого-педагогической компетентности. По мнению Е. В. Филатовой, коммуникативная компетентность – основа профессионализма учителя, а сущность педагогической деятельности составляет взаимодействие с обучающимися [2]. Мы понимаем коммуникативную компетентность как способность выслушивать и принимать во внимание взгляды других людей, выступать на публике, принимать решения, устанавливать и поддерживать контакты, справляться с разнообразием мнений и конфликтов.

С целью совершенствования коммуникативной компетентности педагогов в рамках проекта «Развитие профессиональных компетенций учителей в контексте ФГОС как условие развития безопасной образовательной среды учреждения» психологической службой гимназии была проведена диагностика их коммуникативных особенностей. Были использованы методики, позволяющие всесторонне оценить исследуемые параметры [1]:

- «Опросник поликоммуникативной эмпатии» (С. Юсупов) – содержит 6 шкал эмпатии, выражающих отношение к различным субъектам.

- «Шкала доброжелательности» (Кэмпбелл).

- «Диагностика коммуникативного контроля» (М. Шнейдер).

Выборка составила 28 педагогов с разных предметных кафедр. Выборка является однородной. Были получены следующие результаты:

1. Согласно методике «Опросник поликоммуникативной эмпатии», высокий уровень данной эмпатии выявлен у 18 % педагогов (см. табл. 1). Люди с высоким уровнем эмпатии чувствительны

к нуждам и проблемам окружающих, великодушны, с интересом относятся к другим. Отзывчивы, общительны, быстро устанавливают контакты и находят общий язык. К ним тянутся дети. Такие люди стараются не допускать конфликтов и находить компромиссы. Хорошо переносят критику в свой адрес. Предпочитают работать с людьми, но нуждаются в социальном одобрении своих действий. Они не всегда аккуратны в точной и кропотливой работе. Можно отметить, что для педагога высокий уровень развития поликоммуникативной эмпатии является важным условием для гармоничного взаимодействия с обучающимися.

Таблица 1

Выраженность уровней поликоммуникативной эмпатии

Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень
4 %	79 %	18 %

2. Средний уровень поликоммуникативной эмпатии наблюдается у 79 % педагогов. Такие люди более склонны судить о других по их поступкам, чем доверять своим личным впечатлениям. В общении они внимательны, стараются понять больше, чем сказано словами, но при излишнем излиянии чувств собеседника теряют терпение. Для педагога такая особенность в восприятии личности и чувств других людей может стать препятствием. Людям со средним уровнем поликоммуникативной эмпатии не чужды эмоциональные проявления. Но чаще всего они держат их под самоконтролем. Это важное для педагога качество. Оно позволяет педагогу построить спокойные, уважительные отношения с обучающимися, если он не боится быть искренним. Педагоги со средним уровнем поликоммуникативной эмпатии предпочитают деликатно не высказывать свою точку зрения, не будучи уверенным, что она будет принята (ценное качество при работе с подростками). Люди со средним уровнем поликоммуникативной эмпатии затрудняются прогнозировать развитие отношений между людьми, поэтому их поступки порой оказываются для других неожиданными. Для педагога это момент, требующий особого внимания и работы над собой – в работе учителя (особенно классного руководителя) присутствует ежедневная необходимость наблюдать отношения между учащимися, сглаживать конфликты, помогать, подсказывать, ориентировать, поэтому важно, чтобы никакой из поступков учащихся не был для педагога

неожиданным. Люди со средним уровнем поликоммуникативной эмпатии не отличаются раскованностью чувств, и это мешает их полноценному восприятию других. «Раскованность чувств» педагога можно рассматривать с разных сторон: с одной стороны, сдержанность, уравновешенность, внутренняя собранность педагога, спокойное, доброжелательное отношение к ученику необходимы для формирования уважительных отношений в системе «педагог-учащийся». Однако учащиеся так же ценят искренность педагога, его чувство юмора. Проявление эмоций педагога показывает учащимся, что учитель – человек, который учит и учится сам, развивается и не боится быть настоящим. И, как отмечалось выше, чрезмерная сдержанность, граничащая с эмоциональной зажатостью, мешает педагогу полноценно воспринимать учащихся, ограничивая весь спектр отношений между учителем и обучающимися формальной передачей знаний.

3. Низкий уровень поликоммуникативной эмпатии обнаружен у 4% обследованных (1 человек). Люди с низким уровнем поликоммуникативной эмпатии испытывают затруднения в установлении контактов с людьми. Они отдают предпочтение уединённым занятиям конкретным делом, и людей ценят больше за деловые качества и ясный ум, чем за чуткость и отзывчивость. Очевидно, что педагог с низким уровнем поликоммуникативной эмпатии испытывает явные трудности в своей педагогической деятельности.

Качественно проанализировав и проранжировав среднеарифметические значения выраженности эмпатии педагогов к различным субъектам (в баллах), мы выявили, что ярче всего эмпатия проявляется по отношению к родителям, к детям и к пожилым людям. Подобный результат можно объяснить сформировавшейся у педагогов системой ценностных ориентаций (ценность семьи, уважительного отношения к людям, гуманизм). Выраженность эмпатии к детям можно объяснить гармоничным сочетанием личностных и профессионально-важных качеств педагога (см. табл. 2).

Т а б л и ц а 2

Выраженность эмпатии педагогов к различным субъектам

К родителям	К детям	К пожилым людям	К героям художественных произведений	К незнакомым людям	К животным
10,214 б	9,928 б	8,964 б	8,035 б	7,857 б	7,678 б



Таким образом, проанализировав результаты методики «Опросник поликоммуникативной эмпатии», мы выявили определённые характеристики в коммуникативных особенностях педагогов, которые можно совершенствовать – например эмоциональную составляющую общения.

Также был исследован уровень доброжелательности педагогов с помощью «Шкалы доброжелательности». Доброжелательность в педагогическом общении мы понимаем как отсутствие деструктивной критики, наличие поддержки, одобрения и похвалы, готовность вникнуть в ситуацию для принятия справедливого решения. Доброжелательность является важным компонентом коммуникативной компетентности.

По итогам диагностики было выявлено, что 21% педагогов (6 чел) обладают высоким уровнем доброжелательности (см. табл. 3). Такие педагоги ободряют учащихся, поддерживают их, готовы разобраться в сложной или конфликтной ситуации для принятия справедливого решения. Эти педагоги умеют делать замечания учащимся таким образом, чтобы не подорвать их веру в себя, их критика носит конструктивный характер.

68% педагогов (19 чел) обладают средним уровнем доброжелательности.

11% педагогов (3 чел) обладают низким уровнем доброжелательности.

Такие результаты показали некоторые педагоги кафедры иностранных языков (1 чел) и гуманитарной кафедры (2 чел). Возможно, это определяется личностными особенностями и наличием таких качеств, как стремление доминировать, ригидность взглядов и установок.

Таблица 3

Выраженность уровней доброжелательности педагогов

Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень
11%	68%	21%

Уровень коммуникативного контроля педагогов оценивался с помощью методики «Диагностика коммуникативного контроля». В целом контроль означает актуализацию власти и реализацию некоего влияния. В связи с этим контроль в общении представляет собой набор ограничений, которые люди накладывают друг на друга через то, что и как они говорят и делают.

Высокий уровень коммуникативного контроля выявлен у 3 % педагогов (см. табл. 4). Это говорит о том, что данные педагоги гибко реагируют на изменение ситуации, адекватны при включении в различные социальные роли, способны прогнозировать впечатление, которое производят на окружающих, управляют выражением собственных эмоций. Постоянно следят за собой, хорошо осведомлены, где и как себя вести. Однако они не любят непрогнозируемых ситуаций. У них затруднена спонтанность самовыражения, они чувствуют себя скованно в ситуациях неформального общения (например, в индивидуальной беседе педагога с родителями или с трудным учеником). Им необходимо учесть данный факт и позволять себе самораскрытие в ситуациях личного доверительного общения.

Таблица 4

Выраженность уровней коммуникативного контроля педагогов

Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень
44 %	53 %	3 %

Средний уровень коммуникативного контроля выявлен у 53 % педагогов. Они в большей степени социально адаптивны, так как не склонны игнорировать окружающих, в поведении ориентированы на социальные нормы. Для них характерна искренность, но и недостаточная сдержанность в эмоциональных реакциях. Можно порекомендовать педагогам со средним уровнем самоконтроля в общении в кризисных и стрессовых ситуациях применять аутотренинг.

Низкий коммуникативный контроль установлен у 44 % педагогов. Поведение данных личностей чрезвычайно устойчивое. Они не склонны изменять модель поведения даже по требованию ситуации. Для педагога негибкость, стереотипность взглядов и установок, неумение и/или нежелание предвосхищать и прогнозировать ситуацию является препятствием для осуществления профессиональной коммуникации (например, установление дисциплины: если педагог не установил её в классе, то он не верит, что это возможно, чаще всего ссылаясь на то, что «это такие дети»). Как положительный факт: личности с низким коммуникативным контролем способны к искреннему самораскрытию в общении, имеют устойчивую «Я-концепцию», не меняющуюся в различных ситуациях. Однако они чрезмерно прямолинейны

и бескомпромиссны. Желательной для них является социальная гибкость. Данная категория учителей является в какой-то степени фактором дестабилизации развития безопасной образовательной среды гимназии, её базового социального компонента, обеспечивающего пространство условий и возможностей, которое создаётся в межличностном взаимодействии между субъектами учебно-воспитательного процесса (учащимися, педагогами, администрацией, родителями, психологами и другими субъектами). Для такой категории эффективным будет обращение к специалистам-психологам, которые помогут справиться с проблемой низкого уровня коммуникативного контроля.

Для выявления зависимостей между исследуемыми параметрами (эмпатией, доброжелательностью, коммуникативным контролем) был применён параметрический критерий Пирсона (с использованием программы SPSS, в сотрудничестве с Вятским государственным гуманитарным университетом). Была выявлена зависимость между уровнем поликоммуникативной эмпатии и уровнем доброжелательности. Между этими параметрами существует прямая связь: чем выше уровень поликоммуникативной эмпатии, тем выше уровень доброжелательности. Иными словами, чем в большей степени педагог проявляет эмпатию как способность сопереживать, понять, поддержать, тем выше уровень его доброжелательного отношения к людям и более доброжелательным он воспринимается окружающими.

Обобщив результаты исследования, можно сделать следующие выводы:

1. В коллективе преобладает средний уровень эмпатии (у 79%); средний уровень доброжелательности (у 68%); средний уровень коммуникативного контроля (у 53%). Данные результаты являются благоприятными для осуществления учебно-воспитательного процесса и формирования здоровьесберегающей среды, однако наметилась группа педагогов, которой можно рекомендовать мини-формы психологической помощи для повышения исследуемых педагогических компетенций и дальнейшего профессионального роста.

2. Основные трудности, которые испытывают педагоги и на которые указывают результаты всех методик, взятых для обследования – эмоциональный компонент общения, затруднения самораскрытия перед учащимися, в общении с трудным учеником или с родителями – боязнь «потерять лицо». На формирование подобных затруднений накладывает отпечаток высокая

требовательность педагога к себе, статус педагога в обществе. Проработка данных затруднений педагогов будет являться важным шагом к совершенствованию их коммуникативной компетентности.

Развитие коммуникативной компетентности педагога можно рассматривать и как совершенствование профессиональных компетентностей, и как одно из условий формирования и развития безопасной образовательной среды гимназии. Необходимость работы над коммуникативной компетентностью педагогов становится очевидной.

#### **Библиографический список**

1. Фетискин Н. П., Козлов В. В., Мануйлов Г. М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. – М. : Изд-во института психотерапии, 2002.
2. Филатова Е. В. Коммуникативная компетентность педагога: сущность и структура // «Magister Dixit» – научно-педагогический журнал Восточной Сибири. – 2012. – № 1 (03). – Март. URL: <http://md.islu.ru>.

### **СИСТЕМА ПРИНЦИПОВ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В СТРУКТУРЕ ИДЕЙ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ПЕДАГОГИКИ**

**А. В. Вяхирева, С. А. Студеникина, О. А. Козырева**  
**Кузбасская государственная**  
**педагогическая академия,**  
**г. Новокузнецк, Кемеровская область, Россия**

**Summary.** In article discussed nuance of creating a system base ideas by pedagogical constructs.

**Keywords:** educations; self-realization.

Практика моделирования систем принципов педагогического взаимодействия широка и многообразна как в диссертационных исследованиях на соискание ученых степеней кандидатов педагогических наук (педагогические условия, тенденции, закономерности, правила и пр.), так и в практике подготовки будущих педагогов к профессионально-педагогической деятельности на основе метода моделирования и конструкторов принципов управления или взаимодействия [1].

Попытаемся обосновать необходимость систем принципов педагогического взаимодействия здоровьесберегающей педагогики в структуре деятельности педагога по физической культуре (ФК).

Этимолого-антропологическое понимание термина «принцип» заключается в том, что основное положение какой-либо теории или раздела науки, предопределяющее получение закономерного результата в практике организации того или иного процесса в системе определяемых величин и единиц, ставится как базис всех преобразований и изменений в системе антропологического знания. Таким образом, система принципов играет роль матрицы или вектора построения всех рассматриваемых величин или ресурса, фасилитирующего реализацию того или иного направления антропологически обусловленной деятельности. Одним из таких направлений является здоровьесбережение как центральная идея современной педагогической практики будущего педагога по ФК, включенного в условия непрерывного профессионального образования. Специфика идеи здоровьесбережения определяется принадлежностью к группе обучающихся, включенных в условия социального взаимодействия, где условно выделяют аномальных (нуждающихся в специальных условиях получения образования, для них подбираются ресурсы и модели, определяемые в идеях и технологиях адаптивной физической культуры), нормальных (90% на кривой нормального распределения или распределения Гаусса, где идея здоровьесбережения отражается как приоритет построения продуктивных отношений и способов преобразования объективного в среде и личностном становлении в различных направлениях социализации и самореализации – спорт, наука, искусство, культура и пр.), одаренных (имеющих и предрасположенных к высоким достижениям в определенной области деятельности – для данной категории подбираются методы акмепедагогика, позволяющей добиваться оптимально высоких результатов при минимальных ресурсах и рациональных способах деятельности). Сообразно трем условно выделяемым группам в структуре идей здоровьесбережения и должны быть моделированы и реализованы разнообразные системы принципов пед. взаимодействия. Такая работа проводится в структуре изучения дисциплин педагогического блока в Кузбасской государственной педагогической академии, ее результаты публикуются. Студенты выделяют и реализуют в своей практике системы принципов социализации, самореализации, самосовершенствования, а также пед. условия организации специфически определяемых ресурсов научно-педагогического знания в микро-, мезо-, макро- и мегагрупповых отношениях.

### Библиографический список

1. Козырева, О. А. Управление образовательными системами : учебное пособие для студ. пед. вузов. – Новокузнецк : КузГПА, 2010. – 97 с. [+прил. на DVD]. – ISBN 978-5-85117-552-7.

## СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПИЩЕВЫХ АДДИКЦИЙ ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Е. А. Рахимова, Г. Р. Мануйлова  
Башкирский государственный педагогический  
университет им. М. Акмуллы, г. Уфа,  
Республика Башкортостан, Россия

**Summary.** It highlights issues of interaction between family, school in the prevention of food addiction. The article is based on the data obtained by the author of the study.

**Keywords:** food addiction; prevention; teenagers; parents; school; lifestyle.

Ведущую роль в развитии функциональных и органических заболеваний пищеварительного тракта у подростков играют нарушения режима и характера питания: нерегулярность приема пищи, еда всухомятку, спешка во время еды, злоупотребление острой, грубой пищей, недостаточное ее разжевывание [2; 4; 5].

Пищевое поведение является совокупностью поведенческих действий человека, являющихся неотъемлемой составляющей его образа жизни, направленных на выбор пищи, условия и режим приема пищи для удовлетворения физиологических, психологических и социально-экономических потребностей [1].

К основным формам нарушений пищевого поведения относятся булимия, приводящая к ожирению, и анорексия, вызванная умышленным голоданием и приводящая к отказу организма от потребления пищи. Считается, что ожирение или голодание наиболее распространены среди подростков-девочек, однако в последнее время у подростков-мальчиков они также имеют тенденцию к нарастанию.

С целью изучения социально-педагогических условий, влияющих на формирование пищевого поведения подростков, нами было проведено социально-гигиеническое исследование. Исследование проводилось на базе одной из гимназий г. Уфы. Опрос проводился анонимно, по специально разработанным анкетам для подростков и их родителей. В опросе приняли участие

53 учащихся 9–10 классов, из них 33 % – юношей, 67 % – девушек, а также 50 родителей. В результате анкетирования были получены следующие данные.

Только 41 % старшекласников завтракает по утрам, 35 % завтракают 5–6 раз в неделю и 24 % обходятся без завтрака. Важно отметить, что сами родители придерживаются здорового питания в 59 % случаях, 32 % – стараются придерживаться и 9 % – не задумываются об этом.

При оптимизации пищевого статуса детей школьного возраста следует учитывать изменения в их образе жизни [3; 6]. Согласно данным опроса, лишь 39 % старшекласников считают свой образ жизни здоровым, 22 % – не считают, а 39 % – затрудняются ответить.

Снижение объема двигательной активности современных детей и подростков обуславливает снижение потребности в общей калорийности рациона. Каждый третий опрошенный нами подросток (34 %) занимается физкультурой только на уроках физической культуры.

Свое здоровье 43 % респондентов оценивают как хорошее, 43 % как удовлетворительное, 10 % – очень хорошее и 4 % – очень плохое.

Для профилактики пищевых нарушений необходимо информировать школьников в рамках предметов «Окружающий мир», «Биология», «Основы безопасности жизнедеятельности» о правильном пищевом рационе и режиме питания для человека.

Необходимо реализовать комплекс мер по пропаганде здорового питания среди обучающихся и их родителей. При этом важно уделять внимание формированию у детей и взрослых сознательного подхода к выбору продуктов питания не только в семье, но и в образовательных учреждениях, поскольку рациональное питание является основой нормального физического и нервно-психического развития школьников и способствует эффективно обучению.

#### **Библиографический список**

1. Закревский В. В., Копчак Д. В. Нарушение пищевого поведения как фактор риска развития заболеваний «цивилизации» // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. – 2013. – Т. 8. – № 1. – С. 378–380.
2. Решетников О. В., Курилович С. А., Денисов М. Ю. Режим питания как фактор риска диспептической симптоматики у подростков: 2-летнее проспективное исследование // Вопросы питания. – 2010. – № 2. – С. 39–42.

3. Сыромятникова Л. И., Макарова Л. П., Соловьёв А. В. Актуальные проблемы формирования здоровья школьников // Молодой ученый. – 2013. – № 12. – С. 494–496.
4. Титова Т. А. Эффективность здоровьесберегающих технологий в охране здоровья девушек подросткового возраста, обучающихся в средних специальных учебных заведениях : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Самара, 2005. – 24 с.
5. Хуснутдинова З. А. Современные проблемы первичной профилактики аддиктивного поведения подростков школьного возраста // Медицинский вестник Башкортостана. – 2011. – Т. 6. – № 6. – С. 16–19.
6. Шурыгина В. В. К вопросу формирования здорового образа жизни детей в образовательных учреждениях // Сборник материалов Всероссийского конгресса по школьной и университетской медицине. – 2010. – С. 661–664.

## **ВОПРОСЫ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ УНИВЕРСИТЕТА**

**А. Н. Москвина**

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

**Summary.** Studies on morbidity and lifestyle of the students of the North-Eastern Federal University. Medico-social research has revealed peculiarities of disease and lifestyle of students depending on age, sex and place of residence.

**Keywords:** prevalence; lifestyle; students.

В настоящее время проводятся исследования по изучению здоровья студенческой молодежи, его соматической и репродуктивной составляющей, социального положения молодых людей, образа жизни. Молодое поколение является тем резервом, который обеспечивает стабильность и процветание государства и общества [1]. Для планирования медицинской помощи, ее эффективной организации, проведения медицинских и социальных мероприятий необходимо наличие достоверных сведений о заболеваемости студенческой молодежи. На уровень и структуру заболеваемости студентов влияют различные факторы, такие как особенности возрастной структуры, социальные проблемы, психологические стрессы, условия учебы, уровень жизни.

Материалы нашего исследования показали, что уровень заболеваемости по обращаемости студентов, проживающих в общежитии, выше, чем студентов, проживающих в квартирах, во всех возрастных группах. В структуре заболеваемости студентов, проживающих в общежитии и квартирах, во всех возрастных группах первое место занимают болезни органов дыхания. Второе



место в возрастных группах 17–19, 20–22 лет занимают болезни нервной системы. Второе место у студентов 23 лет и старше, живущих в общежитии, занимают болезни нервной системы, у студентов, живущих в квартирах, – травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани. На третьем месте в структуре заболеваемости студентов в возрастной группе 17–19 лет находятся болезни органов пищеварения. В возрастной группе студентов 20–22 лет, проживающих в общежитии, третье место занимают болезни мочеполовой системы, у студентов, проживающих в квартирах, – травмы и отравления. На третьем месте в структуре заболеваемости студентов 23 лет и старше, проживающих в общежитии, – травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин, у студентов, проживающих в квартирах, – инфекционные и паразитарные болезни.

Исследование образа жизни студентов университета показало, что на их здоровье оказывают влияние условия и факторы образа жизни. Место проживания, условия учебы, наличие вредных привычек способны повлиять на состояние здоровья, возникновение хронических заболеваний, обращаемость студентов за медицинской помощью.

Важной составляющей в формировании образа жизни является самооценка состояния здоровья. Хотя данные самооценки не являются и не могут являться основанием для точных научных выводов о состоянии здоровья, но вместе с тем именно самочувствие является основанием для обращения за медицинской помощью. Опрошенным студентам предлагалось оценить уровень своего здоровья. Здоровыми считают себя лишь 42,1 % студентов. Из студентов, считающих себя здоровыми, 22,0 % удовлетворены качеством оказания медицинской помощи. 48,6 % студентов, считающих себя больными, оценивают качество медицинской помощи как неудовлетворительное. Среди студентов, считающих себя здоровыми, значительно больше не имеющих привычек, отрицательно влияющих на состояние здоровья, чем среди студентов, считающих себя больными (18,0 и 8,3 % соответственно).

Большую значимость имеет мнение человека о факторах, определяющих уровень его здоровья. По мнению анкетированных, здоровье, прежде всего, зависит от самого человека (76,6 %), от образа его жизни (62,4 %), от условий труда (37,5 %), от качества медицинской помощи (34,7 %), 26,5 % студентов отметили значимость семьи в сохранении здоровья.

Для улучшения своего здоровья студенты считают необходимым, прежде всего, улучшить качество питания (50,4%), увеличить время отдыха (43,0%), проведение санаторно-курортного лечения (40,7%), занятия спортом (39,3%) и решение жилищной проблемы (39,2%).

Таким образом, результаты исследования показали, что на здоровье студенческой молодежи влияют различные факторы, такие как условия проживания, пол и возраст, что необходимо учитывать при проведении медико-социальных мероприятий по укреплению здоровья студентов университета.

#### **Библиографический список**

1. Щепин О. П., Тишук Е. А. Медико-демографические проблемы в РФ // Вестник РАМН. – 2005. – № 9. – С. 3–6.

### **РЕФЛЕКСИЯ В КОНТЕКСТЕ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ**

**Р. Р. Вахитов, А. В. Емельянов**

**Магнитогорский государственный технический  
университет им. Г. И. Носова, г. Магнитогорск, Россия**

**Summary.** This article examines the psycho-pedagogical aspect of reflection. In our research we consider the definition of student's reflection as an important mechanism of productive person's thinking. Also mechanisms of reflection are considered in a context of solving problems of formation of student's healthy lifestyle.

**Keywords:** healthy life-style; reflection; reflection mechanism.

В своем исследовании рефлексия студентов университета мы рассматриваем как важный механизм продуктивного мышления личности; особую организацию процессов понимания происходящего в широком системном контексте (включая оценку ситуации и действий, нахождения приемов и операций решения возникающих задач); по своей сути – это процесс самоанализа и активного осмысления личностью студента своих состояний и действий, а также состояний и действий других индивидов, включенных в решение возникших задач, имеющих в качестве цели конструктивную коррекцию своей жизнедеятельности.

Рефлексия может быть направлена на свое мышление, на мышление других людей, предмет деятельности, на саму деятельность, на свои действия, действия других людей, на свое взаимодействие с другими людьми, на взаимодействие других людей и пр.

Современные ученые предлагают различные **классификации видов рефлексии**:

- 1) контрольная, конструктивная, мобилизирующая, защитная (А. Б. Холмогорова);
- 2) предметная, социально-психологическая (Ю. И. Лобанова);
- 3) логическая, личностная, межличностная (И. Н. Гуткина);
- 4) коммуникативная, кооперативная, личностная, интеллектуальная (С. Ю. Степанов, И. Н. Семенов).

К **формам осуществления рефлексии** относят:

- 1) коллективную и индивидуальную;
- 2) ситуационную, ретроспективную, проспективную (А. В. Карпов).

В своей работе считаем необходимым рассмотреть различные психологические подходы к выявлению **механизмов рефлексии**. Механизм рефлексии можно представить как развертывающийся процесс деятельности, представленный тремя фазами:

- 1) выход в рефлексивную позицию, остановка неэффективной деятельности;
- 2) отчуждение этой деятельности от себя ее носителем;
- 3) реконструкция содержания рефлекслируемой ситуации и конструирование нового содержания, выбор средств реализации, а также соотнесение желаемого результата с реальной ситуацией [2].

Т. В. Разина [3] указывает на наличие статической (феноменологической) и динамической модели рефлексии, когда рефлексия может возникнуть импульсивно или произвольно и характеризоваться тремя сторонами:

- 1) частотой рефлексивных выходов;
- 2) сложностью рефлексивных стратегий;
- 3) степенью развитости, зрелости процесса, которая определяется способностью к теоретическому и практическому осуществлению рефлексии.

Вслед за И. Н. Семеновым и С. Ю. Степановым [4] механизм рефлексии мы рассматриваем через реализацию следующих этапов:

- 1) актуализация смысловых структур «Я» при вхождении субъекта в проблемно-конфликтную ситуацию и при ее применении;
- 2) истощение этих актуализировавшихся смыслов при апробировании различных стереотипов опыта и шаблонов действия;
- 3) их дискредитация в контексте обнаруженных субъектом противоречий;
- 4) инновация в сфере принципов конструктивного преодоления этих противоречий через осмысление целостным «Я»

проблемно-конфликтной ситуации и самого себя – собственно фаза «переосмысления»;

5) реализация этого заново обретенного целостного смысла через последующую реорганизацию содержания личного опыта и действенное, адаптивное преодоление противоречий проблемно-конфликтной ситуации.

В данном механизме момент личностно-смысловой обусловленности становится центральным и направлен на переосмысление и перестройку субъектом содержания своего сознания, своей деятельности, а также общения, т. е. своего поведения как целостного отношения к окружающему миру. Очевидно, что механизмом рефлексивного акта является выход сознания в надситуативную позицию, которая позволяет личности работать с представлением о прошлом опыте и его осознанием, формулировать собственный смысл происходящего, а затем на основе этого выстраивать и реализовывать стратегии своего поведения.

В исследованиях А. В. Карпова [5] выделены важные **закономерности организации рефлексивных процессов и механизмов:**

– рефлексивность может быть представлена двояко: и как явление, и как механизм; система ситуативно и надситуативно начинает использовать результаты своего функционирования, как его исходные условия;

– генеративная функция рефлексии в процессах межличностного взаимодействия проявляется в индивидуальной психике после проявления в групповой;

– интраиндивидуальные, интрапсихические закономерности представлены дважды: они существуют «сами по себе», вне зависимости от рефлексивной, осознанной регуляции как таковой, то есть именно объективно закономерности могут улавливаться субъектом как нечто повторяющееся, стабильное, устойчивое, как нечто, что может способствовать организации поведения, а в результате способствовать повышению меры его адаптивности, эффективности; объективные «первичные» закономерности становятся предметом их отражения, что и обеспечивается рефлексией как таковой, составляя ее суть, что позволяет не только рефлексивно фиксировать само действие, но и активно воздействовать на закономерности, регулируя меру их выраженности; однако, как отмечает ученый, эта функция может иметь и надситуативные проявления, и тогда она выступает основной для иной, собственно генеративной, функции; рефлексия «над

деятельностью», «над собой», «над своим положением в социальной среде» и т. д., конечно, не только и не столько позволяет констатировать что-либо, а становится средством развития деятельности и личности, изменения ее статуса.

Рассматривая **функции рефлексии**, ученые выделяют следующие:

- функция многоуровневой обратной связи (Ю. Н. Кулюткин);
- функция интеграции и дифференциации личности (В. И. Слободчиков);
- интегративная функция (А. М. Матюшкин);
- функция оформления сознания и самосознания человека (В. С. Шаров) и пр.

В своем исследовании мы будем опираться на характеристику **структурных компонентов** рефлексии, предложенную В. В. Давыдовым, С. Д. Неверковичем, Н. В. Самоукиным [6, с. 82]:

1) интенция – начальная стадия рефлексии, характеризующаяся возникновением внутренней направленности индивида на овладение собственной деятельностью, на ее изменение и развитие;

2) конструирование – определяет границы включения тех или иных элементов деятельности в предмет рефлексивного анализа;

3) самоорганизация – выделенные элементы деятельности должны быть организованы в новую целостную деятельность путем самоорганизации ее внутренних элементов и установления взаимосвязей возникающей новой деятельности с условиями внешней ситуации;

4) схематизация – на специальных моделях происходит отображение целостного видения ситуации осуществления деятельности и выделение элементов деятельности в их взаимосвязях и взаимоотношениях;

5) объективация – объективация способов деятельности и ее продуктов, которая формируется в процессе общего обсуждения с учителем и сверстниками и является коллективным продуктом, который подвергается разносторонней критике и оценке; при этом происходит выход в рефлексивную позицию, внешнюю и отстраненную по отношению к собственной учебной деятельности;

6) креативный компонент связан с формированием качественных изменений в мышлении и личности студента; в этот период происходит интенсивное наращивание новых способностей и развитие творческого потенциала личности.

Мы согласны с мнением В. И. Слободчикова [7] о том, что феномен рефлексии представляет собой направленность мышления

на самого себя, на собственные процессы, на собственные продукты, то есть не что иное, как мыследеятельностный и чувственно-переживаемый процесс осознания субъектом образования своей деятельности.

К *целям* рефлексии в мышлении и деятельности можно отнести: воспоминание, выявление и осознание основных компонентов деятельности (ее смысл, типы, способы, проблемы, пути их решения, полученные результаты и пр.). В этом случае можно говорить о том, что рефлексия помогает студентам сформулировать получаемые результаты, переопределить цели дальнейшей деятельности, скорректировать свой путь подготовки. Для обучающихся рефлексия выступает источником внутреннего опыта, ядром сознания, способом самопознания и необходимым инструментом мышления.

Следует отметить, что рефлексия как целостное образование начинает складываться в младшем школьном возрасте; далее происходит развитие этой способности, при этом происходит становление субъекта как целостного «Я», рефлексия становится особой мыслительной деятельностью, необходимым компонентом теоретического мышления [8; 9; 10].

Понимание рефлексии как «практики сознания» (осознание человеком своей самости, своей субъективности) актуально для проводимого нами исследования, так как самопознание выступает основой развития базовых механизмов самоуправления – самоконтроля и саморегуляции.

Итак, в психолого-педагогическом аспекте рефлексию можно рассматривать в двух направлениях: рефлексия на взаимосвязь себя с другими и рефлексия на себя [1]. В первом случае под рефлексией следует понимать процесс межличностного познания студентом университета того, как другие его понимают, воспринимают и взаимодействуют с ним, как он сам понимает и воспринимает, а также взаимодействует с другими. Во втором случае рефлексия представляет собой процесс самопознания студентом университета своей деятельности и ее отдельных актов, своих внутренних психических состояний и процессов. Тогда в качестве сферы приложения механизмов рефлексии выступают мышление, деятельность и самосознание. Типы рефлексии – интеллектуальная и личностная. Виды саморефлексии – интенсивная, прогностическая, ретроспективная. К функциям мы относим: осознание, контролирование, регулирование, моделирование, прогнозирование, принятие решения.

В процессе рефлексии обеспечиваются самопознание, саморазвитие и саморегуляция личности, что позволяет ей постоянно самосовершенствоваться. В значительной мере уровень развития рефлексии как способности дает личности понимание самости – во взаимосвязи и автономности Я-действительного, Я-идеального, Я-в-глазах-других, Я-для-других. Рефлексия помогает выработаться важным общечеловеческим *качествам*: самокритичности, самопринятию, восприимчивости к другой личности или другому мнению, способности увидеть себя в сложном зеркальном отражении разных мнений, что позволяет строить поведение, адекватное ситуации и направленности самой личности.

Рефлексия помогает студентам университета выявлять смыслы поведения и в соединении с личностно значимыми компонентами мышления предстает как ведущая деятельность при решении продуктивных задач. Многообразие функций рефлексии в процессе мыследеятельности и в поведении, а также значимость ее роли в регулировании поведения и действий дают все основания рассматривать ее как незаменимый элемент образовательных процессов.

В процессе развития рефлексии у студентов университета необходимо решать следующие задачи:

- развитие способности самоанализа и тем самым способности рефлексивного мышления в целом;
- развитие представлений о рефлексии как важнейшем методе (способе) мыследеятельности;
- развитие всех механизмов рефлексивно-смыслового саморегулирования с опорой на конкретные индивидуальные особенности;
- определение конкретных прикладных сфер применения групповой (коллективной) рефлексии для решения продуктивных задач или в процессе принятия социально значимых решений.

В контексте решения проблемы формирования здорового образа жизни путем освоения студентами механизмов рефлексии сам этот процесс мы видим следующим образом. Студент, подвергая рефлексивному анализу собственный опыт ведения определенного образа жизни (осуществляя процесс рефлексии), усваивает определенный фрагмент социального опыта; в процессе этого анализа происходит изменение самого студента, что составляет продукт его деятельности по организации процесса ведения здорового образа жизни. То есть студент, благодаря рефлексивному анализу собственного опыта ведения определенного образа жизни, становится активным, самоуправляющим субъектом в деятельности, направленной на ведение здорового образа жизни.

### Библиографический список

1. Сайгушев Н. Я. Рефлексивное управление процессом профессионального становления будущего учителя : дис. ... д-ра пед. наук. – Магнитогорск, 2002. – 408 с.
2. Хасан Б. И. Операции рефлексивной коррекции в конфликтном взаимодействии // Проблемы логической организации рефлексивных процессов. – Новосибирск, 1986. – С. 62–63.
3. Разина Т. В. Рефлексия в решении педагогических проблемных ситуаций // Ярославский психологический вестник. – 2001. – № 5.
4. Семенов И. Н., Степанов С. Ю. Проблема предмета и метода психологического изучения рефлексии // Исследование проблем психологии творчества. – М., 1983. – С. 154–182.
5. Карпов Л. В. Трансформационная и генеративная функции рефлексии в структуре психики // Ярославский психологический вестник. – Ярославль, 2001. – Вып. 4.
6. Давыдов В. В., Неверкович С. Д., Самоукина Н. В. О функциях рефлексии в игровом обучении руководителей // Вопросы психологии. – 1999. – № 3. – С. 76–84.
7. Слободчиков В. И., Исаев Е. И. Основы психологической антропологии. Психология человека. Введение в психологию. Субъективности : учеб. пособие для вузов. – М. : Школа-Пресс, 1995. – 384 с.
8. Давыдов В. В. Виды общения в обучении. – М. : Педагогика, 1972. – 168 с.
9. Цукерман Г. А. Виды общения в обучении. – Томск : Пеленг, 1992. – 268 с.
10. Цукерман Г. А., Мастеров Б. М. Психология саморазвития. – М. : Интерпракс, 1995. – 288 с.

## МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У СТУДЕНТОВ ВУЗА

Е. В. Абрамкин, А. В. Емельянов

Магнитогорский государственный технический  
университет им. Г. И. Носова, г. Магнитогорск, Россия

**Summary.** This article highlights the importance of the issue of a healthy lifestyle. Examined in more detail the methodological aspects of the problem. Also detected the formation of interest to health.

**Keywords:** healthy life-style; human health; activity; life-style.

В национальной доктрине Российской Федерации подчёркивается, что здоровье населения является основой национальной безопасности страны. В условиях социально-экономических, политических преобразований в России выделяются приоритетные задачи государственной политики в области укрепления здоровья людей. Президент Российской Федерации В. В. Путин отметил, что здоровье наро-



да сегодня напрямую связано не только с состоянием общественного здравоохранения, но и с самим образом жизни людей. В связи с этим были определены основные цели и задачи государства: многоуровневый подход к организации профилактических мероприятий, изменение образа жизни, формирование навыков здорового образа жизни, разработка и реализация «образовательных программ, направленных на сохранение и укрепление здоровья детей, подростков и молодёжи, формирование у каждого из них активной мотивации заботы о собственном здоровье и здоровье окружающих» (Концепция охраны здоровья населения РФ на период до 2005 года). Большое значение в решении этих задач придаётся физической культуре. Федеральный закон «О физической культуре и спорте в РФ» от 29.04.99 № 80-ФЗ направлен на целенаправленную пропаганду физической культуры, укрепления здоровья через воспитание здорового образа жизни (ЗОЖ), формирование потребности в физическом и нравственном совершенствовании. Физическая культура как часть образовательного пространства вуза является неотъемлемой частью системы гуманистического воспитания студентов.

В современной философской и психолого-педагогической литературе подчёркивается важность проблемы формирования ЗОЖ в контексте социализации личности. Ставится вопрос о важности целенаправленного приобщения человека к ЗОЖ. Одним из путей приобщения к ЗОЖ в литературе обозначается целенаправленное образование, содержанием которого являются различные аспекты ЗОЖ. Реализация задач формирования ЗОЖ наиболее эффективна при наличии целостной образовательной системы, включающей основные подходы общенаучного уровня методологии исследования. Рассмотрим более подробно методологические аспекты проблемы.

Существуют разные подходы к определению понятия «образ жизни». По мнению большинства авторов, «образ жизни» включает основную деятельность человека, куда входят трудовая деятельность, социальная, психоинтеллектуальная, двигательная активность, общение и бытовые взаимоотношения. Так академик Ю. П. Лисицын (4) в понятие «образ жизни» включает важный фактор – медицинскую активность, рассматривая её в трёх аспектах:

- 1) характер активности людей – интеллектуальная, физическая;
- 2) сфера активности – трудовая, внетрудовая;
- 3) виды (формы) активности – производственная, социальная, культурная (образовательная) деятельность в быту, физическая, медицинская другие виды (формы) активности.

В содержание понятия «образа жизни» входит здоровье. Существует очень много формулировок понятия здоровья. Так, И. И. Берхман подчёркивает, что здоровье – это не отсутствие болезни, а физическая, социальная и психологическая гармония человека, доброжелательные отношения с другими людьми, с природой и самим собой (2).

Он пишет, что «**здоровье человека** – это способность сохранять соответствующую возрасту устойчивость в условиях резких изменений количественных и качественных параметров триединого источника сенсорной, вербальной и структурной информации» [3, с. 27].

В уставе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) записано, что здоровье представляет собой не только отсутствие болезней и физических дефектов, но и состояние полного социального и духовного благополучия. Из этого следует, что ЗОЖ, отношение к здоровью как ценности обуславливает формирование ценностной установки на укрепление и совершенствование личного и общественного здоровья, т. е. включение личностей в социально-оздоровительную деятельность. Таким образом, понятие ЗОЖ является составной частью понятия «образ жизни». При рассмотрении данного понятия важно опираться на практико-ориентированный подход к ЗОЖ. Практико-ориентированный подход предполагает развитие субъектной позиции личности, учёт её интересов, запросов и желаний. В данном случае потребности в укреплении здоровья способствуют формированию социальной установки. В связи с этим поведение человека полностью соответствует ценностной ориентации. Он осознано проявляет себя в оздоровительной деятельности [8, с. 55–56].

Формирование интереса к ЗОЖ, потребностей в активном отношении к здоровью связано с организацией социально-оздоровительной деятельности. В связи с этим важно рассмотреть деятельностный подход как один из методологических аспектов исследования. Деятельностный подход позволяет определить роль деятельности, её значимость в физическом развитии. Учение о деятельности является одним из главных в современной отечественной психологии. Единство сознания и деятельности – важный принцип психологии, впервые выдвинутый отечественным психологом С. Л. Рубинштейном. Деятельностный подход задаёт необходимость принципиального введения предметных целей обучения. С. Л. Рубинштейн подчеркивал, «что развитие личности происходит в деятельности и во взаимосвязи с деятель-

ностью» [6, с. 22]. В этой связи основанием учебного предмета, ориентированного на формирование интереса личности к ЗОЖ, предстает физическая деятельность [1, с. 200–201]. Деятельностно-гуманистический подход в данном случае рассматривается как «культурный образ жизни», подразумевается, что здоровье неотъемлемо от культурного образа жизни и является не самоцелью, а органичным компонентом развития и совершенствования как общества, молодёжи, так и индивида, развития у него личностных качеств; формирование ЗОЖ связано с потребностью самореализации (А. Маслоу). Большинство психологов и педагогов изучают человека с различных сторон его психики, рассматривают процесс становления самосознания. В связи с этим важно рассмотреть антропологический подход (Н. Н. Амосов, А. М. Анохин). Антропологический подход предполагает повышение статуса психолого-педагогической диагностики, определение динамики физического здоровья студента. Учитывать необходимость рассмотрение человека с учётом возрастных, половых, личностных особенностей. Ещё в работах Д. И. Ушинского мы видим, что «если педагогика хочет воспитать человека во всех отношениях, то она должна его изучить во всех отношениях» [7, с. 121]. Усиление изучения психологических основ личности позволяет сделать вывод о важности формирования потребностно-мотивационной сферы. При изучении данной сферы следует учитывать спектр мотивов при формировании интереса к ЗОЖ, важность социальной установки на формирование потребности в ЗОЖ, развитие разных компонентов интереса (когнитивный, эмоционально-волевой, действенно-практический) [5, с. 173–174].

Таким образом, методологические аспекты обозначенной проблемы позволяют обосновать теоретическую и практическую значимость того факта, что первостепенная роль в формировании здоровья принадлежит личности, её образу жизни, ценностям, установкам, степени гармонизации её внутреннего мира и отношений с окружением.

#### **Библиографический список**

1. Бальсевич В. К. Физическая культура для всех и каждого. – М. : ФИС, 1988. – С. 200–201.
2. Берхман И. И. Валеология – наука о здоровье. – 2-е изд. – М. : ФИС, 1990.
3. Берхман И. И. Проблема обучения человека здоровью // Валеология: диагностика, средства и практика обеспечения здоровья. – Вып. 2. – Владивосток : Дальнаука, 1995. – С. 24.

4. Лисицын Ю. П. Социальная гигиена и организация здравоохранения. – М. : Медицина, 1992. – 512 с.
5. Подгорный Г. П. Спортивные соревнования и мотивация в физкультурно-оздоровительной деятельности студентов // Организация и методика учебного процесса, физкультурно-оздоровительной спортивной работы : тез. докл. 2-й Межуниверситетской научн.-метод. конф. – Краснодар, 1996. – С. 173–174.
6. Рубинштейн С. Л. Проблемы общей психологии. – М. : Просвещение, 1972. – С. 12–21.
7. Ушинский Д. И. Избранные труды. Т. 1. – М. : Просвещение, 1973. – 121 с.
8. Чумаков Б. Н. Валеология : избранные лекции. – М., 1997. – 245 с.

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОСНОВНОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ОРГАНИЗМА ПО ВОСТОЧНОЙ МЕТОДИКЕ**

**Г. А. Гришина, О. И. Яшникова, А. В. Любогощинская**  
**Иркутский государственный университет путей**  
**сообщения, г. Иркутск, Иркутская область, Россия**

**Summary.** The methods of treatment, consisting of application of exercise and natural factors, the nature of the ill person with curative purposes, launched the Chinese breathing exercises «Chi-Chun». From the perspective of the analysis presented and discussed characteristics of the gymnastic.

**Keywords:** breathing exercises; Chinese gymnastics «Chi-Chun»; exercises; breath.

Целью физического воспитания студентов является формирование физической культуры личности и способности направленного использования разнообразных средств физической культуры и спорта для сохранения и укрепления здоровья. Лёгкое недомогание, хроническая усталость, частые головные боли – это симптомы, которые встречаются почти у каждого человека в нашем современном мире, а появляются они из-за того, что мы мало времени уделяем своему здоровью и не занимаемся своим организмом.

Переход от здоровья к болезни не является внезапным. Между этим состоянием имеется ряд переходных стадий, которые не вызывают у человека выраженного снижения социально-трудовой активности и субъективной потребности обращаться за медицинской помощью. Переходные стадии могут быть обусловлены различными факторами, связанными преимущественно с современным ритмом жизни, длительным воздействием гипокинезии, психоэмоциональных нагрузок, неудовлетворитель-

ных производственных, экологических, социально-бытовых условий и др., предъявляющих повышенные требования к регуляторным механизмам организма.

При исследовании своей будущей профессии экономиста студенты 4 курса выявили факторы, способствующие развитию многих болезней. Это продолжительное нахождение в офисе и работа за компьютером, малая подвижность, напряжённая умственная работа, стрессы и др. Поэтому, чтобы предотвратить начальные симптомы заболеваний, мы изучили и применили целенаправленную китайскую дыхательную гимнастику «Чи-Чун». Ведь профилактика всегда лучше, чем лечение.

Понимание того, что движения являются самым доступным и самым эффективным лекарством, сложилось в глубокой древности. Ещё в самые давние времена люди знали, что для того чтобы лишить человека энергии, нужно лишить его двигательной активности. Испробовав довольно много разных методик и упражнений физической культуры, самой эффективной (по нашему мнению) оказалась китайская дыхательная гимнастика «Чи-Чун». Дыхательная гимнастика – это лечебный и профилактический метод, основой которого является, прежде всего, стремление создать человеку полный душевный и физический покой.

Комплекс физической и дыхательной гимнастики состоит из простых физиологических приёмов, обеспечивающих концентрацию внимания на проводимые упражнения и применение различных типов, темпов и ритмов дыхания, которые можно легко проводить в любом офисе за небольшой промежуток времени, восстанавливая умственное напряжение.

Китайская дыхательная гимнастика «Чи-Чун» не требует больших усилий и производится с участием небольшого количества мышц. Эти упражнения служат как бы самомассажем, гораздо лучше, чем обычный массаж. Гимнастика «Чи-Чун» положительно воздействует на нервную и сердечно-сосудистую системы, на органы пищеварения, улучшает газообмен, оказывает влияние на организм и помогает предотвратить множество заболеваний.

Начинать гимнастику нужно с расчёсывания волос. Гребнем с мелкими зубьями расчесать волосы: 10 раз в одну сторону, 10 раз в другую. Это полезно не только для волос, но и для сосудов головного мозга.

1. Основное упражнение – дыхательное. Садитесь свободно, выпрямите спину, не касаясь ею опоры. Закройте глаза и отбросьте все посторонние мысли. Кисти рук положите на бёдра, язык прижмите к нёбу. Сосредоточьте внимание на нижней части живота. Сделайте 50 вдохов-выдохов. Вдыхая через нос, выпячивайте живот, выдыхая – втягивайте его.

2. Упражнение для носа. Потрите друг о друга средние фаланги больших пальцев. Массируйте нос 18 раз, растирая его крылья движениями пальцев вверх-вниз. Это упражнение полезно для улучшения кровообращения верхних дыхательных путей и профилактики насморка.

3. Упражнение для коленей. Положите руки на колени и вращательными движениями массируйте их 100 раз.

4. Упражнение для глаз. Средними суставами больших пальцев 18 раз массируйте верхние веки закрытых глаз. Затем, не открывая глаз, 18 раз массируйте брови. Положите руки на колени и закройте глаза. Двигайте глазными яблоками влево-вправо. Это хорошая профилактика глазных заболеваний.

5. Упражнения для плеч. Ладонью левой руки возьмитесь за правое плечо. Согните правую руку и поднимите локоть до высоты плеча. Выполните 10 круговых движений левым плечом сначала по часовой стрелке, потом против. То же повторите с другой рукой. Это упражнение снимает воспаление суставов.

6. Упражнение для ступней.левой рукой 100 раз растирайте среднюю часть правой ступни. Затем правой рукой – среднюю часть левой ступни.

7. Упражнение для ушей. Движениями вверх-вниз 18 раз массируйте уши обеими руками. Затем, зажав уши ладонями, положите пальцы на затылок и 36 раз слегка постукивайте по нему пальцами.

8. Упражнение для низа живота. Согрев ладони, 100 раз массируйте низ живота. Сначала одной рукой, потом другой. Это улучшает перистальтику кишечника.

Выполняя эти лёгкие упражнения в офисе или в утренние часы каждый день, уже через неделю можно почувствовать лёгкость в организме, зарядиться энергией на целый день.

Анализируя компоненты здоровья в данном аспекте, мы рассматриваем здоровье человека на уровне целостного организма и отдельных его систем, находим тесную связь гуманистического аспекта с биологическим. Здоровый и духовно развитый человек отлично себя чувствует, получает удовлетворение от своей

работы, стремится к самосовершенствованию, достигает тем самым, неувядающей молодости духа и внутренней красоты.

#### **Библиографический список**

1. Гришина Г. А. Здоровье студента : учеб. пособие / Г. А. Гришина, Р. Ф. Проходовская. – Иркутск : Изд-во Иркут. ун-та, 2006. – 142 с.
2. Кряжев В. Д. Двигательные возможности человека: методические аспекты развития, сохранения и восстановления // Теория и практика физ. культуры. – 2003. – № 1. – С. 59–61.
3. Московченко О. Н. Индивидуальное здоровье человека: аспект биологической, психофизиологической и социальной адаптации. – Валеология. – 2000. – № 4. – С. 8–13.
4. Селуянов В. Н. Технология оздоровительной физической культуры. – М. : СпортАкадемПресс, 2001. – 172 с.

### III. PSYCHOLOGY IN THE SERVICE OF HEALTH

#### ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ НА САМООЦЕНКУ В МЛАДШЕМ ШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ

М. Ю. Степанова, Д. А. Федерякин  
Смоленский государственный университет,  
г. Смоленск, Россия

**Summary.** The article is concerned with the problem of younger pupils self-esteem. The objective of the work was to determine effects of physical development on self-esteem in primary school age. In the course of studies it was suggested the hypothesis about the existence of direct interrelation between self-esteem and a number of anthropometric characteristics, accepted as objective reflection of the level of physical development. As these characteristics there were chosen manual dynamometry, height and weight, and also health group as the index of health status. The instrument included methodology for the study of self-esteem of Dembo-Rubinstein and measuring elements of chosen indicators of physical development. The analysis of interrelations between examined phenomena didn't show the existence of verifiable relation between self-esteem and physical development in primary school age.

**Keywords:** self-esteem; primary school age; «me»-conception; physicality; physical development; anthropometry.

Согласно исследованиям разных авторов, процент здоровых детей, идущих в школу в нашей стране, в зависимости от региона, составляет от 0,5 до 12% (А. А. Баранов (1999); Е. В. Быков, А. П. Исаев (2001); Н. К. Перевощикова, Е. Д. Басманова, В. И. Коба (1997)), что, по мнению современников, представляет собой критическую ситуацию. Для её изменения требуется не только участие медицинской науки: в известной степени медицина направлена на исправление уже имеющихся нарушений, в то время как в подобной ситуации требуется, кроме необходимой коррекционной работы, предупреждающее воздействие. Разработка психолого-педагогических аспектов здоровья является неотъемлемой частью комплексного изучения этого феномена.

Говоря о психолого-педагогических аспектах здоровья, прежде всего, необходимо отметить важность эмоционально-оценочного окраса данного феномена. Ценностное отношение общества



к здоровью является залогом не только удержания текущего статистического уровня заболеваний, но и его снижения. При этом очевидно, что пропагандистская работа, направленная на популяризацию здорового образа жизни как одного из ключевых факторов оздоровления населения, совершенно невозможна при недостаточной разработке структуры понимания ценности здоровья и его влияния на целостную психологическую систему, в том числе, и на «Я»-концепцию.

Это обосновывает актуальность изучения не только физических, но и психологических аспектов, связанных со здоровьем, с целью комплексного понимания данного феномена, а также влияния на него различных внешних факторов – экономической, социальной, экологической и др. ситуаций развития ребёнка [3].

Объектом исследования выступил один из компонентов психологической структуры – самооценка, а также физическое развитие.

Предметом исследования является связь между самооценкой и некоторыми антропометрическими характеристиками.

Целью исследования является установление взаимосвязи между самооценкой и определёнными физическими характеристиками.

Исходя из цели, мы смогли сформулировать задачи нашего исследования:

- 1) изучение литературы по теме исследования, выявление некоторых наиболее общих взглядов на физическое развитие и самооценку, и выбор методик и методов проведения исследования;
- 2) проведение непосредственного исследования в соответствии с избранными методами и методиками;
- 3) обработка и анализ полученных результатов.

Опытно-экспериментальной базой исследования выступил летний оздоровительный лагерь, организованный на территории МБОУ СОШ № 3 г. Смоленска. Исследованием было охвачено 16 детей в возрасте 7–10 лет.

Считается, что «Я»-концепция – совокупность представлений человека о себе – формируется онтогенетически в том числе и на основе представлений человека о своём теле, синтетически объединяющихся в сложный теоретический концепт (т. н. «телесность») [1]. Этот концепт отражает совокупное представление человека о своём теле, чувственные, когнитивные аспекты тела в сознании человека, бессознательные аспекты тела, физиологический эквивалент тела, а также ряд категорий субъектности телесного бытия. Представляется, что уровень физического развития будет определять, по средствам своего сознательного

отражения и переживаний, связанных с этим отражением, определённые компоненты «Я»-концепции. Среди таких компонентов, прежде всего, представляется возможным изучение самооценки человека.

Гипотезой нашего исследования стало предположение о том, что в младшем школьном возрасте между физическим развитием и самооценкой есть прямая зависимость: дети, имеющие более развитые антропометрические показатели, будут более позитивно оценивать свои ресурсы, и наоборот.

Изучив различные определения и теоретические подходы к определению понятия физического развития, мы пришли к выводу, что на наиболее абстрактном и обобщённом уровне, физическое развитие определяется как *динамический процесс роста (увеличение длины и массы тела, развитие органов и систем организма и так далее) и биологического созревания ребёнка в определённом периоде детства* (А. В. Мазурин, И. М. Воронцов, 1986).

Исходя из такого определения, мы можем сделать вывод о том, что некоторые антропометрические показатели можно принять за объективное отражение уровня физического развития ребенка.

В силу отсутствия единой генерализованной теории и того факта, что «самооценка» является одним из основополагающих компонентов личностной структуры, в психологической науке дано большое количество определений данному феномену. Тем не менее, представляется возможным выделить некоторые наиболее общие черты, встречающиеся в большинстве определений: самооценка – это восприятие человеком своих ресурсов и сравнение их с ресурсами других людей [2]. При этом понятие ресурсов следует понимать как можно более широко: компетенции, силы, способности, достижения, социальный статус и др.

Исходя из поставленных целей и задач и понимания нами использованных терминов, мы смогли выбрать методы и методики, применяемые в нашем исследовании. Для диагностики самооценки мы применяли методику Дембо-Рубинштейн в модификации А. М. Прихожан. Для отражения уровня физического развития мы применяли такие антропометрические измерения, как измерение роста, взвешивание и мануальная (ручная) динамометрия. Математико-статистическая обработка полученных данных проводилась нами с помощью программного пакета SPSS Statistics v. 17.0 и включала коэффициент корреляции Спирмена и t-критерий Стьюдента, а также тесты, направленные на установление правомерности применения t-критерия (тест Колмогорова-Смирнова на

форму распределения данных и тест Ливеня на равенство дисперсий). Степень связи шкал на основании значений коэффициента корреляции Спирмена мы оценивали по шкале Чеддока.

За область нормы в нашей работе было принято среднее значение величины с одним стандартным отклонением в большую и меньшую сторону ( $M \pm SD$ ).

Исследование проводилось на 16 учениках МБОУ СОШ № 3 г. Смоленска младшего школьного возраста. Из них: 4 испытуемых мужского пола (25 % от общего числа испытуемых), 12 – женского (75 %); 4 в возрасте 7 лет (25 %), 4 в возрасте 8 лет (25 %), 4 в возрасте 9 лет (25 %) и 4 в возрасте 10 лет (25 %) ( $M = 8,5$ ;  $SD = 1,16$ ).

С помощью методики Дембо-Рубинштейн нам удалось получить следующие результаты: нормативная область самооценки располагается в пределах от 34,42 до 95,46 % ( $M = 64,94$  %;  $SD = 30,52$  %). Исходя из такого понимания границ диапазона нормы этой шкалы, мы смогли установить, что самооценка занижена у 4 детей (25 %) и завышена у 2 детей (12,5 %).

Нормативный диапазон уровня притязаний находится в пределах от 71,82 до 104,68 % ( $M = 88,25$  %;  $SD = 16,43$  %). Сравнение полученных результатов с диапазоном нормы позволило говорить о том, что уровень притязаний занижен у 3 детей (18,75 %).

С помощью коэффициента корреляции Спирмена мы не смогли обнаружить математически достоверные (на уровне значимости  $p < 0,05$ ) взаимосвязи между самооценкой или уровнем притязаний и всеми антропометрическими характеристиками. Т-тест также показал, что дети, не попадающие в нормативную область самооценки или уровня притязаний, не обладают какими-либо отличительными чертами антропометрического толка.

Тем не менее, нам удалось обнаружить сильную положительную связь ( $0,802$ ;  $p < 0,01$ ) между самооценкой и уровнем притязаний.

При анализе гендерных различий с помощью t-критерия Стьюдента мы смогли установить, что единственным показателем, по которому статистически достоверно различаются мальчики и девочки в младшем школьном возрасте, является сила мышц мелкой моторики как правой, так и левой рук. Правая рука у мальчиков в среднем сильнее в 1,24 раза ( $M_M = 12,5$ ,  $M_Ж = 10,08$ ;  $p < 0,05$ ), а левая – в 1,27 раза ( $M_M = 11,75$ ,  $M_Ж = 9,25$ ;  $p < 0,05$ ).

При анализе полученных данных мы выявили ряд корреляций, не связанных непосредственно с темой исследования, но имеющих определённое научное значение:

1. Класс и возраст имеют очень сильную положительную связь (0,914;  $p < 0,01$ ): чем в более старший класс идет ребёнок, тем старше он становится. Важно отметить, что данный факт привёл к ряду дополнительных результатов, согласно которым класс имеет связь с биологическими характеристиками. При понимании того, что корреляционная взаимосвязь не выделяет причинно-следственных детерминант, а также при анализе соотношений взаимосвязей различных биологических параметров с классом и возрастом становится понятно, что класс имеет, как правило, «вторичную» по отношению к возрасту связь с антропометрическими характеристиками, его связь с ними опосредована связью с возрастом.

2. Рост и вес имеют сильную положительную связь (0,778;  $p < 0,01$ ), что определяется развитием детей в этом возрасте как бы по всем направлениям.

3. Рост имеет положительную связь средней силы с классом (0,600;  $p < 0,05$ ) и сильную положительную связь с возрастом (0,712;  $p < 0,01$ ), что объясняется значительным влиянием ресурсов организма на развитие при незначительном влиянии класса, в котором находится ребёнок.

4. Вес имеет более слабую связь с возрастом (0,501;  $p < 0,05$ ), чем рост, и не имеет математически достоверной связи с классом, что, на наш взгляд, объясняется большим влиянием на вес, чем на рост, экономико-социальных факторов.

5. Показатели динамометрии левой и правой рук имеют очень сильную взаимосвязь друг с другом (0,970;  $p < 0,01$ ): дети, которые обладают большей силой мышц мелкой моторики одной руки, характеризуются и большей силой мелких мышц другой руки.

6. Анализ соотношения связей правой и левой рук с классом (0,882 и 0,875 соответственно;  $p < 0,01$ ) и с возрастом (0,774 и 0,751 соответственно;  $p < 0,01$ ) показывает, что на развитие мышц мелкой моторики сильнее влияет класс, чем возраст. При этом тот факт, что связь этих факторов с показателями правой руки сильнее, чем с показателями левой, позволяет сделать вывод о том, что ведущая роль в развитии силы мелких мышц верхних конечностей (в особенности, её асимметрии) принадлежит письменным упражнениям.

7. Группа здоровья имеет положительную связь средней силы с возрастом (0,504;  $p < 0,05$ ), что позволяет говорить об общем ухудшении состояния здоровья школьников с возрастом, однако отсутствие достоверной связи с классом не позволяет связать тенденцию к ухудшению состояния здоровья с влиянием школьной среды.

Других статистически значимых взаимосвязей нами обнаружено не было.

По результатам исследования мы смогли сделать следующие выводы:

1. Самооценка имеет выраженную взаимосвязь с уровнем притязаний.

2. Самооценка и уровень притязаний не связаны с антропометрическими характеристиками, что позволяет говорить о чрезвычайно низком влиянии физического развития и состояния здоровья на формирование «Я»-концепции в младшем школьном возрасте.

3. Самооценка и уровень притязаний не имеют половых различий в младшем школьном возрасте.

4. Процесс школьного обучения накладывает определённый отпечаток на физиологическое развитие детей, в частности, стимулирует развитие асимметрии мышц.

5. Антропометрические показатели чрезвычайно слабо связаны с состоянием здоровья детей младшего школьного возраста.

6. Анализ антропометрических характеристик позволяет говорить о лидерстве мальчиков в развитии мускулатуры.

7. Можно говорить о тенденциозной взаимосвязи всех показателей физического развития.

Таким образом, проведя исследование, направленное на изучение самооценки и антропометрических характеристик среди детей младшего школьного возраста, мы смогли сделать вывод о том, что физическое развитие детей крайне слабо влияет на самооценку в этом возрасте, что вступает в противоречие с выдвинутой нами гипотезой. Иными словами, самооценка, а значит, в определённой мере, «Я»-концепция, в младшем школьном возрасте находится под влиянием других факторов, не связанных (или чрезвычайно слабо связанных) с физическим развитием.

#### **Библиографический список**

1. Жаров Л. В. Человеческая телесность: философский анализ. – Ростов-на-Дону : Издательство Ростовского университета, 1998. – 128 с.
2. Ларина А. Б. Формирование познавательной самооценки учащихся в начальной школе : методич. пособие. – Калининград : КОИРО, 2011. – 56 с.
3. Чумаков Б. Н., Смирнов В. М., Мелкадзе О. В. Физико-биологические факторы, влияющие на физическое развитие и здоровье подростков // Биология в школе. – 2011. – № 7. – С. 14–17.

## ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ НА НАЧАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА

**Е. А. Бабенкова, Т. М. Параничева, Л. В. Тюрина**  
**Институт возрастной физиологии Российской академии  
образования, г. Москва, Россия**

**Summary.** Interest in the mental health of children due to the relevance of the global problem of the increasing number of mental health problems among people of all ages and finding new ways to prevent and treat.

**Keywords:** diagnosis; mental health; anxiety; kids.

Психическое здоровье является одной из основных ценностей как самого индивида, так и всего общества в целом. От состояния здоровья детей зависят качественные и количественные характеристики не только сегодняшнего, но и будущего населения, его социально-демографическая структура. В детском возрасте закладывается фундамент личности, формируются ее основные качества: физическое и психическое здоровье, культурный, нравственный и интеллектуальный потенциал [1; 2; 3; 5].

Качества, которыми наделен ребенок на начальном этапе пубертатного периода, являются наиболее важными и прочными; позже изменить их достаточно сложно, а в ряде случаев – практически невозможно. С каждым годом возрастает количество детей, у которых проявляются какие-либо признаки психического нездоровья. Психические расстройства детей нарушают ход развития и образования и могут привести к социальным и психическим проблемам на протяжении всей жизни.

Последние данные свидетельствуют о серьезном положении в состоянии психического здоровья детей в России: в среднем показатели только по выраженным расстройствам составляют 16–17%, еще большую величину имеет группа «риска» – 40–45%. Совершенствование профилактики нервно-психических нарушений у детей требует разработки вопросов ранней диагностики пограничных нервно-психических расстройств. Это приобретает особую значимость в условиях современной школы, изобилующей многими стрессовыми факторами [14]. Успешное становление ребенка как личности определяет не только его включение в общественную жизнь, но и в конечном счете прогресс – развития общества в целом.

С целью выявить возрастные и половые особенности психического здоровья мальчиков и девочек младшего школьного возраста (10 и 11 лет) были решены задачи:

1) проанализировать теоретические и методические подходы к исследованию психического здоровья детей на разных этапах пубертатного периода;

2) выявить возрастные и половые особенности состояния психического здоровья детей 10–11 лет.

*Организация.* В исследовании приняли участие 1278 детей 10–11 лет образовательных учреждений г. Москвы и Московской области [12].

*Методы.* Оценка показателей психического здоровья детей проводилась в 2 этапа: доврачебный (психологический и психофизиологический) и врачебный (осмотр педиатром и врачами-специалистами, входящими в бригаду, проводящую профилактический медицинский осмотр).

Доврачебный этап реализуется на основе анкет-опросников для родителей, детей и педагогов, скринингов и экспресс-методов диагностики и позволяет осуществлять раннее выявление нарушений нервно-психического здоровья. Анализ данных анкетирования и тестирования дает возможность получить представление об имеющихся симптомах и о степени их выраженности в различные моменты социального функционирования ребенка, оценить особенности его индивидуально-личностного развития, в т. ч. уровень зрелости основных психофизиологических функций, эмоциональное благополучие и успешность социальной адаптации [4; 6; 7].

Сбор информации об имеющихся у конкретного ребенка нарушениях нервно-психического здоровья, социально-психологической адаптации, включая особенности его самочувствия, самовосприятия и различные поведенческие проявления социального функционирования, проводился путем анкетирования и тестирования (школьная тревожность тест Филлипса); нервно-психическое здоровье оценивалось по анкете ученика и некоторым пунктам анкеты учителя; социально-психологическая адаптация оценивалась по анкете учителя, оценка нервно-психического здоровья и психофизиологического статуса детей при профилактических медицинских осмотрах (пособие для врачей) [10; 11].

*Предмет исследования* – возрастные и половые особенности психического здоровья детей на начальном этапе пубертатного периода. Объект исследования – оценка психического здоровья детей младшего школьного возраста (мальчики и девочки 10 и 11 лет).

## Результаты исследования

Проведена статистическая обработка результатов исследования психического здоровья мальчиков и девочек 10–11 лет. Выявлено, что каждый пятый ребенок имеет нарушения нервно-психического здоровья: выраженные вегетативные реакции, психосоматические нарушения. Изучение уровня и характера школьной тревожности [13;15], включающей различные аспекты устойчивого школьного эмоционального неблагополучия, показало, что 20 % детей постоянно чувствуют собственную неадекватность, неполноценность, не уверены в правильности своего поведения.

Многофакторный дисперсионный анализ (ANOVA) школьной тревожности, нервно-психического здоровья и социально-психологической адаптации показал: тревожность положительно коррелирует с выраженностью нервно-психических нарушений; психофизиологическая стрессоустойчивость ниже у детей, имеющих те или иные нарушения нервной системы, и у девочек ниже, чем у мальчиков.

Четверть детей 10–11 лет испытывает повышенную и высокую степень тревоги по отношению к проверке знаний и до 30 % связывают это со страхом наказания и боязнью расстроить родителей.

Вторая причина тревоги – «трудности в обучении». Наиболее значительным фактором, вызывающим отрицательные эмоции у младших подростков, продолжает оставаться школьная жизнь. Тревогу часто испытывают не только двоечники, но и школьники, которые хорошо и даже отлично учатся, ответственно относятся к учебе, общественной жизни, школьной дисциплине. Однако это видимое благополучие достается им неоправданно большой ценой и чревато срывами, особенно при резком усложнении деятельности. У таких школьников отмечаются выраженные вегетативные реакции, неврозоподобные и психосоматические нарушения. Тревога в этих случаях часто порождается конфликтностью самооценки, наличием в ней противоречия между высокими притязаниями и достаточно сильной неуверенностью в себе.

Страх не соответствовать ожиданиям окружающих достигает 30–40 %, причем выражен сильнее у девочек, чем у мальчиков. Подобный конфликт, заставляя этих школьников постоянно добиваться успеха, одновременно мешает им правильно оценить его, порождая чувство постоянной неудовлетворенности, неустойчивости, напряженности. Это ведет к гипертрофии потребности в достижении, к тому, что следствием являются отмечаемые учителями и родителями перегрузка, перенапряжение, выража-



ющиеся в нарушениях внимания, снижении работоспособности, повышенной утомляемости.

И двоечники, и отличники 10–11 лет сильно ориентируются на то, как их отметки влияют на отношение к ним. Но если двоечников в первую очередь волнует отношение одноклассников, то отличников – отношение родителей и учителей. У тех, кто учится на «четверки» и «пятерки», уровень тревоги тоже достаточно высок, но он не зависит от отношения к ним окружающих. Наиболее эмоционально спокойными оказались троечники.

Возрастные особенности ни по одному из факторов тревожности у детей 10–11 лет не выявлены. Однако имеются достоверные половые различия: у девочек более выражена общая тревожность в школе, страх ситуаций проверки знаний, страх не соответствовать ожиданиям окружающих, низкая физиологическая сопротивляемость стрессу, у мальчиков более выражены переживание социального стресса и фрустрация в потребности достижения успеха.

Полученные данные имеют отношение к разработке теоретических проблем подростковой тревожности, вносят определенный вклад в изучение закономерностей психического и личностного развития мальчиков и девочек подросткового возраста. Они способствуют уточнению понимания феномена тревожности и ее проявления, понимания происхождения данного феномена, степени стабильности и факторов, вызывающих дифференциально-психологические различия в его проявлениях.

### **Вывод**

Дети не просто особый социальный слой. Их психическое здоровье – это понятие, включающее в себя нормальное эмоциональное, поведенческое и социальное самочувствие. Дети на начальном этапе пубертатного периода являются приоритетной группой. Это начало образованности и устойчивости к стрессам. Масштабы и уровень культуры здоровья детей материализуются в будущем в здоровье нации, в качество жизни народа, в новые технологии и безопасность социальной жизни, в авторитет страны в мире.

### **Библиографический список**

1. Аверин В. А. Психология личности. – М.: Издательство Михайлова, 2001. – 192 с.
2. Антропов Ю. Ф. Терапия психосоматических расстройств у детей. – М.: Триада-фарм, 2003. – 241 с.

3. Антропова М. В., Манке Г. Г., Параничева Т. М. и др. Факторы риска и состояние здоровья // Здравоохранение Российской Федерации. – 1997. – № 3. – С. 29–33.
4. Бабенкова Е. А., Васенин Г. А. Социально-педагогическое сопровождение деятельности школы по сохранению и укреплению здоровья обучающихся и воспитанников // Теория и практика социально-педагогической деятельности в современном социуме : Международная научно-практическая конференция. – М., 27–28 октября 2011 г. – С. 17–21.
5. Баранов А. А., Кучма Л. М., Сухарева Л. М. Оценка состояния здоровья детей. Новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образовательных учреждениях. Руководство для врачей. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 432 с.
6. Безруких М. М., Логинова Е. С. Возрастная динамика и особенности формирования психофизиологической структуры интеллекта у учащихся начальной школы с разной успешностью обучения // Физиология человека. – 2006. – Т. 32. – № 1. – С. 15–26.
7. Здоровые дети России в XXI веке // Г. Г. Онищенко, А. А. Баранов, Р. Кучма, Л. М. Сухарева и др. / под ред. акад. РАМН А. А. Баранова и проф. В. Р. Кучмы. – М. : Федеральный центр госсанэпиднадзора Минздрава России, 2000. – 159 с.
8. Научно-методические основы изучения адаптации детей и подростков к условиям жизнедеятельности : монография / под ред. В. Р. Кучмы и Л. М. Сухаревой. – М. : Изд-во Научного центра здоровья детей РАМН, 2006. – 238 с.
9. Нормативы физического развития, показателей психомоторных и когнитивных функций, умственной работоспособности, деятельности сердечно-сосудистой системы, адаптационного потенциала детей 8, 9, 10 лет : пособие для врачей. – М. : ГУ НИЦЗД РАМН, 2006.
10. Оценка нервно-психического здоровья и психофизиологического статуса детей и подростков при профилактических медицинских осмотрах : пособие для врачей. – М., 2005. – 137 с.
11. Оценка физического развития и состояния здоровья детей и подростков, изучение медико-социальных причин формирования отклонений в здоровье : метод. рекомендации ГК СЭН РФ № 01-19/31-17 от 17.03.96 г. – М. : ГК СЭН, 1996. – 55 с.
12. Параничева Т. М., Бабенкова Е. А., Тюрина Е. В. Возрастные и половые особенности психического здоровья детей 10–11 лет // Новые исследования : альманах. – М. : Вердана, 2013. – № 4. – С. 116–131.
13. Прихожан А. М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. – М., 2000. – С. 179.
14. Руководство по диагностике и профилактике школьно обусловленных заболеваний, оздоровлению детей в образовательных учреждениях / под ред. чл.-корр. РАМН, проф. В. Р. Кучмы и д.м.н. П. И. Храмова. – М. : Изд-во Научного центра здоровья детей РАМН, 2012. – 181 с.
15. Школа и психическое здоровье учащихся / под ред. С. М. Громбаха. – М. : Медицина, 1988. – 272 с.

## ИСТОРИЧЕСКИЙ ОПЫТ: ПРОБЛЕМА КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИИ<sup>1</sup>

О. Р. Тучина

Кубанский государственный технологический  
университет, г. Краснодар, Россия

**Summary.** In article the concepts «historical memory» and «historical experience» of a context of the historical and psychological direction of research are considered. The author proves a concept «historical experience», considered as direct experience by the person both a historical event, and a historical distance between past and present time.

**Keywords:** historical experience; historical memory; existential experience.

Несмотря на активные исследования феномена исторической памяти в современных гуманитарных науках, практически неизученным остается вопрос о функционировании исторической памяти на уровне индивидуального сознания. Как известно, один из основателей данного направления М. Хальбвакс рассматривал историческую память в двух ее проявлениях – коллективная и личная (индивидуальная) память [7]. М. Хальбвакс переносит рассмотрение феномена памяти в окружающий индивида социальный контекст: с одной стороны, воспоминания человека вписываются в рамки его личной жизни, с другой – он способен вести себя как член группы, вызывая в памяти воспоминания, затрагивающие его группу. Эти две памяти часто проникают друг в друга, но не смешиваются, поскольку развиваются по собственным законам. Индивидуальная может опереться на коллективную, когда необходимо уточнить какое-либо воспоминание. Если индивидуальные воспоминания попадают в коллективную память, они меняются и уже не являются сознанием личности.

В социологии историческую память обычно исследуют с помощью опросов о значимых событиях в истории страны, мира (А. И. Афанасьева, В. И. Меркушин, Ж. Т. Тощенко, В. Э. Бойков и другие), которые выступают как знаковые и дают ощущение целостности («мы это пережили»), что, в свою очередь, служит основой для социальной, культурной и этнической идентичности личности (Л. П. Репина, М. В. Соколова, М. Росс).

---

<sup>1</sup> Статья подготовлена при поддержке РГНФ, грант № 14-13-23009 а(р) «Исторический опыт в контексте самопонимания российской идентичности (на примере исследования представлений молодежи Кубани о Великой Отечественной войне)».

Среди исследований исторической памяти можно выделить работы, в которых индивидуальный исторический опыт анализируется в рамках автобиографической памяти (Р. Браун, Дж. Кулик, У. Найссер, М. Линтон). В отечественной психологии В. В. Нуркова в рамках исследования феномена исторической памяти рассматривает и эмпирически исследует функционирование исторического опыта в обыденной психической жизни людей [5]. По мнению исследователя, историческое знание оказывает влияние на «жизненный мир человека» (С. Л. Рубинштейн), когда преобразуется в личностный опыт субъекта и приобретает статус автобиографического факта, формируя позицию, в которой субъект является реципиентом исторических артефактов и нарратива, заставляющих переживать события прошлого, чувствовать свою сопричастность к ним.

В историко-психологическом направлении рассматривается историческая чувствительность личности, законы исторической индивидуализации (Е. Ю. Боброва), а также личность в культурном макровремени (В. А. Шкурагов). И. А. Трегубенко, рассматривая феномен исторической памяти в субъективной картине жизненного пути личности, определяет его как личностное образование, включающее исторические воспоминания, личностно значимые исторические события и целостный образ истории. Как показали эмпирические исследования автора, историческая память взаимосвязана с субъективным восприятием наполненности, осмысленности жизни, а также с жизненными ориентациями личности [6].

В нашем исследовании в качестве основного мы предлагаем концепт «исторический опыт», рассматриваемый как непосредственное переживание человеком как исторического события, так и исторической дистанции между прошлым и нынешним временем. Основа подобного опыта – эмоциональное переживание отчуждения от чего-то жизненно важного, чувство ностальгии по ушедшей подлинности в контексте неопределенного и неподлинного настоящего [1]. Подобный опыт позволяет увидеть и выявить то существенное в себе, что определяет собственную самоощущенность: обращаясь к значительности событий прошлого, которые сплошь и рядом превосходят наши собственные, мы становимся гораздо более современными людьми, чем были до обращения к прошлому. Эта особенность исторического опыта соединяет линейность истории как движение от прошлого к будущему, при котором прошлое – это то, чего уже нет, и вместе с тем ее цикличность как вечное возвращение того, что определяет человеческое в человеке и обществе.

В данном контексте представляется актуальным исследование процедур личностного осмысления исторического опыта, поскольку феномен исторического опыта, сопряженный с процедурами самопонимания, раскрывается как интерпретация своего личностного опыта в контексте исторического опыта группы [2]. Новизна предлагаемого подхода состоит в том, что феномен исторического опыта рассматривается в контексте экзистенциального опыта личности.

Экзистенциальный опыт определяется не просто как совокупность переживаний, но как их особая целостность, продукт обработки, которые каждый раз приводят к новому рубежу личностной зрелости и связанному с нею принятию сложностей судьбы [4]. Экзистенциальный опыт проходит различные ступени и формируется как на уровне бытия-становления, повседневности, живого опыта, так и на уровне ситуаций культуры (под влиянием, например, конкретных произведений или исторических событий), где в очищенном, артикулированном виде дан смысл реальных жизненных событий и переживаний. Структуру экзистенциального опыта исследователи рассматривают не столько как горизонтальное сопряжение его элементов, сколько как проекцию в будущее и прошлое. Анализируя особенности экзистенциального опыта, В. В. Знаков утверждает, что тот состоит из опыта не только своего, но и чужого, а также включает в себя не только отражение и порождение социокультурных ситуаций, но и проживание субъекта в них [3]. Поскольку феномен исторического опыта, сопряженный с процедурами самопонимания, раскрывается как интерпретация своего личностного опыта через опыт группы, нам представляется перспективным рассмотрение феномена исторического опыта в контексте экзистенциального опыта, что выводит исследование исторической памяти группы на собственно психологический уровень.

#### **Библиографический список**

1. Анкерсмит Ф. Возвышенный исторический опыт. – М. : Европа, 2007. – 612 с.
2. Аполлонов И. А. Проблема исторического опыта в контексте самопонимания национальной идентичности // Личность. Общество. Государство. Проблемы развития и взаимодействия. – Краснодар, 2012. – С. 22–25.
3. Знаков В. В. Непостижимое и таинственное в экзистенциальном опыте субъекта // Человек, субъект, личность в современной психологии : мат-лы Междунар. конф., посвященной 80-летию А. В. Брушлинского. Т. 1. – М. : Ин-т психологии РАН, 2013. – С. 394–398.
4. Касавина Н. А. «Собирание» экзистенциального опыта // Человек, субъект, личность в современной психологии : мат-лы Междунар. конф.,

- посвященной 80-летию А. В. Брушлинского. Т. 1. – М. : Ин-т психологии РАН, 2013. – С. 401–405.
5. Нуркова В. В. Роль автобиографической памяти в структуре идентичности личности // Мир психологии. – 2004. – № 2. – С. 77–87.
  6. Трегубенко И. А. Историческая память и субъективная картина жизненного пути личности // Научные труды. Вып. 23 / Ин-т им. И. Е. Репина. – 2012. – С. 105–126.
  7. Хальбвакс М. Коллективная и историческая память // Неприкосновенный запас. – 2005. – № 2–3.

## СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

И. В. Гурьянова

Магнитогорский государственный технический  
университет им. Г. И. Носова, г. Магнитогорск, Россия

**Summary.** This article focuses on health issues of older people, their adaptation to the age period and social contacts.

**Keywords:** old-aged; adaptation of older people; social environment; professional occupation; social comparison.

Средняя продолжительность жизни современного человека значительно выше, чем у его предков, и это означает, что пожилой и старческий возраст превращается в самостоятельный и достаточно продолжительный период жизни со своими социальными и психологическими особенностями. Эти демографические тенденции приводят к усилению роли пожилых и старых людей в общественной, политической, культурной жизни общества и делают необходимым анализ сущностных характеристик развития человека в этом периоде жизни.

В отечественной психологии проблемам людей пожилого возраста посвящены исследования Г. С. Абрамовой, В. С. Агеева, О. Н. Александровой, Б. Г. Ананьева, Л. И. Анцыферовой, М. В. Ермолаевой, Е. А. Климовой, О. В. Красновой, О. Н. Молчановой, М. В. Молоканова, К. А. Поливановой, Н. С. Пряжникова, Л. В. Сатиной, А. В. Толстых, М. А. Холодной и др.

Медико-социальным проблемам пожилых людей посвящены работы И. В. Баранской, Р. А. Галкина, И. А. Гехта, Г. П. Котельникова, П. П. Калиновского, Т. Н. Корольковой, Н. К. Корсаковой, М. И. Крикштопайтис, Б. Г. Луницина, И. Маккисан, С. Г. Максимовой, Г. М. Москалец, Н. В. Паниной, Ю. И. Полищук, Н. Н. Сачук, Е. А. Сигида, С. А. Титова и др.

Современные исследования показывают, что в последние десятилетия процесс старения замедляется. Человек 55–60 лет может совершенно не ощущать себя старым и по социальным функциям может находиться в когорте взрослых – зрелых людей. И само старение внутри указанных фаз не является однородным: кто-то устает от жизни уже к 50 годам, а кто-то и в 70 может быть полным сил и жизненных планов [3].

Существуют определенные социально-психологические доминанты, которые определяют психологическое и социальное здоровье людей пожилого возраста. Первое место, с нашей точки зрения, занимает тип адаптации, к которому прибегает пожилой человек. Типы адаптации к старости, на наш взгляд, наиболее полно описаны британским психологом Д. Бромлей. Он выделяет пять таких типов:

1. Конструктивная установка, когда человек внутренне уравновешен, спокоен, удовлетворен эмоциональными контактами с окружающими, критичен в отношении самого себя, терпим в общении с другими. Он принимает старость как факт, завершающий его профессиональную карьеру, оптимистически относится к жизни, рассматривает смерть как естественное явление. Жизненный баланс такого человека вполне положителен, он с доверием рассчитывает на помощь окружающих.

2. Установка зависимости присуща индивидам, проявляющим пассивность и склонным к зависимости от других; люди этой категории не имеют высоких жизненных стремлений и легко оставляют профессиональное занятие. Семейная среда обеспечивает им чувство безопасности, дает ощущение внутренней свободы, поэтому они не страдают от эмоциональной неуравновешенности и различных стрессов.

3. Защитная установка характерна для самодостаточных людей, обладающих «психологической броней», поглощенных профессиональной деятельностью; они разделяют общепринятые взгляды и установки, не любят говорить о своих проблемах. Внешняя сторона жизни значит для них больше, чем внутренние переживания. Они подвержены страху смерти и маскируют свою беспомощность перед этим фактом усилением внешней деятельности.

4. Установка враждебности присуща «разгневанным старикам», которые агрессивны, мнительны, вспыльчивы и имеют обыкновение предъявлять массу претензий к своему окружению – близким, друзьям, обществу в целом. Они не реалистичны в своем восприятии старости, не могут смириться с неизбежными

возрастными издержками, завидуют молодым, бунтуют против смерти и страшатся ее.

5. Та же установка враждебности, но направленная на самого себя, характерна, как правило, для лиц с отрицательным жизненным балансом, которые избегают воспоминаний о прошлых неудачах и трудностях; они не восстают против своей старости, напротив, пассивно воспринимают удары судьбы. Неудовлетворенная потребность в любви и сочувствии является поводом для депрессии и жалости к себе: смерть рассматривается как освобождение от страданий [7, с. 127].

В зависимости от того, к конструктивной или деструктивной установке прибегает личность, будет зависеть самочувствие и мировосприятие человека.

Следующий момент, на который стоит обратить внимание, – это трудовая деятельность. Она влияет на работу психических функций в старости, так как приводит к сенсбилизации включенных в нее функций и тем самым способствует их сохранности. Работающий пожилой человек чувствует себя более уверенно, т. к. свою профессиональную деятельность он рассматривает как некое превосходство над неработающим ровесником [1].

Хотя старение – неизбежный биологический факт, тем не менее социально-культурная среда, в которой оно происходит, оказывает на него свое влияние. Душевное здоровье современного человека в любой фазе жизни во многом определяется его вовлеченностью в общение [4].

Чем старше становится человек, тем больше в силу объективных причин сужаются его социальные связи, и снижается социальная активность. Это обусловлено, во-первых, прекращением обязательной профессиональной деятельности, естественным образом влекущей за собой установление и обновление системы социальных связей и обязательств; очень немногие старики продолжают активно участвовать в деловой жизни (как правило, это те, кто избегают зависимости и ценят уверенность в собственных силах и самостоятельность).

Во-вторых, постепенно «вымывается» его возрастная когорта, и многие близкие ему люди и друзья умирают, или возникают трудности в поддержании отношений (в связи с переездом друзей к детям или другим родственникам) – «иных уж нет, а те далеке». В ряде работ по проблемам старения отмечается, что принципиально любой человек старится в одиночку, так как в силу преклонного возраста он постепенно отдаляется от других людей.



Пожилые люди очень зависят от побочных линий родства и косвенных отношений, стараясь поддерживать их в отсутствие других родственников. Интересным фактом является то, что многие пожилые люди не хотят, чтобы им напоминали о старости, и не любят из-за этого общаться со сверстниками (особенно с теми, кто жалуется на старость и на болезни). Они предпочитают общество более молодых людей, обычно – представителей следующего за ними поколения (в то же время они часто обнаруживают социальную установку, что молодые презирают стариков, что старикам нет места ни в других возрастных когортах, ни в обществе в целом).

Отсутствие контактов с обществом способно вызвать у стариков эмоциональные изменения: упадок духа, пессимизм, обеспокоенность и страх перед будущим. Пожилых людей почти всегда в явном или неявном виде сопровождает мысль о смерти, особенно в случаях утраты близких и знакомых. К сожалению, в пожилом возрасте каждый десятый переживает чувство утраты, а найти кого-то другого на место ушедших близких людей, из молодого поколения, бывает сложно. В этом смысле в более выгодном положении находятся не европейские, а азиатские культуры, например Китая или Японии, которые не вынуждают поколения шагать плотными однородными возрастными шеренгами, а позволяют им сливаться друг с другом, обмениваться опытом. В этих культурах старикам отводится роль патриархов, старейшин, что позволяет дольше сохранять вовлеченность в социальные связи.

В-третьих, старый человек быстрее устает от напряженных социальных контактов, многие из которых ему не кажутся значимыми, и сам ограничивает их. Пожилему человеку чаще хочется побыть одному, «отдохнуть от людей». Круг общения пожилого человека чаще всего бывает ограничен ближайшими родственниками, знакомыми и немногими близко живущими друзьями [6, с. 93].

На социальные связи пожилых людей влияет широкий круг факторов. Так, известно, что люди старше 60 лет часто жалуются на здоровье и возраст, хотя не выглядят ни больными, ни старыми. Важным фактором, влияющим на самочувствие пожилых людей, является супружество. Смерть одного из супругов обычно тяжело травмирует другого. Нередко после этого человек отказывается вести собственное хозяйство. Он попадает в зависимость от своих родных и близких, претерпевает серьезные личностные изменения.

Е. И. Холостова отмечает, что такие явления наблюдаются либо после потери близкого человека, либо в ситуации старения в одиночестве, т. е. одинокие пожилые люди чаще ощущают себя

большими. Факторами, способствующими тому, что человек начинает «чувствовать свой возраст», переживать отчаяние и депрессию, становятся в этом случае следующие процессы: переживание горя и соблюдение траура; необходимость искать новых людей, которые примут человека в свой круг и заполнят образовавшийся вакуум; необходимость учиться решать многие проблемы самому и т. д. Наоборот, человек менее остро переживает одиночество, если он ощущает комфортность и стабильность существования, счастлив в домашней обстановке, удовлетворен своими материальными условиями и местом жительства. Если у него есть потенциальные возможности осуществлять по собственному желанию контакты с другими людьми, если он вовлечен в какие-то ежедневные, пусть и необязательные, виды деятельности, если он ориентирован на элементарные, но обязательно долгосрочные проекты (ждет правнука, покупки автомобиля или защиты диссертации сына, урожая от посаженной яблони и т. д.) [5, с. 141].

На протяжении поздней зрелости организм претерпевает ряд изменений, которые затрагивают внешность, органы чувств, подвижность и внутренние органы. Решающую роль в адаптации пожилых людей к различным возрастным изменениям и болезням играет социальное сравнение. Пользуясь механизмом социального сравнения, старики сравнивают свое положение с положением таких же пожилых людей и, в зависимости от результата, модифицируют свои цели. Неудивительно, что пожилые женщины, имеющие проблемы со здоровьем, часто прибегают к социальному сравнению. Чем позитивнее сравнения, тем лучше душевное здоровье женщины, – даже при наличии серьезных медицинских проблем. Интересно, что на женщин с наиболее слабым здоровьем социальное сравнение влияет сильнее всего, и они достигают уровня психической адаптации, сопоставимого с таковым у здоровых женщин [2].

Анализируя жизнь человека в поздние годы, нужно четко различать его физическое и личностно-психологическое старение. Теряя физические силы, индивид может сохранить способность прогрессивно развиваться как личность. Одним из основных признаков старения является гиперболизированная адаптация субъекта к выработанным им приемам решения жизненных проблем, стратегиям поведения в социальных ситуациях и определенному образу жизни. Очутившись в новых социально-исторических условиях, такая личность не может заново осмыслить свой путь, дать новую интерпретацию событиям собственной жизни.

Таким образом, старость – это заключительный период онтогенеза, который условно начинается после 60 лет, и для некоторых он может продлиться еще 20–30 лет. Этот период получается длительным как по временным, так и по событийным параметрам. Проживет ли человек его в гармонии с собой и миром, добавит ли этот период не только лет к жизни, но и жизни к годам, зависит от стратегии адаптации к старости, продолжения профессиональной деятельности, социального окружения, а также самовосприятия и самоотношения.

#### **Библиографический список**

1. Краснова О. В., Лидерс А. Г. Социальная психология старения. – М. : Академия, 2002. – 288 с.
2. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика : справочник практического психолога. – М. : Эксмо, 2004. – 554 с.
3. Сигида Е. А. Проблемы геронтологии: социально-медицинский аспект // Проблемы геронтологии в современной России : мат-лы науч.-практ. конф. / под. ред. П. Д. Павленка, В. Н. Шабалина. – М. : ГАСБУ, РНИИ геронтологии, 1999. – С. 37–42.
4. Холл У. Дж. Новое в геронтологии : обзор // Международный журнал медицинской практики. – 2000. – № 5. – С. 37–44.
5. Холостова Е. И. Пожилой человек в обществе. – М. : СТИ, 2000. – 236 с.
6. Чеботарев Д. Ф. Геронтология и гериатрия. – М. : Знание, 2004. – 117 с.
7. Bromley D. B. The Psychology of Human Ageing. – London, 1996. – 201 с.

### **ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА В УСЛОВИЯХ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ГОРОДА ВОЛГОГРАДА**

**С. Ю. Трофименко**  
**Волгоградский государственный медицинский  
университет, г. Волгоград, Россия**

**Summary.** This article deals with the problem of providing care for the elderly. Age features of the elderly requires special conditions of modern society to provide them medical services. At the present stage geriatric care organization in the Republic of Kazakhstan requires a fundamental transformation.

**Keywords:** elderly; health care; geriatric care.

Одна из важнейших социально-медицинских проблем в современной России – медикаментозное самолечение населения. Процесс медикализации населения, новые медицинские технологии, новые лекарственные препараты, изменения

в организации приема и в доступности медицинской помощи в поликлинических учреждениях, включенных в систему обязательного медицинского страхования (нормирование работы участковых врачей за 4 часа приема – 16 человек), изменения ролевого статуса не только врача-терапевта, но и самого пациента – всё это способствует возникновению кризиса доверия между врачом и больным. Вследствие этого резко снижается комплаентность пациентов.

Особенную актуальность данная проблема приобретает в связи с тем, что постепенно традиционная модель лечебного процесса уходит в прошлое. В этой «исторической» модели доминирует патерналистская направленность, согласно которой врач занимает активную позицию, а пациент – пассивную, зависимую. Альтернативой этой модели является разрабатываемая в России и отстаиваемая за рубежом сегодня модель ДМ-ориентированного взаимодействия врача и пациента.

Основными причинами появления ДМ – доказательной медицины – стали нехватка средств и безудержный рост расходов на здравоохранение, когда среди многочисленных медицинских вмешательств возникла необходимость выбирать обладающие наибольшей эффективностью, переносимостью и безопасностью [1, с. 6]. Но прежде чем внедрять концепцию и методологию ДМ в модель отечественного здравоохранения, необходимо выяснить, а какие особенности взаимоотношений «врач – пациент» характерны для медико-социальной реальности в России.

Изучению взаимоотношений «врач – пациент» посвящено значительное количество работ, анализ которых обнаруживает несколько аспектов. Для нашего исследования интерес представляет особая группа – это труды, которые изучают нормы, реализуемые в процессе общения врача с больным. Прежде всего это исследования по проблеме медицинской этики. Система «врач – пациент» в этом случае рассматривается как определенная культурная общность, в которой большая роль отводится выполнению социально одобряемых норм поведения (уважительное отношение к больному, доброжелательность и пр.) [2, с. 38].

Целью нашего исследования стало выявление ведущих тенденций в развитии взаимоотношений «врач – пациент» в условиях лечебно-профилактических учреждений города Волгограда. В качестве основного метода было избрано анонимное анкетирование врачей и пациентов городских поликлиник,

дополненное целенаправленными наблюдениями. Социологическим опросом в 2013 году было охвачено 104 пациента и 32 врача-терапевта первичного звена. В центре исследовательского внимания находились врачи-терапевты и их пациенты, что позволило сравнивать ответы на однотипные вопросы. Анкета содержала 12 вопросов и состояла из нескольких тематических разделов.

В дальнейшем с целью уточнения результатов анкетирования проводились беседы как с отдельными пациентами, так и с врачами-терапевтами. На основе полученных данных нами было сформировано представление о реальных типах взаимоотношений в системе «врач – пациент». В результате проделанной работы были сделаны следующие выводы.

1. Статус пациента для большинства больных людей в возрасте от 50 лет и старше (60 % от всех пациентов) ассоциируется с принятием патерналистской модели взаимоотношений с лечащим врачом. Пациенты данной возрастной группы, как правило, имеют хронические заболевания, врач для них – это признанный авторитет: «врач лучше знает». В анкетах они отметили, что примерно раз в месяц они приобретают лекарственные препараты без назначения врача, посещая при этом поликлинику несколько раз в год. В рекомендации лечащего врача такие больные вносят свои поправки в тех случаях, если нет улучшения самочувствия или стоимость лекарства оказывается высокой. На заключительный вопрос анкеты: «Известен ли Вам термин доказательная медицина?» – 60 % ответили «нет».

Для возрастной категории пациентов в возрасте от 30 до 50 лет (30 % от общего количества респондентов) характерна коллегиальная модель взаимоотношений. Для них врач – это коллега, помогающий выздороветь. При этом такие пациенты обращаются к врачу-терапевту примерно 1–2 раза в год, бросают выполнять рекомендации врача как только становится легче, при этом сами приобретают лекарственные препараты несколько раз в год. На заключительный вопрос анкеты: «Известен ли Вам термин доказательная медицина?» – 28 % ответили «нет», а 2 % «да».

Для возрастной категории пациентов в возрасте от 18 до 30 лет (10 % от общего количества респондентов) характерна «смешанная» модель взаимоотношений. Для них врач – это и «посредник между ними и болезнью», и коллега, помогающий выздороветь. При этом такие пациенты обращаются

к врачу-терапевту примерно 1 раз в год, стараются выполнять рекомендации лечащего врача до окончания курса лечения, при этом сами приобретают лекарственные препараты без назначения врача примерно раз в год по рекомендации друга, соседа. Молодежи термин «доказательная медицина» известен более: 6 % ответили «нет», а 4 % «да».

2. Практически все врачи-терапевты ответили, что для них пациент – это «больной человек, нуждающийся в помощи». 80 % респондентов – это врачи, имеющие стаж более 5 лет, хорошо знающие пациентов со своего участка. Поэтому в ходе беседы многие врачи отмечали, что информация, идущая от них, у пациентов проходит фильтр «доверие – недоверие». И что для доверия необходима врачебная ориентация не столько на функционально-ролевой тип взаимоотношений с пациентом, сколько на личностный. 50 % терапевтов отметили, что врач сегодня не является единственным источником информации, поэтому необходимо процесс воздействия на пациента замещать взаимодействием. Анализ анкет врачей показал, что в повседневной работе применяются три стратегии взаимоотношений с пациентами в смешанном стиле: патерналистская, коллегиальная и техницистская. На вопрос анкеты: «Известен ли Вам термин доказательная медицина?» 32 врача ответили «да». Но вот отношение к доказательной медицине у практикующих врачей неоднозначное: 50 % относятся положительно, 40 % – нейтрально, а 10 % – отрицательно. В ходе беседы с врачами, которые относятся отрицательно к доказательной медицине, мы узнали, что они считают возможным «в отечественном здравоохранении, учитывая зарубежный опыт, развивать собственную методологию научных исследований, опираясь на историческое и культурное наследие России, а не слепо копировать разработки Запада и Америки».

Итак, взаимоотношение «врач – пациент» в городских поликлиниках представляет собой социально-нормативные формы взаимодействия медицинского персонала с больными. Цели, содержание, нравственно-психологический уровень его осуществления и ценностные отношения для врача выступают как социально заданные. Однако, поскольку общение происходит непосредственно, лицом к лицу, то оно приобретает для участников личностное измерение. Таким образом, социально-медицинская значимость взаимоотношений врача и пациента сегодня возрастает особенно в связи с необходимостью

рационализации применения лекарственных препаратов для лечения пациентов и возрождением превентивных мер в условиях лечебно-профилактических учреждений.

#### **Библиографический список**

1. Петров В. И., Недогода С. В. Медицина, основанная на доказательствах. – М., 2009. – С. 6.
2. Седова Н. Н. Биоэтика. Курс лекций для студентов и аспирантов медицинских вузов. – Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2011. – С. 38.

**План международных конференций, проводимых вузами России, Азербайджана, Армении, Белоруссии, Болгарии, Ирана, Казахстана, Польши, Узбекистана, Украины и Чехии на базе НИЦ «Социосфера» в 2014 году**

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

1–2 июня 2014 г.

**IV международная научно-практическая конференция «Социально-экономические проблемы современного общества» (К-06.01.14)**

3–4 июня 2014 г.

**II международная научно-практическая конференция «Теоретические и прикладные вопросы специальной педагогики и психологии» (К-06.03.14)**

5–6 июня 2014 г.

**IV международная научно-практическая конференция «Права и свободы человека: проблемы реализации, обеспечения и защиты» (К-06.05.14)**

7–8 июня 2014 г.

**II международная научно-практическая конференция «Социогуманитарные и медицинские аспекты развития современной семьи» (К-06.07.14)**

11–12 июня 2014 г.

**Международная научно-практическая конференция «Социально-политические взгляды прошлого и настоящего» (К-06.11.14)**

13–14 июня 2014 г.

**Международная научно-практическая конференция «Труд и человеческий капитал в современной экономике: теория и практика» (К-06.13.14)**

10–11 сентября 2014 г.

**V международная научно-практическая конференция «Проблемы современного образования» (К-09.10.14)**



15–16 сентября 2014 г.

**IV международная научно-практическая конференция «Новые подходы в экономике и управлении» (К-09.15.14)**

17–18 сентября 2014 г.

**Международная научно-практическая конференция «Современные философские парадигмы: взаимодействие традиций и инновационные подходы» (К-09.17.14)**

20–21 сентября 2014 г.

**IV международная научно-практическая конференция «Традиционная и современная культура: история, актуальное положение, перспективы» (К-09.20.14)**

25–26 сентября 2014 г.

**II международная научно-практическая конференция «Проблемы становления профессионала» (К-09. 25.14)**

28–29 сентября 2014 г.

**II международная научно-практическая конференция «Этнокультурная идентичность как стратегический ресурс самосознания общества в условиях глобализации» (К-09.28.14)**

1–2 октября 2014 г.

**IV международная научно-практическая конференция «Иностранный язык в системе среднего и высшего образования» (К-10.01.14)**

5–6 октября 2014 г.

**V международная научно-практическая конференция «Семья в контексте педагогических, психологических и социологических исследований» (К-10.05.14)**

10–11 октября 2014 г.

**Международная научно-практическая конференция «Актуальные проблемы связей с общественностью» (К-10.10.14)**

12–13 октября 2014 г.

**Международная научно-практическая конференция «Информатизация высшего образования: современное состояние и перспективы развития» (К-10.12.14)**

13–14 октября 2014 г.

**Международная научно-практическая конференция «Цели, задачи и ценности воспитания в современных условиях» (К-10.13.14)**

15–16 октября 2014 г.

**IV международная научно-практическая конференция «Личность, общество, государство, право. Проблемы соотношения и взаимодействия» (К-10.15.14)**

20–21 октября 2014 г.

**II международная научно-практическая конференция «Трансформация духовно-нравственных процессов в современном обществе» (К-10.20.14)**

25–26 октября 2014 г.

**IV международная научно-практическая конференция «Социально-экономическое, социально-политическое и социокультурное развитие регионов» (К-10.25.14)**

28–29 октября 2014 г.

**II международная научно-практическая конференция «Социализация и воспитание подростков и молодежи в институтах общего и профессионального образования: теория и практика, содержание и технологии» (К-10.28.14)**

1–2 ноября 2014 г.

**IV международная научно-практическая конференция «Религия – наука – общество: проблемы и перспективы взаимодействия» (К-11.01.14)**

3–4 ноября 2014 г.

**II международная научно-практическая конференция «Профессионализм учителя в информационном обществе: проблемы формирования и совершенствования» (К-11.03.14)**

5–6 ноября 2014 г.

**II международная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы социальных исследований и социальной работы» (К-11.05.14)**

10–11 ноября 2014 г.

III международная научно-практическая конференция **«Дошкольное образование в стране и мире: исторический опыт, состояние и перспективы»** (К-11.10.14)

15–16 ноября 2014 г.

II международная научно-практическая конференция **«Проблемы развития личности»** (К-11.15.14)

20–21 ноября 2014 г.

IV международная научно-практическая конференция **«Подготовка конкурентоспособного специалиста как цель современного образования»** (К-11.20.14)

25–26 ноября 2014 г.

III международная научно-практическая конференция **«История, языки и культуры славянских народов: от истоков к грядущему»** (К-11.25.14)

1–2 декабря 2014 г.

IV международная научно-практическая конференция **«Практика коммуникативного поведения в социально-гуманитарных исследованиях»** (К-12.01.14)

3–4 декабря 2014 г.

Международная научно-практическая конференция **«Проблемы и перспективы развития экономики и управления»** (К-12.03.14)

5–6 декабря 2014 г.

III международная научно-практическая конференция **«Актуальные вопросы теории и практики лингвострановедческой лексикографии»** (К-12.05.14)

7–8 декабря 2014 г.

Международная научно-практическая конференция **«Безопасность человека и общества»** (К-12.07.14)

**Plan of the international conferences organized by  
Universities of Russia, Armenia, Azerbaijan, Belarus,  
Bulgaria, Iran, Kazakhstan, Poland, Uzbekistan,  
Ukraine and Czech Republic on the basis of the SPC  
«Sociosphere» in 2014**

All Conference Proceedings will be published in the Czech publishing house  
**Vědecko vydavatelské centrum «Sociosféra-CZ»** (Prague)

June 1–2, 2014.

III international scientific conference «**Social and economic problems of modern society**» (K-06.01.14)

June 3–4, 2014.

II international scientific conference «**Theoretical and practical questions of special pedagogics and psychology**» (K-06.03.14)

June 5–6, 2014.

IV international scientific conference «**Rights and freedoms of people: problems of realization, providing and protection**» (K-06.05.14)

June 7–8, 2014.

II international scientific conference «**Socio-humanitarian and medical aspects of development of a modern family**» (K-06.07.14)

June 11–12, 2014.

International scientific conference «**Socio-political views of the past and the present**» (K-06.11.14)

June 13–14, 2014

International scientific conference «**Labour and human capital in the modern economy: theory and practice**» (K-06.13.14)

September 10–11, 2014.

V international scientific conference «**Problems of modern education**» (K-09.10.14)

September 15–16, 2014.

IV international scientific conference «**New approaches in economy and management**» (K-09.15.14)

September 17–18, 2014

International scientific conference «**Modern philosophical paradigms: the interaction of traditions and innovative approaches**» (K-09.17.14)

September 20–21, 2014.

IV international scientific conference «**Traditional and modern culture: history, actual situation, prospects**» (K-09.20.14)

September 25–26, 2014.

II international scientific conference «**Problems of formation of a professional**» (K-09. 25.14)

September 28–29, 2014.

II international scientific conference «**Ethnocultural identity as a strategic resource of consciousness of society in the conditions of globalization**» (K-09.28.14)

October 1–2, 2014.

IV international scientific conference «**Foreign language in the system of secondary and higher education**» (K-10.01.14)

October 5–6, 2014

V international scientific conference «**Family in a context of pedagogical, psychological and sociological researches**» (K-10.05.14)

October 10-11, 2014.

International scientific conference «**Actual problems of Public Relations**» (K-10.10.14)

October 12–13, 2014.

International scientific conference «**Informatization of higher education: current situation and development prospects**» (K-10.12.14)

October 13–14, 2014.

International scientific conference «**Purposes, tasks and values of education in modern conditions**» (K-10.13.14)

October 15–16, 2014.

IV international scientific conference «**Personality, society, state, law. Problems of correlation and interaction**» (K-10.15.14)

October 20–21, 2014.

II international scientific conference «**Transformation of spiritual and moral processes in modern society**» (K-10.20.14)

October 25–26, 2014.

IV international scientific conference «**Socio-economic, sociopolitical and sociocultural development of regions**» (K-10.25.14)

October 28–29, 2014.

II international scientific conference «**Socialization and education of teenagers and youth in institutes of the general and professional education: theory and practice, contents and technologies**» (K-10.28.14)

November 1–2, 2014.

IV international scientific conference «**Religion – science – society: problems and prospects of interaction**» (K-11.01.14)

November 3–4, 2014.

II international scientific conference «**Professionalism of a teacher in the information society: formation and problems of improvement**» (K-11.03.14)

November 5–6, 2014.

II international scientific conference «**Current issues of social researches and social work**» (K-11.05.14)

November 10–11, 2014.

III international scientific conference «**Preschool education in a country and the world: historical experience, state and prospects**» (K-11.10.14)

November 15–16, 2014.

II international scientific conference «**Problems of development of a personality**» (K-11.15.14)

November 20–21, 2014.

IV international scientific conference «**Preparing a competitive specialist as a purpose of modern education**» (K-11.20.14)

November 25–26, 2014.

III international scientific conference «**History, languages and cultures of the Slavic peoples: from origins to the future**» (K-11.25.14)

December 1–2, 2014.

IV international scientific conference «**Practice of communicative behavior in social and humanitarian researches**» (K-12.01.14)

December 3–4, 2014.

II international scientific conference «**Problems and prospects of development of economy and management**» (K-12.03.14)

December 5–6, 2014.

III international scientific conference «**Current issues of the theory and practice of lingvo cross-cultural lexicography**» (K-12.05.14)

December 7–8, 2014.

International scientific conference «**Safety of a person and society**» (K-12.07.14)

## **ИНФОРМАЦИЯ О ЖУРНАЛАХ «СОЦИОСФЕРА» И «PARADIGMATA POZNÁNÍ»**

Научно-методический и теоретический журнал «Социосфера» (ISSN 2078-7081) публикует научные статьи и методические разработки занятий и дополнительных мероприятий по социально-гуманитарным дисциплинам для профессиональной и общеобразовательной школы. Тематика журнала охватывает широкий спектр проблем. Принимаются материалы по философии, социологии, истории, культурологии, искусствоведению, филологии, психологии, педагогике, праву, экономике и другим социально-гуманитарным направлениям.

Журнал приглашает к сотрудничеству российских и зарубежных авторов и принимает для опубликования материалы на русском и английском языках. Полнотекстовые версии всех номеров журнала размещаются на сайте НИЦ «Социосфера», а также на сайтах Электронной научной библиотеки и Directory of open access journals.

Содержание журнала включает следующие разделы:

- Наука.
- В помощь преподавателю.
- В помощь учителю.
- В помощь соискателю.

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

Статьи принимаются до 20 февраля, 20 мая, 20 августа и 20 декабря, соответственно. Оплата должна быть произведена только после принятия статьи к публикации до 1 марта, 1 июня, 1 сентября и 1 декабря, соответственно для каждого номера.

**Главный редактор – Б. А. Дорошин**, кандидат исторических наук, доцент.

### *Редакционная коллегия*

**Дорошина Илона Геннадьевна**, кандидат психологических наук, доцент (ответственный за выпуск), **Антипов Михаил Александрович**, кандидат философских наук, доцент, **Белолипецкий Владимир Викторович**, кандидат исторических наук, доцент, **Ефимова Диана Валерьевна**, кандидат психологических наук, доцент, **Саратовцева Надежда Валентиновна**, кандидат педагогических наук, доцент.



### *Международный редакционный совет*

**Арабаджийски Николай**, PhD., профессор (экономика – София, Болгария), **Берберян Ася Суреновна**, доктор психологических наук, профессор (Ереван, Армения), **Большакова Алла Юрьевна**, доктор филологических наук, (Москва, Россия), **Волков Сергей Николаевич**, доктор философских наук, профессор (Пенза, Россия), **Голандам Араш Карим**, доцент (филология – Решт, Иран), **Исламов Захиджан Махмудович**, доктор филологических наук, профессор (Ташкент, Узбекистан), **Каппарова Ева**, PhD. (социология – Прага, Чехия), **Кондрашин Виктор Викторович**, доктор исторических наук, профессор (Пенза, Россия), **Кушаев Умиджон Рахимович**, PhD. (философия – Ташкент, Узбекистан), **Минияров Валерий Максимович**, доктор педагогических наук, профессор (Самара, Россия), **Насимов Мурат Орленбаевич**, кандидат политических наук, (г. Кызылорда, Казахстан), **Сапик Мирослав**, PhD., доцент (философия – Колин, Чехия), **Танцошова Джудита**, PhD. профессор (экономика – Братислава, Словакия), **Христова Наталия Цветанова**, PhD., профессор (история – София, Болгария), **Хрусталькова Наталья Александровна**, доктор педагогических наук, профессор (Пенза, Россия), **Цибак Любош**, PhD., MBA (экономика – Братислава, Словакия).

Чешский научный журнал **Paradigmata poznání** (Парадигмы познания) (ISSN 2336-2642) публикует научные статьи, теоретические обзоры и результаты эмпирических исследований, отзывы на книги, статьи, диссертации, рецензии, отчеты о научных мероприятиях по социально-гуманитарным, техническим и естественно-научным дисциплинам. Тематика журнала охватывает широкий спектр проблем. Статьи рассматриваются редакционной коллегией и могут быть отклонены. Статьи проверяются на отсутствие плагиата.

Журнал приглашает к сотрудничеству российских и зарубежных авторов и принимает для опубликования материалы на чешском, английском и русском языках. Полнотекстовые версии всех номеров журнала размещают на сайте НИЦ «Социосфера» <http://sociosphera.com>, а также на сайте Электронной научной библиотеки по адресу <http://elibrary.ru>, что обеспечит нашим авторам возможность повисить свой индекс цитирования.

Содержание журнала включает следующие разделы:

- Теория и анализ.
- Эмпирические и прикладные исследования.
- Обзоры, рецензии и отзывы.
- Научная жизнь.

Периодичность выпуска – 4 номера в год (февраль, май, август, ноябрь).

**Главный редактор – Дорошина Илона Геннадьевна**, кандидат психологических наук, доцент, заместитель главного редактора – **Кушаев Умиджон Рахимович**, кандидат философских наук.

*Международная редакционная коллегия*

**Абдуллаев Равшан Вахидович**, доктор экономических наук, профессор (Ташкент, Узбекистан), **Бойцов Виктор**, DrSc., профессор (информационные системы – Рига, Латвия), **Бушина Филип**, PhD., MBA (экономика – Колин, Чехия), **Вернигора Александр Николаевич**, кандидат биологических наук, доцент (Пенза, Россия), **Девярых Сергей Юрьевич**, доктор психологических наук, доцент (Витебск, Беларусь), **Замаровский Петер**, RNDr. (естественные науки – Прага, Чехия), **Ивановска Божена**, PhD. (социология – Варшава, Польша), **Кашпарова Ева**, PhD. (социология – Прага, Чехия), **Крейчова Ленка**, PhD. (психология – Прага, Чехия), **Кобец Петр Николаевич**, доктор юридических наук, профессор (Москва, Россия), **Коротаев Андрей Витальевич**, доктор исторических наук, профессор (Москва, Россия), **Кэмп Марианне**, PhD., доцент, (история – Вайоминг, США), **Лидяк Ян**, PhD., профессор (международные отношения – Колин, Чехия), **Митюков Николай Витальевич**, доктор технических наук, профессор (Ижевск, Россия), **Сапик Мирослав**, PhD., доцент (философия – Колин, Чехия), **Сигмунд Томаш**, PhD. (философия – Прага, Чехия), **Сзуше Мария**, PhD. (история – Иври-сюр-Сен, Франция), **Танцошова Джудита**, PhD., профессор (экономика – Братислава, Словакия), **Хаджкова Ванда**, DrPaed., доцент (педагогика – Прага, Чехия), **Хайруллина Нурсафа Гафуровна**, доктор социологических наук, профессор (Тюмень, Россия).

## **Требования к оформлению материалов, отправляемых в журналы «Социосфера» и «Paradigmata poznání»**

Материалы представляются в электронном виде на e-mail [sociosphere@yandex.ru](mailto:sociosphere@yandex.ru). Каждая статья должна иметь УДК (см. [www.vak-journal.ru/spravochnikudc/](http://www.vak-journal.ru/spravochnikudc/); [www.jssc.ru/informat/grnti/index.shtml](http://www.jssc.ru/informat/grnti/index.shtml)). Формат страницы А4 (210×297 мм). Поля: верхнее, нижнее и правое – 2 см, левое – 3 см; интервал полуторный; отступ – 1,25; размер (кегель) – 14; тип – Times New Roman, стиль – Обычный. Название печатается прописными буквами, шрифт жирный, выравнивание по центру. На второй строчке печатаются инициалы и фамилия автора(ов), выравнивание по центру. На третьей строчке – полное название организации, город, страна, выравнивание по центру. В статьях методического характера следует указать дисциплину и специальность учащихся, для которых эти материалы разработаны. После пропущенной строки печатается название на английском языке. На следующей строке фамилия авторов на английском. Далее название организации, город и страна на английском языке. После пропущенной строки следует аннотация (3–4 предложения) и ключевые слова на английском языке. После пропущенной строки печатается текст статьи. Графики, рисунки, таблицы вставляются, как внедренный объект должны входить в общий объем тезисов. Номера библиографических ссылок в тексте даются в квадратных скобках, а их список – в конце текста со сплошной нумерацией. Ссылки расставляются вручную. Объем представляемого к публикации материала (сообщения, статьи) может составлять 4–25 страниц. Заявка располагается после текста статьи и не учитывается при подсчете объема публикации.

Имя файла, отправляемого по e-mail,  
для журнала «Социосфера»

соответствует фамилии и инициалам первого автора, например: **Петров ИВ** или **German P**. Оплаченная квитанция присылается в отсканированном виде и должна называться, соответственно **Петров ИВ квитанция** или **German P receipt**.

для журнала «Paradigmata poznání»

файл со статьей – **PP-Петров ИВ** или **PP-German P**, квитанция – **PP-Петров ИВ квитанция** или **PP-German P receipt**.

Материалы должны быть подготовлены в текстовом редакторе Microsoft Word, тщательно выверены и отредактированы.

Стоимость публикации в журналах составляет **200** рублей за 1 страницу («Социосфера») или **250** рублей за 1 страницу

(«Paradigmata poznání»). Выпущенная в свет статья предусматривает выдачу одного авторского экземпляра. Дополнительные экземпляры (в случае соавторства) могут быть выкуплены в необходимом количестве из расчета 200 руб. («Социосфера») или 250 рублей («Paradigmata poznání») за один экземпляр.

### **INFORMATION ABOUT THE JOURNALS «SOCIOSPHERE» AND «PARADIGMATA POZNÁNÍ»**

Methodological and theoretical journal «Sociosphere» publishes scientific articles and methodological books for lessons and complementary activities at social-humanitarian disciplines for professional and comprehensive schools. Themes of journal cover a wide range of problems. Materials about philosophy, sociology, history, culturology, study of art, philology, psychology, pedagogy, law, economics and other social-humanitarian areas are accepted.

The journal invites to cooperation Russian and foreign authors and accepts materials in Russian and English languages for publication. Full-text versions of all issues of journal will be placed on the website of Scientific Publishing Center «Sociosphere» <http://sociosphera.com> and on the website of Electronic research library at <http://elibrary.ru> and also on the website of Directory of open access journals at <http://www.doaj.org>.

The content of journal has following parts:

- Science.
- In help to professors.
- In help to teachers.
- In help to doctoral candidates.

Periodicity of journal – 4 issues in a year (March, June, September, December).

The articles are accepted before the 20th February, 20th May, 20th August and 20th November, respectively. The payment is made only after receiving the notification about the acceptance of article for publishing before 1st March, 1st June, 1st September and 1st December, respectively for each issue.

**Editor-in-chief – Boris Doroshin**, candidate of historical sciences, assistant professor.

#### *Editorial board*

**Ilona G. Doroshina**, candidate of psychological sciences, assistant professor (responsible for release), **Michail A. Antipov**, candidate of philosophical sciences, assistant professor, **Vladimar V. Belolipeckiy**, candidate of historical sciences, assistant professor,

**Diana V. Efimova**, candidate of psychological sciences, assistant professor, **Nadezhda V. Saratovceva**, candidate of pedagogical sciences, assistant professor.

*The international editorial council*

**Nikolay Arabadzhiski**, Ph.D, professor (Economics – Sofia, Bulgaria), **Alla Yu. Bolshakova**, doctor of philological sciences, professor (Moscow, Russia), **Asya S. Berberyan**, doctor of psychological sciences, professor (Erevan, Armenia), **Sergey N. Volkov**, doctor of philosophical sciences, professor (Penza, Russia), **Arash K. Golandam**, assistant professor (Philology – Rasht, Iran), **Zahidzhan M. Islamov**, doctor of philological sciences, professor (Tashkent, Uzbekistan), **Eva Kashparova**, Ph.D. (Sociology – Prague, Czech Republic), **Natalia. Ts. Khristova**, Ph.D, professor (History – Sofia, Bulgaria), **Viktor V. Kondrashin**, doctor of historical sciences, professor (Penza, Russia), **Umadjon R. Kushaev**, Ph.D. (Philosophy – Tashkent, Uzbekistan), **Valeriy M. Miniyarov**, doctor of pedagogical sciences, professor (Samara, Russia), **Murat O. Nasimov**, candidate of political sciences (Kyzylorda, Kazakhstan), **Miroslav Sapik**, Ph.D, assistant professor (Philosophy – Kolin, Czech Republic), **Judita Tancoshova**, Ph.D, professor (Economics – Bratislava, Slovakia), **Natalia A. Hrustalkova**, doctor of pedagogical sciences, professor (Penza, Russia), **Lubosh Cibak**, Ph.D, MBA (Economics – Bratislava, Slovakia).

Science journal «**Paradigmata poznání**» (ISSN 2336-2642) publishes research papers, theoretical surveys and results of empirical studies, reviews for books, articles, dissertations, reviews, reports about scientific events at social-humanitarian, technical and natural-scientific disciplines. Themes of journal cover a wide range of problems. Articles are considered by the editorial board and may be rejected. Articles are checked for plagiarism.

The journal invites to cooperation Russian and foreign authors and accepts materials in Russian and English languages for publication. Full-text versions of all issues of journal will be placed on the website of Scientific Publishing Center «Sociosphere» <http://sociosphera.com> and on the website of Electronic research library at <http://elibrary.ru>, it will give our authors the opportunity to raise their index of quotation. The index of quotation is accepted in scientific world measure of paper «significance»

of some scientist. The size of index is defined by the quantity of links on this paper (or surname) in other sources. In world practice the index of quotation is not only advisable, but it's the necessary criteria to evaluate the professional level of professors and teaching personnel.

The content of journal has following parts:

- Theory and analyses.
- Empirical and applied studies.
- Surveys, reviews and comments.
- Science life.

Periodicity of journal – 4 issues in a year (February, May, August, November).

**Editor-in-Chief – Ilona G. Doroshina**, candidate of psychological sciences, assistant professor. **Deputy Editor-in-Chief – Umidjon R. Kushaev**, Ph.D. (philosophy),

#### *International editorial board*

**Ravshan V. Abdullayev**, doctor of economic sciences, professor (Tashkent, Uzbekistan), **Victor Boicov**, DrSc., professor (Information Systems – Riga, Latvia), **Phillip Bushina**, Ph.D., MBA (Economics – Colin, Czech Republic), **Aleksandr N. Vernigora**, candidate of biological sciences, assistant professor (Penza, Russia), **Sergey Yu. Devyatych**, doctor of psychological sciences, assistant professor (Vitebsk, Belarus), **Bozhena Ivanovska**, Ph.D. (Sociology – Warsaw, Poland), **Vanda Hajkova**, DrPaed., associate professor (Education – Prague, Czech Republic), **Eva Kashparova**, Ph.D. (Sociology – Prague, Czech Republic), **Nursafa G. Khayrulina**, doctor of sociological sciences, professor (Tyumen, Russia), **Lenka Krejcova**, Ph.D. (Psychology – Prague, Czech Republic), **Petr N. Kobets**, doctor of law, professor (Moscow, Russia), **Andrey V. Korotayev**, doctor of history, professor (Moscow, Russia), **Marianne Kamp**, Ph.D, associate professor (History – Wyoming, USA), **Jan Lidyak**, Ph.D. professor (Political science – Colin, Czech Republic), **Nikolay V. Mityukov**, doctor of technical sciences, professor (Izhevsk, Russia), **Miroslav Sapik**, Ph.D. associate professor (Philosophy – Kolin, Czech Republic), **Tomash Sigmund**, Ph.D. (Philosophy – Prague, Czech Republic), **Mariya Szuppe**, Ph.D. (History – Ivry-sur-Seine, France), **Judita Tancoshova**, Ph.D, professor (Economics – Bratislava, Slovakia), **Peter Zamarovsky**, RNDr. (Nature Sciences – Prague, Czech Republic).

## **Guidelines for publications sent to the journals «Sociosphere» and «Paradigmata poznání»**

Articles are to be sent in electronic format to e-mail: [sociosphere@yandex.ru](mailto:sociosphere@yandex.ru) or [sociosfera@seznam.cz](mailto:sociosfera@seznam.cz). Each article should have a UDC. Page format: A4 (210×297 mm). Margins: top, bottom, right – 2 cm, left – 3 cm. The text should be typed in 14 point font Times New Roman, 1.5 spaced, indented line – 1.25, Normal style. The title is typed in bold capital letters; central alignment. The second line comprises the initials and the family name of the author(s); central alignment. The third line comprises the name of the organization, city, country; central alignment. The methodical articles should indicate discipline and specialization of students for which these materials are developed. After a blank line the name of the article in English is printed. On the next line the name of the authors in English is printed. Next line name of the work place, city and country in English. After one line space comes the abstract in English (3–4 sentences) and a list of keywords in English. The text itself is typed after one line space. Graphs, figures, charts are included in the body of the article and count in its total volume. References should be given in square brackets. Bibliography comes after the text as a numbered list, in alphabetical order, one item per number. References should be inserted manually. Footnotes are not acceptable. The size of the article is 4–25 pages. The registration form is placed after the text of the article and is not included in its total volume.

The name of the file

*for the journal «Sociosphere»* – family name and initials of the first author, for example: **German P**. The payment confirmation should be scanned and e-mailed, it should be entitled, for example **German P receipt**.

*for the journal «Paradigmata poznání»* – *the file with an article* – **PP-German P**, the payment confirmation – **PP-German P receipt**.

Materials should be prepared in Microsoft Word, thoroughly proof-read and edited.

The publication fee is 4.5 € per page («Sociosphere») or 5.5 € per page («Paradigmata poznání»). Participants will receive one copy of the journal per article. In case of co-authorship, additional copies can be bought for 4.5 € per copy («Sociosphere») or 5.5 € per copy («Paradigmata poznání»).

**Образец оформления статьи для журналов  
«Социосфера» и «Paradigmata poznání»**

**Sample of articles for journals «Sociosphere»  
and «Paradigmata poznání»**

**КУЛЬТУРА Г. СЕМИРЕЧЕНСКА В XIX ВЕКЕ**

**И. И. Иванов, кандидат исторических наук, доцент,**

**В. В. Петров, аспирант**

**Семиреченский институт экономики и права, г. Семиреченск,  
N-ский край, Россия**

**CULTURE IN SEMIRECHENSK IN THE XIX CENTURY**

**I. I. Ivanov, candidate of historical sciences, associate professor,**

**V. V. Petrov, graduate student**

**Semirechensk Institute of Economics and Law, Semirechensk,  
N-sk region, Russia**

**Summary.** This article observes the periodicals of Semirechensk as written historical sources for its socio-economical history. Complex of publications in these periodicals are systematized depending on the latitude coverage and depth of analysis is described in these problems.

**Keywords:** local history; socio-economic history; periodicals.

Некоторые аспекты социально-экономического развития г. Семиреченска в XVIII–XIX вв. получили достаточно широкое освещение в местных периодических изданиях. В связи с этим представляется актуальным произвести обобщение и систематизацию всех сохранившихся в них публикаций по данной проблематике. Неко-



торую часть из них включил в источниковую базу своего исследования Г. В. Нефедов [2, с. 7–8]. ...

### Библиографический список

1. Богданов К. Ф. Из архивной старины. Материалы для истории местного края // Семиреченские ведомости. – 1911. – № 95.
2. Нефедов Г. В. Город-крепость Семиреченск. – М. : Издательство «Наука», 1979.
3. Рубанов А. Л. Очерки по истории Семиреченского края // История г. Семиреченска. URL: <http://semirechensk-history.ru/ocherki> (дата обращения: 20.04.2011).
4. Семенихин Р. С. Семиреченск // Города России. Словарь-справочник. В 3-х т. / гл. ред. Т. П. Петров – СПб. : Новая энциклопедия, 1991. – Т. 3. – С. 67–68.
5. Johnson P. Local history in the Russian Empire, the post-reform period. – New York : H-Studies, 2001. – 230 p.

### Сведения об авторе

Фамилия

Имя

Отчество

Ученая степень, специальность

Ученое звание

Место работы

Должность

Домашний адрес

Домашний или сотовый телефон

E-mail

Научные интересы

Согласен с публикацией статьи на сайте до выхода журнала из печати? **Да/нет** (оставить нужное)

## ИЗДАТЕЛЬСКИЕ УСЛУГИ НИЦ «СОЦИОСФЕРА» – VĚDECKO VYDAVATELSKÉ CENTRUM «SOCIOSFĚRA-CZ»

Научно-издательский центр «Социосфера» приглашает к сотрудничеству всех желающих подготовить и издать книги и брошюры любого вида:

- ✓ учебные пособия,
- ✓ авторефераты,
- ✓ диссертации,
- ✓ монографии,
- ✓ книги стихов и прозы и др.

Книги могут быть изданы в Чехии.

(в выходных данных издания будет значиться –

**Прага: Vědecko vydavatelské centrum «Sociosféra-CZ»**)

или в России

(в выходных данных издания будет значиться –

**Пенза: Научно-издательский центр «Социосфера»**)

Мы осуществляем следующие виды работ.

- редактирование и корректура текста (исправление орфографических, пунктуационных и стилистических ошибок) – 50 рублей за 1 страницу \*;
- изготовление оригинал-макета – 30 рублей за 1 страницу;
- дизайн обложки – 500 рублей;
- печать тиража в типографии – по договоренности;
- данные виды работ могут быть осуществлены как отдельно, так и комплексно.

Полный пакет услуг «Премиум» включает:

- редактирование и корректуру текста,
- изготовление оригинал-макета,
- дизайн обложки,
- печать мягкой цветной обложки,
- печать тиража в типографии,
- присвоение ISBN,
- обязательная отсылка 5 экземпляров в ведущие библиотеки Чехии или 16 экземпляров в Российскую книжную палату,
- отсылка книг автору по почте.

Тираж	Цена в рублях за количество страниц				
	50 стр.	100 стр.	150 стр.	200 стр.	250 стр.
50 экз.	7900	12000	15800	19800	24000
100 экз.	10800	15700	20300	25200	30000
150 экз.	14000	20300	25800	32300	38200
200 экз.	17200	25000	31600	39500	46400

\* Формат страницы А4 (210×297 мм). Поля: левое – 3 см; остальные – 2 см; интервал 1,5; отступ 1,25; размер (кегель) – 14; тип – Times New Roman.

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

Другие варианты будут рассмотрены в индивидуальном порядке.

**PUBLISHING SERVICES**  
**OF THE SCIENCE PUBLISHING CENTRE «SOCIOSPHERE» –**  
**VĚDECKO VYDAVATELSKÉ CENTRUM «SOCIOSFÉRA-CZ»**

The science publishing centre «Sociosphere» offers co-operation to everybody in preparing and publishing books and brochures of any kind:

- ✓ training manuals,
- ✓ autoabstracts,
- ✓ dissertations,
- ✓ monographs,
- ✓ books of poetry and prose, etc.

Books may be published in the Czech Republic.  
 (in the output of the publication will be registered

**Prague: Vědecko vydavatelské centrum «Sociosféra-CZ»**  
 or in Russia

(in the output of the publication will be registered

**Пенза: Научно-издательский центр «Социосфера»**)

We carry out the following activities.

- editing and proofreading of the Russian text (correct spelling, punctuation and stylistic errors) – 1,1 € per 1 page\*;
- making an artwork – 0,7 € per 1 page;
- cover design – 11,1 €;
- print circulation in typography is by arrangement;
- these types of work can be carried out individually or in a complex.

«Premium» package includes:

- editing and proofreading of the text,
- production of an artwork,
- cover design,
- printing coloured flexicover,
- printing copies in printing office,
- ISBN assignment,
- delivery of required copies to the Russian Central Institute of Bibliography or leading libraries of the Czech Republic,
- sending books to the author in Russia by the post.

Quantity	Price in € for the number of pages				
	50 pages	100 pages	150 pages	200 pages	250 pages
<b>50 copies</b>	176	267	351	440	533
<b>100 copies</b>	240	349	451	560	667
<b>150 copies</b>	311	451	573	718	849
<b>200 copies</b>	382	556	702	878	1031

\* Page size A4 (210 x 297 mm). Margins: left-3 cm, the others – 2 cm; 1.5 spacing; indentation 1.25; size (font size)-14; type-Times New Roman.

Circulation includes copies, which are obligatory delivered to the leading libraries of the Czech Republic (5 items) or to Russian Central Institute of Bibliography (16 items).

Other options will be considered on an individual basis.

Science Publishing Center «Sociosphere-CZ»  
Institute of psycho-pedagogical problems of childhood  
of the Russian Academy of Education  
Vitebsk State Medical University of Friendship of Peoples  
Tashkent Islamic University

**Social sciences and public health: theoretical approaches,  
empirical researches, practical decisions**

Materials of the IV international scientific conference  
on April 20–21, 2014

Editor – V. A. Doroshina  
Corrector – J. V. Kuznetsova  
The original layout – G. A. Kulakova  
Cover design – Yu. N. Bannikova

Signed in print 25.05.2014. 60×84/16 format.  
Writing white paper. Publisher's sheets 5,67.  
100 copies.

Vědecko vydavatelské centrum «Sociosféra-CZ», s.r.o.:  
U dálnice 815/6, 155 00, Praha 5 – Stodůlky, Česká republika.  
Tel. +420608343967,  
web site: <http://sociosfera.com>,  
e-mail: [sociosfera@seznam.cz](mailto:sociosfera@seznam.cz)