



ЗДОРОВЬЕ: СОЛИДАРНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ. ЧЕЛОВЕК. РАБОТОДАТЕЛЬ. ОБЩЕСТВО



Материалы областной научно-практической конференции

Вологда
2014

МЕСТНЫЙ ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ ЭКЗЕМПЛЯР

ПРАВИТЕЛЬСТВО ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ
ВОЛОГОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ
ВОЛОГОДСКАЯ РЕГИОНАЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
«ВОЛОГОДСКОЕ ОБЩЕСТВО ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ»

**ЗДОРОВЬЕ:
СОЛИДАРНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ.
ЧЕЛОВЕК. РАБОТОДАТЕЛЬ. ОБЩЕСТВО**

**Материалы
областной научно-практической
конференции**

(Вологда, 03 апреля 2014 года)

k1463367

ВОЛОГОДСКАЯ
областная библиотека
им. И. В. Бабушкина

ВОЛОГДА
2014

Чертежи

УДК 614
ББК 51.1
3-46

51.1(2Рос), 09 (2Рос-4301)

Печатается по решению РИС
Педагогического института ВоГУ
от 22.10.2014 г.

Научный редактор:

Л.С. Воропанова, кандидат биологических наук, доцент

Рецензент:

А.А. Шабунова, доктор экономических наук, доцент Института социально-экономического развития территорий РАН, г. Вологда

3-46 Здоровье : Солидарная ответственность. Человек. Работодатель. Общество : материалы областной научно-практической конференции (Вологда, 3 апреля 2014 г.) / Правит-во Вологод. обл., Вологод. гос. ун-т, Деп-т здрав-я Вологод. обл., Вологод. регион. обществ. орган-я «Вологод. об-во профил-ки неинфекц-х забол-й ; [науч. ред. Л. С. Воропанова]. – Вологда : ВоГУ, 2014. – 116 с. : ил., табл.

ISBN 978-5-87851-565-8

Представлены материалы областной научно-практической конференции «Здоровье: Солидарная ответственность. Человек. Работодатель. Общество». Рассмотрены вопросы формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний, поиски путей улучшения здоровья и качества жизни населения.

Рекомендовано для специалистов системы здравоохранения и образования, а также для студентов и широкого круга читателей.

УДК 614
ББК 51.1

ISBN 978-5-87851-565-8

© ФГБОУ ВПО «Вологодский государственный университет», 2014

СОДЕРЖАНИЕ

Виноградова С.Б., Караганова М.М., Армееева И.А. Формирование культуры здорового образа жизни обучающихся в образовательных организациях Вологодской области	4
Залата И.В., Нечаева О.М. Опыт разработки и реализации программы «Здоровье студенчества» в ВГМХА имени Н.В. Верещагина	11
Судаков Г.В. Духовно-нравственные основы здорового образа жизни как национальная традиция	17
Ильин В.А. Повышение человеческого потенциала: стратегическая цель развития региона	23
Калинина А.М. Вопросы профилактики хронических неинфекционных заболеваний в учреждениях первичной медико-санитарной помощи.....	34
Касимов Р.А. Создание единого профилактического пространства Вологодской области	40
Касимов Р.А., Недосекина Л.Е., Kochina N.P. Изучение поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний в Вологодской области	47
Касимов Р.А. Пословицы русского народа о здоровом образе жизни	50
Коковкин А.В. «Спорт для всех» как фактор общественного здоровья.....	54
Косьева А.В. Формирование здоровьесберегающего пространства в образовательных школах города Вологды	61
Кухарчук В.В. Некоторые особенности первичной и вторичной профилактики атеросклероза	69
Мочалова Н.В. Формирование здоровьесберегающей среды в муниципальном образовательном учреждении «Средняя общеобразовательная школа № 3» г. Вологды.....	77
Полугаев А.И., Богатырев В.Г., Долгова С.В. Здоровье профессорско-преподавательского состава высшей школы: опыт Вологодского педагогического университета	84
Рапаков Г.Г., Касимов Р.А., Банщиков Г.Т. Методы анализа данных в задачах региональной медицинской профилактики	90
Рындин Н.Л. Организация деятельности «Школы здоровья», использование актуальных социально-медицинских технологий по формированию здорового образа жизни пожилых людей в АУ СО Вологодской области «Октябрьский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	98
Шабунова А.А. Качество нового поколения: проблемы и перспективы.....	104
Воропанова Л.С., Соколов В.В. Необходимость системного подхода к организации здоровьесберегающей деятельности образовательных учреждений	112

С.Б. Виноградова

к.ф.н., доцент, ректор АОУ ВО ДПО
«Вологодский институт развития образования»

М.М. Караганова

к.ф.н., проректор АОУ ВО ДПО
«Вологодский институт развития образования»

И.А. Армееева

и.о. заведующего лабораторией комплексного сопровождения
региональной системы образования АОУ ВО ДПО
«Вологодский институт развития образования»

ФОРМИРОВАНИЕ КУЛЬТУРЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ОБУЧАЮЩИХСЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Деятельность по сохранению и укреплению здоровья подрастающего поколения, по формированию у него культуры здорового и безопасного образа жизни рассматривается в числе важнейших задач образовательной политики.

Современная стратегия образования определяет культуру здорового образа жизни как часть общей культуры человека, как основу физического и социального благополучия, базис всестороннего и полноценного развития личности ребенка. Культура здорового и безопасного образа жизни обучающегося понимается нами как интегративное качество личности, включающее мотивационный, когнитивный, деятельностный, рефлексивный компоненты, и характеризуется определенным уровнем владения системой знаний в области здоровья, сформированными потребностью быть здоровым, умениями и навыками соблюдения здорового образа жизни, а также ценностным отношением к своему здоровью и здоровью окружающих людей.

Именно поэтому и вступивший в силу новый закон «Об образовании в Российской Федерации», и ряд других стратегических документов федерального и регионального уровней¹ определяют деятельность по сохране-

¹ Закон РФ «Об образовании в Российской Федерации» от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ; Национальная образовательная инициатива «Наша новая школа», утвержденная Президентом РФ от 04 февраля 2010 года № Пр-271; Федеральные государственные образовательные стандарты начального общего, основного общего и среднего общего образования, утвержденные приказами Минобрнауки РФ от 06 октября 2009 г. № 373 (с последующими изменениями), от 17 декабря 2010 года № 1 897, от 17 мая 2012 года № 413; Федеральный государственный образовательный стандарт дошкольного образования, утвержденный приказом Минобрнауки РФ от 17 октября 2013 г. № 1155; Концеп-

нию и укреплению здоровья как приоритет политики государства в области образования.

Формирование основ здорового образа жизни, согласно федеральному государственному образовательному стандарту (далее – ФГОС) дошкольного образования, должно стать определяющим, так как оно создает фундамент для развития личностных, интеллектуальных, эмоционально-волевых и физических качеств, необходимых для обучения в школе, а также способом повышения неспецифической резистентности и оздоровления детского организма. Вопросы формирования культуры здорового и безопасного образа жизни как приоритетные рассматриваются и при разработке программ формирования экологической культуры, культуры здорового образа жизни, воспитания и социализации в структуре основной образовательной программы начального общего, основного общего и среднего общего образования.

В Вологодской области проводится большая работа по формированию у детей культуры здорового и безопасного образа жизни. Все школы региона, помимо работы по федеральным здоровьесберегающим программам («Школа здоровья», «Разговор о правильном питании», «Педагогика здоровья», «Все цвета, кроме черного», «Полезные навыки и привычки» и др.), реализуют профилактические мероприятия в рамках самостоятельно разработанных программ: «Здоровьесберегающая школа», «Воспитание здорового школьника» и др.

Ежегодно во всех общеобразовательных организациях области проходят Уроки здоровья, к проведению которых привлекаются специалисты учреждений здравоохранения и общественных организаций.

ция профилактики употребления психоактивных веществ в образовательной среде, утвержденная приказом Минобрнауки РФ от 05 сентября 2011 года; Методические рекомендации по организации питания обучающихся и воспитанников образовательных учреждений, утвержденные приказом Минздравсоцразвития РФ и Минобрнауки РФ от 11 марта 2012 г. № 213-н / 178 и др.

Комплекс мер по модернизации системы общего образования в Вологодской области, утвержденный постановлением Правительства области от 25 февраля 2012 года № 199; Комплексные меры по противодействию незаконному обороту наркотиков и снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией, профилактике алкоголизма и наркомании на 2013–2017 годы, утвержденные постановлением Правительства области от 31 августа 2009 года № 1329; Государственная программа «Безбарьерная среда» на 2010–2014 годы, утвержденная постановлением Правительства области от 26 июля 2010 года № 334; Государственная программа «Развитие образования Вологодской области на 2013–2017 годы», утвержденная постановлением Правительства области от 22 октября 2012 года № 1243; План действий на 2012–2018 годы по реализации в Вологодской области методических рекомендаций по организации питания обучающихся и воспитанников образовательных учреждений, утвержденных приказом Минобрнауки РФ, Минздравсоцразвития РФ от 11 марта 2012 года № 213 н/178, утвержденный приказом Департамента образования области от 10 мая 2012 года № 989 и др.

Много сделано в регионе и для создания условий для профилактики заболеваний и оздоровления обучающихся, для занятия ими физической культурой и спортом. Необходимо отметить, что в 2012–2013 годах в рамках Комплексов мер по модернизации общего образования 42% всех общеобразовательных организаций области были оснащены современным медицинским оборудованием. Кроме того, школьники области активно участвуют в различных спортивных состязаниях, в мероприятиях военно-патриотической, спортивно-оздоровительной направленности, например таких, как проведенные в этом учебном году и приуроченные к зимней олимпиаде в Сочи спортивные соревнования, в т.ч. малые олимпийские игры по 6 видам спорта.



Особое внимание в формировании у школьников культуры здорового и безопасного образа жизни уделяется вопросам здорового питания. На это нацелены и интегрированные курсы в предметах «Окружающий мир», «Природоведение», «Биология», «Основы безопасности жизнедеятельности»¹, и реализация программы «Разговор о правильном питании», в мероприятиях которой в 2012–2013 учебном году участвовало 6500 человек (75% – дети школьного возраста).

¹ В 2012–2013 учебном году прошли обучение по этим курсам 85% школьников, в 2013–2014 учебном году – 93%.



Важнейшей задачей в работе по формированию культуры здорового и безопасного образа жизни является профилактика курения, употребления алкогольных, слабоалкогольных напитков, пива, наркотических средств и психотропных веществ, их прекурсоров и аналогов и других одурманивающих веществ. Для придания этой работе системного характера в области была создана межведомственная рабочая группа, в которую вошли работники образования и здравоохранения (БУЗ ВО «Областной центр медицинской профилактики», БУЗ ВО «Центр планирования семьи и репродукции», БУЗ ВО «Вологодский областной наркологический диспансер № 1» «Вологодский областной центр борьбы с ВИЧ, СПИД»), сотрудники УФСКН по Вологодской области, представители молодежных и общественных организаций.

Проведенный в этом году мониторинг наркоситуации показал, что общее количество профилактических антинаркотических мероприятий в 2013 году, по сравнению с 2012 годом, возросло на 26% (7 755 и 5 709 мероприятий соответственно) и участие в них приняло 78% от общего количества школьников.

В целях подготовки к реализации Федерального закона РФ от 7 июня 2013 года № 120-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам профилактики незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ» в области в 2013 году было проведено иммунохроматографическое тестирование, в котором приняли участие 2045 обучающихся.

Научно-методическое сопровождение деятельности, направленной на формирование культуры здорового образа жизни школьников, осуществляется АОУ ВО ДПС «Вологодский институт развития образования». Основными направлениями сопровождения являются: повышение квалификации

руководящих и педагогических работников на курсах, семинарах, научно-практических конференциях и педагогических чтениях, круглых столах, вебинарах; проведение мониторинговых исследований; разработка методических рекомендаций; проведение региональных конкурсов среди обучающихся и педагогов; организация и проведение региональных этапов всероссийских конкурсов («Учитель здоровья России», «Разговор о правильном питании» и др.), уроков здоровья «Здоровые дети в здоровой семье» и др. Необходимо отметить, что к разработке программных модулей и к проведению курсов повышения квалификации активно привлекаются специалисты областных учреждений здравоохранения.



В 2013 году Вологодская область стала одним из 10 регионов, в которых по результатам конкурсного отбора региональных программ развития образования в целях предоставления бюджетам субъектов Российской Федерации субсидий на поддержку реализации мероприятий Федеральной целевой программы развития образования на 2011–2015 годы были открыты федеральные стажировочные площадки по направлению «распространение моделей формирования культуры здорового и безопасного образа жизни обучающихся». В рамках деятельности стажировочной площадки был проведен теоретико-методологический анализ состояния работы в образовательных организациях по формированию культуры здорового и безопасного образа жизни; разработан проект модели формирования у школьников культуры здорового образа жизни. В 2013 году большая часть федеральной субсидии и средства регионального софинансирования были направлены на закупку современного высокотехнологичного

здравьесберегающего оборудования¹ для 9 базовых организаций (СОШ №№ 3 и 26 г. Вологды, СОШ №№ 7 и 17 г. Череповца, СОШ № 3 г. Сокола, Вологодский многопрофильный лицей, Основная общеобразовательная школа «Созвучие» г. Вологды, Вологодская областная кадетская школа-интернат и детско-юношеский центр «Лидер» г. Вологды), уже имеющих достаточный опыт работы по формированию у школьников культуры здорового образа жизни.

Наконец, было осуществлено повышение квалификации, в том числе и в форме стажировок, руководящих и педагогических работников по разработанным практикоориентированным дополнительным профессиональным программам.

Анализ результатов деятельности стажировочной площадки привел нас к решению о целесообразности распространения модели формирования у школьников культуры здорового образа жизни на все уровни образования, к решению о необходимости разработки межведомственного сетевого проекта «Образовательная организация – центр территории здоровья». Именно реализация адаптированной к дошкольному и профессиональному образованию модели, разработанной в рамках стажировочной площадки, сможет обеспечить преемственность работы по формированию у молодежи культуры здорового и безопасного образа жизни. Более того, проект модели предполагает участие в этой деятельности всех субъектов образовательного процесса – не только обучающихся, но и педагогов и родителей – т.е. тех, кто в наибольшей степени оказывает влияние на мировоззрение подрастающего поколения. Поэтому непрерывность работы в этом направлении будет максимально способствовать достижению главной ее цели – воспитанию личности замотивированной, имеющей знания, способной применять эти знания и оценивать собственный опыт и опыт окружающих людей, т.е. выведет на главный социальный эффект всей работы по формированию культуры ЗОЖ – на увеличение доли детей и педагогов, осознанно выбирающих здоровый образ жизни.

В основе работы по реализации проекта лежат следующие принципы: межведомственная и корпоративная интеграция; сетевое взаимодействие образовательных организаций; построение индивидуальных и групповых траекторий воспитания культуры здорового образа жизни на основе результатов мониторинга уровня сформированности ее компонентов; госу-

¹ Приобретены 6 комплексов для проведения сеансов и тренингов психоэмоциональной коррекции на основе технологии БОС; класс БОС-здоровье на 10 мест; 9 предметно-наглядных комплексов «Страна здоровья» и 9 интерактивных учебных пособий «ОБЖ. Мое здоровье. Опасности дома, на дороге, на воде, в лесу».

дарственно-общественный характер управления процессом формирования культуры здорового образа жизни; информационная открытость проекта.

2013 год стал, по сути, аналитико-проектировочным этапом реализации данного проекта. В 2014 году – в апробационный период – планируется расширить до 38 сеть организаций за счет включения в проект учреждений дошкольного, общего и среднего профессионального образования. Кроме того, на базовых площадках будет реализована программа комплексного мониторинга здоровья. Планируется разработка образовательных и профилактических программ и оценочных показателей для определения эффективности деятельности образовательных организаций, направленной на формирование культуры здорового образа жизни. В 2015–2016 годах – на этапе внедрения модели – количество образовательных организаций возрастет до 93, а охват комплексным мониторингом здоровья только обучающихся общеобразовательных школ составит не менее 95%.

Реализация проекта «Образовательная организация – центр территории здоровья» должна привести к значимым и для образовательных организаций, и для муниципальных образований, и для региона результатам. Это, прежде всего, создание в детских садах, школах, техникумах и колледжах единой здоровьесберегающей инфраструктуры и профилактической среды. Во-вторых, это функционирование сети базовых образовательных организаций, являющихся, по существу, ресурсными центрами формирования у молодежи культуры здорового образа жизни. В третьих, это реализация модели непрерывного повышения квалификации через обучение проектных команд. Наконец, это возможность принимать основанные на результатах комплексного мониторинга управленческие решения.

И.В. Залата
заведующий отделением консультаций населения
по здоровью и здоровому образу жизни ВУЗ ВО
«Вологодский областной центр медицинской профилактики»
О.М. Нечаева
психолог отдела по внеучебной работе
ФГБОУ ВПО ВГМХА имени Н.В. Верещагина

ОПЫТ РАЗРАБОТКИ И РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ «ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНЧЕСТВА» В ВГМХА ИМЕНИ Н.В. ВЕРЕЩАГИНА

В настоящее время всё более актуальным становится вопрос формирования у молодёжи культуры здоровья, мотивации к здоровому образу жизни. Это одно из приоритетных направлений молодёжной политики Российской Федерации, цель которого – воспитание здорового поколения [1].

«Болезни поведения», когда человек ведёт неправильный образ жизни и нерационально использует ресурсы, данные ему природой, ухудшает своё здоровье, не обошли стороной и студенчество. Недостаточен объём двигательной активности, серьёзной проблемой являются табакокурение и употребление алкоголя, что впоследствии оказывается на репродуктивном здоровье.

Вологодским областным центром медицинской профилактики в 2009 году было проведено исследование по международной методике программы интегрированной профилактики неинфекционных заболеваний ВОЗ (CINDI) по распространённости факторов риска неинфекционных заболеваний среди молодого населения Вологодской области [2]. Результаты исследования показали, что в возрасте 18–24 лет курят 47,5% мужчин и 13,6% женщин и распространённость высокого потребления спиртных напитков составляет 16,1% у мужчин и 1,9% у женщин. Эти данные диктуют необходимость создания в вузах системы формирования культуры здоровья, здоровьесберегающего поведения – системы, ориентированной на воспитание будущего специалиста, способного самостоятельно справляться со своими проблемами и заботиться о своем здоровье.

Примером разработки и реализации программы, нацеленной на снижение распространённости поведенческих факторов риска среди студентов, является опыт деятельности Вологодской молочнохозяйственной академии имени Н.В. Верещагина по программе «Здоровье студенчества».

Данная программа была разработана специалистами ВГМХА при методической поддержке Вологодского областного центра медицинской профилактики в 2009 году и реализуется по настоящее время.

Цель программы – формирование у студентов мотивации к здоровому образу жизни.

Целевая группа: студенты ВГМХА имени Н.В. Верещагина.

Описание исследования: мониторинговое исследование среди студентов ВГМХА, участвующих в программе «Здоровье студенчества» 2009–2013 гг. Разработчик методики: БУЗ ВО «Вологодский областной центр медицинской профилактики» с использованием методики CINDI (ВОЗ), адаптированной ГНИЦ ПМ и утвержденной МЗ РФ.

Период сбора данных: сентябрь 2009 г., апрель 2011 г., апрель 2013 г.

Выборка: студенты механического и технологического факультетов.

Время анкетирования	Мех. факультет (чел)	Тех. факультет (чел)	Всего
Сентябрь 2009	64	44	108
Апрель 2011	56	40	96
Апрель 2013	52	40	92

Первое направление программы – повышение социальной активности студентов через участие в конкурсах социальных проектов, в социально значимых мероприятиях общероссийского, регионального и локального значения. В рамках этого направления студенты участвуют в различных кампаниях, акциях, субботниках, конкурсах на лучшую социальную рекламу, слоган, плакат и т.п., оказывают социальную помощь нуждающимся людям (дети, ветераны), в академии проводятся круглые столы, слеты студенческих активов общежитий, дискуссионные клубы, агитпробеги, флэшмобы и т.д.

Второе направление – повышение информированности студентов о здоровье и здоровом образе жизни. Формы работы: интерактивные занятия, дискуссии, индивидуальные консультации, диспуты с врачами-специалистами, тренинговая и групповая работа, ролевые игры, развлекательно-познавательные мероприятия, недели и месяцы здоровья, семинары, фестивали, театрализованные постановки, обсуждения фильмов, оформление стендов, распространение информационных и агитационных материалов, показ роликов социальной рекламы.

Третье направление – организация деятельности отряда волонтеров «Свобода». Для формирования здоровьесберегающего поведения молодежи необходимы развитие и поддержка волонтерского движения, воспи-

тание лидеров, их обучение работе со сверстниками по принципу «равный – равному» [3].

Четвёртое направление – организация различных форм досуга. В академии постоянно действуют театральная студия, школа КВН, школа брейк-данса, различные спортивные секции, кружки, клубы по интересам, проводятся физкультурно-оздоровительные, спортивные и культурно-массовые мероприятия, развивается спортивный и социальный туризм.

Для оценки эффективности программы была создана система мониторинга. Задачи мониторинга: оценка ситуации до программы, оценка потребностей студентов в вопросах здоровья и здорового образа жизни, оценка самой программы, оценка эффективности отдельных мероприятий программы и оценка достижения целей программы [4].



Рис. 1

Количественные показатели реализации программы.

1. Охват студентов мероприятиями программы – 85%.
2. Охват студентов социальными инициативами – 32%.
3. Вовлечено в различные формы досуга 35% студентов.
4. Создан отряд волонтёров «Свобода».

Ежегодно студентами проводятся около 30 мероприятий по различным направлениям деятельности: спортивно-оздоровительному, гражданско-патриотическому, социально-психологическому и др.



Рис. 2

Из года в год данная программа набирает опыт, оцениваются промежуточные результаты и вносятся корректизы.

В 2012 году в структуру программы были внесены следующие изменения:

Первое направление – создание здоровьесберегающей инфраструктуры. Задача: создание комфортной и здоровой среды для организации образовательного процесса.

Второе направление – рациональная организация учебного процесса. Задача: создание условий для снятия перегрузки, чрезмерного функционального напряжения и утомления, оптимального чередования труда и отдыха.

Третье направление – организация физкультурно-оздоровительной работы. Задача: способствовать нормальному физкультурному развитию и двигательной подготовленности студентов всех факультетов, повышению адаптационных возможностей организма.

Четвертое направление – просветительно-воспитательная работа со студентами, направленная на формирование ценности здоровья и здорового образа жизни. Задача: формирование мотивации к здоровому образу жизни.

Пятое направление – организация системы просветительской и методической работы с преподавателями вуза. Задача: психолого-педагогическая подготовка работников вуза.

Шестое направление – профилактика заболеваний и динамическое наблюдение за состоянием здоровья. Задача: сохранение и укрепление здоровья студентов и сотрудников.

Анализ анкетирования студентов показал, что за время реализации программы возросла информированность студентов о факторах риска для здоровья (о негативном влиянии курения на репродуктивное здоровье мужчин и женщин – на 12,9%, о рисках для лиц, находящихся в накуренном помещении, – на 18,3%, об опасности "легких" наркотиков – на 21,3%, о необходимом уровне физической активности – на 16,7% и на 44,4% об оптимальном режиме питания).

Результаты анкетирования студентов ВГМХА, участвующих в программе «Здоровье студенчества» 2009–2013 гг.

Менее ли опасно курение "лёгких" сигарет, в % от опрошенных

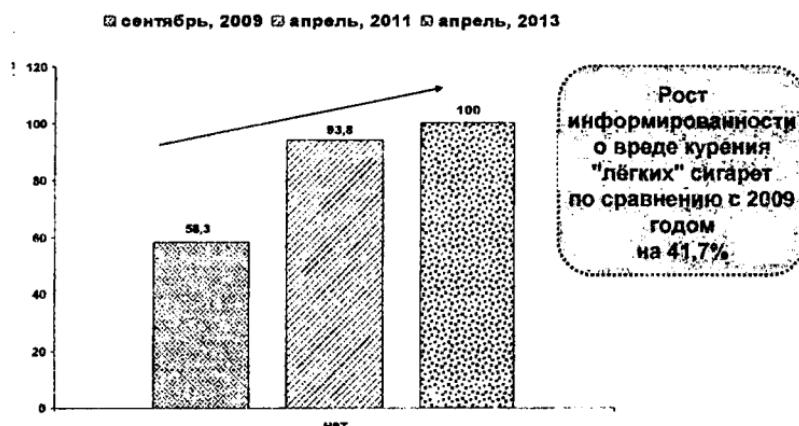


Рис. 3

Успешные результаты достигнуты в направлении снижения распространенности употребления алкоголя и наркотиков. По сравнению с 2009 годом в 2013 году наблюдается рост не употребляющих алкогольные напитки на 12,9%.

Результаты анкетирования студентов ВГМХА, участвующих в программе «Здоровье студенчества» 2009–2013 гг.

Частота употребления алкогольных напитков, в % от опрошенных

сентябрь, 2009 апрель, 2011 апрель, 2013

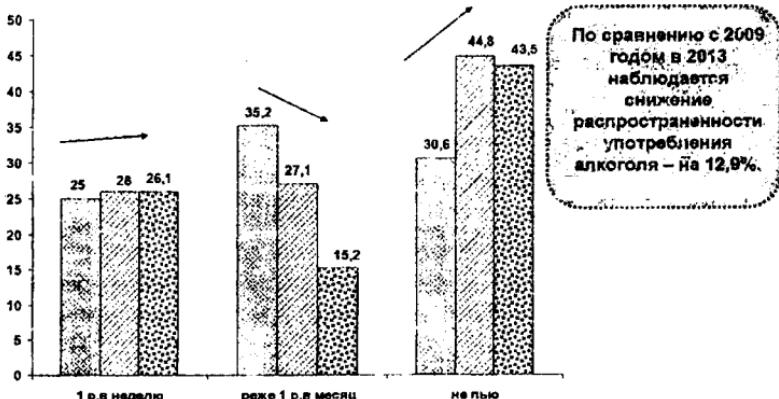


Рис. 4

Возросло число студентов, считающих неприемлемым употребление алкогольных напитков, на 15,4%. Наблюдается снижение пробы наркотических веществ на 6,1%.

Результаты анкетирования студентов ВГМХА, участвующих в программе «Здоровье студенчества» 2009–2013 гг.

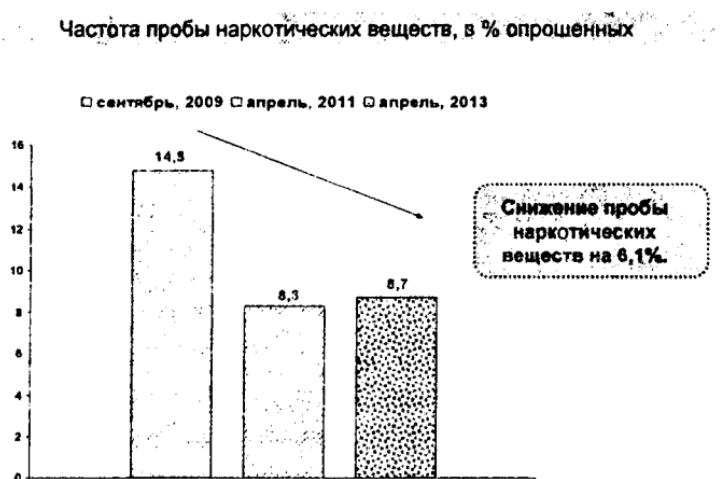


Рис. 5

Наблюдается тенденция к снижению употребления табака, избыточной массы тела и к увеличению физической активности. В дальнейшем необходимо усилить профилактическую деятельность по данным направлениям в рамках программы «Здоровье студенчества».

Литература

1. Стратегия государственной молодежной политики в Российской Федерации на период до 2016 года, утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 18 декабря 2006 г. № 1760-р (в ред. распоряжений Правительства Российской Федерации от 12 марта 2008 г. № 301-р, от 28 февраля 2009 г. № 251-р, от 16 июля 2009 г. № 997-р).
2. Разработка системы мониторинга поведенческих факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний в России / И.С. Глазунов, Р.А. Потемкина, М.В. Попович и др. – Москва: МАКС Пресс, 2002. – 120 с.
3. Дорогою добра. Методическое пособие по развитию добровольческого движения / И.В. Титова, Е.М. Шатунова, О.С. Пашова и др. – 2-е изд., перераб. и доп. – Вологда, 2011. – 75 с.

4. Гурвич И.Н. Разработка и реализация многоцелевых программ сохранения и укрепления здоровья студенческой молодёжи / И.Н. Гурвич, М.М. Русакова, Л.А. Цветкова // Здоровье нации и образование: материалы научно-практических конгрессов III Всероссийского Форума Здоровье нации – основа процветания России. – Москва: НЦССХ им. Бакулева РАМН, 2007. – Т. 3. – Ч. 1. – С. 40–43.

5. Опыт разработки и реализации программы «Здоровье студенчества» в Вологодской молочнохозяйственной академии имени Н.В. Верещагина / Р.А. Касимов, Р.С. Вернодубенко, И.В. Залата. – Вологда: издательский центр ВГМХА, 2013. – 72 с.

Г.В. Судаков

д.ф.н., профессор, заведующий кафедрой русского языка
ФГБОУ ВПО «Вологодский государственный университет»

ДУХОВНО-НРАВСТВЕННЫЕ ОСНОВЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ КАК НАЦИОНАЛЬНАЯ ТРАДИЦИЯ

Что необходимо, чтобы жить долго и счастливо? Вопрос не риторический. Здоровый человек – это самое драгоценное произведение природы, но сохраняет свое здоровье сам человек, а не природа. Что для этого надо делать? Обратимся к опыту самых мудрых, которые хранят традиции прадедов – это долгожители. Города Вологда и Череповец уже вступили в не объявленное публично, но негласное соревнование за число долгожителей, т.е. жителей, перешагнувших 100-летний рубеж. Лидирует Череповец: в городе металлургов 13 долгожителей (там же и главный долгожитель, ему исполнилось 107 лет), в Вологде – 7, в Сокольском районе – 5, по 3 – в Шекснинском, Череповецком и Бабаевском районах, по 1 – в Каудиjsком, Никольском, Нюксенском районах. Вообще-то правильно считать надо, учитывая число долгожителей на 1000 человек населения, и здесь шансы сельских районов возрастут. Соревнование за число долгожителей очень правильное, оптимистичное, неплохо бы объявить его и всерьез.

Мужчин среди долгожителей Вологодской области – 5, женщин – 32. Физические нагрузки среди причин мужской смертности далеко не первая причина. Основная причина раннего старения мужчин – курение, следом за ним идёт алкоголь. Затем – отложения холестерина на сердечных сосудах, холестерин может накопиться у некурящих и непьющих, но любящих хорошо поесть (свинина, баранина, сыр, сливки, яйца, сливочное масло, сдобная выпечка, торты, паштеты, колбасные изделия, соусы). Избыточный вес – на третьем месте по вредности для мужского сердца. Далее идут стрессы, гиподинамиия (недостаточная подвижность) и гипертония. А вот всё же почему женское сердце и сосуды крепче мужских? – по-

тому что у женщин есть эстрогены – это гормоны, которые предохраняют женский организм. У мужчин эстрогенов очень мало.

Долгожителей в России примерно 6800 человек – по данным Пенсионного фонда. Это очень мало. Долгожители – носители железного здоровья и мудрости, глупый столько лет не проживёт. Важно не просто жить долго, но оставаться в своем уме и в хорошем физическом состоянии. Напомню, что средний генетический ресурс человека – от 120 для слабеньких и до 150 лет для крепеньких. Конкретного срока «годности» у человека нет. Если радовать окружающих, радовать себя и радоваться жизни – это значит быть полноценным человеком с неограниченными возможностями.

Человек всегда хотел жить дольше. Древние египтяне для продления жизни жевали чеснок, тибетские врачи рекомендовали пациентам ежедневно принимать несколько капель алкоголя, настоящего на чесноке.

Конечно, ещё влияет то, где ты живёшь. По данным ВОЗ, оазисы долгожителей: Окинава (Япония), Анды (север Южной Америки), Греция, Азербайджан, Грузия, Абхазия, Карачаево-Черкессия. Да, на организм хорошо влияет разреженный и чистый воздух среднегорья (от 2 до 3 км над уровнем моря). Он хранит дыхательную систему, здесь не бывает легочных заболеваний. В горном воздухе до 40% кислорода, в Москве содержание кислорода в воздухе – 8%.

Но в Древней Руси, где нет высокогорья, несмотря на отсутствие нынешней медицины, долгожительство тоже было: Кирилл Белозерский, жизнь которого прошла в условиях монашеского аскетизма, прожил 90 лет, он умер в 1427 году. 75 лет прожил Нил Сорский (скончался в 1508 г.), к тому же значительная часть жизни Нила прошла в Нило-Сорской пустыни в низком сыром месте. Но каков был моральный дух этих старцев?! – именно в нем была опора их здоровья. Для святых отцов здоровый образ жизни самого высокого уровня был каждой дневной нормой.

Древних долгожителей объединяет несколько общих условий. Первое – тогда было меньше стрессовых ситуаций. Есть пословица «Кто меньше знает, тот дольше живёт», ему не о чём волноваться. Сархат Рашидова (азербайджанка, жившая в Дагестане, скончалась в 2007 г. в возрасте 132 года) была женщиной «в розовых очках»: даже в плохом видела только хорошее. В древней Ассирии считали, что жизнь человека продлевается на то время, которое он провёл на рыбалке; брали ли с собой эти рыбаки спиртное, пока не известно. Злодей естественного отбора – это стресс, этот враг на корню убивает даже самых физически здоровых людей. Второе – условия жизни подразумевали много движения, физической работы. Чередование труда и отдыха – это режим всей жизни. Долгожители рано встают, сравнительно мало, но крепко спят. Третье – у них простое здо-

ровое питание: растительная и молочная пища, в которой мало холестерина, нет канцерогенов. Средняя норма питания – 1200 ккал в день, хотя общий объем потребляемых продуктов не мизерный. Главное – всем долгожителям присущи такие общие черты: сильное чувство самоконтроля (он не перепьет, не переест), терпимость к внешней среде,держанность.

Как нам противостоять негативным факторам среды и личностным слабостям человека? Есть факторы здорового образа жизни, которые человек организует сам: правильное питание, регулярное очищение организма, закаливание, физкультура. И еще: долго и качественно может прожить только человек сильный, спокойный, позитивный и энергичный. Как стать таким и как быть таким всегда? – вот в чём вопрос, ведь девять десятых нашего счастья зависят от здоровья. Поймем, в чём конкретно для нас «радость жизни», сопоставим это с опытом мудрецов, проявим усердие и терпение в реализации своей модели «радости жизни» – и будем жить на здоровье долго и радостно.

Но вернемся к русским национальным традициям здорового образа жизни, одновременно размышляя: а возможно ли их воспроизведение в нынешней жизни? Культура ЗОЖ включает в себя 6 аспектов: духовный, физический, социальный, личностный, эмоциональный, интеллектуальный. Духовный, о котором мы говорим, – это знание морали народа и формирование у себя высоких моральных качеств, норм поведения.

Сохранение традиций, усиление нравственности в формировании поведения, которое сберегает здоровье, – это задача семьи, учебных заведений, органов власти совместно с организациями гражданского общества. Но здоровый образ жизни – это образ жизни отдельного конкретного человека. ВОЗ определяет понятие «здоровье» так: «Здоровье – это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов».

1. Начало простое – обязательно свежий воздух. Мой учитель школьной гигиены профессор Василий Васильевич Лебедев, обнаруживая непроветренную аудиторию в начале занятия, сразу заставлял открыть форточки и очень выразительно объяснял вред «воздушных помоев» (это его термин), приводя многочисленные примеры из медицинской практики. Особенно важно беречь легкие детей, с детства показывать им разницу между вкусным воздухом проветренного помещения и застоявшимися миазмами дурной атмосферы. Поездки в деревню, прогулки в тихие вечерние часы, подвижные игры на воздухе – при желании можно многое придумать, если не лениться, не оправдывать свою лень и несобранность.

2. Физическая работа: «Дело учит, и мучит, и кормит»; «Бог труды любит».

3. Режим дня и питания: до 19 века он был одинаков у крестьянина и царя. День начинался в 7 часов, обедали в час, в 5 часов пили чай. Соблюдали чередование постов и мясоедов: в году было 4 долгих поста и 3 однодневных, на неделе могли поститься в среду и пятницу. Кстати, постный стол не такой уж бедный, по количеству и вкусу блюд он не уступает скромному. «С поста не мрут, а с обжорства мрут». Рыбы и растительной пищи потребляли больше, чем мясной продукции. «Безрыбье хуже беспечебья» – считал древний русич. А вот профилактическая пища: «Хрен да редька, лук да капуста – лихого не попустят». Умеренность в еде – обязательное правило: «Ешь вполсыта, пей вполнъяна, проживёшь век до полна». Особо отмечался в пословицах хлеб. «Только ангелы с неба не просят хлеба» – была такая пословица, но была и другая: «Что нам хлеб, были бы пироги» – шутили древние русичи. Мучного ели в России много: «Гречневая каша – матушка наша, хлебец ржаной – отец наш родной». Суровый климат, много физического труда – всё это требовало пищи калорийной.

В обед с удовольствием ели щи в разных вариантах, например, зеленые щи с крутыми яйцами (пословица «Щи да каша – пища наша» была уже в Древней Руси), рубленые большие котлеты с щавелем или со шпинатом, пили молоко – это стол Екатерины II и любимое меню в доме Пушкина.

Русский стол изобиловал кислыми напитками: квас, кисель. Они непременно были сытными, поэтому их любили взрослые и дети. Конечно, отдавали должное и сладким напиткам: взвар, сбитень, сыта, сусло, росол свекольный, позже – сироп, редко – чай и кофе (с конца 17 в.), часто – молоко. Миф о том, что «веселье Руси есть пити» (имеется в виду алкогольное веселье), легко опровергается при обращении к реальной истории русского застолья. Вино – только по праздникам и при гостях, винные запасы были редкостью. «Кто винзо любит, тот сам себя губит». В семейном доме Пушкина вино (не более двух бутылок) покупали раз в три месяца. А вот и нормативы Пушкина, сформулированные в стихах:

Что же сухо в чашах дно?
Наливай мне, мальчик резвый,
Только пьяное вино
Раствори водою трезвой.
Мы не скифы, не люблю,
Други, пьянствовать бесчинно:
Нет, за чашей я пою
Иль беседую невинно.

Растворение вина (причем виноградного) водою было принято еще в древней Греции. Оттуда же пошёл хорошо известный на Руси обычай: пить три чарки, не более. Приведу подтверждение из Пушкина:

Бог весёлый винограда
Позволяет нам три чаши
Выпивать в пиру вечернем.
Чаша первая харитам
Обнаженным и стыдливым
Посвящается; вторая –
Краснощекому здоровью;
Третья – дружбе многолетней.
Мудрый после третьей чаши
Все венки с главы слагает
И творит уж возлиянья
Благодатному Морфею.

Морфей – бог сна, а хариты – это очень благородные женщины: три богини красоты, изящества, совершенства (Аглая, Ефросина, Талия).

Были некоторые обычаи, забытые сейчас: пища, даже детьми, принималась только за столом, на улице можно было есть только блины, но в определённый праздник. Общая трапеза у наших древних предков (а иной и не было) также препятствовала перееданию. Но был и еще один обычай, удерживающий от излишнего чревоугодничества: это еда из одного блюда. Блюдо в Древней Руси не было предметом индивидуального пользования, оно служило для подачи пищи на несколько человек, сидящих рядом: *Сидели патриарх армянский с нашим патриархом и ели с одного блюда* – из текста XVII в. Бытовало и выражение *сидеть в одном блюде* «сидеть за столом по соседству и принимать пищу из одного блюда»: *А стол ему, архиепископу, поставлен был одному, поперек братскому столу, а в блюде с ним сидел игумен да старец Филарет* – из приходо-расходной книги К-Белозерского монастыря 1622 г., т.е. пища из блюда раскладывалась по тарелкам, тарелка была посудой индивидуального пользования. Словом, съесть больше, чем соседи по застолью, было неловко, а меньше съесть – это не возбранялось.

Далее закаливание, в котором важную роль играла баня: «Баня – мать вторая. Кости распаришь, всё тело направишь». Но вспомним еще наших писателей-классиков: Пушкин увлекался упражнениями с тяжестьми, любил верховую езду, Толстой был гимнастом, катался на коньках;

Лермонтов – вообще военная косточка, он прекрасный наездник, стрелок и фехтовальщик.

Здоровый образ жизни должен нравиться, а не быть обременяющим занятием, это образец поведения, поэтому формировали его у малышей постепенно, но в системе. Кроме реальных физических действий (физически активная жизнь, соблюдение правил гигиены), учитывали влияние среды, питания на организм человека. ЗОЖ в старой Руси – это отсутствие вредных привычек + активные действия человека, укрепляющие его здоровье.

Подчеркнем роль православия в формировании духовно-нравственных основ, в том числе и тех, которые играли важную роль в формировании здорового образа жизни. В православном каноне говорится о 8 добродетелях человека, противопоставленных 8 главным страстям. Это не заповеди: заповедей 7. Что интересно: большая часть добродетелей нравственного содержания: сохрани и укрепляй свои нравственные качества, тогда сохранишь себя как личность и как человеческое существо. Я буду говорить об этом, опираясь на труды нашего земляка епископа праведника Игнатия (Брянчанинова): 1. Воздержание – это удержание от излишнего употребления пищи и пития, ужасный порок – пьянство. 2. Целомудрие – уклонение от блудных дел, от произношения скверных слов. 3. Нестяжение – удовлетворения себя одним необходимым, ненависть к роскоши, милосердие к нищим. Святитель Игнатий сокрушался: «Стремление к вещественному развитию – отличительная черта нашего века». Я добавлю: и нашего века тоже. 4. Кротость – уклонение от гнева, от ярости, терпение, незлобие. 5. Трезвение – усердие к добруму делу, тщательное наблюдение за своими делами и поведением, терпение к переменчивости земного счастья. 6. Смирение – прямота, отказ от лести, признание ближних лучше себя. 7. Любовь к ближним. 8. Осознание своего несовершенства, признание своих грехов.

Самоконтроль, требовательность к себе с юности – это самая важная и самая трудная добродетель, без которой ничего не состоится: «Береги платье снову, а здоровье смолоду»; «Терпенье и труд – всё перетрут»; «Вразумись здраво, начни рано, исполни прилежно». Умеренность: «Кто малым доволен, тот у бога не забыт». Именно каноны православия были важной составляющей духовно-нравственного фундамента, на котором оформилась традиция здорового образа жизни. Сохрани душу, развивай добрые качества. «Никто так не опасен для нас, как мы сами», т.е. наши пороки, слабости. Победим их, и тогда будем вести здоровый образ жизни.

Здоровый образ жизни – это не новация XXI века, это национальная традиция россиян, нашим предкам соблюдать эти традиции при тогдаш-

нем уровне бытового комфорта и при тогдашнем уровне медицины было гораздо сложнее, чем нам. Кроме того, у нас есть современные знания, у нас есть образцы и примеры. Всё это в российских городах и селах при умелом управлении процессами оздоровления должно дать хорошие результаты.

В.А. Ильин*

д.э.н., профессор, директор Института социально-экономического развития территорий РАН, г. Вологда

ПОВЫШЕНИЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА: СТРАТЕГИЧЕСКАЯ ЦЕЛЬ РАЗВИТИЯ РЕГИОНА

В Послании Федеральному собранию 12 декабря 2012 года В.В. Путин отметил следующее: «Чтобы Россия была суверенной и сильной, нас должно быть больше, и мы должны быть лучше в нравственности, в компетенциях, в работе, в творчестве». Исследователями подчеркивается, что для реализации этой цели, а также для попадания в число динамично развивающихся стран мира Россия должна добиться такой технологической структуры, которая позволила бы к 2020 г. достичь 8% шестого и 31% пятого уклада. К 2030 г. эти уклады должны стать превалирующими в структуре российской экономики – 20 и 40% соответственно.

Это станет возможным лишь в условиях высокого уровня развития человеческого потенциала, для достижения которого потребуется сохранение и укрепление здоровья, повышение образовательного, профессионального, культурного уровней населения и, значит, социального развития в целом. Исследователями доказано, что более образованная рабочая сила успешнее адаптируется к технологическим и институциональным изменениям, начинает быстрее внедрять достижения научно-технического прогресса в практическую деятельность [1]. Однако помимо образования одним из значимых компонентов человеческого потенциала признается здоровье населения. Его сохранение и укрепление, рост продолжительности жизни и сокращение смертности всегда были и остаются в центре внимания социальной политики государства.

Россия участвует в международных программах, одной из которых является «Здоровые города», что позволяет использовать мировой опыт,

* e-mail: iin@vsc.ac.ru

инновационные подходы для сбережения здоровья нации. Реализация таких социальных программ федерального уровня должна проходить при поддержке на местах. В последние годы в России на эти цели выделялись значительные финансовые средства, в том числе в рамках Приоритетного национального проекта «Здоровье». Были достигнуты определенные успехи в сокращении общего уровня смертности, стали постепенно увеличиваться показатели ожидаемой продолжительности жизни [2].

Реализация проекта «Модернизация здравоохранения в Вологодской области» позволила изменить ситуацию по многим направлениям. Например, 37% жителей городов указали на заметное улучшение технического оснащения. За последние три года снизилась доля пациентов, недовольных очередями в медицинских учреждениях, – на 24% (с 59 в 2011 г. до 36 в 2013 г.), невнимательным отношением со стороны медицинских работников, – на 8% (с 24 в 2012 г. до 16 в 2013 г.; табл. 1).

Таблица 1

НЕГАТИВНЫЕ ЯВЛЕНИЯ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

(% от числа граждан, обращавшихся в ЛПУ; вариант ответа «удовлетворяет частично», «в основном не удовлетворяет», «полностью не удовлетворяет»)

Негативное явление	2002 – 2006 гг.	2008 г.	2010 г.	2012 г.	2013 г.
Невозможность попасть на прием в удобное время, большие очереди	58,1	56,7	59,4	49,7	35,8
Отсутствие нужных специалистов	-	24,9	34,8	34,3	41,6
Невнимательное отношение медработников	-	18,0	24,2	23,5	15,5
Неуважительное отношение к пациентам	15,2	11,5	12,5	18,3	12,5
Недостаток информации о работе специалистов	21,0	14,7	23,5	18,2	-
Необходимость оплачивать мед. услуги, которые должны предос- тавляться бесплатно	16,9	9,9	14,5	17,2	13,7

Источник: Данные социологических исследований ИСЭРТ РАН

Государственное регулирование в сфере здравоохранения позволило обеспечить некоторые положительные изменения в естественном движении населения. В 2013 г. в России впервые после длительного перерыва отмечен естественный прирост населения за счет снижения смертности – 24 тысячи 13 человек. Общий прирост населения страны в 2013 г. с учетом миграции составил 320 тыс. человек.

Несмотря на заметное улучшение ситуации в этом направлении не только на федеральном, но и на региональном уровнях, в Вологодской области продолжается естественная убыль населения. Основная причина депопуляции состоит в высоком уровне смертности. В период 2000–2012 гг. существенное его сокращение произошло только по одному из трёх наиболее распространенных классов причин смертности – от несчастных случаев, отравлений и травм – на 35% (рис. 1).

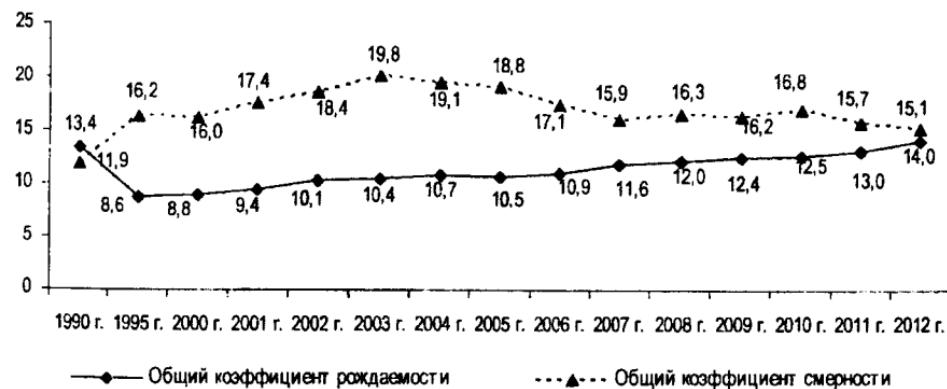


Рис. 1. Естественное движение населения Вологодской области, %

Одним из положительных изменений за последние пять лет стало увеличение общей продолжительности жизни населения в регионе на два года. Это комплексный показатель, который базируется на показателях повозрастной смертности, однако отражает не только усилия представителей здравоохранения, но и в целом качество жизни населения данной территории (рис. 2).

В условиях сохранения некоторых негативных тенденций на региональном уровне, связанных со здоровьем населения, актуальным является проведение исследований, направленных на поиск путей его укрепления. Институт социально-экономического развития территорий РАН совместно с Департаментом здравоохранения Вологодской области более 15 лет проводят такие исследования.



Рис. 2. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет

Наиболее масштабным является многолетнее исследование здоровья детской популяции, осуществляемое ИСЭРТ РАН при поддержке Департамента здравоохранения с 1995 года. В середине 1990-х гг. была сформирована первая когорта семей с детьми, и уже 18 лет проводится наблюдение за изменением и развитием их здоровья. К настоящему моменту в исследовании находится 4 когорты семей, с начала наблюдений за четвёртой когортой прошло 10 лет.

Полученные в ходе исследования выводы о тенденциях изменения здоровья и факторах риска использованы при разработке концепции «Вологодская область – Здоровье-21: долгосрочная политика охраны и укрепления здоровья населения», региональных целевых программ «Материнство и детство», «Здоровый ребенок», «Демографическое развитие Вологодской области», «Стратегия развития здравоохранения Вологодской области», реализация которых способствовала укреплению здоровья населения. В этом году выбрана новая когорта населения. Это даст возможность увидеть изменения, произошедшие в популяции, в качестве жизни, качестве человеческого потенциала, в здравоохранении, оценить их воздействие на здоровье детей.

Важным этапом является осуществление в регионе совместно с Департаментом здравоохранения в декабре 2013 г. – апреле 2014 г. масштабного исследования факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (более одной тысячи шестисот обследованных жителей региона). Долгое время Вологодская область не была включена в подобные эпидемиологические исследования в связи с отсутствием медицинских институтов на территории региона. Предполагаем, что новым этапом будет расширение взаимодействия, начавшегося между ИСЭРТ РАН и Государственным научным центром профилактической медицины.

Программа «Здоровые города» затрагивает не только физическое здоровье населения, но и связана с формированием человеческого потенциала региона, интеллектуально развитого поколения. На современном этапе социально-экономического развития территорий усиливается конкуренция за ресурсы, прежде всего человеческие. В период 2008–2013 гг. выявлены положительные изменения в функционировании региональной системы образования в направлении поддержки одаренных детей и молодых талантов. Так, при практически стабильном числе участников, количество победителей и призеров регионального этапа Всероссийской олимпиады школьников увеличилось на 21% (табл. 2).

Таблица 2

**ПОКАЗАТЕЛИ УЧАСТИЯ ШКОЛЬНИКОВ В РЕГИОНАЛЬНОМ ЭТАПЕ
ВСЕРОССИЙСКОЙ ОЛИМПИАДЫ**

Показатель	Учебный год					2013 к 2009 г., в %
	2008– 2009	2009– 2010	2010– 2011	2011– 2012	2012– 2013	
Количество участников, чел.	1059	1089	951	1054	1078	101,8
Количество победителей и призеров, чел.	233	266	241	273	281	120,6
В % от числа всех участников	22,0	24,4	25,3	25,9	26,1	118,5

Значительный вклад в формирование интеллектуального и научно-технического потенциала региона вносит Научно-образовательный центр ИСЭРТ РАН, отметивший в 2013 г. свое 10-летие. Становление и развитие НОЦ происходило при поддержке Правительства Вологодской области, Администрации города Вологды. Одним из заметных достижений его деятельности стало то, что на базе НОЦ ИСЭРТ РАН с 2012 г. проводится региональный этап Всероссийской олимпиады «Интеллектуальный марафон имени Н.Д. Кондратьева».

Комплексным индикатором, характеризующим восприятие населением социально-экономической обстановки в стране и области, является социальное настроение. В период 2009–2013 гг. оно существенно улучшилось, в первую очередь за счет тех, кто испытывает «нормальное состояние, прекрасное настроение», увеличилось с 53% до 69%. В то время как удельный вес населения, испытывающего «напряжение, раздражение, страх, тоску», снизился с 38% до 26% (рис. 3).

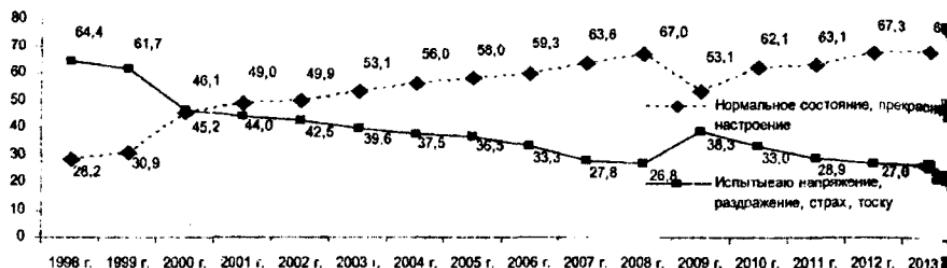


Рис. 3. Динамика социального настроения жителей Вологодской области
(в % от числа опрошенных)

Улучшение социального настроения во многом было связано с тем, что происходило удовлетворение базовых потребностей населения. Удельный вес жителей области с положительными оценками итогов прошедшего года и перспектив на следующий увеличился на 20–30% в 2014 г. по сравнению с 2009 г.

Несмотря на отмеченные положительные изменения, проблемы развития социальной сферы и формирования трудового потенциала не утратили своей актуальности. В течение длительного периода времени (1996–2012 гг.) в рамках мониторинга качества трудового потенциала, проводимого ИСЭРТ РАН, изучалась динамика как отдельных характеристик трудоспособного населения Вологодской области, так и интегрального показателя.

Несмотря на положительную динамику интегрального показателя качества трудового потенциала, такой ключевой для инновационного развития параметр, как интеллектуальный потенциал, имеет отрицательный тренд [3]. Значения показателей, характеризующих когнитивный и творческий потенциал, не только снижаются, но и являются самыми низкими среди базовых качественных характеристик трудового потенциала (табл. 3).

Таблица 3

КАЧЕСТВО ТРУДОВОГО ПОТЕНЦИАЛА ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ
 (на основе социологических данных)

Качество	1997 г.	2009 г.	2012 г.	Ранг 2012 г.	В отноше- нии 2011 г.	Линия тренда (2012 г. к 1997 г.)
Базовые качества трудового потенциала						
Нравственный уро- вень	0,775	0,757	0,784	1	▲ рост	возрас- тающая
Психическое здо- ровье	0,699	0,739	0,758	2	▼ спад	возрас- тающая
Коммуникабель- ность	0,733	0,736	0,754	3	▲ рост	возрас- тающая
Физическое здо- ровье	0,682	0,728	0,730	4	▲ рост	возрас- тающая
Культурный уровень	0,609	0,674	0,701	5	▲ рост	возрас- тающая
Потребность в дос- тижении	0,612	0,643	0,654	6	▲ рост	возрас- тающая
Когнитивный по- тенциал	0,630	0,614	0,612	7	▼ спад	убы- вающая
Творческий потен- циал	0,593	0,572	0,559	8	▼ спад	убы- вающая
Интегральный обобщающий индекс качества трудового потенциала						
Социальная дее- способность	0,655	0,674	0,680	-	▲ рост	возрас- тающая

Это может свидетельствовать о том, что в настоящее время интеллектуальный потенциал не востребован в региональной экономике в должной степени. При отставании интеллектуального потенциала, темпов роста научно-технического развития от общемировых тенденций невозможно и социально-экономическое развитие региона. Это ведет к снижению конкурентных преимуществ региона и страны в целом.

Вологодская область по параметрам научно-технического потенциала значительно уступает среднему по стране и по СЗФО уровню. Снизилось количество высокооплачиваемых рабочих мест на 120 тысяч (в промышленности, в основном в машиностроении), которые замещаются низкоквалифицированными местами в сфере услуг, обслуживания и т.п. Одним из последствий стало снижение соотношения среднего дохода и прожиточно-го минимума. Без развития наукоемких производств, производств с высо-

кой долей добавленной стоимости (машиностроение и т.д.) принципиального изменения ситуации не произойдет.

Это подтверждают и оценки официальных лиц государства. Так, в 2012 г. в своем Послании Федеральному собранию В.В. Путин подчеркнул: «...однобокая сырьевая экономика... не обеспечивает развитие и востребованность человеческого потенциала, не способна дать большей части нашего народа возможность найти применение своим силам, талантам, труду, образованию, а значит, по определению порождает неравенство...».

Несмотря на увеличение доли населения с высшим профессиональным образованием, условия для комплексного развития человеческого и интеллектуального потенциала не созданы.

Одной из проблем продолжает оставаться качество образовательного процесса.

Лучшими по эффективности использования знаний для обеспечения экономического развития в период 2000–2012 гг. являлись Дания, Великобритания, США. Среди более чем 140 стран Россия занимала в 2012 г. 55 место (табл. 4).

Таблица 4

ИНДЕКС ЭКОНОМИКИ ЗНАНИЙ

Страна	Индекс экономики знаний		Индекс знаний		Индекс образования		Ранг*	
	2000 г.	2012 г.	2000 г.	2012 г.	2000 г.	2012 г.	2000 г.	2012 г.
Дания	9,50	9,16	9,62	9,00	9,65	8,63	3	3
США	9,32	8,77	9,40	8,89	9,13	8,70	6	12
Великобритания	9,21	8,76	9,26	8,61	9,39	7,27	9	14
Россия	5,41	5,78	6,68	6,96	8,23	6,79	64	55
Руанда	1,25	1,83	1,37	1,14	0,92	0,77	145	127

* Ранжирование по данным 2012 г.

Источник: KEI and KI Indexes [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://info.worldbank.org/etools/kam2/KAM_page5.asp

Одним из факторов, влияющих на качество образования, является вовлеченность населения в непрерывный образовательный процесс. В ряде европейских стран (Австрия, Словения, Люксембург, Дания, Финляндия, Швеция) 70–80% населения получают образование в течение всей жизни, в некоторых государствах (Франция, Ирландия, Италия, Латвия, Португалия, Бельгия, Германия) уровень вовлеченности населения в непрерыв-

ное образование сопоставим со средним по странам ОЭСР, Россия относится к группе стран с низким уровнем участия населения в непрерывном образовании (рис. 4).

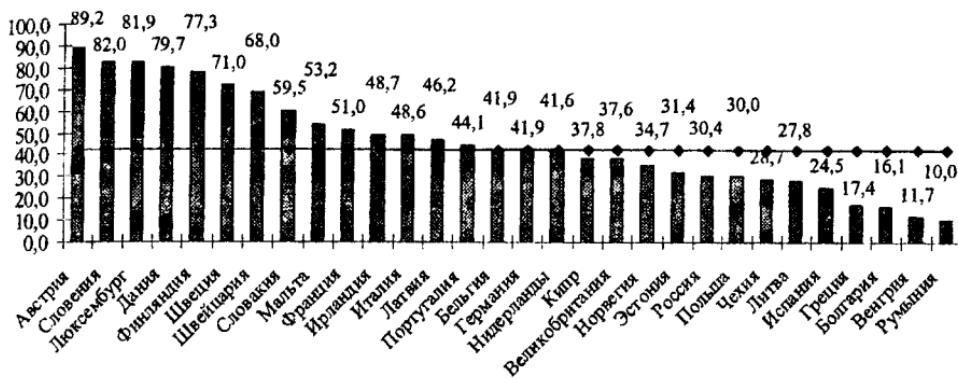


Рис. 4. Участие России и европейских стран в непрерывном образовании в 2010 г. (% от числа опрошенных в возрасте 25–64 лет)

По показателю самообразования Россия также значительно уступает ведущим европейским странам: только четверть россиян в возрасте 25–64 лет занимается самообразованием, в то время как, например, в Словакии – более 80% населения, в Швеции, Австрии, Норвегии – более 70%.

Другим фактором, влияющим на качество образовательного процесса, является количество преподавателей, приходящихся на одного студента. Следует отметить, что увеличение численности студентов, обучающихся в вузах, не сопровождалось должным развитием профессорско-преподавательского состава. Если в 1997 г. в высших учебных заведениях области получили образование 21 тысяча человек, то в 2012 г. – 41 тысяча. Это привело к увеличению нагрузки на одного преподавателя – в 1997 г. на него приходилось в среднем 14 студентов, а в 2012 г. – уже 24. Для сравнения следует отметить, что в большинстве развитых стран такое соотношение не превышает 16-ти. В таких условиях у преподавателей российских вузов практически отсутствует возможность заниматься научно-исследовательской деятельностью (рис. 5).

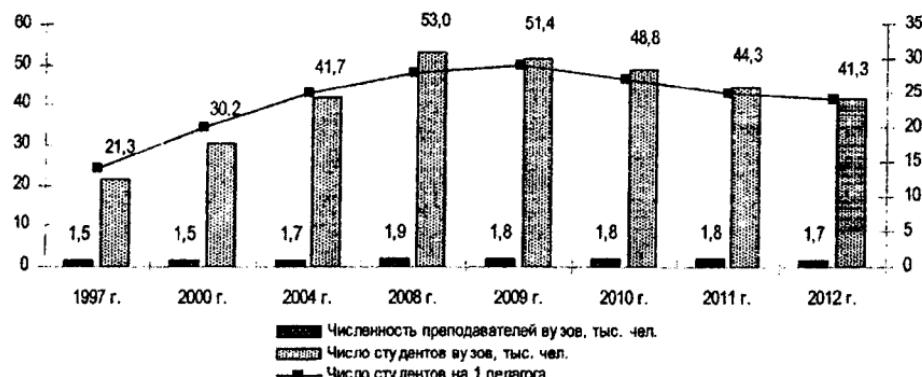


Рис. 5. Динамика показателей развития высшего профессионального образования в Вологодской области

Учитывая все вышеобозначенные проблемы, необходимо продолжение модернизации не только на федеральном, но и на региональном уровне, преобразований в экономической и в социокультурной сферах.

О задачах модернизации говорится и в Стратегии развития России до 2020 года. В настоящее время Правительству Вологодской области необходимо разработать концепцию развития региона до 2025–2030 гг. и определить целевые ориентиры. При этом, следует учитывать, что просто увеличение валового регионального продукта не станет гарантом комплексного развития территории. Более комплексным и отражающим развитие всех сфер экономики является такой индикатор, как индекс развития человеческого потенциала (ИРЧП).

Россия в 2012 г. по показателю ИРЧП занимала 55 место среди 187 стран и территорий – со средним значением 0,788 ед. Одной из проблем остается несбалансированность компонентов данного индекса. Наиболее развита образовательная компонента – индекс образования составил 0,862 ед., что соответствует 28 позиции РФ, в то время как индекс ожидаемой продолжительности жизни – 0,774 единицы (120 место). Валовой национальный доход на душу населения по паритету покупательской способности составляет в России 14 461 долл. США (55 позиция). Поэтому именно здоровье и качество жизни населения являются теми параметрами, которые ухудшают положение страны по сравнению с другими государствами (табл. 5).

ДИНАМИКА ИНДЕКСА РАЗВИТИЯ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА

Территории	Год					
	1990	2000	2005	2010	2011	2012
Норвегия	0,852 (4)	0,922 (1)	0,948 (1)	0,952 (1)	0,953 (1)	0,955 (1)
США	0,878 (2)	0,907 (3)	0,923(3)	0,934 (3)	0,936 (3)	0,937 (3)
Германия	0,803 (14)	0,870 (13)	0,901 (9)	0,916 (7)	0,919 (5)	0,920 (5)
Япония	0,837 (7)	0,878 (11)	0,896 (12)	0,909 (11)	0,919 (11)	0,912 (11)
Китай	0,788 (19)	0,815 (28)	0,857 (27)	0,900 (14)	0,904 (14)	0,906 (14)
Франция	0,784 (21)	0,853 (17)	0,877 (17)	0,891 (21)	0,893 (20)	0,893 (20)
СССР / РФ	0,730 (34)	0,713 (54)	0,753(52)	0,782 (55)	0,784 (56)	0,788 (55)

На федеральном и региональном уровнях индекс развития человеческого потенциала может быть одним из основных ориентиров стратегического развития региона. На региональном уровне в качестве стратегической цели определено достижение к 2025 г. значений данного индекса, соответствующих уровню развитых стран – 0,880 ед.

Для реализации этой цели необходимо выполнение следующих мероприятий:

- достижение общей продолжительности жизни на уровне 72–73 лет; за счет снижения смертности трудоспособного населения и младенческой смертности;
- увеличение ВРП на душу населения путем развития производств с высокой добавленной стоимостью;
- развитие и укрепление научно-технического потенциала населения региона путем непрерывного повышения образовательного и профессионального уровней;
- усиление в регионе научной составляющей через развитие академической и вузовской, а также производственной науки.

Литература

1. Канелюшников Р.И. Трансформация человеческого капитала в российском обществе (на базе «Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения»)

ния») / Р.И. Капелюшников, А.Л. Лукьянова. – Москва: Фонд Либеральная миссия, 2010 – 196 с.

2. Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации за 2011 г / под ред.: А.А. Аузана и С.Н. Бобылева. – Москва: Дизайн-проект «Самолет», 2011. – 146 с.

3. Проблемы эффективности государственного управления. Человеческий капитал на территории: проблемы формирования и использования: монография / Г.В. Леонидова, К.А. Устинова, А.В. Попов, А.М. Панов, М.А. Головчин, Т.С. Соловьева, Е.А. Чекмарев; под общ. ред. А.А. Шабуновой. – Вологда: Институт социально-экономического развития территории РАН, 2013. – 184 с.

А.М. Калинина

д.м.н., профессор, руководитель отдела первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний в системе здравоохранения

ФГБУ «ГНИЦ профилактической медицины» Минздрава России

ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Опыт стран, где наблюдается устойчивая тенденция к снижению смертности от этих заболеваний, показывает, что эффективный контроль над эпидемией хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) возможен только при внедрении системных профилактических мер на межведомственной основе, которые включают не только совершенствование системы здравоохранения, но и повышение ответственного отношения к здоровью каждого гражданина страны, а также обеспечение условий для здорового образа жизни граждан, что затрагивает практически все сферы общества – государственные, политические, общественные, культурные, религиозные, бизнес.

Основной ущерб обществу приносят ХНИЗ, имеющие общие факторы риска (ФР): сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), некоторые злокачественные новообразования (ЗН), хронические заболевания легких, прежде всего хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), сахарный диабет (СД). Вклад этих заболеваний в смертность взрослого населения, по данным многолетних наблюдений, колеблется от 74,4 до 80,6% (рис. 1).

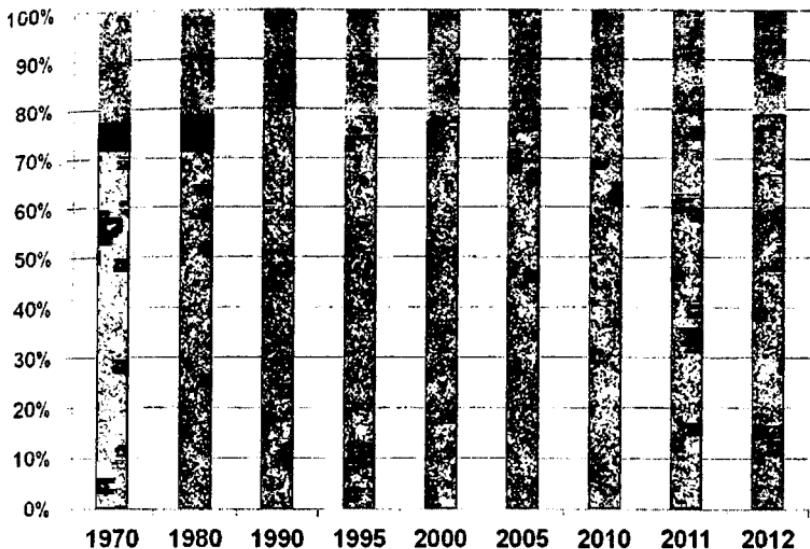


Рис. 1. Доля смертей, обусловленных ХНИЗ, в структуре общей смертности населения [данные Росстата: <http://gks.ru>]

Согласно данным официальной медицинской статистики, в 2012 году в России от всех причин умерли 1 млн 906 тыс. чел., что составляет 1331 чел. на 100 тыс. населения (78,8% от всех смертей), причем этот показатель в трудоспособных возрастах составляет 556 случаев смерти на 100 тыс. чел. (58% от всех смертей в трудоспособных возрастах). Болезни системы кровообращения (БСК) составляют более половины случаев смерти во всех взрослых возрастах и более трети в трудоспособных возрастах.

Согласно данным исследования Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) Global Health Risks, поведенческие факторы риска вносят основной вклад в формирование высоких показателей смертности населения от этих заболеваний. Так, совокупное влияние табакокурения, чрезмерного потребления алкоголя, нерациональное питание населения, низкая физическая активность могут обуславливать более половины смертей от БСК (до 61%), от некоторых ЗН (до 35%), от хронических легочных заболеваний (до 42%), сахарного диабета (до 44%) [<http://www.who.int/whosis/whostat/2010>].

Согласно мнению экспертов ВОЗ и ведущих отечественных специалистов в области профилактической медицины [Оганов Р.Г., 2010, Бойцов С.А., 2012], основной залог успеха профилактики ХНИЗ в обществе дол-

жен обязательно базироваться на единстве и взаимосогласованности трех стратегий (таблица 1).

Таблица 1

СТРАТЕГИИ ПРОФИЛАКТИКИ ХНИЗ И УЧАСТИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ,
ПРЕЖДЕ ВСЕГО МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ПЕРВИЧНОЙ
МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ (ПМСП),
И МЕЖСЕКТОРАЛЬНОГО СОТРУДНИЧЕСТВА

Стратегии профилактики ХНИЗ	Целевая группа населения	Сфера ответственности	Участие системы здравоохранения (медицинская профилактика)
Популяционная	Низкий и средний риск ХНИЗ/ССЗ	Государство, межсекторальное взаимодействие	Центры медицинской профилактики (ЦМП)
Высокого риска	Высокий и очень высокий риск без доказанных заболеваний	Медицинские организации ПМСП	Кабинеты/отделения медицинской профилактики (КМП/ОМП), центры здоровья (ЦЗ)
Вторичная профилактика	Доказанные заболевания ХНИЗ/ССЗ	Медицинские организации ПМСП, специализированной помощи, высокотехнологичной, санаторно-курортной	Участковый врач, врачи-специалисты, КМП/ОМП, ЦЗ,

Каждая из стратегий вносит определенный вклад в снижение смертности населения, что зависит прежде всего от той группы (категории) населения, которая является объектом профилактического воздействия.

Важно подчеркнуть, что получение этого эффекта, безусловно, отсрочено во времени от самого воздействия и может быть заметным и значимым, как, например, для первичной профилактики ХНИЗ, в частности ССЗ, не менее чем через 5–6 лет. Именно этот факт ставит профилактические технологии, прежде всего в здравоохранении, не в ряд отдельных мер, а в ряд перманентных повседневных действий, т.е. профилактика в целом, а медицинская в частности, может быть эффективной только став рутинной практикой каждого медицинского работника, врача, фельдшера, медицинской сестры. Для того чтобы у медицинских работников сформировалось устойчивое понимание важности простых, но значимых для прогноза пациентов профилактических мер (и в конечном итоге – для получения же-

ляемого результата работы), необходимы не только профессиональные знания, но и вера в советы, которые мы даем пациентам. Многолетние научные исследования, особенно в странах, где на протяжении последних десятилетий наблюдается устойчивая тенденция к снижению смертности, в частности от ССЗ, убедительно показали, что именно оздоровление образа жизни вносит наибольший вклад в популяционные показатели снижения смертности, что наблюдается в Финляндии, Англии, Соединенных Штатах Америки и др. развитых странах [NEJM, 2007. Circulation 2004. Am.J.Epid.2005:142;764].

Проведенные выборочные опросы населения по 29 регионам России [AIRM, 2011] показали, что важным фактором формирования мотивации у населения и пациентов, обращающихся в поликлинику, является совет врача и его убежденность в важности даваемых рекомендаций именно для конкретного пациента. У подавляющего большинства пациентов (57–70%) повышается мотивация к оздоровлению поведенческих привычек (бросить курить, оздоровить пищевые привычки и пр.), если врач, давая такие советы, прямо, адресно связывает выявленные у пациента симптомы с этими поведенческими факторами риска. Приведенные данные свидетельствуют также и о важной стороне проблемы – обосновывают ключевую роль врача в профилактическом адресном консультировании.

Один из основоположников отечественного российского здравоохранения М.Я. Мудров более 150 лет назад сказал: «Задача врача – не только лечить болезни, но предупреждать их, а важнее всего – учить пациентов беречь свое здоровье...».

В настоящее время клинико-организационные технологии профилактики ХНИЗ, прежде всего ССЗ, в учреждениях практического здравоохранения можно условно классифицировать по трем группам:

- технологии выявления (скрининга) – медицинские осмотры (диспансеризация, профилактические, предварительные, периодические);
- технологии управления риском (прогнозом) – профилактическое консультирование (краткое, углубленное, индивидуальное, групповое) и профилактические вмешательства по коррекции факторов риска (медикаментозные, немедикаментозные);
- технологии контроля – динамическое (диспансерное) наблюдение.

Каждая из этих групп профилактических технологий требует не только разработки (что во многом имеется в арсенале медицинской науки и практики), но, что особенно важно, – адаптации к реальным условиям практического здравоохранения, и это особенно касается третьей группы технологий (эффективного диспансерного наблюдения).

В настоящее время, начиная с 2013 года, в практику учреждений ПМСП активно внедряется интегральная технология профилактики – диспансеризация взрослого населения, что тесно согласуется с идеологией формирования профилактической среды в обществе в целом. Н.А. Семашко как основатель организационной модели российского здравоохранения считал, что «...диспансеризация – метод решения профилактических задач».

Нормативными приказами Минздрава РФ определены цели и задачи диспансеризации, которая призвана объединить профилактические технологии в здравоохранении, включая взаимосвязь технологий выявления (массовые, масштабные медицинские осмотры), технологий управления риском (адресное профилактическое консультирование, краткое и углубленное, по показаниям) и технологии контроля – формирование групп диспансерного наблюдения (рис. 2).



Рис. 2. Интеграция профилактических технологий в здравоохранении – алгоритм диспансеризации

Новый Порядок диспансеризации взрослого населения содержит некоторые нововведения, что отличает его от прежней практики медицинских осмотров населения и приказов последних лет по диспансеризации работающего населения.

Во-первых, медицинский осмотр в рамках диспансеризации направлен на выявление заболеваний, являющихся основной причиной инвалидиза-

ции и преждевременной смертности населения, и риска этих заболеваний (ССЗ, некоторые злокачественные новообразования, сахарный диабет).

Во-вторых, медицинский осмотр в рамках диспансеризации включает в качестве обязательного компонента профилактическое консультирование, направленное на снижение риска ХНИЗ (первичная профилактика) и осложнений заболеваний (вторичная профилактика) в форме краткого профилактического консультирования, выполняемого участковым врачом (цеховым врачом, врачом общей практики) и/или углубленного профилактического консультирования (индивидуального или группового – школы пациентов), выполняемого в КМП (ОМП), ЦЗ.

В-третьих, каждый медицинский осмотр в рамках диспансеризации завершается не только установлением группы здоровья, а формированием группы диспансерного наблюдения в зависимости от установленной группы здоровья. Причем инновацией нового Порядка диспансеризации является то, что нормативно закреплено диспансерное наблюдение лиц со 2-й группой здоровья (без доказанных заболеваний, но имеющих высокий и очень высокий сердечно-сосудистый риск). Конкретизирован перечень заболеваний, подлежащих диспансерному наблюдению у участкового врача (3-я группа здоровья) и в КМП или ОМП (2-я группа здоровья), что ранее в приказах так конкретно не оговаривалось.

Понятие «профилактическое консультирование» характеризует не только процесс информирования и обучения пациента для повышения его приверженности к выполнению врачебных назначений, но и формирования у него в процессе обучения поведенческих навыков, способствующих снижению риска заболевания (при его отсутствии) и осложнений заболеваний (при их наличии). Практически такая трактовка способствует смене парадигмы и модели взаимодействия врача и пациента: от модели пассивного подчинения врачу и простого выполнения пациентом врачебных инструкций – к модели сотрудничества и партнерства врача и пациента и к его более активному участию в процессе лечения и профилактики [www.doh.gov.uk; www.medicinespartnership.org; www.bristol-inquiry.org.uk].

Научно-практические профилактические многолетние программы многофакторной профилактики, выполненные в нашей стране в разных организационных моделях, убедительно доказывают, что при систематическом внедрении технологий адресного углубленного (индивидуального и группового) профилактического консультирования достигается медико-социальная эффективность:

- в программе многофакторной профилактики, проводившейся в поликлинике, показано, что углубленное индивидуальное профилактическое консультирование в сочетании с поддерживающим консультированием

снижает (по сравнению с ожидаемым без профилактических вмешательств) популяционный показатель смертности от всех причин на 12,7%, смертности от ССЗ – на 40,7%, а частоту новых случаев инфаркта миокарда и инсульта – на 18,9% [Калинина А.М., 2010];

– в программе многофакторной профилактики артериальной гипертонии (АГ), проводившейся силами медицинских работников на рабочем месте, удается за год снизить сердечно-сосудистый риск пациентов с АГ на 24,7%, что сопоставимо с полученным снижением риска (на 26,4%) у аналогичной группы пациентов с АГ в поликлинике. Вместе с тем важно подчеркнуть, что снижение суммарного риска у гипертоников в зависимости от организационной модели профилактики происходит преимущественно за счет разных компонентов – на рабочем месте более значительно снижаются поведенческие факторы риска у гипертоников, в поликлинике – за счет повышения приверженности к медикаментозному лечению. Следует обратить внимание, что и на рабочем месте, и в поликлинике профилактические меры многофакторной профилактики проводились одним врачом, что и позволяет сделать указанные выше выводы, т.е. в этой ситуации исключается личностное влияние врача, что, как известно, имеет большое значение для поведенческого консультирования.

Таким образом, научно доказана непосредственная и отдалённая эффективность активного многофакторного профилактического вмешательства в отношении достоверного снижения суммарного риска ССЗ и улучшения прогноза пациентов, что при реализации трехкомпонентной стратегии профилактики, в том числе и при внедрении технологий медицинской профилактики в рутинную практику медицинских организаций ПМСП, позволит остановить негативные тенденции в общественном здоровье населения нашей страны, позволит содействовать сохранению трудового и жизненного потенциала общества.

Р.А. Касимов

к.п.н., директор БУЗ «Вологодский областной центр медицинской профилактики»

СОЗДАНИЕ ЕДИНОГО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ПРОСТРАНСТВА ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Сложившаяся демографическая ситуация в Российской Федерации требует кардинальных перемен в подходах к ее улучшению. Несмотря на то, что впервые за многие годы отмечается начало прироста населения, показатели общей смертности остаются очень высокими. К примеру, если

общая смертность населения Финляндии за 2012 год составляет 9,6 на 1000 человек, то в Российской Федерации этот показатель составляет 13,3 на 1000 человек [1].

Президент страны В.В. Путин сосредотачивает внимание органов исполнительной власти всех уровней на поиске путей решения демографической проблемы: майские указы 2012 года и последующие обращения к Федеральному собранию РФ.

Выступая с докладом на Первом национальном съезде врачей в октябре 2012 года, министр здравоохранения РФ В.И. Скворцова подчеркнула, что «Россия создала концепцию единой профилактической среды, которая была одобрена всей международной медицинской общественностью и стала основным завоеванием Первой глобальной конференции по здоровому образу жизни и профилактике неинфекционных заболеваний». Далее, раскрывая сущность понятия «профилактическая среда», министр подчеркивает: «Профилактическая среда предполагает, с одной стороны, создание инфраструктурных, информационно-образовательных, нормативно-правовых, налоговых и других условий, позволяющих населению вести здоровый образ жизни, с другой стороны, мотивирование населения к сохранению здоровья и долголетию, формирование ответственности каждого за сохранение здоровья и здоровья своих близких» [6].

В следующей части своего выступления В.И. Скворцова выдвигает требования к реализации объявленной Концепции оздоровления нации: «Формирование единой профилактической среды требует общегосударственного и общесоциального подхода, участия всех министерств и ведомств, каждое из которых должно отчасти стать здравоохраненным» [6].

Предложенная Россией концепция создания единой профилактической среды на принципах межведомственного сотрудничества полностью соответствует Стратегии ВОЗ «Здоровье 2020» и одному из ее направлений развития «Здоровые города».

Европейская сеть «Здоровые города», инициированная ВОЗ 25 лет назад, сегодня объединяет более 1800 городов из 55 стран мира. Цель проекта – сделать здоровье населения одним из основных приоритетов городской политики, разработать и претворить в жизнь современную стратегию здоровья, опирающуюся на социальные детерминанты здоровья, особое внимание уделив здоровью подрастающего поколения, а также бедных и уязвимых групп населения. Данный опыт отражен и в новейшей концепции ВОЗ «Здоровье 2020» Лидерство в интересах здоровья и благополучия в Европе в XXI веке [3].

Более 15 лет успешно развивается Европейская сеть ВОЗ «Здоровые города» в Российской Федерации». По инициативе мэра г. Череповца, ны-

не Губернатора Вологодской области, осенью 2010 года в стенах Государственной думы при поддержке депутатов, членов Совета Федерации, мэров городов и глав муниципальных образований РФ, активных участников Европейской сети «Здоровые города» была создана Российская Ассоциация «Здоровые города, районы и поселки». По сути, таким образом Европейский Проект был адаптирован для Российской Федерации. Этот шаг был одобрен ВОЗ в июне 2012 года на международной конференции в г. Санкт-Петербурге.

В состав Ассоциации входит 24 муниципальных образования Российской Федерации, в том числе восемь из них из Вологодской области: города Череповец, Вологда, Кадниково, сельские муниципальные районы Великоустюгский, Чагодощенский, Нюксенский, Никольский, Тарногский.

Модель развития проекта «Здоровые города, районы и поселки» (ЗГРП) отражает процесс улучшения здоровья и качества жизни населения муниципальных образований. Данный процесс включает следующие этапы: подготовительный этап (формируется политика, направленная на готовность руководителей органов местной исполнительной власти к реализации этого проекта), первый этап (формируются органы управления проектом, создается «Профиль здоровья № 1»: выявляются все факторы, ухудшающие здоровье населения, выявляются приоритеты), второй этап (разрабатывается программа социально-экономического развития муниципального образования на 3–5 лет (Здоровые города, районы и поселки) с привлечением межведомственной рабочей группы, осуществляется корректировка бюджета и его реализация), третий этап (создается «Профиль № 2» – вновь выявляются все факторы, ухудшающие здоровье населения). Проводится сравнительный анализ данных профилей № 1 и № 2. На основе полученных данных осуществляется корректировка программы, бюджета и его дальнейшая реализация.

Исходя из вышеизложенного, мы выделяем следующие задачи здравоохранения:

- содействие формированию политики (согласия) развития Проекта «ЗГРП» на региональном и муниципальном уровнях;
- создание системы выявления и коррекции факторов риска ХНИЗ;
- создание межведомственной системы формирования ЗОЖ.

Структура управления процессом создания единой профилактической среды в муниципальных образованиях Вологодской области включает региональный межведомственный координационный совет по охране здоровья населения (его возглавляет Губернатор области и муниципальные межведомственные координационные советы по охране здоровья населения, которые, в свою очередь, возглавляют главы (мэры) городов и сель-

ских муниципальных районов), Областной центр медицинской профилактики (на региональном уровне готовит заседания координационного совета по вопросам создания единой профилактической среды), городские центры медицинской профилактики (отделения, кабинеты медицинской профилактики), которые готовят заседания координационного совета в муниципальных образованиях. Заседания регионального межведомственного координационного совета должны проводиться не реже одного раза в полгода, в муниципальных образованиях – не реже одного раза в квартал.

Задачу формирования культуры здоровья населения курирует отрасль здравоохранения через областной/городские центры медицинской профилактики, а также отделения/кабинеты медицинской профилактики и фельдшерско-акушерские пункты. Задачу формирования здоровой среды курирует отдел «Здоровые города, районы и поселки» или подготовленный специалист отдела стратегического планирования администрации муниципального образования, сельского поселения.

Процесс развития единой профилактической среды осуществляется на принципах межсекторального сотрудничества и включает комплекс разных технологий.

Индивидуальные и групповые технологии профилактики хронических неинфекционных заболеваний: за 2013 год организовано и проведено в Вологодской области групповых интерактивных занятий и тренингов 17950 с охватом 169854 человека, индивидуальных консультаций – 45273, школ здоровья – 227 с охватом в 58348 человек, взрослыми Центрами здоровья принято 8912 человек, детскими Центрами здоровья – 20964 ребенка, организовано 20 телефонов здоровья, по которым проконсультировано 2269 человек, диспансеризацией отдельных групп взрослого населения охвачено 135086 человек, организовано и проведено 52 городка здоровья с выездом в муниципальные образования (за последние 10 лет), на которых проведено профилактическое консультирование 94038 человек.

Популяционные технологии формирования здорового образа жизни: за 10 лет разработаны на межсекторальном принципе и внедрены программы: «Здоровьесберегающий детский сад» в 55 дошкольных учреждениях, «Здоровьесберегающая школа» в 92 общеобразовательных школах, «Здоровьесберегающий ВУЗ» в 3 высших учебных заведениях, «Здоровьесберегающие программы для пожилых» в 10 учреждениях, «Укрепление здоровья на рабочем месте» в 8 учреждениях и предприятиях, организовано и приведено 7 областных кампаний «Пространство без табачного дыма» и 2156 спортивно-массовых мероприятий с охватом 129792 человека.

Исследования динамики распространенности поведенческих факторов риска по методике ВОЗ «Синди» проводились Вологодским областным

центром медицинской профилактики за период с 2004 по 2012 годы. Результаты данных исследований показали, что распространенность недостаточного потребления овощей и фруктов среди населения снизилась на 24,3%; распространенность избыточной массы тела выросла на 6,9%; распространенность артериальной гипертонии по информации врачей снизилась на 8,2%; распространенность курения снизилась на 16,1%; распространенность повышенного уровня общего холестерина в крови по информации врачей снизилась на 35,9%; распространенность низкой физической активности увеличилась в 4,6 раза; распространенность чрезмерного употребления алкоголя снизилась на 6,4% [4].

В структуре причин общей смертности населения Вологодской области 59,4% занимают болезни системы кровообращения [2]. Исходя из этого, основные ресурсы медицинской профилактики должны быть направлены на предупреждение и лечение сердечно-сосудистых заболеваний, выявление и коррекцию факторов риска этих заболеваний.

Наиболее распространенными управляемыми факторами риска из группы биологических являются артериальная гипертония и гиперхолестеринемия. По многочисленным исследованиям, их распространенность в любой выборочной популяции составляет: артериальной гипертонии – более 40%, гиперхолестеринемии – более 50%. Данный факт характеризует их как социально значимую проблему и требует межсекторального разрешения.

С целью вовлечения в процесс активного выявления и профилактики артериальной гипертонии администрации одного из муниципальных образований в 2009–2011 гг. был реализован экспериментальный проект в Верховажском районе Вологодской области. Подготовлен проект постановления главы этого района «О повышении эффективности работы по профилактике артериальной гипертонии среди жителей Верховажского муниципального района». Определены задачи администрации муниципального образования, главного врача центральной районной больницы и глав сельских поселений. Результатом реализации данного проекта стало увеличение выявляемости артериальной гипертонии в 7 раз, а также достижение целевого уровня артериального давления среди пациентов увеличилось в 4 раза.

Первый год диспансеризации – 2013-й – по многим объективным и субъективным причинам не смог обеспечить требуемого качества выполнения этой важной государственной задачи. Проведенный анализ итогов диспансеризации прошлого года выдвинул требования к поиску новых технологий, повышающих эффективность и качество профилактической работы в первичном звене здравоохранения.

Департаментом здравоохранения Вологодской области были приняты ряд мер по улучшению эффективности и качества диспансеризации. С целью улучшения качества диспансеризации на 1-м этапе: разработаны рекомендации по доказательной коррекции факторов риска ХНИЗ для КПК; изданы 1000 экземпляров рекомендаций для КПК; увеличен тариф приема врача участкового звена на КПК; проведен обучающий семинар для заместителей главных врачей по медицинской части и заведующих отделениями и кабинетами медицинской профилактики, выданы рекомендации для КПК; организованы обучающие семинары для участковой службы на местах заместителей главных врачей по медицинской части, выданы рекомендации; организована система контроля проведения краткого профилактического консультирования на местах.

Меры по улучшению качества диспансеризации на 2 этапе включали: разработку учебного модуля для углубленного профилактического консультирования (УПК) «Профилактика болезней системы кровообращения»; тиражирование данного модуля на дисках (1000 шт); утверждение тарифа на оплату УПК специалистам О/КМП и фельдшерам ФАПов: врачу – 120 рублей, среднему медицинскому персоналу – 100 рублей; проведение обучающего семинара для заместителей главных врачей по медицинской части и заведующих отделениями и кабинетами медицинской профилактики, выдачу модулей на дисках; контроль организации УПК на местах.

Определять будущее нашей страны будет подрастающее сегодня поколение и успех этого будущего, прежде всего, будет зависеть от их здоровья. Исходя из этого, многочисленная сеть структур медицинской профилактики обязана уделять особое внимание формированию здорового образа жизни и профилактике заболеваний среди детей и подростков.

Многолетний опыт работы по развитию здоровьесберегающих программ в образовательных учреждениях показал, что в детском возрасте мероприятия по выявлению и коррекции факторов риска неинфекционных заболеваний не меняют кардинально состояние здоровья учащихся. Однако эта работа эффективна в плане профилактики и отказа от вредных для здоровья привычек: курения, употребления алкоголя, наркотических веществ, которые могут в будущем нанести ощутимый удар по их здоровью. К сожалению, большинство детей не задумывается о своем здоровье и даже возможной смерти, они воспринимают жизнь как вечность. Оценка состояния здоровья детей по группам здоровья из года в год дает неутешительные результаты. Хронически больных детей становится больше. Нужен поиск новых решений для улучшения здоровья детей школьного возраста [5].

Вологодским областным центром медицинской профилактики в сотрудничестве с Вологодским институтом развития образования разработаны и внедряются в школьную практику обучающие модули «Школы здоровья» для детей, имеющих хронические заболевания, и их родителей. Занятия с детьми совместно с их родителями проводят врачи-специалисты, педиатры детских поликлиник и медицинские работники школ. Координируют эту работу медицинские работники школ с заведующими по школьной и дошкольной работе детской поликлиники. Могут привлекаться и специалисты отделений и кабинетов медицинской профилактики медицинских организаций.

Результатом данной работы должно стать реальное улучшение здоровья учащихся по показателям, характеризующим группы здоровья.

Поиск новых эффективных технологий, обеспечивающих улучшение качества профилактической работы, должен стать неотъемлемой частью деятельности всей системы медицинской профилактики и основой стратегии формирования единой профилактической среды в муниципальных образованиях.

Литература

1. Демографический ежегодник России. 2013: стат. сб. / Росстат; редкол.: М.А. Дианов, О.Д. Воробьева, М.Б. Денисенко и др. – Москва, 2013. – 543 с.
2. Демографический ежегодник Вологодской области. 2013: стат. сб. / Росстат. Территориальный орган ФСГС по Вологодской области. – Вологда, 2013. – 80 с.
3. Здоровье-2020 – основы европейской политики и стратегия для XXI века.
4. Касимов Р.А., Недосекина Л.Е. Изучение поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний в Вологодской области / Р.А. Касимов, Л.Е. Недосекина // Профилактическая медицина. – [Б. м.], 2012.
5. Касимов Р.А. Формирование регионального здоровьесберегающего образовательного пространства / Р.А. Касимов // Дети и молодежь – будущее России: материалы Третьей Российской научно-практической конференции, г. Вологда, 27–29 июня 2007 г. – Вологда: Вологодский научно-координационный центр ЦЭМИ РАН, 2008. – Ч. 2. – С. 466–469.
6. Скворцова В.И. Доклад на Первом национальном съезде врачей (г. Москва, 05 октября 2012 года).

ИЗУЧЕНИЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Группа неинфекционных заболеваний (НИЗ) – болезни сердечно-сосудистой системы, травмы, отравления, несчастные случаи и злокачественные новообразования – являются причиной 8 из 10 смертей в Вологодской области. На протяжении последних десятилетий доля этих заболеваний в структуре причин смертности сохраняется на стабильно высоком уровне. Частота перечисленных НИЗ зависит от образа жизни населения и распространённости поведенческих факторов риска.

За счет вмешательств, направленных на снижение распространенности факторов риска и потерь от НИЗ, может быть достигнуто существенное улучшение здоровья населения. За период с 2002 по 2012 годы в Вологодской области реализуются программы профилактики НИЗ: «Демографическое развитие Вологодской области на 2007–2010 годы», «Профилактика и лечение артериальной гипертонии среди населения Вологодской области на 2009–2011 годы», «Формирование здорового образа жизни населения Вологодской области на 2009–2012 годы», «Развитие социального потенциала сельских поселений на 2009–2011 годы». С целью оценки эффективности данных программ БУЗ ВО «ВОЦМП» 1 раз в 2–3 года проводят исследование распространенности поведенческих факторов риска НИЗ среди населения Вологодской области. В основе данных исследований – методика программы интегрированной профилактики неинфекционных заболеваний (CINDI, ВОЗ), адаптированная для нашей страны ФГБУ ГНИЦ ПМ МЗ РФ. Тем самым создается возможность оценки эффективности реализуемых вмешательств в динамике. Очередное исследование проводилось в 2012 году.

Материалы и методы. Для получения достоверных данных сформирована случайная, стратифицированная по полу и возрасту выборка из 4008 человек – жителей Вологодской области в возрасте 18–69 лет, которая в результате верификации (исключения неточных адресов) составила 3402 человека. Для соблюдения стандартов метода использовались предложенные ГНИЦ ПМ МЗ РФ:

- качественные характеристики и размер случайной выборки;

- методика обучения участников исследования сбору данных о факторах риска НИЗ;
- единые критерии оценки результатов;
- система взаимодействия участников исследования.

Сбор данных проводился два месяца – с мая по июнь 2012 года. Согласились ответить на вопросы 2616 (100%) человек, из них 1250 (47,8%) мужчин и 1366 (52,2%) женщин. Таким образом, отклик составил 76,9%.

Результаты исследования.

Повышенный риск развития неинфекционных заболеваний среди во-логжан имеют:

- по причине активного курения – 29,1% опрошенных: 47,2% мужчин и 12,8% женщин;
- по причине потребления недостаточного количества фруктов и овощей (менее 400 г/день, не считая картофеля) – 56,1% опрошенных: 61% мужчин и 52% женщин;
- по причине использования животных жиров:
- для приготовления пищи – 5,4% опрошенных: 7,3% мужчин и 3,7% женщин;
 - для бутербродов – 73,4% мужчин и 64,1% женщин;
- по причине употребления молока (кефира) с высоким содержанием жира – 36,2% опрошенных мужчин и 23,9% женщин;
- по причине низкой физической активности:
 - во время работы – 51% опрошенных: 43,5% мужчин и 58% женщин;
 - в свободное от работы время, по частоте физической нагрузки – 34,8% опрошенных: 33,4% мужчин и 36% женщин;
 - в комплексе как в рабочее, так и в нерабочее время – 16,7% опрошенных: 14,9% мужчин и 18,4% женщин,
- по причине избыточной массы тела ($\text{ИМТ} \geq 25$) – 50,8% опрошенных: 50,8% мужчин и 50,8% женщин; из них по причине ожирения ($\text{ИМТ} \geq 30$) – 11,6% мужчин и 23,3% женщин;
- по причине злоупотребления алкоголем (в среднем более 20 г/день чистого алкоголя) – 13,2% опрошенных: 22,3% мужчин и 3,3% женщин. При этом 18,9% опрошенных мужчин и 5% женщин употребляют один раз в неделю и чаще либо 200 г крепких спиртных напитков, либо 0,5 литра крепленого вина, либо 0,7 литра сухого вина, либо 1,5 литра пива и более;
- по причине наличия артериальной гипертонии (АГ, информированы врачом) – 38% опрошенных: среди них мужчин – 35%, женщин – 40,7%; принимают антигипертензивные препараты 71% мужчин, больных АГ, и 72,9% женщин; достигают целевого уровня давления лишь 3,3% мужчин и 6,6% женщин;

- по причине высокого уровня холестерина в крови – 31,8% опрошенных: 30,6% мужчин и 32,5% женщин от числа обследованных на содержание холестерина.

Исследование показало недостаточное участие медицинского персонала в мероприятиях по профилактике НИЗ. Среди респондентов получали от медицинских работников советы: бросить курить – 39% курящих, употреблять меньше спиртных напитков – 8,9%, повысить физическую активность – 17%, рекомендации по здоровому питанию – 24,9% опрошенных обоих полов. Между тем стремление изменить свои поведенческие привычки в сторону здорового образа жизни среди респондентов достаточно велико. Так, в течение 12 месяцев до исследования пытались бросить курить – 32,1% курящих, употреблять меньше жира – 58,5% опрошенных, употреблять больше овощей и фруктов – 73,5%, употреблять меньше сахара – 53,1%, меньше соли – 47,9%, увеличить физическую активность – 48,5% опрошенных.

В сравнении результатов исследования, проведенного в 2012 году, с результатами исследования 2004 года (рис.1) наблюдается положительная динамика по следующим факторам риска: курение (снижение на 5,6%), чрезмерное употребление алкоголя (снижение на 0,9%), недостаточное употребление овощей и фруктов (снижение на 18%).

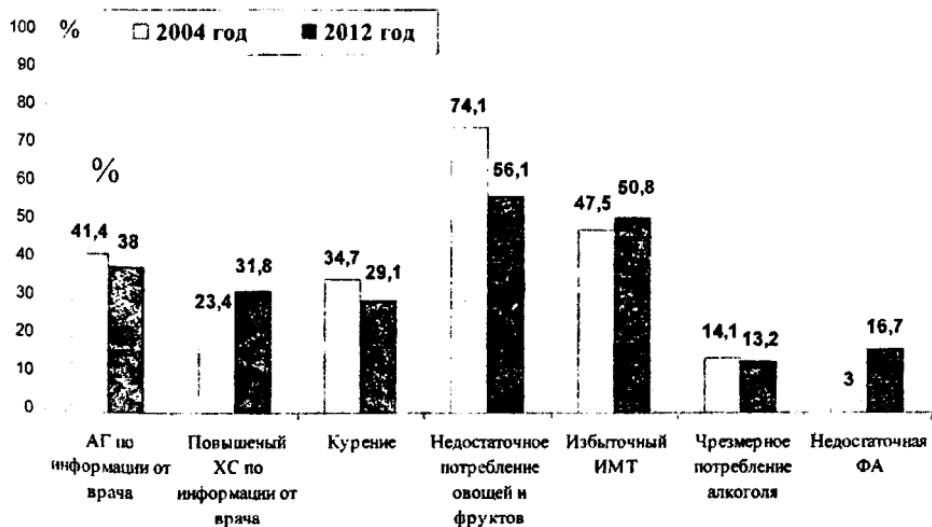


Рис. 1. Динамика распространенности ведущих факторов риска НИЗ среди населения Вологодской области в возрасте 18–69 лет, в %

Данные настоящего исследования использованы Правительством области и департаментом здравоохранения для анализа ситуации при обновлении областных целевых программ. Также полученные результаты используются при проведении мероприятий по формированию здорового образа жизни, в средствах массовой информации, на обучающих семинарах для медработников.

Таким образом, проведенная работа позволяет:

- осуществить системный мониторинг изучения поведенческих факторов риска НИЗ взрослого населения Вологодской области с использованием стандартизованной международной методики;
- получить объективную картину распространенности факторов риска НИЗ в Вологодской области;
- рекомендовать методику (CINDI, ВОЗ) в качестве основного инструмента для проведения мониторинга поведенческих факторов риска региональными центрами медицинской профилактики.

Литература

1. Демографический ежегодник Вологодской области: статистический сборник. – Вологда: Вологдастат, 2011. – 88 с.
2. Потемкина Р.А., Глазунов И.С., Камардина Т.В. и др. Руководство по проведению изучения поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний / Р.А. Потемкина, И.С. Глазунов, Т.В. Камардина и др. – Москва, 2002.
3. Разработка системы мониторирования поведенческих факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний в России. – Москва: МАКС Пресс, 2002. – 120 с.

Р.А. Касимов

к.п.н., директор БУЗ «Вологодский областной центр медицинской профилактики»

ПОСЛОВИЦЫ РУССКОГО НАРОДА О ЗДОРОВОМ ОБРАЗЕ ЖИЗНИ

Здоровье подрастающего поколения во многом зависит от общей культуры, которую мы – взрослые прививаем своим детям в семье, а в последующем и в стенах дошкольного учреждения и школы. Образ жизни детей, их поступки не должны вредить их здоровью – в этом заключается основной смысл формирования здорового образа жизни подрастающего поколения. Колossalный опыт, накопленный столетиями в передаче знаний, умений и навыков образцовой жизнедеятельности от старшего поколения подрастающему, является достоянием любого народа и, прежде

всего, для нас – русского. Формы, методы и средства обучения и воспитания детей образу жизни и поведению, сохраняющему их здоровье, жизнь и передающиеся из поколений в поколения, многообразны. Одним из средств, используемых в целях воспитания детей, могут быть пословицы: русского народа, которые впитали в себя сгусток мыслей и опыта, связанного со здравым либо нездравым образом жизни людей.

Здоровье как высшая человеческая ценность, которую следует иметь и сохранять, люди понимали с давних времен. Это убедительно подтверждают старые русские пословицы: «Здоровье всего дороже. Здоровье дороже богатства», «Здоровью цены нет. Здоровье не купишь» [1.С.248]. Также они осознавали, что потерять здоровье значительно проще, чем сохранить его или приумножить. Эту истину выражает пословица «Здоровье выходит пудами, а входит золотниками» [1.С.250].

Если рассматривать педагогический потенциал пословиц русского народа и возможности его использования в практике воспитания детей, на основе определения понятия «здоровый образ жизни», то это может позволить нам выявить основные направления их применения с целью формирования культуры здоровья учащихся в учреждениях образования. Мы придерживаемся следующего определения понятия «здоровый образ жизни» – это образцовая здоровьесберегающая модель поведения, которая реализуется человеком в социуме на основе удовлетворения им своих здоровьесберегающих потребностей, через соответствующие оптимизированные виды здоровьесберегающих активностей, которые психологически адекватны и обеспечивают сохранение, укрепление его здоровья [3.С.48].

Из данного определения выражение « здоровьесберегающая образцовая модель поведения» может быть рассмотрена как требуемая для всех норма поведения, то есть закон. «Дураку закон не писан», – гласит русская пословица [1.С.153]. Это значит, что те, кто не придерживается здорового образа жизни, подобны психически не здоровым людям.

Существует пять базовых видов здоровьесберегающих активностей: духовная, физическая, экологическая, медицинская и психологическая, в основе реализации которых потребности личности, как это подчеркнуто в вышеизложенном определении [2.С.31].

Духовные потребности человека тесно связаны с их нравственными качествами, и реализация здоровьесберегающей активности во многом зависит от них. Способы и средства удовлетворения духовных потребностей человека могут быть разными: молиться, слушать музыку, смотреть фильм или спектакль, посещать церковь, театры музыкальный или драматический, музеи, спортивные объекты и др., но они едины в одном – позволяют сохранять и укреплять ему здоровье. Русская пословица гласит:

«Здоровому все здорово» [1.С.250]. Здоровому человеку всё, что по душам, то полезно для его здоровья. Активность, совпадающая со здоровьесберегающими потребностями человека, включает его внутренние ресурсы и приносит максимальную пользу его здоровью.

Физическая активность, прежде всего, связана с подвижным образом жизни человека. С давних времен люди стали понимать, что малоподвижный образ жизни вреден здоровью. «Дай боли волю, полежав, да умрешь», «Не поддавайся, не ложись; а сляжешь – не встанешь» [1.С.249]. Народная пословица учит: «После обеда полежи, после ужина походи» [1.С.250]. Активная ходьба как эффективный способ профилактики заболеваний и укрепления здоровья рекомендуется людям всех возрастов. Очень полезны после физических упражнений до поту водные процедуры. Особое место в жизни русского человека как средство оздоровления занимает баня. Это и подчеркивает русская народная пословица: «Баня – мать вторая. Кости расларишь, все тело направишь» [1.С.249].

Экологическая активность направлена на защиту биосистем человека от вредного воздействия среды. Воздух, вода, пища – основные компоненты среды, обеспечивающие жизнедеятельность человека. Сегодня каждый знает, что для сбережения здоровья необходим свежий чистый воздух, вода и здоровая пища. Об этом знали и наши предки, что наглядно представлено в народных пословицах: «Человек из еды живет. Каков ни есть, а хочет есть» [1.С.503]; «Что чем питается, тем и отзывается» [1.С.509]; «Что пожуешь, то и поживешь». На Руси здоровую пищу считали национальным достоянием. Мы также можем в этом убедиться, обратившись к пословицам: «Где каша, там и наши. Где щи да каша, там и место наше» [1.С.505]. «Киселем брюха не испортишь. Пресное тесто найдет место» [1.С.508]. Переедание считалось вредным делом для здоровья, о чем подтверждает пословица: «С поста не мрут, а с обжорства мрут» [1.С.504]. Серьезной проблемой на Руси, наносящей вред здоровью, было и остается пьянство, о чем свидетельствуют многочисленные пословицы: «Пропойное рыло в конец разорило», «С вином поводишься – нагишом находишься», «Хлеб на ноги ставит, а вино валит», «Муж пьет – полдома горит; жена пьет – весь дом горит» [1.С.501]. Отказ от чрезмерного употребления хмельного позволяет сохранить здоровье и достичь намеченных целей, об этом хорошо знали еще наши предки. В этом убеждают нас русские народные пословицы: «Не упивайся вином, будешь крепче умом», «Кто чарку допивает, тот веку не доживает», «С хмелиной познаешься – с честью расстаться» [1.С.501]. «Кто винzo любит, сам себя погубит» [1.С.500]. О том, что избыточное потребление соли вредно для здоровья было выявлено людьми еще в прошлые века. Так пословица гласит: «Не

досол на столе, пересол на спине» [1.С.507]. В наши дни научно доказано, что повышенное потребление соли приводит к развитию сердечно-сосудистых заболеваний.

Медицинская активность изначально проявляется в ответственном отношении человека к своему здоровью. Люди с давних времен понимали, что здоровье надо беречь с ранних лет, когда ты еще молодой. «Береги платье снову, а здоровье смолоду» [1.С.250], – гласит русская народная пословица. Другая пословица: «Здоровье дороже денег. Здоров буду – и денег добуду» [1.С.250], – выражает цену здоровью, которую определяли люди, когда ставили жизненные для себя цели. Они понимали, что только при наличии хорошего, крепкого здоровья можно будет построить свое будущее. До появления врачевания на научной основе люди жили по пословице: «Бог дал живот, бог даст и здоровье» [1.С.249]. Считалось, что всё в божьих руках: и болезни, и здоровье. Однако, с развитием традиционной медицины, человек начал осознавать, что болезни значительно эффективней лечить с участием образованного лекаря – врача, самолечение может быть губительным для его здоровья и даже жизни. «Самого себя лечить, только портить» [1.С.249]. Системное сотрудничество с медицинскими службами в интересах не только лечения возникающих заболеваний, но и в целях их профилактики стало выражать суть медицинской активности личности.

Психологическая активность человека связана с его умением преодолевать психоэмоциональные состояния, стрессы, с которыми он многократно сталкивается на своем жизненном пути. Наиболее характерным для русского человека было и остается свойство быть выдержаным, терпеливым. В пословицах русского народа это качество ярко выражено: «Терпенье – спасение. Без терпенья нет спасенья», «Терпенье и труд все перетрут», «Капля камень долбит» [1.С.67]. Позитивное мышление как средство преодоления стрессовых ситуаций хорошо понималось русскими людьми. «Утро вечера мудренее» [1.С.67], – сказывали друг другу в семьях, ложась спать, чтобы облегчить те думы и тревоги, которые одолевали близких людей.

Все вышеизложенные здоровьесберегающие активности, изложенные в интерпретации с русскими народными пословицами, представляют культуру нашего православного образа жизни, которая формировалась столетиями и обладает значительным потенциалом для сбережения здоровья россиян. Русские народные пословицы могут быть использованы как эффективное средство воспитания и обучения подрастающего поколения здоровому образу жизни. Подобные советы и размышления можно найти в «Домострое» (XVI–XVII в.) в книге «Юности честные зерцало» (XVIII в.).

1. Даль В.И. Пословицы русского народа / В.И. Даль. – Москва: ЭКСМО-Пресс, ННН 2000. – 616 с.
2. Касимов Р.А. Формирование здоровьесберегающего образовательного пространства / под ред. М.И. Рожкова – Вологда: Издательский центр ВИРО, 2007. – 164 с.
3. Касимов Р.А. Подходы к единому понятию здоровый образ жизни / Р.А. Касимов. Ярославский педагогический вестник. – 2010. – № 2. – С. 48–53.

А.В. Коковкин

к.п.н., доцент, заместитель начальника Департамента физической культуры и спорта Вологодской области

«СПОРТ ДЛЯ ВСЕХ» КАК ФАКТОР ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

Формирование здорового образа жизни у граждан, начиная с детского возраста, обеспечивается путем проведения мероприятий, направленных на информирование граждан о факторах риска для их здоровья, формирование мотивации к ведению здорового образа жизни и создание условий для ведения здорового образа жизни, в том числе для занятий физической культурой и спортом.

Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года определена роль физической культуры и спорта в формировании человеческого потенциала страны.

Физическая культура и спорт являются важнейшим фактором поддержания и укрепления здоровья людей, совершенствования их культуры; способом общения, активного проведения досуга, альтернативой вредным привычкам и пристрастиям.

Среди основных мировых тенденций развития физического воспитания и спорта следует выделить:

- 1) постоянный рост числа занимающихся этими видами деятельности;
- 2) опережающее развитие массового спорта («для всех») по отношению к спорту высших достижений;
- 3) изменение мотивов занятий спортом: снижение значимости мотива достижения высоких спортивных результатов и самоутверждения, усиление таких мотивов, как получение удовольствия, укрепление здоровья, формирование атлетической фигуры;
- 4) усиление взаимосвязи спорта «для всех» с экологией для осознания необходимости решения экологических проблем;

5) увлечение молодежи, наряду с традиционными видами спорта, спортом «острых ощущений»;

6) создание условий для совместных занятий физической культурой семьи, матери и ребенка;

7) мода на занятия физической культурой и спортом, особенно в молодежной среде.

Одними из наиболее важных критериев, определяющих уровень развития физической культуры и массового спорта в регионе, городе, муниципалитете, являются обеспеченность населения физкультурно-спортивными объектами и степень вовлеченности населения в практические занятия.

Говоря о строительстве спортивного объекта, мы все должны понимать, что его необходимо в дальнейшем будет содержать, решать проблему наполняемости объекта спортивными группами и соответственно решать кадровый вопрос – со специалистами, которые эти занятия будут проводить.

Число жителей Вологодской области, систематически занимающихся физической культурой и спортом, в 2013 году составило 245 425 человек, что составляет 20,5% от общего числа жителей области. В 2012 году этот показатель составлял 17,8%.

Нам удалось превысить планируемый показатель (18,8%) на 1,7% и превзойти средний показатель по СЗФО, который был в прошлом году.

Наибольшее увеличение количества систематически занимающихся произошло в г. Вологде (на 21 894 чел. или на 6,9%) и в г. Череповце (на 2 201 чел. или на 2,7%).

В 2013 году увеличилась численность занимающихся в общеобразовательных учреждениях и образовательных учреждениях среднего профессионального образования (+3 626, +2 837 соответственно).

Значительно возросло число занимающихся на предприятиях, в учреждениях (+13 969 по сравнению с прошлым годом), в учреждениях и организациях при спортивных сооружениях (+6 280 по сравнению с прошлым годом).



Департамент физической культуры и спорта Вологодской области

Увеличение доли населения области, систематически занимающегося физической культурой и спортом с 17,8 % в 2012 году до 27,0% в 2020 году.

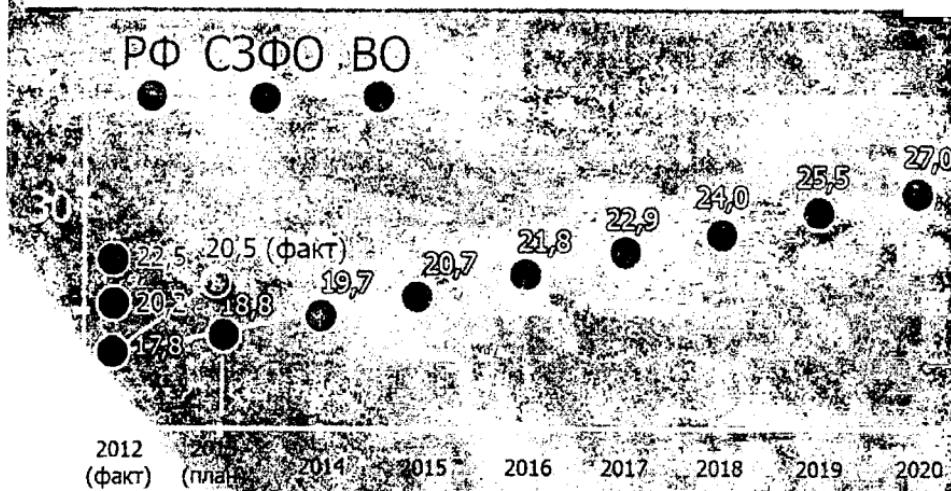
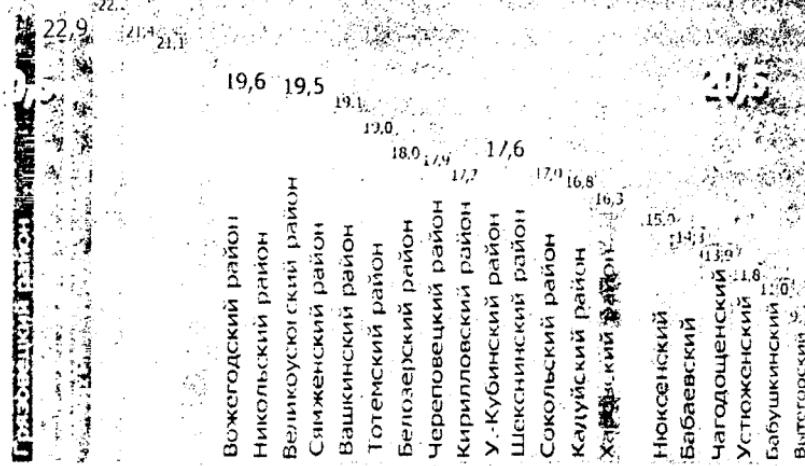


Рис. 1. Увеличение доли населения области, систематически занимающегося физической культурой и спортом

Увеличилось количество систематически занимающихся физической культурой и спортом в сельской местности (+4 730 по сравнению с прошлым годом).

Выполнение показателя «Доля систематически занимающихся физической культурой и спортом» в разрезе муниципальных образований Вологодской области выглядит следующим образом:

**Департамент физической культуры и спорта
Вологодской области**



**Рис. 2. Доля населения области,
систематически занимающегося физической культурой и спортом**

Из 245,5 тысяч жителей Вологодской области, систематически занимающихся физической культурой и спортом, 64,5 тысячи – в сельской местности, что составляет 26,3% от всех занимающихся. Это на 4 730 человек больше по сравнению с 2012 годом.

С удовлетворением можно отметить, что в 24 из 28 муниципальных образований области по сравнению с 2012 годом произошел рост данного показателя.

В четверке лидеров находятся: город Вологда – 24,0%; Грязовецкий муниципальный район – 23,8%; Вологодский и Междуреченский муниципальные районы – 22,9%.

В 7 муниципальных образованиях Вологодской области показатель систематически занимающихся – выше среднего областного уровня. Это Верховажский, Вологодский, Грязовецкий, Кичменгско-Городецкий, Междуреченский и Тарногский районы, а также город Вологда.

В Вожегодском муниципальном районе количество систематически занимающихся осталось на уровне 2012 года (19,6%). И только в трех рай-

онах Вологодской области произошло снижение данного показателя по сравнению с 2012 годом:

- Чагодощенский муниципальный район (-0,7%);
- Великоустюгский муниципальный район (-1,5%);
- Кирилловский муниципальный район (-2,2%).

В отстающих районах области находятся:

- Устюженский район – 26 место (11,8%);
- Бабушкинский район – 27 место (11,0%);
- Вытегорский район – 28 место (9,1%).

Доля обучающихся и студентов, систематически занимающихся физической культурой и спортом, в 2013 году составила 34,8%, что на 0,3% больше, чем в 2012 году.

В общеобразовательных учреждениях области работает 650 специалистов физической культуры и спорта, что на 52 человека больше, чем в 2012 году; количество систематически занимающихся составляет 44 078 человек.

Снизилось число учащихся, отнесенных по состоянию здоровья к специальной медицинской группе; всего к ней отнесены 4 603 ребенка, что на 77 человек меньше, чем в 2012 году; из них 2 513 (больше 50%) детей посещают занятия по физической культуре и спорту в специальных медицинских группах.

В рамках направления «Физическая культура и массовый спорт» реализуются два основных мероприятия.

Первое – «Обеспечение организации и проведения физкультурных и массовых спортивных мероприятий».

В Вологодской области проводится большое количество физкультурных и массовых спортивных мероприятий. Особое внимание уделяется работе с детьми и молодежью. Большой популярностью среди учащихся общеобразовательных школ пользуются массовые детские соревнования «Президентские игры», «Президентские состязания», «Кожаный мяч», «Золотая шайба», «Белая ладья», «Серебряный мяч», «Мини-футбол в школу», «КЭС-БАСКЕТ» и другие.

Учащиеся общеобразовательных школ и студенты принимают активное участие во всероссийских мероприятиях «Кросс наций», «Лыжня России», «Оранжевый мяч», «Российский азимут», «Лед надежды нашей» и др.

Проведение каждого соревнования стимулирует организацию секционной работы, а это значит, что увеличивается количество жителей области, систематически занимающихся физической культурой и спортом.

Важной частью нашей работы является пропаганда физической культуры и спорта как важнейших составляющих здорового образа жизни.

В этом направлении в 2013 году можно отметить несколько знаковых мероприятий.

Безусловно, во всей России 2013 год прошел под флагом предстоящих Олимпийских игр в Сочи. Вологодская область не осталась от этого события в стороне. 20 октября 2013 года Вологда стала двадцать четвертым по счету городом на пути следования эстафеты олимпийского огня. От нашего региона в список факелоносцев эстафеты было включено 130 человек. Это вологодские спортсмены, победители различных Олимпиад, почетные жители Вологды и Череповца, лучшие учителя и те, кто внес значительный вклад в развитие региона, его социальную жизнь, сохранение природы или совершил подвиг и активно помогал местным жителям. Самый юный бегун – Владислава Наволоцкая, ей только исполнилось 14 лет. Самый пожилой факелоносец – вологжанин Алексей Соколов – ему 93 года, он ветеран войны и труда, отличник физической культуры и спорта.

Для Вологды и Вологодской области это был по-настоящему исторический день. Мы стали частью олимпийской истории, это большая честь для каждого вологжанина.

Оргкомитет эстафеты олимпийского огня признал «вологодский этап эстафеты» одним из лучших по организации.

Одним из ярких примеров реализации данного направления является I-й фестиваль зимних видов спорта Деда Мороза на призы чемпионов Олимпийских игр, который состоялся 23 марта 2013 года в Великом Устюге. В открытии данного мероприятия принял участие Губернатор Вологодской области Олег Александрович Кувшинников. Мероприятие освещалось не только областными, но и федеральными СМИ.

Фестиваль зимних видов спорта объединил ряд спортивных и семейно-оздоровительных мероприятий в Великом Устюге и в Москве при участии чемпионов и призеров Олимпийских игр. Среди почетных гостей на этом мероприятии были Галина Горохова, трехкратная олимпийская чемпионка по фехтованию, президент Российского союза спортсменов; Лидия Скобликова, шестикратная олимпийская чемпионка (конькобежный спорт); Любовь Егорова, шестикратная олимпийская чемпионка по лыжным гонкам и еще целый ряд «легенд» российского и советского спорта. Олимпийские чемпионы проводили мастер-классы, непосредственно общались с детьми и их родителями.

Говоря о проведении статусных мероприятий на региональном уровне, мы должны понимать, что основная работа все же проводится на местах. Положительных примеров в этом отношении много. Мы уже говорили о серьезных достижениях по развитию физической культуры и массового спорта в г. Вологде. Аналогичная серьезная работа проводится в Череп-

повце и в целом ряде муниципальных районов области. Для развития физической культуры и массового спорта на местах не обязательно строить большие спортивные объекты. Иногда бывает достаточно желания и минимума вложений (финансовых и организационных), чтобы привлечь жителей города или поселка к активным занятиям физической культурой и спортом. Необходимо активнее использовать малобюджетные формы занятий физической культурой и спортом.

В качестве примера можно сказать, что с целью популяризации занятий физической культурой и спортом среди горожан и пропаганды здорового образа жизни в сентябре 2013 года в Череповце стартовал проект «Физкультура и спорт в парке», организаторами которого выступили комитет по физической культуре и спорту мэрии города совместно с МАУ «Городское объединение парков культуры и отдыха».

Проект открыли организованные легкоатлетические пробежки в парке культуры и отдыха и в парке им. 200-летия Череповца. Только за три недели реализации проекта на пробежки вышло 263 человека, среди которых были не только спортсмены и любители бега, но и новички, которые прочитали объявление и пришли в парк к назенненному времени. Вместе со всеми оздоровительным бегом занимались известные люди города, а открыл проект мэр города Череповца.

Следующим направлением работы стал запуск организованных занятий скандинавской (финской) ходьбой в городских парках. Сейчас врачи рекомендуют данный вид двигательной активности всем категориям населения, потому что скандинавская ходьба доступна людям любого возраста и уровня физической подготовки, ею можно заниматься в любое время года.

В целях дальнейшего совершенствования государственной политики в области физической культуры и спорта, создания эффективной системы физического воспитания, направленной на развитие человеческого потенциала и укрепление здоровья населения, 24 марта 2014 года вышел Указ Президента Российской Федерации N 172 "О Всероссийском физкультурно-спортивном комплексе "Готов к труду и обороне" (ГТО)". Комплекс вводится в действие с 1 сентября 2014 г.

В связи с этим Правительству Российской Федерации поручено до 15 июня 2014 г. утвердить положение о Всероссийском комплексе ГТО и совместно с органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации до 30 июня 2014 г. разработать и утвердить план поэтапного его внедрения.

На региональном уровне рекомендуется:

- а) определить органы исполнительной власти, ответственные за поэтапное внедрение комплекса ГТО;
- б) разработать и по согласованию с Министерством спорта Российской Федерации до 1 августа 2014 г. утвердить региональные планы мероприятий.

Таким образом, приоритетными направлениями развития физической культуры и спорта на территории Вологодской области в ближайшие годы будут:

- вовлечение максимального числа граждан в регулярные занятия физической культурой и спортом, прежде всего детей и молодежи;
- развитие спорта высших достижений и совершенствование системы подготовки спортивного резерва;
- совершенствование системы управления физической культурой и спортом;
- развитие инфраструктуры физической культуры и спорта.

А.В. Косьева

и. о. начальника управления образования
администрации города Вологды

ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ПРОСТРАНСТВА В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛАХ ГОРОДА ВОЛОГДЫ

Понятия:

Здоровьесберегающее пространство образовательного учреждения – совокупность управлеченческих, организационных, обучающих условий, направленных на формирование, укрепление и сохранение социального, физического, психического здоровья и адаптации обучающихся, воспитанников на основе психолого-педагогических и медико-физиологических средств и методов сопровождения образовательного процесса, профилактики факторов «риска», реализации комплекса межведомственных оздоровительных мероприятий.

Здоровьесформирующее образование – педагогический процесс, направленный на формирование и развитие у субъектов позитивной, устойчивой ориентации на сохранение здоровья.

Формирование здоровьесберегающего пространства в образовательных школах города Вологды – это комплексная работа по обеспечению

жизнедеятельности учреждения, направленная на сохранение и повышение уровня здоровья учащихся.

Проблемы здоровья учащихся в контексте управления качеством образования поднимаются в ряде нормативных и концептуальных документов: План реализации Стратегии действий в интересах детей в Вологодской области на 2012–2017 годы на территории муниципального образования «Город Вологда», План действий по модернизации общего образования, направленных на реализацию в 2011–2015 годах национальной образовательной инициативы «Наша новая школа», на территории муниципального образования «Город Вологда»; Послание главы города Вологды «Первоочередные направления деятельности Администрации города Вологды на 2014 год»; концепция патриотического воспитания школьников; стратегия духовно-нравственного воспитания обучающихся; муниципальные программы «Я – вологжанин», «Дорога безопасности», «Вместе» – комплексные меры по профилактике злоупотребления наркотиками на территории муниципального образования «Город Вологда» на 2011–2015 годы», «Школьный стадион на 2011–2020 годы». При этом одним из показателей критериев эффективности деятельности органов местного самоуправления муниципального образования «Город Вологда» является показатель доли детей первой и второй групп здоровья в общей численности обучающихся в муниципальных общеобразовательных учреждениях города Вологды.

Вместе с тем в педагогической науке и практике не уделяется достаточного внимания пропаганде здорового образа жизни и проблеме формирования здоровьесберегающего образовательного пространства в условиях средней общеобразовательной школы, связанного с обновлением содержания общего среднего образования и соответствующей организацией деятельности субъектов данного процесса.

Направления деятельности образовательных учреждений по формированию здоровьесберегающего образовательного пространства школы:

- здоровьесберегающая инфраструктура образовательного учреждения;
- рациональная организация учебного процесса;
- организация физкультурно-оздоровительной работы с обучающимися;
- организация просветительно-воспитательной работы с обучающимися;
- организация системы просветительской и методической работы с педагогами, специалистами и родителями;
- рационализация досуговой деятельности, каникулярного времени и летнего отдыха обучающихся.

Здоровьесберегающая инфраструктура образовательного учреждения предусматривает: состояние и содержание здания и помещений школы в соответствии с гигиеническими нормативами; оснащенность кабинетов, спортивного зала, спортплощадки необходимым оборудованием и инвентарем; наличие и оснащенность медицинского кабинета; наличие и оснащенность школьной столовой; организацию качественного питания; квалифицированный состав специалистов, обеспечивающих работу с обучающимися.

На территории города Вологды с 2005 года не было введено в эксплуатацию ни одного нового школьного здания. Возраст некоторых школьных зданий – более 130 лет. Вместе с тем ежегодно все образовательные учреждения успешно получают разрешение надзорных органов на ведение образовательного процесса. В 2013 году на реализацию муниципальной программы «Комплексная безопасность и мероприятия по проведению ремонтных работ в муниципальных образовательных учреждениях, расположенных на территории муниципального образования «Город Вологда» на 2013–2015 годы» в бюджете города предусмотрены средства в сумме 96 770,0 тыс. руб. Все муниципальные образовательные учреждения города Вологды оборудованы автоматической пожарной сигнализацией (далее – АПС) и имеют кнопки тревожной сигнализации. С 2010 года ведется работа по выводу АПС на пульт центрального наблюдения ЦУКС ГУ МЧС России по Вологодской области. В 32-х образовательных учреждениях установлена система видеонаблюдения.

В рамках реализации муниципальной программы «Школьный стадион» проведена реконструкция 11 стадионов, 2 из которых соответствуют современным требованиям. Учащиеся получили возможность играть в хоккей на специальных кортах, кататься на скейт-площадках, играть в футбол, волейбол, баскетбол на современных площадках. Кроме этого, 12 школ имеют универсальные площадки круглогодичного использования. На протяжении последних 5 лет проводится ремонт спортивных залов. В этом году были отремонтированы спортзалы в школах № 26 и № 41. В 2012 году в рамках модернизации системы общего образования муниципальных общеобразовательных учреждений все учреждения получили лыжи и лыжный инвентарь, 12 школ – комплект спортивного оборудования. Также все школы получили современное медицинское оборудование.

Здоровьесбережение – постоянная задача, стоящая перед системой образования и требующая комплексного решения. Одной из составляющих физического здоровья детей является регулярное и здоровое питание. В городе около 99% обучающихся охвачены горячим питанием. Дос-

тического показателя стало возможным благодаря приобретению в 2012 году современного торгово-холодильного оборудования.

К рациональной организации учебного процесса относятся:

- соблюдение гигиенических норм и требований к объему учебной и внеучебной нагрузки обучающихся на всех этапах обучения;
- использование методов, методик (технологий) обучения, адекватных возрастным возможностям и особенностям обучающихся;
- введение любых инноваций в образовательный процесс под контролем специалистов;
- строгое соблюдение всех требований к использованию технических средств в обучении;
- рациональная и соответствующая требованиям организация уроков физической культуры и занятий активно-двигательного характера в начальной школе;
- индивидуализация обучения (учет индивидуальных требований), работа по индивидуальным программам в старшей школе.

Опрос руководителей образовательных учреждений города Вологды показал, что практически во всех школах города идет процесс обучения школьников здоровому образу жизни. 30% руководителей видят решение данной проблемы через проведение Дней здоровья, 35% – через спортивно-массовую работу, 23% – через беседы о здоровом образе жизни. Однако за комплексный подход в решении данного вопроса высказались 74% респондентов.

На данный период все школы города Вологды имеют программы, планы, проекты, направленные на формирование здорового образа жизни, активной, социально-деятельной позиции учеников по отношению к своему здоровью.

- В ряде школ были изменены «условия школьной среды», режим работы школы. Каждые 6–7 учебных недель заканчиваются каникулами.
- Пересмотрены учебные планы с целью выработки оптимальной нагрузки для учащихся разного возраста и различного состояния здоровья. Внесены новые элементы в структуру образовательного процесса: введение в школах за счет «вариативной» части базисного учебного плана новых предметов: «Рости здоровым» (1–4 кл.), «Твое здоровье» (5–8 кл.), «Педагогика здоровья» (9 кл.), «Здоровая семья» (10–11 кл.)

- Проведена корректировка существующих учебных программ и approbation междисциплинарных курсов; введены факультативные занятия по развитию личности учащихся (воспитание чувства уверенности в себе и самоуважения).

• В рамках школьного компонента в образовательных учреждениях города в течение года проводятся специальные «Уроки здоровья», на которых учащиеся узнают, что такое здоровье, как работает организм, для чего служит тот или иной орган, о нарушениях в деятельности организма и причинах, которые их вызывают. И самое главное, обучающиеся оценивают особенности своего организма, могут понять, что нужно изменить в образе жизни, чтобы укрепить организм, то есть узнать, как можно управлять своим здоровьем.

Организация физкультурно-оздоровительной работы включает в себя полноценную и эффективную работу с детьми всех групп здоровья, в том числе организацию занятий с обучающимися, отнесенными по состоянию здоровья к специальной медицинской группе; организацию групп корригирующей гимнастики; организацию часа активных движений (час здоровья) между 3 и 4 уроками в начальной школе; организацию динамических перемен, физкультминуток на уроках и физкультпауз при подготовке домашних заданий в группах продленного дня; создание условий и организацию работы спортивных секций; регулярное проведение спортивно-оздоровительных мероприятий.

В образовательных учреждениях г. Вологды имеются все необходимые условия для проведения физкультурно-оздоровительной работы: 85 спортивных сооружений, из них 34 плоскостных (28 спортивных площадок, 6 спортивных полей), 42 спортивных зала, 2 стрелковых тира и 7 других спортивных сооружений (тренажерные залы, кабинеты ритмики, нестандартные спортивные залы, бассейны). Физкультурно-оздоровительное направление представлено общей физической подготовкой, школьными спортивными секциями, динамическими паузами, музыкальными переменами, спортивными часами на группе продленного дня, уроками ритмики, хореографии, спортивными танцами, ЛФК. Процент охвата учащихся данными мероприятиями – 86%. С введением третьего часа физической культуры спортивные залы заняты до 20 часов.

В школах города 521 обучающийся отнесен по состоянию здоровья к специальной медицинской группе, из них физкультурой занимается 397 человек, что составляет 76,2%. Это довольно высокий процент. В ряде школ проводятся дополнительные занятия корригирующей гимнастикой для детей с нарушениями осанки и сколиозами.

В 2013/14 учебном году 6292 школьника занимались 29 видами спорта. Рейтинг востребованных видов спорта:

- 1-е место – баскетбол (1680 школьников),
- 2-е – волейбол (1169 школьников),
- 3-е – футбол (632 школьника),

4-е – лыжные гонки (355 школьников),

5 место – каратэ (294 школьника).

Получают развитие и востребованы такие виды спорта, как армспорд, джиу-джитсу, кикбоксинг, скалолазание, фитнес-аэробика.

В учреждениях используются традиционные и активно внедряются новые формы работы по физическому воспитанию. Широким блоком проходят мероприятия в рамках Недели здоровья, Дней здоровья; Президентские состязания и Президентские игры, Кросс нации и др.

Анализ работы образовательных учреждений по данному направлению свидетельствует об использовании активных форм работы с родителями (Школа для родителей; семейный клуб; клуб отцов; туристические походы, слеты, лыжные походы, участие в спортивных классных состязаниях).

Организация просветительно-воспитательной работы с участниками образовательного процесса – это:

- включение в систему работы образовательного учреждения образовательных программ, направленных на формирование ценности здоровья и здорового образа жизни;
- лекции, лектории, беседы, консультации по проблемам сохранения и укрепления здоровья, профилактики вредных привычек;
- проведение Дней здоровья, массовых конкурсов, праздников;
- создание общественного совета по здоровью.

Профилактика употребления наркотиков является одним из направлений работы школ города. Формы профилактической работы: традиционные (уроки, лекции, беседы) и активные (тренинги, дискуссии, ролевые игры). Ежегодно образовательные учреждения принимают участие в проведении Интернет-урока «Имею право знать!». В 2013 году в 16 школах данные уроки были проведены студентами-волонтерами Вологодского педагогического университета. Образовательные учреждения принимают активное участие в реализации муниципальной программы «Вместе» – комплексные меры по профилактике злоупотребления наркотиками на территории муниципального образования «Город Вологда на 2011–2015 годы». В рамках данной программы организовано проведение молодежных дискотек под девизом «Молодежь выбирает здоровье», спортивных мероприятий и спартакиад «В здоровом теле – здоровый дух».

В период с 11 по 21 ноября 2013 года образовательные учреждения приняли активное участие в проведении профилактической операции «Дети Вологодчины». В период проведения данной операции профилактическая работа велась в рамках учебных программ по предметам: окружающий мир, физическая культура, биология, ОБЖ, обществознание. В школах

лах состоялись беседы с несовершеннолетними 7–11 классов «Как не стать жертвой преступления» – с участием инспекторов ИДН и представителей органов профилактики. Беседы «Я выбираю здоровье» провели также специалисты «Вологодского наркологического диспансера № 1». Все образовательные учреждения города приняли участие в оперативно-профилактической операции «Дети Вологодчины».

В рамках реализации муниципальной целевой программы «Профилактика преступлений и иных правонарушений в городе Вологде на 2010–2015 годы» (раздел 2 «Профилактика правонарушений несовершеннолетних и молодежи») за первое полугодие проведены следующие общегородские профилактические мероприятия со школьниками: фестиваль детского театрального творчества «Вологда – планета здоровья» по пропаганде здорового образа жизни (ЗОЖ) и профилактике негативных явлений в подростковой среде (январь, приняли участие 134 обучающихся); Неделя здоровья и спорта (февраль, приняли участие 100% школ); игра «Путешествие Правовенка по Вологодчине» (март, приняли участие 96 обучающихся); городская командная игра по пропаганде ЗОЖ «Спортивный калейдоскоп» (март, приняли участие 7 школ, 56 чел), городской конкурс агитационных плакатов «Нет наркотикам» (март–апрель, приняли участие 100% школ, представлено 64 работы), оборонно-спортивная игра «Зарница» (апрель–май, приняли участие 18 школ, 208 участников), общегородской урок здоровья (7 апреля, приняли участие 100% школ). В целях информирования несовершеннолетних об ответственности за употребление и распространение психоактивных веществ в декабре 2013 года проведена Неделя права, организатором которой является Центр гражданско-правового образования школьников на базе МОУ «Средняя общеобразовательная школа № 28», в которой приняли участие более 250 школьников 9–11 классов.

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 07 мая 2012 года № 599 «О мерах по реализации государственной политики в области образования и науки» к 2020 году число детей в возрасте от 5 до 18 лет, обучающихся по дополнительным образовательным программам, в общей численности детей этого возраста должно составить 70–75%, причем 50% из них должны обучаться за счет бюджетных ассигнований. Сегодня в Вологде доля детей в возрасте 5–18 лет, получающих услуги по дополнительному образованию в организациях различной организационно-правовой формы и формы собственности, в общей численности детей данной возрастной группы в 2013 году составила 53%, что на 0,8% больше, чем в 2012 году. Более 60% детей занимаются дополнительным образованием на бесплатной основе. Управлением образования ежегодно про-

водится около ста семидесяти городских конкурсных мероприятий по различным видам творчества, что позволяет выявить результаты обучения воспитанников, поддержать и поощрить талантливых, одаренных детей, повысить профессиональное мастерство педагогов, стимулировать и деятельность. Городские мероприятия чаще всего являются стартовой площадкой для раскрытия таланта в юном возрасте.

В городе реализуются программы воспитания: «Я – воложжанин», «Дорога без опасности». Активное участие система образования принимает в реализации социально значимых проектов: «Вологда – земля героев», «Город детства», «Цветущий город», «Молодежные трудовые бригады» и др.

Профилактика заболеваний и динамическое наблюдение за состоянием здоровья включают в себя:

- использование рекомендованных и утвержденных методов профилактики заболеваний, не требующих постоянного наблюдения врача;
- регулярный анализ и обсуждение на педсоветах данных о состоянии здоровья школьников, доступность сведений для каждого педагога;
- регулярный анализ результатов динамических наблюдений за состоянием здоровья и их обсуждение с педагогами, родителями, ведение карт здоровья (учащегося, класса, школы);
- привлечение медицинских работников к реализации всех компонентов работы по сохранению и укреплению здоровья школьников, просвещению педагогов и родителей.

По-прежнему тревогу вызывают показатели групп здоровья. Поэтому важно в каждом общеобразовательном учреждении в начале и в конце учебного года проводить физиологические замеры с целью изучения динамики развития детей (на сегодняшний день современное оборудование поставленное в медицинские кабинеты всех школ, позволяет это делать) а в течение года выполнять все мероприятия, предусмотренные программой здоровьесбережения образовательного учреждения. Главная проблема – низкая обеспеченность школ медицинскими работниками.

К индикаторам здоровьесберегающего пространства образовательного учреждения относятся:

- Желание учащихся посещать школу.
- Объем дневной учебной нагрузки на учащихся.
- Курящие школьники.
- Гигиеническое состояние школьных туалетов, состояние сантехники.
- Содержание уроков физкультуры и эмоциональная атмосфера на них.
- Жизнь в школе после окончания уроков.
- Активность и заинтересованность школьников.
- Психологический климат в педагогическом коллективе.

- Вид учеников, выходящих после уроков.
- Характер взаимоотношений учащихся с учителями и друг с другом.
- Отношение к школе большинства родителей учащихся.
- Результаты проведения мониторинга здоровья учащихся и происходящих в школе изменений.

Таким образом, работа по созданию здоровьесберегающего пространства в условиях средней общеобразовательной школы будет способствовать сохранению, укреплению и развитию духовного, психического и физического здоровья субъектов как педагогического процесса, так и общества в целом.

В.В. Кухарчук

отдел проблем атеросклероза НИИ кардиологии им. А.Л. Мясникова
ФГБУ РКНПК МЗ РФ, г. Москва

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ АТЕРОСКЛЕРОЗА

В России распространенность сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и смертности от них носит, по сути, характер эпидемии. Достаточно сказать, что ежегодно более 1 миллиона человек умирает только от ССЗ, из них половина приходится на долю ишемической болезни сердца и треть – на инсульт. Более 5 миллионов страдают ИБС, 30 миллионов артериальной гипертонией, одним из главных факторов риска развития инсульта и инфаркта миокарда.

Высокая заболеваемость и смертность от болезней сердечно-сосудистой системы, обусловленных атеросклерозом, ложится тяжелым финансовым бременем на плечи общества в целом. Так, по докладу ВОЗ, опубликованному в 2005 году, «Россия за 2005–2015 годы недополучит в национальный бюджет около 300 миллиардов долларов из-за преждевременных случаев смерти от инфарктов, инсультов и осложнений диабета. Большой ущерб, около 558 млрд. долларов, понесет только экономика Китая».

Отрадно отметить, что в последнее время в России наметилась определенная динамика в снижении смертности от ССЗ. В настоящее время показатель смертности на 100 тыс. населения снизился с 927,5 в 2003 году до 751 в 2011 г. (рис 1). Однако он все равно существенно уступает аналогичному показателю в развитых странах мира, который составляет 250–450 на 100 тысяч населения.

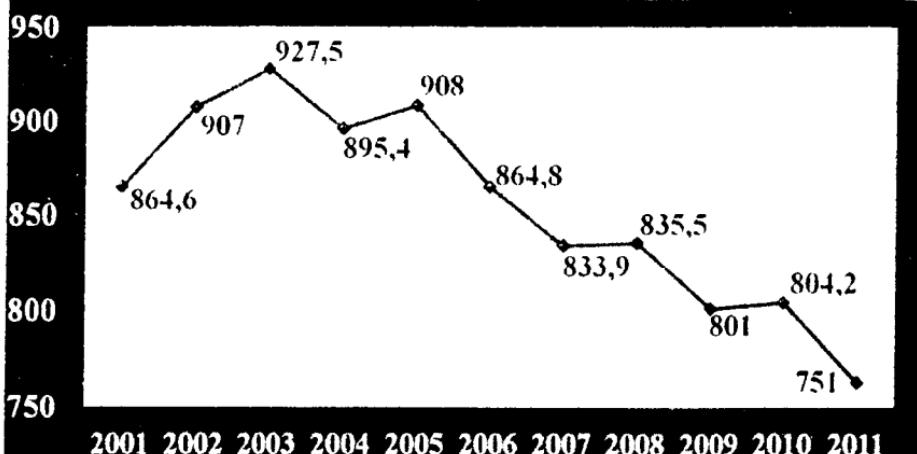


Рис. 1. Динамика смертности населения Российской Федерации от болезней системы кровообращения с 2001 по 2011 годы (данные Росстата)

В патогенезе атеросклероза важную роль играют не только эндогенные факторы, такие, как гиперлипидемия, гипергликемия, повышенное артериальное давление, но также и внешние факторы, которые могут способствовать повреждению целостности эндотелия, – курение, плохая экология, стрессы (рис. 2). Повреждение эндотелия, повышение проницаемости ведут к его дисфункции, что проявляется снижением уровня оксида азота (дилатирующего фактора) и повышением уровня эндотелина (констрикторного фактора). Нарушение проницаемости эндотелия сопровождается проникновением в субэндотелиальное пространство модифицированных липопротеидов низкой плотности, захватом их макрофагами и образованием пенистых клеток. В свою очередь, этот процесс ведет к активации ростовых факторов и молекул адгезии, которые притягивают к поврежденному участку сосуда различные клеточные элементы, инициирующие процесс воспаления и пролиферации гладкомышечных клеток, что, в конечном счете, сопровождается образованием атеросклеротической бляшки, постепенно обтурирующей просвет артерии (рис. 3).



Рис. 2. Влияние различных факторов на функцию эндотелия

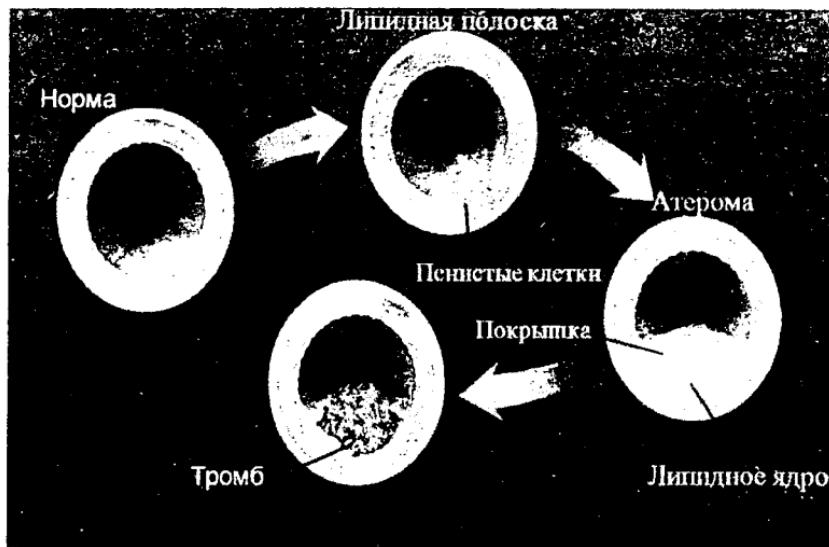


Рис. 3. Схема образования атеросклеротической бляшки (адаптировано с разрешения «Advances in the science of cholesterol management AstraZeneca Ed.Pr»)

На рисунке 3 схематически изображено развитие атеросклеротической бляшки (АСБ). Для нормального сосуда характерна гладкая эндотелиальная поверхность. Первым этапом формирования АСБ является образова-

ние липидной полоски, которую обнаруживают даже в детском возрасте. С течением времени из липидной полоски, хотя и далеко не всегда, образуется типичная АСБ с характерным липидным ядром и фиброзной покрышкой, толщина которой определяет стабильность бляшки. По мере истончения или эрозии покрышки она может разорваться, и, поскольку ядро АСБ является высокотромбогенным субстратом, тут же в просвете сосуда образуется тромб, который может либо полностью, либо частично обтурировать его, приводя к развитию инфаркта миокарда, если это коронарная артерия, или инсульта, если это сонная артерия.

Сегодня во всем мире принято оценивать степень риска развития атеросклероза и его основных осложнений. Разграничение пациентов по категориям риска очень важно для выработки правильной тактики профилактики и лечения. Как и в других европейских странах, в российских рекомендациях «Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза», выпущенных в 2012 году, выделяют 4 категории риска развития фатального исхода от заболеваний, обусловленных атеросклерозом: очень высокий, высокий, умеренный и низкий риски.

К категории очень высокого риска относятся больные с ССЗ атеросклеротического генеза, лица с тяжелыми сопутствующими заболеваниями (сахарный диабет, гипертоническая болезнь, семейная гиперхолестеринемия, заболевания почек со снижением скорости клубочковой фильтрации < 60 мл./мин/ $1,72\text{ м}^2$). Сюда же следует отнести лиц без очевидных клинических проявлений атеросклероза, но имеющих риск сердечно-сосудистой смерти в течение ближайших 10 лет по шкале SCORE $> 10\%$.

К категории высокого риска относятся лица без клинических проявлений атеросклероза, но с наличием хотя бы одного выраженного фактора риска (высокая АГ, выраженная гиперхолестеринемия, СД без признаков ССЗ атеросклеротического генеза); либо лица с 10-летним риском смерти по шкале "SCORE" $> 5\% < 10\%$.

К категории умеренного риска относятся лица с 10-летним риском смерти от ССЗ по шкале SCORE в пределах $> 1 < 4\%$.

Уровень риска в этой весьма многочисленной группе может меняться в зависимости от отягощенного анамнеза, ожирения, уровня физической активности, социального статуса. Именно в этой категории мы чаще всего сталкиваемся либо с переоценкой риска, либо, что еще хуже, с его недооценкой. Поэтому в сомнительных случаях мы нередко прибегаем к дополнительным биохимическим и инструментальным методам обследования с целью уточнения степени риска. Из биохимических методов исследования чаще всего мы смотрим уровень липопротеина (а) – липидного

фактора, повышенный уровень которого играет важную роль в развитии атеротромбоза. Другим маркером сердечно-сосудистого риска является С-реактивный белок (СРБ), определенный высокочувствительным методом, и если его уровень превышает значение 2 мг/л, это повышает риск сердечно-сосудистых осложнений. Из инструментальных методов, в сомнительных случаях, хорошим подспорьем в оценке риска служит определение скорости пульсовой волны и лодыжечно-плечевого индекса, характеризующих состояние эластичности артериальной стенки и наличие периферического атеросклероза. Но наилучшим способом уточнения риска оказывается метод дуплексного сканирования сонных артерий, который позволяет установить такие признаки латентно протекающего атеросклероза, как утолщение комплекса интима-медиа или наличие атеросклеротических бляшек в исследуемых артериях.

Наконец, к категории низкого риска в основном относятся лица молодого возраста с 10-летним риском смерти от ССЗ – по шкале SCORE менее 1%.

При отсутствии клинических проявлений степень риска развития фатального исхода от сердечно-сосудистых заболеваний, причиной которых является атеросклероз, определяется по шкале SCORE (Systemic COronary Risk Evaluation) (рис 4). Шкала была разработана экспертами Европейского общества кардиологов для регионов с высоким и низким уровнем смертности от ССЗ. Россия относится к числу стран с высоким уровнем смертности. Шкала учитывает основные факторы риска: пол и возраст, статус курения, уровни систолического артериального давления и общего холестерина. В последней версии европейских рекомендаций по профилактике сердечно-сосудистых событий в шкалы добавлены показатели уровня холестерина липопротеидов высокой плотности. Шкала позволяет весьма ориентировочно оценить риск сердечно-сосудистых осложнений у лиц без клинических проявлений атеросклероза. Вместе с тем, как уже упоминалось, формальное применение шкалы для оценки риска может привести к переоценке или, что еще хуже, к недооценке сердечно-сосудистого риска, так как в последнем случае пациент может оказаться без надлежащих рекомендаций по коррекции факторов риска и применению медикаментозной терапии. Распределение по категориям риска важно потому, что на основании полученного результата врач определяет интенсивность профилактических и лечебных мероприятий. В табл. 1 представлены целевые уровни холестерина липопротеидов низкой плотности в зависимости от категории риска.

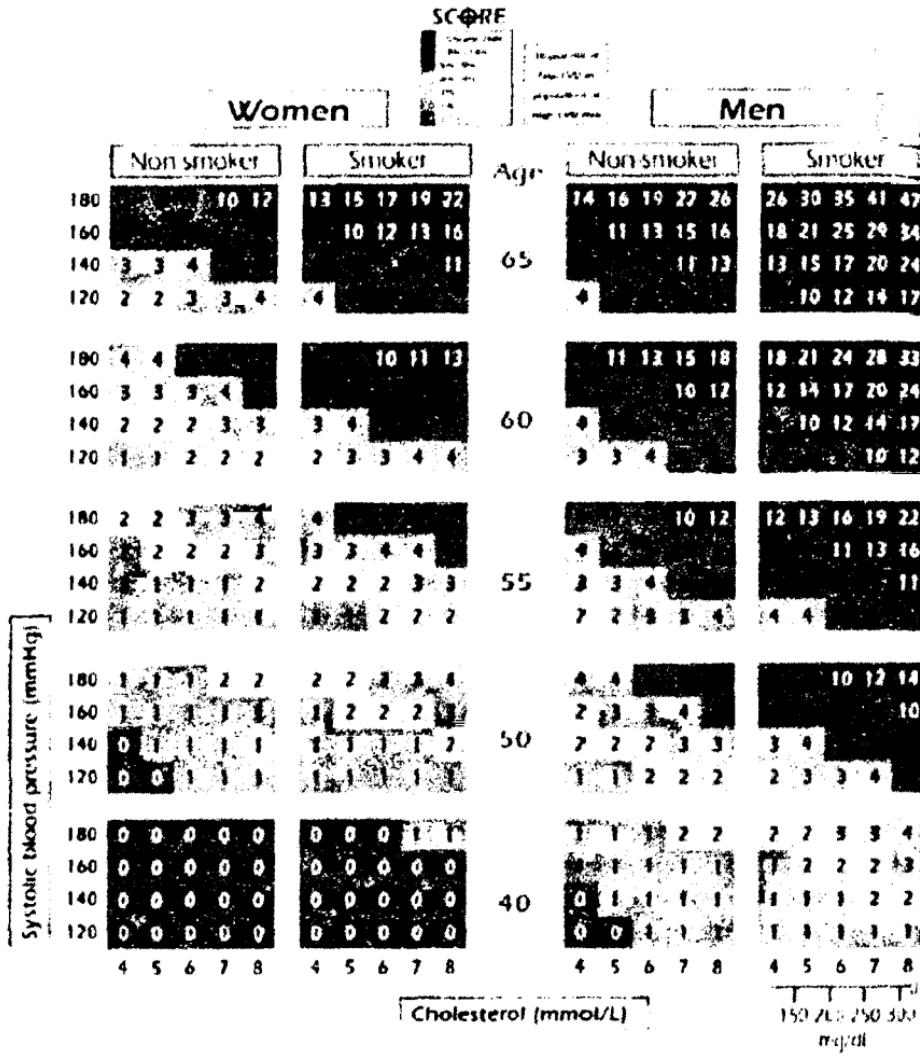


Рис. 4. Шкала SCORE для стран с высоким распространением факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, обусловленных атеросклерозом

**ЦЕЛЕВЫЕ УРОВНИ ХС ЛНП (в ммоль/л)
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КАТЕГОРИИ РИСКА**

Категория риска	ХС ЛНП (целевой уровень)	Уровень ХС ЛНП для начала медикаментозной терапии
1. Очень высокий	<1,8	>1,8
2 Высокий риск	<2,5	>2,5
3. Умеренный	< 3,0	>3,5
4. Низкий	< 3,5	>4,0

Как видно из таблицы, у лиц очень высокого риска в процессе терапии необходимо снизить ХС ЛНП ниже 1,8 ммоль/л. Причем у этой категории больных терапия статинами должна начинаться вне зависимости от исходного уровня ХС ЛНП. Для данной категории риска подходит правило – чем ниже уровень ХС ЛНП, тем лучше для предупреждения сердечно-сосудистых осложнений. У больных с высоким риском целевой уровень ХС ЛНП составляет 2,5 ммоль/л; если он выше этого значения, в большинстве случаев необходимо начать терапию статинами, чтобы достичь желаемого целевого уровня. У больных умеренного риска вопрос о назначении медикаментозной терапии возникает лишь в том случае, если в течение 3–4 месяцев немедикаментозных воздействий (прекращение курения, соблюдение диеты, повышение уровня физической активности, снижение избыточной массы тела) уровень ХС ЛНП превышает 3,5 ммоль/л. Наконец, в группе низкого риска в подавляющем большинстве случаев назначение гиполипидемической медикаментозной терапии не требуется. В сомнительных случаях для решения вопроса о назначении терапии важную роль играют семейный анамнез и наследственная предрасположенность к сердечно-сосудистым заболеваниям.

В настоящее время в мире серьезно рассматривается вопрос о применении так называемой полипилюли (ПП) с целью первичной профилактики ССЗ. Такая ПП состоит из 4-х компонентов (3 гипотензивных препарата и статин). ПП рекомендуется назначать лицам в возрасте старше 55 лет по аналогии с вакцинацией против инфекционных заболеваний. Экспериментальные результаты и предварительный расчет показывают, что прием ПП с целью первичной профилактики может продлить жизнь без инфаркта миокарда или мозгового инсульта приблизительно на 11 лет.

Найдет ли ПП применение в реальной жизни, покажет недалекое будущее. Сегодня же для первичной профилактики остаются актуальными хорошо зарекомендовавшие себя меры по коррекции факторов риска. Эти меры включают в себя полное прекращение курения, соблюдение диеты с низким содержанием жиров животного происхождения и поваренной соли, повышение уровня регулярной физической активности, поддержание нормального индекса массы тела, контроль дислипидемии, артериального давления и уровня сахара в крови. К сожалению, эти действенные и не требующие особых затрат меры плохо усваиваются большинством пациентов, многие из которых больше уповают на таблетки.

В заключение хотелось бы привести слова выдающегося отечественного терапевта и кардиолога, академика А.Л. Мясникова (1899–1965), который еще в середине прошлого века отмечал: «Профилактика атеросклероза труда. Развитие болезни во многом зависит от социальных условий жизни, поэтому только общее их преобразование может остановить распространение атеросклероза». Очевидно, что реализация программы, которую мы сегодня обсуждаем» – «Здоровые города, районы, поселки – комплексный подход к формированию единой профилактической среды», в действительности будет способствовать реальному улучшению не только медицинских, но также и социальных условий жизни людей, живущих в этих городах, поселках и районах.

Литература

1. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации // Атеросклероз и дислипидемии. – 2012. – № 4. – С. 5–53.
2. Catapano A., Reiner Z., De Backer G., et al. EAS/EAS Guidelines for the management of dyslipidemias. The Task Force for the management of dyslipideamias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). Atherosclerosis 2011. – 217 S. – S. 1–44.
3. Kotseva K., Wood D., De Backer G., De Bacquer D., Pyörälä K., Keil U.; EUROASPIRE Study Group. EUROASPIRE III: a survey on the lifestyle, risk factors and use of cardioprotective drug therapies in coronary patients from 22 European countries. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. – 2009. – 16 (2) Apr. – S. 121–137.

**ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ СРЕДЫ
В МУНИЦИПАЛЬНОМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ УЧЕРЕЖДЕНИИ
«СРЕДНЯЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ШКОЛА № 3» г. ВОЛОГДЫ**

Стоит ли доказывать, насколько остро в настоящее время встает проблема физического, психического и нравственного здоровья подрастающего поколения. Социологические исследования, проводимые учеными, показывают, что молодежь в более раннем возрасте приобщается к курению, злоупотреблению спиртными напитками, наркотиками, имеет отклонения в социальном поведении. Ученые все больше склоняются к мнению, что вопросы охраны и укрепления здоровья детей становятся первоочередными не только для здравоохранения, но и для образования, так как основные профилактические мероприятия проводятся, как правило, в школе. Именно в школе и в семье формируется понятие здорового образа жизни, физической культуры человека. Поэтому, наряду с задачами повышения качества образования, мы решаем задачи создания здоровьесберегающей среды в школе.

Вот уже более 10 лет педагогический коллектив нашей школы работает над реализацией программы развития «Школа здоровья». Её цель – выявление и апробация организационно-педагогических, материально-технических, кадровых, медицинских и других условий, обеспечивающих сохранение и укрепление здоровья всех участников образовательного процесса. В соответствии с поставленной целью определены задачи. Среди приоритетных – повышение качества образования, сохранение и укрепление здоровья обучающихся.

Реализация программы показала, что здоровью необходимо учить также, как учат математике, химии, истории и другим традиционным дисциплинам. Это стало возможным благодаря ведению предметов оздоровительного цикла: «Уроки Майдодыра», «Уроки Айболита», «Твое здоровье», «Педагогика здоровья». Проводятся также занятия по выработке правильного дыхания – по методу «БОС», разработанному санкт-петербургским профессором Сметанкиным.

Цель этих занятий – воспитание потребности в здоровье, выработка и коррекция собственного варианта здорового стиля жизни. Проведенное в 2013 году анкетирование показало, что 98% обучающихся и 99% родителей считают занятия по сохранению и укреплению здоровья очень нужными и полезными.

Анализ анкетирования в 9–11 классах показал, что спустя три года увеличилось – причем значительно, с 39% до 92%, – количество обучающихся, которые знают, что такое здоровый образ жизни; число тех, кто считает, что ведет здоровый образ жизни, также увеличилось с 35% до 88%. Данные исследования подтверждают большую эффективность занятий оздоровительного цикла: выросло число тех, кто считает, что полученные знания побудили их к здоровому образу жизни (33% – 2010 г. и 74% – 2013 г.) Однако, несмотря на то что компетентность школьников в этих вопросах повысилась, ведут здоровый образ жизни из них лишь более 80%. Причина – по-прежнему низкая мотивация и то, что в повседневной жизни взрослые тоже не всегда придерживаются здорового образа жизни. Следовательно, проблема еще остается довольно актуальной и требует дальнейшей работы со стороны педагогов и родителей.

Основной формой организации процесса обучения в школе, содействующей здоровью, остается урок. Построение урока с ориентацией на сохранение здоровья, формирование ценности здоровья и здорового образа жизни – вот одно из главных направлений реализации программы «Школа здоровья».

Здоровьесберегающий подход к уроку предполагает:

1. Внесение соответствующих изменений в содержание учебных предметов.
 2. Совершенствование методов обучения – обучение мотивации деятельности.
 3. Введение здоровьесберегающих технологий в образовательный процесс.
 4. Установление отношений сотрудничества, взаимного уважения и поддержки дружеской атмосферы.
 5. Создание условий, соответствующих санитарно-гигиеническим правилам.
- В связи с этим нам пришлось решать ряд проблем:
1. Каким должен быть урок в «Школе здоровья»?
 2. По каким критериям можно судить, что урок не наносит вреда здоровью ребенка?
 3. Какие педагогические технологии будут здоровьесберегающими?
 4. Какие факторы в общем влияют на состояние здоровья обучающихся во время проведения урока?

В процессе решения этих проблем нам удалось выделить факторы, которые при организации и проведении урока, как мы считаем, влияют на здоровье. Это – санитарно-гигиенические условия, включение в содержание урока аспектов здоровьесбережения, продолжительность урока, взаи-

моотношения обучающихся и педагогов, применение здоровьесберегающих технологий в преподавании, стиль преподавания, чередование видов деятельности, учет психофизиологических особенностей организма, оценка знаний, объем домашнего задания.

Каждый урок в «Школе здоровья» – здоровый урок и носит гуманистический характер, предполагающий:

- свободный выбор (уровня задания, формы выполнения, темы), в котором проявляется личность ребенка;
- свободу творчества (при выполнении задания, проекта, реферата);
- создание условий, в которых каждому предоставлена возможность проявить себя, продвинуться в развитии, достичь успеха;
- исключение методов принуждения (при постановке целей, опросе, оценивании, делении детей по способностям);
- формы организации деятельности: индивидуальная, парная, групповая, коллективная. Учитель знает и соблюдает в ходе урока периоды пика усвоения, снижения внимания, начало возможного утомления, наличие пауз, минут отдыха.

В ходе реализации программы изменился и режим работы школы:

- введены дополнительные каникулы через каждые шесть–семь недель – согласно схеме, разработанной в Париже 4 Международным конгрессом по школьной гигиене;
- во время уроков проводятся физкультминутки для снятия переутомления и профилактики миопии, сколиоза;
- после 3-го и 4-го уроков введены динамические паузы по 20 минут, во время которых организовано питание, проводятся игры в спортзале, музыкальные паузы в начальной школе;
- введен третий урок физкультуры в школе.

Следует отметить, что старшеклассники считают важнейшим условием сохранения здоровья в период обучения в школе занятия спортом. Поэтому одним из приоритетных направлений программы является физкультурно-оздоровительная работа, проведение которой помогает учитывать потребности и возможности всех детей, а не только наиболее физически развитых. Основные задачи данного направления – организовать в школе системную работу учителей физкультуры, врачей по определению нормативной нагрузки для детей, дифференцировать детей на занятиях по состоянию физического здоровья, организовать работу в группах ЛФК. Здесь уже сложилась система физкультурно-оздоровительной работы, которая включает урок, малые формы организации физической культуры, внеklassные и внешкольные занятия. На уроках физической культуры учащиеся получают сведения о культуре здоровья, здоровом образе жизни: о

режиме питания и личной гигиене, режиме дня и двигательном режиме, с влиянием физических упражнений на сохранение и укрепление здоровья, осанки, на повышение умственной и физической работоспособности.

В режиме учебного дня педагоги используют и малые формы организации физической культуры. К ним относятся: утренняя зарядка, физкультминутки, физкультпаузы, подвижные перемены. Организацию физкультурно-оздоровительной работы осуществляет совет физкультуры, в который входят учителя физкультуры, физоргии классов, инструкторы по спорту. Возглавляет совет координатор по здоровью.

Дети ежегодно участвуют в городских соревнованиях по волейболу, баскетболу, стрельбе, шахматам, военно-спортивной игре «Зарница» и выступают довольно успешно. Активное участие принимают и родители. В прошлом году они организовали и провели 15 мероприятий, среди которых – ставшие доброй традицией конкурсы: «Самый здоровый класс», «Самый творческий класс», «Самый интеллектуальный класс» и другие.

Большое внимание уделяется в школе и вопросам организации питания. В течение пяти лет для обучающихся и родителей проводится лекционный цикл по рациональному и сбалансированному питанию на темы «Режим питания», «Калорийность питания», «Нормы потребляемых веществ», «Здоровое питание», «Культура питания».

Вопросы питания являются сложными и потому, что требуют системы знаний о рациональном питании детей в школе и дома, и потому, что применение теоретических знаний на практике трудноосуществимо из-за материальных трудностей, которые испытывают большинство семей наших школьников. Горячее питание получают 98% учащихся, для 285 организовано бесплатное питание. Два раза в год – осенью и весной – проводится витаминизация пищи.

Уделяется внимание и организации самого процесса питания: интерьера столовой, внешний вид блюд, микроклимат в столовой. В 2013 году проводилось анкетирование среди обучающихся и их родителей на тему школьного питания. Результаты получились следующие: из 1288 обучающихся 92% питаются организованно, остальные самостоятельно покупают еду либо приносят ее из дома. Было выявлено отношение к качеству пищи, предлагаемой столовой. Учитывая пожелания обучающихся, родителей, педагогов, администрация школы открыла в столовой буфет, где можно купить фрукты, соки, кисломолочные продукты, бутерброды, компоты, горячие напитки и оздоровительные коктейли.

За соблюдением санитарно-гигиенических правил при организации питания и приеме пищи постоянный контроль осуществляют администрация школы, родительский комитет, медицинская сестра.

Социально-психологическая служба школы ежегодно проводит исследование адаптации школьников, используя методику А.Л. Венгера. Анализ же социально-психологического портрета первоклассника показал, что практически здоровых детей в школу в 2013 году поступило 17%, при этом детей с различными патологиями – 83%, то есть число практически здоровых детей уменьшается, а детей с различными хроническими заболеваниями становится все больше, а значит, необходимо более тесное сотрудничество с организациями здравоохранения для более эффективного проведения профилактической работы в школе.

Использовав ресурсы внутренней среды школы, мы стали исследовать внешнюю среду – учреждения социума и микрорайона, в первую очередь те, которые призваны решать проблемы здоровья детей, т.е. учреждения здравоохранения. В 2003 году мы вышли с предложением о сотрудничестве в детскую поликлинику № 5 города Вологды и получили одобрение. Таким образом, на базе школы совместными усилиями был создан реабилитационный центр «Здоровье».

Цель сотрудничества: определение эффективных путей оздоровления детей, создание условий, предупреждающих возникновение заболеваний и формирование хронических патологий.

Основными задачами центра являются:

- Пропаганда здорового образа жизни. санитарно-просветительская работа по вопросам личной гигиены, репродуктивного здоровья, правильного питания, режима дня школьника.
- Коррекция функциональных отклонений в здоровье детей школьного возраста в условиях учебного процесса.
- Оздоровительные мероприятия, способствующие более легкой адаптации к учебному процессу школьников 1-х, 5-х, 10-х классов и выпускников школы.
- Профилактические лечебно-оздоровительные мероприятия для детей, находящихся на диспансерном учете с тем или иным хроническим заболеванием.
- Обследование и лечение детей, у которых выявлена та или иная патология при углубленных профилактических осмотрах.

В штат центра входят врач-педиатр, медсестра, методист-инструктор по ЛФК и массажу, медсестра физиокабинета.

Помещения центра: физиокабинет, фитокабинет, кабинет массажа и ЛФК, стоматологический кабинет, тренажерный зал, медицинский кабинет. В массажном кабинете проводится массаж общий, шейного и грудного отделов позвоночника, что улучшает кровоснабжение, тонус мышц, повышает иммунитет, снижает спазмы сосудов головного мозга, легких, позвоноч-

ника. Лечебная физкультура способствует восстановительной работе тог или иного органа, мышц, скелетной мускулатуры, профилактике заболеваний опорно-двигательного аппарата – сколиозов, плоскостопия; улучшающее кровоснабжение органов. В фитокабинете проводятся витаминотерапия, ферментотерапия – для повышения иммунитета, улучшения обменных процессов, процессов пищеварения, дыхания. В физиокабинете проводятся ингаляции с травами, физиологическим раствором, что способствует профилактике обострений фарингитов, бронхиальной астмы, пневмонии. Это ПМП (переменно-магнитное поле), электрофорез с различными лекарственными препаратами. Их действие улучшает питание сосудов, тканей, клеток, костной ткани. Также работают аппараты дарсонваль и амплипульс.

Перед поступлением в реабилитационный центр дети проходят клиническое обследование: общий анализ крови, мочи, кала на яйца глистов и на лямблии.

По направлению врача-педиатра и врачей-специалистов и с учетом результатов диспансеризации и углубленных осмотров набираются группы детей по 20–25 человек. Обязательным является получение согласия родителей на проведение назначенных их ребенку оздоровительных и лечебно-профилактических мероприятий.

Школьника осматривает врач и выдает ему рекомендации по режиму, питанию, здоровому образу жизни, назначает лечебные процедуры: ингаляции с травами, с лекарственными средствами, магнитотерапия – чаще всего детям с патологией опорно-двигательного аппарата, электрофорез воротниковой зоны – с неврологической патологией; широко используется зрительная гимнастика.

Особенные улучшения в состоянии здоровья следует отметить у детей, получающих массаж, ЛФК, занятия на тренажерах, которые проводятся строго с учетом той или иной конкретной патологии.

Анкетирование родителей и самих ребят показало: если они в начале ходят без большого желания, то при повторных оздоровительных курсах у них появляется потребность в занятиях, они чувствуют улучшение здоровья, и самое позитивное, что все это делается по месту учебы, не нужноходить в поликлинику, стоять в очереди, покупать дорогостоящие препараты и витамины. Помощь доступная, бесплатная, проводится грамотными специалистами.

Центр работает в течение всего года, и в каникулярное время работа проводится в лагере.

Дети получают оздоровление по следующим направлениям: нарушение осанки – 108 чел., сколиоз – 88 чел., миопия – 96 чел., желудочно-

кишечная патология – 56 чел.; неврология – 13 чел.; бронхиальная астма – 28 чел. Ежегодно в центре проходят оздоровление 389 человек, что составляет 30% от общего количества обучающихся. Дополнительное обследование прошли 63 человека.

Эффективность данной работы мы оцениваем по показателям заболеваемости, частоте обострений хронических заболеваний, улучшения успеваемости, переходов из 3–4 групп здоровья во 2-ю, а также по отзывам родителей и самого ребенка.

Качество обучения в среднем по школе в течение последних трех лет – не ниже 40%, успеваемость – 99%. Это тоже стабильный, хороший результат. Проанализируем распределение обучающихся по группам здоровья. По сравнению с 2010 годом количество детей 1 группы осталось практически на том же уровне: 2010 год – 11,2%, 2013 год – 11,1%. Стало меньше детей второй группы здоровья: 2010 год – 67,4%, 2013 год – 57,8%. Увеличилось количество детей третьей группы здоровья: 2010 год – 20,1%, 2013 год – 31,3%, но уменьшилось и количество детей четвертой группы: 2010 год – 1,1%, 2013 год – 0,2%, что свидетельствует об эффективности профилактической работы с детьми этой группы.

Анализ же распределения детей по физкультурным группам показал, что по сравнению с 2010 годом увеличилось число обучающихся основной группы с 64,5% до 73,2%, то есть в физическом развитии большинство составляют дети со средним физическим развитием, и их становится больше с каждым годом.

Результатами нашей работы являются и показатели заболеваемости. Анализ показал, что наблюдается снижение количества обучающихся с патологией зрения с 47,8% до 37,2%, с нарушением осанки – с 9,6% до 6,9%, с заболеванием сколиозом – с 10,2% до 8,8%. Эта положительная динамика также является результатом той лечебно-оздоровительной работы, которая проводится в школе на протяжении вот уже более десяти лет: это контроль за осанкой со стороны педагогов во время уроков и во внеурочное время, проведение профилактики миопии (гимнастика и массаж, очки-тренажеры), проведение ЛФК, физиопроцедур, организация занятий с детьми, отнесенными к специальной медицинской группе, – а также той экологической работы, которая проводится в школе.

Формирование здоровьесберегающей среды в школе – сложная и комплексная задача, решение которой возможно только в рамках системной работы, позволяющей снизить влияние на здоровье детей неблагоприятных внутришкольных факторов, связанных с инфраструктурой школы и организацией образовательного процесса. Считаю, что задача сохранения здоровья обучающихся должна быть главной для школы.

Реабилитационный центр – один из вариантов совместной деятельности педагогических и медицинских работников. Результатом этой деятельности является укрепление здоровья ребенка без отрыва от учебного процесса, и все это положительно сказывается на успеваемости, общем состоянии детей, что немаловажно для родителей, педагогов и медработников.

А.И. Попугаев

д.м.н., профессор ФГБОУ ВПО
«Вологодский государственный университет»)

В.Г. Богатырев

главный врач БУЗ «Вологодская городская поликлиника № 1»

С.В. Долгова

заведующий городским «Центром здоровья»
БУЗ «Вологодская городская поликлиника № 1»

ЗДОРОВЬЕ ПРОФЕССОРСКО-ПРЕПОДАВАТЕЛЬСКОГО СОСТАВА ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ: ОПЫТ ВОЛОГОДСКОГО ПЕДАГОГИЧЕСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Научной основой предупреждения сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), связанных с атеросклерозом, стала концепция факторов риска. Причины развития ССЗ пока полностью неясны, однако благодаря экспериментальным, клиническим и эпидемиологическим исследованиям были выявлены факторы риска, под которыми понимают характеристики, способствующие развитию и прогрессированию заболеваний. Обычно это поддающиеся изменению биологические характеристики (уровень в крови липидов, глюкозы, артериальное давление), состояние окружающей среды, особенности образа жизни (курение, низкая физическая активность, злоупотребление алкоголем). Пол, возраст и некоторые генетические характеристики также относятся к факторам риска, но они не поддаются изменениям и используются в основном при определении прогноза возникновения заболевания. Фактор риска может быть причинно связанным с развитием заболевания или вызывать последнее через влияние на другие детерминанты. То, что фактор риска причинно не связан с заболеванием, не снижает его ценности в плане предсказания заболевания или сосудистых катастроф. Среди многочисленных факторов риска ССЗ три из них считают основными (курение, гиперхолестеринемия и артериальная гипертония), т.к. они причинно связаны с развитием этих заболеваний и их распространенность среди населения велика. При определении степени риска развития ССЗ необходимо учитывать, что большинство факторов

риска взаимосвязаны и при одновременном действии усиливают влияние друг друга, тем самым резко повышая риск. В практической деятельности врачам часто приходится иметь дело с пациентами, у которых одновременно имеется 2–3 и более факторов риска. При этом, даже если уровень каждого из факторов риска будет повышен умеренно, риск развития ССЗ у данного пациента может быть высоким вследствие усиливающего влияния этих факторов друг на друга. Поэтому, оценивая риск развития ССЗ, следует учитывать все имеющиеся у данного пациента факторы риска, т.е. определять суммарный риск.

В связи с вышесказанным разработаны и внедряются в практическое здравоохранение стратегии профилактики ССЗ.

Выделяют две стратегии профилактики ССЗ, основанные на концепции факторов риска (ФР):

1. Популяционная (массовая профилактика), направленная на изменение образа жизни и окружающей среды больших контингентов населения с целью оздоровления образа жизни и предотвращения появления или снижения уровня факторов риска ССЗ.

2. Стратегия высокого риска, направленная на выявление лиц с высоким риском развития ССЗ для последующего его снижения путем профилактических мероприятий. Эта стратегия в большей степени доступна врачам и может быть успешно использована в поликлинической работе. Преимущества этой стратегии состоят в том, что вмешательство приемлемо для индивидуума, имеется мотивация и для пациента, и для врача.

Учитывая вышеизложенную аргументацию, ученым советом педагогического университета 29.03.12 при утверждении программы «Здоровый ВУЗ» принято решение об организации и реализации проекта «Выявление факторов риска и проведение профилактических мероприятий среди профессорско-преподавательского состава». Реализация проекта осуществлялась в три этапа:

1 этап: обследование сотрудников на базе поликлиники № 1 г. Волгоды 01.09.12–15.12.12;

2 этап: проведение вмешательств 15.12.12–01.10.13;

3 этап: заключительное обследование сотрудников университета 01.11.13–15.12.13.

Алгоритм диагностики сердечно-сосудистого риска: визит к врачу (1 этап) заключался в учете пола, возраста, сборе анамнеза о перенесенных заболеваниях: инфаркт миокарда, мозговой инсульт, сахарный диабет, уровень артериального давления, наличие поведенческих факторов риска (ПФР), структурированный опрос (боли в грудной клетке: в покое, при физической нагрузке и т.д.).

Проведение антропометрии, биохимических исследований крови; ОХС, уровень глюкозы в крови. Инструментальные методы: динамометрия, ЭКГ, определение лодыжечно-плечевого индекса, биоимпедансиметрия (ИМТ), смокилайзер, спирометрия. Второй визит к врачу на первом этапе осуществлялся лицами, требующими дополнительного обследования: дополнительные биохимические анализы крови на триглицериды, креатинин, гликированный гемоглобин, проведение теста толерантности к глюкозе и определение липидограммы. По показаниям проводились дополнительно инструментальные исследования: ЭКГ с 12 отведениями, ультразвуковые исследования внутренних органов, флюорография органов грудной клетки и консультации специалистов: окулиста, кардиолога, эндокринолога, сосудистого хирурга.

На втором этапе организовано проведение школ здоровья на рабочем месте специалистами центра здоровья для лиц, имеющих факторы риска.

Сотрудникам университета, у которых выявлено стойкое повышение АД, имеющих сахарный диабет, нарушение липидного обмена назначена медикаментозная терапия.

На 3 этапе проводилось заключительное обследование по алгоритму 1 этапа.

Оценка частоты основных факторов риска, влияющих на формирование суммарного сердечно-сосудистого риска.

Отклик на исследование среди сотрудников университета составил 81,5%. Распределение профессорско-преподавательского состава по возрастам представлено на рисунке 1.

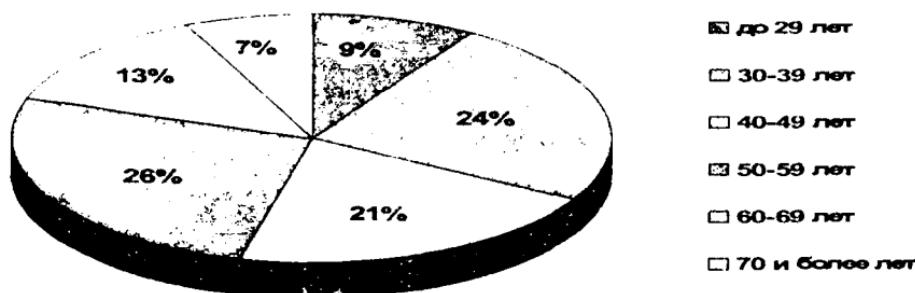


Рис. 1. Распределение профессорско-преподавательского состава ВГПУ по возрасту, %

Четверть педагогов имеют возраст 30–39 лет, на возраст 40–59 лет приходится почти половина преподавателей.

Частота артериальной гипертонии составила 37,6%, что несколько выше показателей эпидемиологического исследования, проведенного среди населения г. Вологды в 2007 г. – 36,1%, установлено, что среди лиц, имеющих АГ, постоянно принимают гипотензивные средства 27%.

В ходе исследования также была изучена частота других поведенческих и биологических факторов риска, влияющих на формирование суммарного сердечно-сосудистого риска (ССР). Частота курения составила 14,4% (среди населения г. Вологды – 32,4%), частота лиц, имеющих избыточную массу тела и ожирение установлена у 25,3% (2007 г. г. Вологда – 17%). Гиперхолестеринемия составила 58,8%, среди вологжан – 11% в 2007 г. Повышение уровня сахара среди преподавателей выявлено у 8,1%, тогда как в 2007 г. у вологжан этот показатель составил 2,0%. При анализе привычек питания среди педагогов отмечено, что недостаточное употребление овощей и фруктов имеют 15,8%, тогда как исследования 2002 г. по программе Синди в г. Вологде указывали на недостаточное употребление овощей и фруктов 94% населения. По результатам обследования проведена оценка суммарного ССР по шкале SCORE среди сотрудников университета. Установлено, что 15,9% преподавателей имеют сердечно-сосудистый риск развития сосудистых катастроф. Преподаватели университета заявили о необходимости в квалифицированной медицинской помощи при коррекции факторов риска практически по всем вопросам.

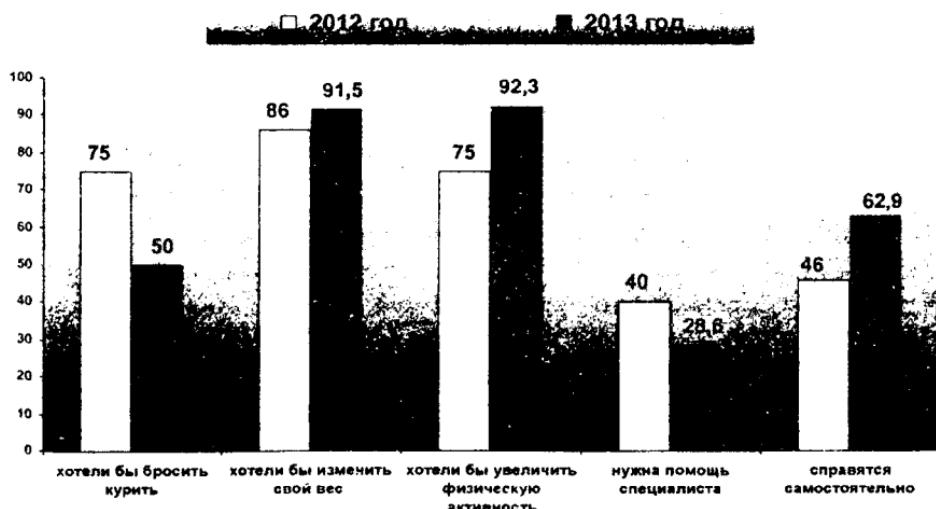
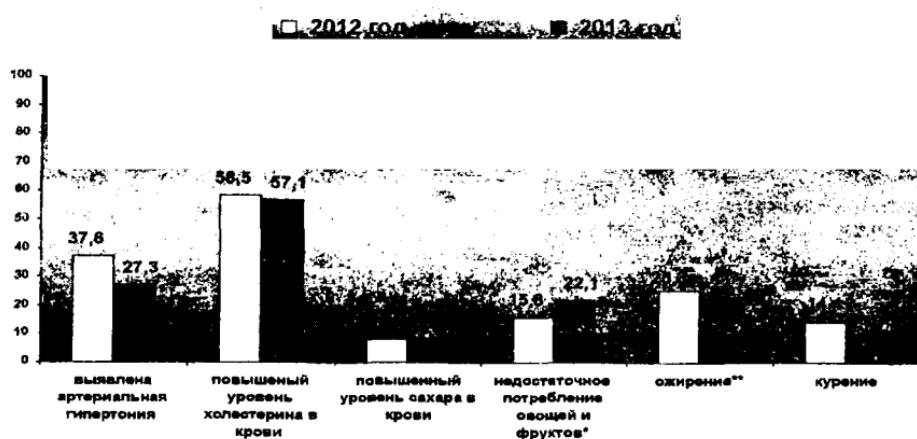


Рис. 2. Отношение к изменению факторов риска среди педагогов ВГПУ, имеющим данные факторы риска, %
(по итогам 1 и заключительного обследований)

В то же время после проведения школ здоровья 62% участников проекта проявили решимость справиться самостоятельно с поведенческими факторами риска. Результаты анализа третьего этапа свидетельствуют о том, что произошло снижение поведенческих и биологических ФР.



* – менее 400 г овощей и фруктов в день

** – индекс массы тела ≥ 30

Рис. 3. Динамика распространенности факторов риска неинфекционных заболеваний среди педагогов ВГПУ, %
(по итогам 1 и заключительного обследований)

Обращает на себя внимание наибольшее снижение показателей выявления АД при заключительном обследовании. Возможно, объяснением этому факту может служить то обстоятельство, что в результате реализации проекта сочетались два вида вмешательства: индивидуальное консультирование на первом этапе и групповые формы консультирования на втором этапе проекта. Обе формы консультирования оказались востребованы сотрудниками университета. Наибольшая мотивация в коррекции поведенческих ФР установлена при табакокурении, снижение данного показателя произошло на 72,3%. Оценка суммарного ССР также показала снижение этого показателя на 20,8% в результате проведенных профилактических мероприятий.

■ Имеют сердечно-сосудистый риск

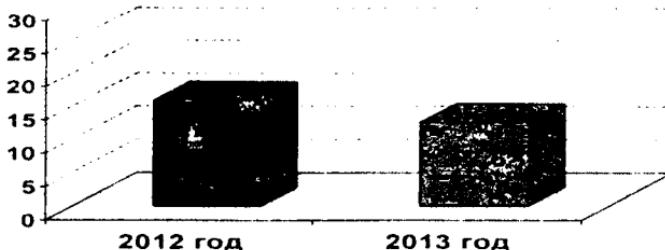


Рис. 4. Оценка суммарного сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE среди педагогов ВГПУ, %

Выводы:

- В результате исследования выявлена высокая распространенность поведенческих и биологических ФР, некоторые показатели превышают данные исследований, которые были выявлены среди населения г. Вологды в 2007 г.
- У 15,9% сотрудников университета выявлен высокий суммарный CCP.
- На основании результатов, полученных при реализации проекта по выявлению факторов риска ССЗ и проведению профилактических мероприятий среди сотрудников университета, установлена высокая потребность в контроле поведенческих и биологических ФР.
- Отмечена достаточно высокая мотивация к коррекции поведенческих ФР.
- Необходимо отметить также высокую приверженность к лечению АГ – основного фактора сосудистых катастроф.
- Инициативы МЗРФ (Приказ МЗРФ № 1006 от 03.12.12 «Диспансеризация определенных групп взрослого населения») по профилактике неинфекционных заболеваний среди взрослого населения должны быть поддержаны работодателями, необходимо повышение их ответственности.

Литература

1. Оганов Р.Г., Калинина А.М., Поздняков Ю.М. Профилактическая кардиология: руководство для врачей / Р.Г. Оганов, А.М. Калинина, Ю.М. Поздняков. – Москва, 2007.

2. Калинина А.М., Поздняков Ю.М., Еганян Р.А. и соавт. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний: руководство для врачей / А.М. Калинина, Ю.М. Поздняков, Р.А. Еганян и соавт.; под ред. Р.Г. Оганова. – Москва: ГЭОТАР_МЕДИА, 2009.
3. Попугаев А.И. Разработка клинико-организационных технологий медицинской профилактики болезней системы кровообращения и их внедрение на региональном уровне: автореф. докт. дисс. / А.И. Попугаев. – Москва, 2009.

Г.Г. Рапаков

к.т.н., доцент ФГБОУ ВПО «Вологодский государственный университет»

Р.А. Касимов

к.п.н., директор БУЗ «Вологодский областной центр медицинской профилактики»

Г.Т. Банщиков

д.м.н, БУЗ «Вологодская областная клиническая больница»

МЕТОДЫ АНАЛИЗА ДАННЫХ В ЗАДАЧАХ РЕГИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

Целенаправленное воздействие на сложный прикладной объект исследования с целью повышения эффективности его функционирования основывается на анализе системных связей с учетом закономерностей исследуемой области. Оптимизация программы развития профилактической деятельности предполагает разработку проблемно-ориентированных систем принятия решений в управлении региональным развитием с использованием современных методов анализа данных и обработки информации.

В задаче формирования регионального здоровьесберегающего образовательного пространства (РЗОП) необходимым условием повышения эффективности профилактических вмешательств является системный подход, предполагающий регулярный мониторинг, анализ данных, выработку управленческих решений, контроль и персональную ответственность за их выполнение. Это позволяет систематизировать процессы планирования и управления воспитательными воздействиями, мероприятия по профилактике.

Под здоровьесберегающим пространством в литературе понимают со-вокупность всех технологий, программ и объектов здоровьесбережения, объединенных целью формирования здорового образа жизни (ЗОЖ) и

системой интегрального управления, а также здоровьесберегающей средой, определяющей условия для их эффективного функционирования.

Формирование единого РЗОП представляет собой смешанный мультипроект, требующий адаптивного многопроектного управления на принципах межсекторального сотрудничества на территориальном уровне. С точки зрения проектно-ориентированного управления результат его декомпозиции – медицинская активность населения формируется в ходе реализации самостоятельного монопроекта на основе эффективного управления развитием приоритетных направлений – целевых программ и сопутствующих рисков. Комплексный подход к формированию здоровьесберегающих программ предполагает сравнение альтернативных проектов. Это позволяет определить рациональную ресурсную стратегию и оптимизировать программно-целевое управление межведомственными областными целевыми программами (ОЦП) по профилактике и формированию ЗОЖ.

Принципы формирования и развития РЗОП предполагают наряду с прочими наличие обратной связи, для обеспечения которой ведется регулярный мониторинг процессов здоровьесберегающего вмешательства и оценку его результатов [1].

Здоровый образ жизни индивида представляет собой образцовую здоровьесберегающую модель поведения, которая реализуется человеком в социуме на основе удовлетворения им своих здоровьесберегающих потребностей через соответствующие оптимизированные виды здоровьесберегающих активностей, которые психологически адекватны и обеспечивают сохранение и укрепление его здоровья. ЗОЖ является составной частью культуры здоровья, которая обеспечивает ее реализацию на основе здоровьесберегающих видов активностей. Образовательная модель формирования здорового образа жизни предполагает обучение навыкам принятия решения вести ЗОЖ [2] (Рис. 1).

Потребностно-мотивационная образовательная модель формирования здорового образа жизни

Цель формирование здорового образа жизни

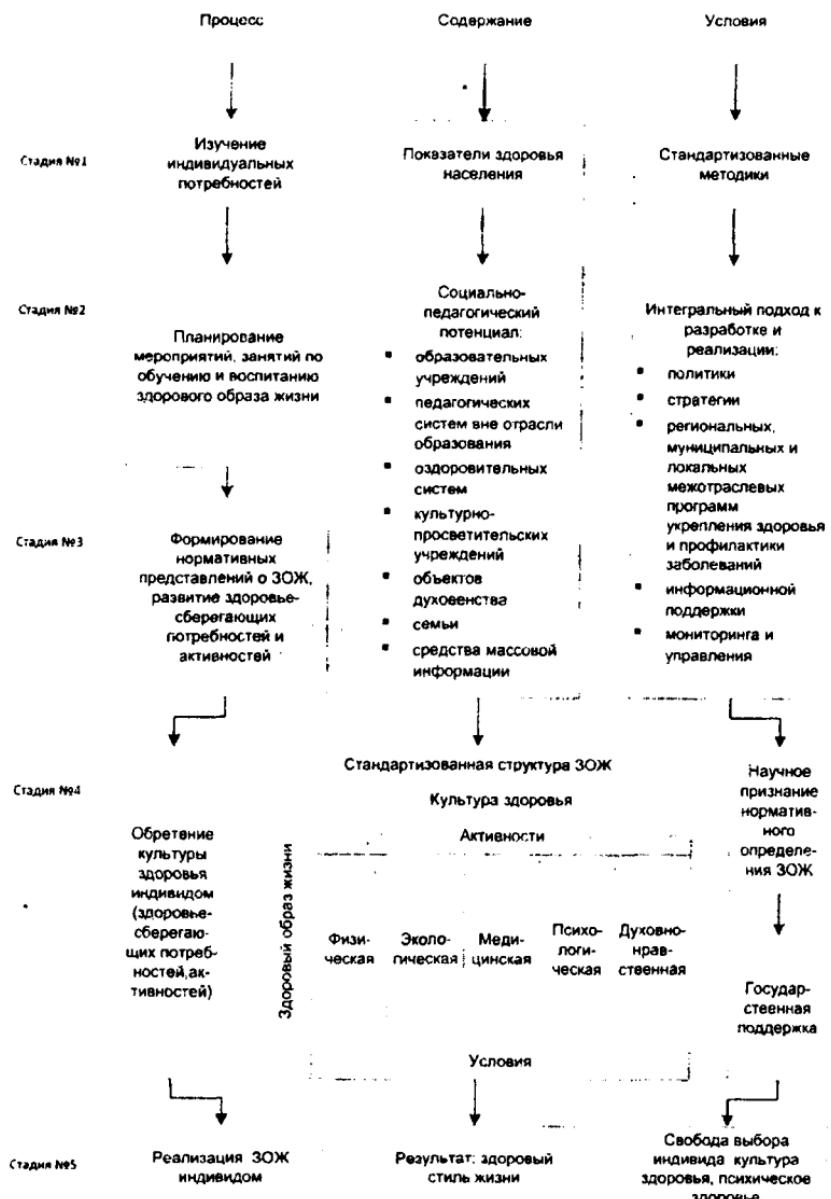


Рис. 1. Модель формирования ЗОЖ

Актуальной является задача формирования культуры ЗОЖ и создания здоровьесберегающего пространства в образовательных учреждениях области. Закономерности, принципы и системный целеполагающий подход в развитии РЗОП позволяют не только достигать воспитательных целей в обучении ЗОЖ школьников, но и дать знания социальных и педагогических аспектов здоровья взрослым.

Начиная с 2004 г. в Вологодской области реализуется межведомственная программа обучения лиц, принимающих решение (ЛПР) в целях снижения высокой смертности и профилактики неинфекционных заболеваний (НИЗ), укрепления здоровья и улучшения качества жизни населения.



Рис. 2. Модель Выявления, Учета и Контроля за больными АГ

Среди причин смертности более половины составляют болезни системы кровообращения (БСК), на втором месте – внешние причины, на третьем – онкологические заболевания. В структуре общей смертности БСК составляют 54–56%. Два из семи ведущих факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) – АГ и гиперхолестеринемии обуславливают 58–59% преждевременной смертности. Ухудшение ситуации с

кадрами в первичном звене (терапевты и врачи общей практики) ведет к снижению раннего выявления больных АГ. Следствием является рост смертности, 2/3 от общего числа больных АГ не выявлены и не получают лечения. Раннее выявление и своевременное лечение больных АГ в состоянии существенно снизить инвалидность и смертность населения от инфаркта миокарда и мозгового инсульта.

В Вологодской области внедрена разработанная в регионе система раннего выявления пациентов с АГ на поликлиническом этапе – модель ВЫЯВЛЕНИЯ, УЧЕТА и КОНТРОЛЯ за больными АГ (ВЫУЧКА) (Рис. 2). Этому способствует областная целевая (в дальнейшем – ведомственная) программа «Профилактика и лечение артериальной гипертензии среди населения Вологодской области» [3]. Проблемно-ориентированный подход позволил стабилизировать смертность от БСК, однако ее существенного снижения не произошло [4].

Возникновению ССЗ и других НИЗ способствуют господствующие в обществе социальные шаблоны, навязываемые СМИ поведенческие стереотипы [5]. Средовые факторы стимулируют безразличное отношение граждан к своему здоровью. Ответственность за здоровье общества и отдельного человека традиционно возлагается на врачей. Граждане, как правило, пассивны и безответственны. Активное влияние и управление основными ФР, самосохранительная активность граждан и эффективная немедикаментозная терапия позволяют повысить качество жизни больных АГ и являются важным экономическим фактором снижения бюджетных затрат. Для снижения социально-экономического ущерба, значительная часть которого обусловлена непрямыми экономическими потерями в связи с преждевременной смертностью мужчин трудоспособного возраста, необходимы инвестирования в активную профилактику, направленную на снижение социально-экономического бремени БСК [6].

Активности детей формируются под воздействием мотивации, которая должна усиливаться в процессе формирования ЗОЖ и во многом зависит от их психического здоровья и отношений с родителями. Необходимо сформировать такие устойчивые пролонгированные здоровьесберегающие активности, которые новое поколение сможет пронести через всю жизнь. Задача формирования регионального здоровьесберегающего образовательного пространства предполагает активную вовлеченность в процесс родителей учащихся. ЗОЖ школьников зависит от образа жизни ближайшего окружения – членов семьи.

Мероприятия по сохранению и укреплению здоровья граждан требуют постоянно действующей системы межведомственного управления и информационно-аналитической поддержки на всех уровнях [7]. Оценочные

показатели распространенности поведенческих факторов риска НИЗ были предложены Государственным научно-исследовательским центром профилактической медицины Министерства здравоохранения. Оценка эффективности развития РЗОП по критериям и показателям, характеризующим распространность поведенческих ФР, осуществляется с использованием выборочного или сплошного статистического наблюдения, проводимого Вологодским областным центром медицинской профилактики. Показатели ЗОЖ субъектов РЗОП, по которым оценивается эффективность его формирования, определяются методом социологического опроса школьников, их родителей и учителей при помощи широко распространенного при исследовании поведенческих факторов риска НИЗ стандартизованного вопросника «CINDI – Дети».

Цель анализа данных социологического опроса, проведенного в настоящем исследовании, состоит в том, чтобы на основе набора анкет определить устойчивые причинно-следственные отношения между показателями в части факторов риска АГ при внедрении областной целевой программы «Профилактика и лечение артериальной гипертензии среди населения Вологодской области». Эти сведения необходимы для оптимизации проведения адресных мероприятий по профилактике заболеваний ВОЦМП и разработке рекомендаций для ЛПР в региональном здравоохранении [8].

Рандомизированная выборка представлена анкетами родителей школьников и создавалась методом случайного отбора. Ошибка выборки не превышает 6% ($\alpha = 0,95$).

Результаты проверки на пропуски показали, что наибольшие затруднения у интервьюируемых вызывали вопросы, связанные с «закрытыми» темами для обсуждения, условиями для занятий физической активностью и оценкой отношений ребенка с его окружением.

В качестве целевой переменной выступал показатель «Повышенное АД-значимый ФР». Отрицательный ответ на вопрос: является ли повышенное кровяное давление значимым фактором риска «ФР-повышенное АД = нет» является ложным и свидетельствует о низком текущем уровне медицинской активности интервьюируемого в части ФР артериальной гипертензии (АГ).

Поскольку мониторинговое медико-социологическое исследование представляет собой опрос с номинальными признаками, для выявления наличия и направления связи между многовариантными переменными используются таблицы перекрестных распределений (сопряженности, кроссstabуляции). Кросstabуляционный анализ показал, что к числу наиболее важных факторов, отрицательно влияющих на здоровье, анкетируе-

мые отнесли курение (77,7%) и алкоголь (68,6%). Выявлена растущая «толерантность» по отношению к наркотикам. Лишь 55,1% опрошенных считают их значимым фактором, вызывающим заболевания. Неправильное питание (61,7%), низкая физическая активность (ФА) (73%), стресс (75,9%) и избыточный вес (96,4%) не являются с точки зрения респондентов значимой угрозой для здоровья. При этом 97,4% не могут сформулировать своих предложений. Результаты анализа перекрестного распределения демонстрируют, что более 97% опрошенных не рассматривают повышенное кровяное давление как значимый ФР. В разрезе социальной активности устойчиво выявлена социальная апатия. Ее величина нарастает по мере смещения фокуса от исполнительных органов власти регионального уровня к муниципальному, поселковому и индивидуальному.

Здоровый образ жизни индивида в качестве базовой компоненты включает культуру здоровья, которая формируется у детского населения под влиянием окружения. Основными темами, которые поднимают родители в общении с детьми, являются важные с гигиенических позиций, но тривиальные для школьника рассуждения о чистоте зубов (часто – 60,8%) и тела (часто – 63,1%). Вопросы правильного питания поднимаются не так активно (часто – 54,9%). Более значимые для здоровья темы – о вреде курения (иногда – 45,1%) и алкоголя (иногда – 41%) и необходимости физической активности (часто – 36,2%) затрагиваются реже.

Ответ на вопрос «Нужна ли программа ЗОЖ в школе» подтверждает важность комплексного подхода к формированию культуры здоровья. Среди лиц, считающих повышенное кровяное давление значимым ФР, отсутствуют те, кто отрицает или затрудняется с ответом о необходимости комплекса мероприятий ЗОЖ в школе. Значение показателя поддержки при этом является максимальным с учетом текущего уровня медицинских активностей населения – 2,3%. Сам фактор риска в данном случае выступает как критерий культуры поведения, обеспечивающей сохранение и укрепление здоровья – базового компонента ЗОЖ.

Результаты исследования с использованием регрессионного анализа позволяют количественно оценить влияние отношений, складывающихся в семье на реализацию программы в части факторов риска АГ. Выделены шесть значимых факторных признаков (Знч. < 0,001). Выполнена классификация параметров в соответствии с рейтингом влияния на критические, имеющие среднюю значимость, и малозначимые, что способствует оптимизации программно-целевого управления затратами на межведомственные ОЦП по профилактике заболеваемости и формированию ЗОЖ.

Разработаны статистические модели для принятия решений с целью стимулирования здоровьесберегающих активностей населения и повыше-

ния эффективности профилактики неинфекционных заболеваний. С помощью методов логистической регрессии и дискриминантного анализа созданы адекватные, статистически значимые модели и вычислены классификационные функции. Проведен сравнительный анализ использованных методов. Вероятностные модели классификационного анализа выявили значимые ($\text{Знч. } < 0,001$) критерии сегментирования респондентов по целевым группам при оценке медицинской активности населения в части факторов риска АГ. Высокая доля совокупной дисперсии, описываемая моделью, делает ее практически пригодной. На основе медико-демографических характеристик опрашиваемых корректно классифицировано более 80% респондентов. Нормированные коэффициенты позволяют сравнивать относительный вклад каждой независимой переменной.

В результате применения методов машинного обучения было выполнено обнаружение связанных событий – социокультурный поведенческий паттерн. Для фактора риска – повышенное артериальное давление – выделен шаблон из 5 логических правил с поддержкой не менее 90% и достоверностью не ниже 97%, отражающий закономерности исследуемой области профилактической медицины. Сформированы решающие правила и выделен целевой сегмент лиц – носителей негативных социокультурных поведенческих установок для последующей коррекции их здоровьесберегающих активностей и модификации факторов риска [9, 10].

Выполнено медико-социологическое исследование, объектом которого выступала система организации региональной медицинской профилактики. Применение алгоритмов и методов анализа данных в региональной системе медицинской профилактики позволяет обеспечить аналитическую поддержку при принятии управлеченческих решений в сфере региональной профилактики заболеваемости в целях повышения эффективности областной целевой программы «Профилактика и лечение артериальной гипертензии среди населения Вологодской области».

Литература

1. Решетников А.В., Астафьев М.М. Медико-социологический подход к исследованию качества медицинской помощи / А.В. Решетников, М.М. Астафьев // Социология медицины. – 2005. – № 1. – С. 32.
2. Касимов Р.А. Формирование регионального здоровьесберегающего образовательного пространства / Р.А. Касимов; под ред. М.И. Рожкова. – Вологда: ВИРО, 2007. – 164 с.
3. Профилактика и лечение артериальной гипертонии среди населения Вологодской области на 2009–2011 годы: ведомственная целевая программа: постановление Правительства Вологодской области от 28 июня 2010 г. № 739 [Электронный ресурс] // КонсультантПлюс: справ.-правовая система / Компания «КонсультантПлюс».

4. Рапаков Г.Г. Организация системы раннего выявления больных артериальной гипертензией и доступность антигипертензивных средств в Вологодской области: опыт использования кластерного анализа / Г.Г. Рапаков, Г.Т. Банщикова // Архивъ внутренней медицины. – 2013. – № 4. – С. 16–23.

5. Шабунова А.А. Общественное здоровье и здравоохранение территорий / А.А. Шабунова, К.Н. Калашников, О.Н. Калачикова; под рук. А.А. Шабуновой. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2010. – 284 с.

6. Социально-экономический ущерб от острого коронарного синдрома в Российской Федерации / А.В. Концевая, А.М. Калинина, И.Е. Колтунов, Р.Г. Оганов // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2011. – № 7. – Т. 2. – С. 158–166.

7. Рапаков Г.Г. Интеллектуальный анализ данных в здравоохранении региона (на материалах Вологодской области): монография / Г.Г. Рапаков, Г.Т. Банщикова. – Вологда: ВоГУ, 2014. – 79 с.

8. Кардиоваскулярная профилактика – важнейшее условие снижения смертности населения: методические указания / Г.Т. Банщикова, Е.А. Барачевская, М.Н. Зайцева, Р.А. Касимов, Г.Г. Рапаков. – Вологда: ВоГУ, 2014. – 73 с.

9. Гланц С. Медико-биологическая статистика / С. Гланц. – Москва: Практика, 1999. – 459 с.

10. Айвазян С.А. Прикладная статистика: Исследование зависимостей / С.А. Айвазян, И.С. Енуков, Л.Д. Мешалкин. – Москва: Финансы и статистика, 1985. – 487 с.

Н.Л. Рындин

директор АУ СО ВО «Октябрьский дом-интернат
для престарелых и инвалидов»

**ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ «ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ»,
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АКТУАЛЬНЫХ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИХ
ТЕХНОЛОГИЙ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ
ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ В АУ СО ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ
«ОКТЯБРЬСКИЙ ДОМ-ИНТЕРНАТ ДЛЯ ПРЕСТАРЕЛЫХ И ИНВАЛИДОВ»**

«Октябрьский дом-интернат для престарелых и инвалидов» является государственным учреждением, осуществляющим стационарное социальное обслуживание граждан пожилого возраста и инвалидов. Учреждение предназначено для оказания социальных услуг гражданам пожилого возраста и гражданам, страдающим хроническими психическими заболеваниями (женщинам старше 55 лет, мужчинам старше 60 лет), инвалидам 1–2 групп (старше 18 лет), частично или полностью утратившим способность к самообслуживанию и нуждающимся в постоянном постороннем уходе. В структуре дома-интерната функционируют 5 отделений: приемно-карантинное, два геронтологических, геронтопсихиатрическое, отделение милосердия. Жилые помещения расположены в двух корпусах, в которых в настоящее время проживает 380 человек – это участники и инвалиды

ВОВ, бывшие несовершеннолетние узники концлагерей; лица, награжденные знаком «Житель блокадного Ленинграда»; вдовы участников ВОВ, труженики тыла, дети войны; ветераны труда Вологодской области.

Поколение, пережившее войну и тяжелые послевоенные годы, не может быть здоровым. Большинство проживающих имеют инвалидность, хронические заболевания: сахарный диабет и особенно – сердечно-сосудистые.

Медицинская помощь пожилым и инвалидам, проживающим в доме-интернате, оказывается в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Вологодской области.

Учреждение располагает различными ресурсами для проведения и усовершенствования социально-медицинской реабилитации людей пожилого возраста и инвалидов: организованы круглосуточные посты и оборудованы функциональные кабинеты – стоматологический, перевязочный, процедурный, физиотерапии.

С целью проведения индивидуальных и групповых занятий по лечебной физкультуре функционируют два кабинета ЛФК. Комплекс упражнений для каждого клиента разрабатывается инструктором по лечебной физкультуре индивидуально. На отделении милосердия произведена реконструкция складского помещения под спортивную веранду – для инвалидов молодого возраста, что позволило им заниматься физкультурой и готовиться к соревнованиям по различным видам адаптивного спорта (настольный теннис, дартс, армспорта).

Для проведения физкультурно-оздоровительных и культурно-массовых мероприятий на территории учреждения оборудована открытая стационарная эстрада. С целью психологической коррекции эмоциональной сферы проживающих в учреждении функционирует сенсорная комната. Для того чтобы охватить категорию лиц, утративших навыки самостоятельного передвижения, используется передвижной стол-тумба для размещения мобильного комплекта сенсорного оборудования. Также для категории маломобильных клиентов на геронтопсихиатрическом отделении открыта прогулочная веранда. В 2013 году обобщен пятилетний опыт работы учреждения по использованию имеющегося реабилитационного оборудования, который в виде методических рекомендаций представлен на конкурс реабилитационных программ «Прибавим жизнь к годам», организованный Департаментом социальной защиты населения области, и занял первое место в номинации «В ритме жизни».

Здоровый образ жизни клиента является необходимым условием продолжительной и комфортной жизни. От старости вылечить нельзя, но вот

замедлить её ход можно. Выявление у проживающих дома-интерната множественной соматической патологии, определение прогноза состояния здоровья, снижение у клиентов способности к самообслуживанию определяет необходимость и приоритет осуществления комплексного подхода к организации социально-медицинского обслуживания пожилых людей в условиях учреждения, где особое внимание уделяется формированию у самого клиента представлений о сохранении здоровья и личной безопасности.

Традиционной и наиболее актуальной в реализации этой цели является, по нашему мнению, организация деятельности существующей на постоянной основе «Школы здоровья». Пожилые люди охотно читают специальную литературу и слушают лекции о здоровье и рациональном, здоровом поведении, доброжелательно воспринимают сведения, касающиеся вопросов гигиены и правильного питания.

К приоритетным задачам «Школы здоровья» относятся:

- повышение информированности клиентов в вопросах о собственном здоровье и степени влияния на него факторов окружающей среды и иных рисков;
- формирование ответственности за свое здоровье;
- повышение уровня знаний, умений и навыков по самоконтролю за здоровьем и оказанию самопомощи в случаях, не требующих медицинского вмешательства;
- создание мотивации к здоровому образу жизни;
- формирование новых интересов и помочь в освоении новых видов социально-культурной деятельности, позволяющих заполнить досуг, расширить кругозор, адаптироваться к меняющемуся миру;
- формирование устойчивого отрицательного отношения к вредным привычкам;
- формирование партнерских отношений с персоналом в лечении, реабилитации и профилактике заболеваний, их взаимовыгодное сотрудничество.

На сегодняшний день в учреждении организованы и успешно функционируют три «Школы здоровья»:

1. Школа здоровья для больных сахарным диабетом;
2. Школа для клиентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата;
3. Школа здорового образа жизни.

Организатором каждой школы является медицинская сестра, под руководством заведующего отделением – врача.

Принципы организации Школы здоровья:

- занятия проводятся в группах по 10–15 человек;

- контингент слушателей для занятий отбирается с учетом возраста, состояния здоровья и сопутствующих заболеваний;
- для каждой Школы разработана программа;
- конкретно для группы составляется план занятий;
- занятия организованы по принципу «закрытых групп», т.е. в процессе проведения занятий к ней не присоединяются новые клиенты;
- полный цикл обучения в Школе состоит из 12–14 занятий по 45–60 минут.

- продолжительность обучения клиентов составляет 12 месяцев;
- периодичность занятий 1–2 раза в месяц;

Структура занятий:

- 20–30% – лекционный материал;
- 30–50% – практические занятия;
- 20–30% – ответы на вопросы, обсуждение, дискуссия;
- 10% – индивидуальное консультирование.

Занятие состоит из трех обязательных частей:

1 часть – вводная. Занимает 5–10 минут и включает в себя приветствие, установление контакта, знакомство с темой и целью занятия.

2 часть – основная. По продолжительности – 30–40 минут. В основной части занятия клиенты знакомятся с теоретическим содержанием материала и определяют способы реализации знаний в жизнь.

3 часть – заключительная. Во время заключительной части, которая может длиться 5–10 минут, подводится итог и формулируется задание для самостоятельной деятельности.

Основными направлениями «Школы здоровья» являются рациональное питание, оптимальный двигательный режим, рациональный режим жизни, тренировка иммунитета и закаливание, соблюдение правил личной гигиены, соблюдение норм и правил психогигиены, контроль за состоянием собственного здоровья и т.д.

В деятельности каждой группы большое внимание уделяется вопросам борьбы с вредными привычками. Поэтому в плане обязательны такие темы, как «Вредные привычки и их влияние на здоровье. Профилактика и преодоление вредных привычек», «Курение или здоровье – выбор за вами», «Болезни, возникающие от курения» и т.д.

Необходимо понимать, что наши клиенты – это взрослые люди со своими сформировавшимися жизненными принципами и привычками, которые стали образом их жизни, и любое вмешательство в этот образ жизни вызывает естественную в этой ситуации реакцию неприятия, по крайней мере на первых порах. Очень важно не только дать правильный совет, рекомендацию и обосновать необходимость перемен, но и сделать это правильно.

Поэтому к работе в «Школе здоровья» привлекается весь персонал структурного подразделения и учреждения в целом: специалист по социальной работе, социальный работник, психолог, медицинская сестра диетическая, инструктор ЛФК и т.д.

В рамках «Школы здоровья» внедряются и совершенствуются новые формы социально-реабилитационной работы. Так, с 2013 года с целью повышения уровня безопасности в повседневной жизни лиц пожилого возраста и инвалидов путем мобилизации ресурсов самого клиента, поддержания навыков самоорганизации реализуется программа «Азбука безопасности пожилого человека». Занятия с клиентами носят практико-ориентированный характер. Направления реализации программы: валеология, пищевая и лекарственная безопасность, психологическая, юридическая, экономическая безопасность, безопасность жилого помещения, пожарная и электробезопасность, правила поведения на дорогах.

Используются и разнообразные формы работы: специализированные беседы, просмотр тематических фильмов, межведомственные встречи. Организуются лекции-дегустации продукции вологодских производителей. К примеру, хлебокомбинат представил широкий ассортимент своей продукции, а технолог комбината рассказала о различных видах, рецептуре и полезных свойствах хлеба и хлебобулочных изделий. Подобные формы работы особенно любимы слушателями Школы и используются на занятиях о пользе овощей и фруктов, соков и молочной продукции и т.д.

В ходе обучения «Азбуке безопасности пожилого человека» организована работа по реализации мероприятий Федерального закона от 23.02.2013 г. №15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака». Клиенты учреждения ознакомлены с Федеральным законом, проводятся профилактические индивидуальные беседы, привлекаются сотрудники других ведомственных учреждений (УВД, МЧС и др.).

На занятиях клиенты не только получают знания, но и учатся преодолевать свою инертность. Изучают комплексы физических упражнений, занимаются аутогенной тренировкой, дидактическими развивающими играми, направленными на улучшение функций внимания, восстановление памяти.

Для отслеживания эффекта после цикла занятий психологами учреждения проводится социологическое исследование «Мониторинг удовлетворенности клиентов работой «Школы здоровья». Результаты мониторинга рассматриваются на заседаниях Совета по менеджменту качества, созданного при учреждении.

Результаты работы «Школы здоровья» в 2013 году:

- циклы занятий каждой группой завершены в полном составе;
- клиенты отметили, что в процессе занятий произошли следующие изменения: утреннюю гимнастику начали делать регулярно 53%; пальчиковую гимнастику ежедневно делают 95%; ежедневные прогулки с выполнением дыхательных упражнений осуществляют 68%; психологи диагностируют, что улучшение мыслительных процессов – анализа, сравнения, обобщения, умозаключения и др. – происходит у 100% посещающих занятия «Школы здоровья». В анкетах участники отмечают, что занятия интересны содержательными беседами, подбором игровых и дидактических упражнений, разнообразием материала. По мнению респондентов, они получают огромный заряд положительной энергии, которая позволяет ощущать себя свободными, уверенными, здоровыми людьми;

- налицо тенденция снижения заболеваемости клиентов: по состоянию на начало 2014 года зарегистрировано 2133 случая заболеваемости; в 2012 году – 2200 случаев; в 2011 – 2380 случаев. Случаев эпидемической заболеваемости гриппом и ОРВИ не зарегистрировано в течение трех лет;
- эффективность реализации «Школы здоровья» подтвердил ежегодный мониторинг «Удовлетворенность качеством социальных услуг». Степень удовлетворенности составила 97,92%.

Комплекс мер, предпринимаемых учреждением в направлении формирования ЗОЖ, позволил ускорить появление положительной динамики состояния слушателей «Школы здоровья», что соответственно влияет на продолжительность жизни:

- снижение агрессивного и беспокойного поведения наблюдалось у 53% клиентов;
- улучшение эмоционального состояния у 84% клиентов;
- улучшение сна у 47% клиентов;
- снижение уровня тревожности у 64% клиентов;
- повышение порога сенсорной чувствительности у 10% клиентов;
- улучшение адаптации у 47% клиентов.

Средний показатель жизни клиентов учреждения – 77 лет, что выше среднего показателя по области (69 лет) и среднего показателя по Российской Федерации (70,5 лет).

Таким образом, концепция «Школы здоровья», направленная на активную позицию клиента в сохранении и улучшении своего здоровья, является актуальной и перспективной с точки зрения повышения качества социального обслуживания и медицинской помощи в частности.

КАЧЕСТВО НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ¹

Несмотря на некоторое улучшение демографической ситуации (в 2013 г. в РФ отмечен естественный прирост населения на 24 тыс. человек, рис. 1), в Вологодской области пока отмечается естественная убыль населения¹. Прогнозы относительно численности населения России к 2050 г. разнятся: исследователи-оптимисты считают, что в стране будет жить 120 млн. человек, пессимисты утверждают, что россиян будет не более 90 млн. Согласно демографическому прогнозу ИСЭРТ РАН – естественная убыль в регионе будет продолжаться. Это не только демографическая, но и экономическая, и geopolитическая проблема.



Рис. 1. Общий коэффициент рождаемости и смертности населения, %

Демографы с тревогой отмечают, что впервые в истории России удельный вес населения пожилых возрастов превысил удельный вес детей. В 56 регионах страны на долю детей и подростков приходится менее пятой части жителей (на начало 2000 г. таких регионов было 41, в 1990 г. – 3).

¹ Работа выполнена при поддержке гранта РНФ.

Сокращение численности молодых когорт является значимым риском для развития страны. Он проявляется, прежде всего, в снижении творческого потенциала, основным носителем которого является молодая часть трудовых ресурсов.

Молодежь – наиболее активная составляющая общества: она лучше приспособлена к внедрению инновационных проектов и технологий в различных сферах. Молодое поколение лучше адаптируется к нынешним условиям и глубже входит в современную экономическую систему, чем старшее поколение. «Главная надежда России – это высокий уровень образования населения, и прежде всего нашей молодежи... Основной вызов России – мы должны научиться использовать «образовательный драйв» молодого поколения...»¹.

Основные направления компенсации снижения численности населения – это повышение образованности, инновационной творческой активности и укрепление здоровья. Будущие ученые и изобретатели – это, во многом, те люди, которые в настоящее время еще только учатся в школе. Именно в этом возрасте важно прививать тягу к познанию нового, закладывать базовые навыки конструктивной творческой деятельности, а также сохранять и укреплять здоровье. Дальнейшее обсуждение продолжим, опираясь на данные трех исследовательских проектов, проводимых в ИСЭРТ РАН:

1. Опрос школьников 11 классов в 2011 г. (679 школьников, из них: 279 из г. Вологды; 116 – г. Череповец; 284 – районы Вологодской области).

2. Опрос школьников г. Вологды в школах с различной интенсивностью учебного процесса. В декабре 2011 г. опрошено 553 ученика в школах г. Вологды: в школе № 1 (с углубленным изучением английского языка) – 300 чел. (1 классы – 83 чел., 5 классы – 92 чел., 9–11 классы – 125 чел.); в школе № 13 (обычной) – 253 чел. (1 классы – 84 чел., 5 классы – 82 чел., 9, 11 классы – 87 чел.).

3. Лонгитюдное панельное исследование демографических, социально-экономических и медицинских факторов, влияющих на здоровье детей, в Вологодской области начато в мае 1995 года². Пятая волна мониторинга осуществлена в 2014 г.

¹ Путин В. Россия сосредотачивается – вызовы, на которые мы должны ответить // Известия от 17.01.2012.

² В исследование включены все семьи, в которых в течение двух недель (с 15 по 30 мая 1995 года) родились дети. Обследование проводилось в городах Вологде, Череповце, районных центрах Кириллове, Великом Устюге, поселке городского типа Вожеге. С 2004 г. в исследовании были задействованы уже четыре когорты семей, в которых родились дети в периоды с 15 по 30 мая 1995 г., с 1 по 25 марта 1998 г., в 2002 и 2004 гг. в тех же населенных пунктах. Информация снималась четыре раза в год на протяжении первых 15 лет жизни детей.

Анализ данных опроса старшеклассников в школах Вологодской области показал, что подавляющее большинство обучающихся (93%) считают развитие творческого потенциала важным для современного человека. Однако 14% обучающихся в районах области полагают, что это не очень важно.

Более половины городских старшеклассников стремятся развивать свои творческие и интеллектуальные способности, в районных городах и селах таких только 37%. Не прилагают усилий для саморазвития 23% сельских ребят. Подавляющее большинство старшеклассников в Вологде и Череповце (72 и 81% соответственно) считают, что не в полную меру используют свой потенциал и могли бы учиться лучше, в районах таких детей меньше – 51%. С максимальной отдачей учатся лишь 7% старшеклассников в Вологде и 5% – в Череповце; зато в районах удельный вес таких оценок в 2 раза выше (14%).

По мнению школьников, их способности к учебе проявляются в большей степени в учебных успехах (3,6 б. по 5-ти балльной шкале); значительно меньше в конкурсах, олимпиадах (3,1 б.), еще меньше – в участии в научно-исследовательских проектах (2,1 б.). Большую активность при участии в конкурсах и олимпиадах проявляют школьники Череповца – 59%, чуть ниже активность сельских школьников (37%).

Превалирующее большинство старшеклассников считает, что для достижения успеха в дальнейшей жизни необходимо высшее образование. А 17% к тому же считают необходимым послевузовское образование, в том числе обучение в аспирантуре. Желание связать свою карьеру с научной деятельностью также связано с уровнем творческой активности. Так, среди старшеклассников, которые ориентированы на послевузовское образование, 41% постоянно занимается творческой деятельностью.

Основными критериями, требованиями при выборе будущей профессии старшеклассники указывают высокую оплату труда, содержательную привлекательность (должна быть интересной), а также возможность карьерного роста (рис. 2).

При выборе будущей профессии школьники ориентируются на свои личные профессиональные планы, способности, советы родителей, престижность... Однако никто не выбрал вариантов ответов, казалось бы, очень логичных: востребованность на рынке труда, перспективность в экономике и т.д.

вого года жизни (новорожденные дети, дети в возрасте 1 месяца, 6 месяцев и одного года), далее ежегодно.

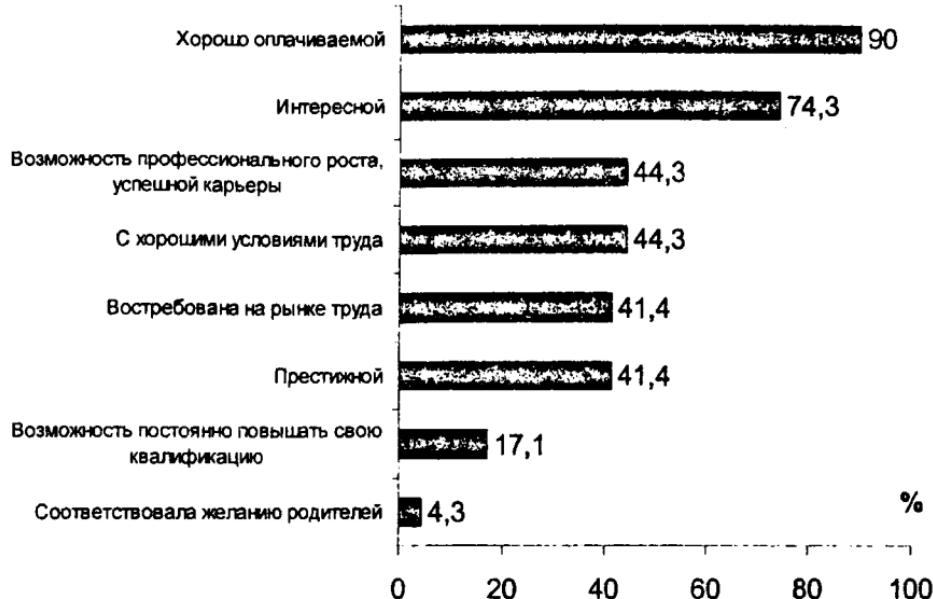


Рис. 2. Результаты анализа ответа на вопрос «Какие требования ты предъявляешь к будущей профессии? (%), возможно несколько вариантов)

В исследованиях имеется немало аргументов, свидетельствующих о недостаточности профориентационной работы. О необходимости смены механизмов профориентации с информационных на интерактивные.

Другим не менее важным вызовом для России является сохранение здоровья подрастающего поколения. В стране около 35% детей рождаются больными или заболевают в ближайшее время, в Вологодской области этот показатель около 30%.

В целом, потенциал здоровья детей снижается с самого раннего детства, о чем свидетельствует рост заболеваемости детей. В России за период с 1998 по 2012 гг. общая заболеваемость выросла на 53%, увеличиваясь в среднем на 4% ежегодно. В Вологодской области общая заболеваемость детей выросла на 68% за аналогичный период, преимущественно за счет хронических болезней.

Интересные данные о здоровье детей получены в проспективном мониторинге, проводимом в Вологодской области с 1995 г. В нем участвуют четыре когорты семей, в которых родились дети весной 1995 г., 1998 г., 2001 г., 2004 г. Исследование дает уникальную возможность увидеть в режиме реального времени, как меняется здоровье детей.

К возрасту 1 год у детей происходит существенное сокращение потенциала здоровья, полученного при рождении. Второй пик снижения здоровья детей наблюдается в возрастном интервале 6–7 лет. При переходе ребенка из начальной школы в среднюю (9–10 лет) в связи с возросшей учебной нагрузкой у школьников обостряются «забытые» ранее болезни и формируются новые.

Полученные в исследовании данные позволили выявить факторы, оказывающие статистически существенное влияние на здоровье детей в различные возрастные периоды. В раннем детстве наиболее значительное влияние на здоровье детей оказывают медико-биологические факторы и образ жизни матери. При формировании здоровья детей в школьном возрасте увеличивается влияние рисков среды обитания, образа и уровня жизни семьи, снижается воздействие медико-биологических факторов. Наиболее существенное влияние оказывают следующие:

– Ослабленное здоровье детей в первый год жизни усиливает риск формирования хронических заболеваний в старшем возрасте. У детей, не болевших на втором году жизни, к пяти годам не было хронических заболеваний, в то время как среди детей, часто болевших в 2 года, к 5 годам 10% имели хронические заболевания, к восьми годам – 30%.

– Низкие доходы семей лимитируют возможность организации полноценного питания детей, а также вложения средств в профилактику и укрепление их здоровья. Данные обследования доказывают, что при недостаточном, несбалансированном питании дети чаще болеют, а финансовые ограничения затрудняют приобретение необходимых лекарственных препаратов. Факторы риска, ведущие к ухудшению здоровья детей, сконцентрированы в семьях с низкими доходами.

– Неблагоприятные жилищные условия, дискомфорт микроклимата жилища (теснота, некомфортная температура, влажность, запыленность) приводят к снижению общей сопротивляемости организма воздействиям внешней среды, снижению иммунитета, что, в свою очередь, является предпосылкой возникновения частых респираторных и аллергических заболеваний.

– Неудовлетворительные экологические условия в районе проживания. Так, в когорте 1998 г. хорошее здоровье имели 33% детей, проживающих в благоприятных экологических условиях, и 17% – в плохих.

– Низкий уровень социально-гигиенической грамотности и здоровьесберегающей активности семей.

– Повышенная нервно-эмоциональная нагрузка школьников, не соблюдающие режима труда и отдыха.

Полученные выводы подтверждаются и в выборочном обследовании здоровья школьников г. Вологды. Здесь мы дополнительно можем наблюдать, что в школе № 1 с углубленным изучением языка здоровье детей к моменту окончания школы несколько хуже, чем в школе № 13.

По наблюдениям медицинских работников 70% расстройств, сформировавшихся в начальных классах, к моменту окончания школы перерастают в хронические заболевания, при этом в 4–5 раз возрастает заболеваемость органов зрения, в 3 раза – органов пищеварения и опорно-двигательного аппарата, нервно-психических расстройств – в 2 раза.

Влияние социально-психологических факторов школьники испытывают уже с начальных ступеней обучения. Повышенная учебная нагрузка в сочетании с недостаточной двигательной активностью, сокращением продолжительности сна приводит к переутомлению детей, снижению их адаптационных возможностей.

Рабочая неделя у старшеклассников – в среднем 50,5 часов, что превышает продолжительность рабочей недели у взрослого человека (40 часов). Времени на отдых после уроков и выполнения домашнего задания почти не остается у 13% опрошенных старшеклассников. Значительная часть старшеклассников (35%) заканчивают день с признаками сильно выраженного переутомления, причем в школе с углубленным изучением языков таких ответов в 1,6 раза больше.

Наглядно видно, с какой перегрузкой работают школьники, что в комплексе с другими неблагоприятными факторами (социально-экономическими, экологическими, биологическими) способствует формированию функциональных отклонений и хронических заболеваний.

Исследование ценностных ориентаций школьников показало, что абсолютное большинство детей (88,4%) понимают, что о здоровье надо заботиться с детства, а не только во время болезни или после окончания школы. Однако среди заветных желаний крепкое здоровье у старшеклассников занимает последнюю позицию (35%), заметно уступая материальной обеспеченности (60%), получению хорошего образования (69%), любви и дружбе (66%). Детям и подросткам свойственно беспечное отношение к здоровью. Сравнение представлений школьников о мероприятиях, поддерживающих здоровье, и их исполнение в реальной жизни показывает, что такие важные направления, как занятия спортом и закаливание, распространены недостаточно широко. При этом в семьях, в которых родители занимаются спортом, около 60% детей также им увлечены, в неспортивных семьях физкультуру любят только 20% школьников.

Значительное несовпадение позиций выявлено в отношении соблюдения режима дня: осознают его важность – более 30% ребят, но соблюдать режим дня удаётся лишь 15% старшеклассников.

Таблица 1

СОПОСТАВЛЕНИЕ ПАРАМЕТРОВ ОБРАЗА ЖИЗНИ:
ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ШКОЛЬНИКОВ И ИХ ДЕЙСТВИЯ
(в % от числа опрошенных)

Что такое для тебя здоровый образ жизни?	1 школа	13 школа	Что ты делаешь, чтобы сохранить здоровье?	1 школа	13 школа
Здоровое питание	79,2	74,7	Хорошо питаюсь	59,2	51,7
Отсутствие вредных привычек	76,0	75,9	Не имею вредных привычек	62,4	71,3
Регулярные занятия спортом, физической культурой	70,4	78,2	Занимаюсь спортом, посещаю спортивные секции, ДЮСШ	49,6	36,8
Соблюдение санитарно-гигиенические норм	46,4	37,9	Соблюдаю санитарно-гигиенические нормы	59,2	44,8
Прогулки на свежем воздухе, за городом	44,8	40,2	Часто гуляю на свежем воздухе, за городом	39,2	29,9
Соблюдение режима дня	30,4	35,6	Соблюдаю режим дня	15,2	13,8
Регулярное посещение медицинских специалистов	4,0	6,9	Регулярно посещаю медицинских специалистов	7,2	5,7
Закаливание	4,8	5,7	Закаливаюсь	5,6	4,6

Заметное влияние на здоровье оказывает психоэмоциональное состояние школьников. Оно изучалось с помощью блока вопросов-высказываний, в которых оценивались взаимоотношения со сверстниками, родителями, общая удовлетворённость своей жизнью. Школьникам предлагалось выразить степень своего согласия с каждым из утверждений, выбрав один из ответов на пятичленной шкале – от «полностью согласен» до «полностью не согласен» и возможность не отвечать совсем – ответ «затрудняюсь ответить». Коэффициент стресса рассчитывался как соотношение крайних позиций негативного и позитивного содержания. Чем больше доля негативных ответов, тем больше величина коэффициента стресса. У 14-летних школьников уровень стресса ниже, чем у старшеклассников. У подростков из школы с углубленным изучением языка уровень стресса выше, чем у их сверстников из обычной школы. Дети с крепким здоровьем более стрессоустойчивы.

Существенно снижают здоровье школьников курение, употребление алкоголя, наркотиков. Детское и подростковое курение, к сожалению, характерно для всех стран мира в той или иной степени. По данным ВОЗ, распространенность употребления табака подростками 13–15 лет в РФ составила 27%, в Европейском регионе – 18%, в мире в целом – 14% (за период 2000–2008 гг.). По данным обследования в г. Вологде, удельный вес детей, пробовавших курить, увеличивается с 1% в 5 классе до 58% – в выпускных.

Ещё одной вредной привычкой является потребление алкоголя. В среднем 27% старшеклассников регулярно употребляют спиртные напитки, из них: 78% – раз в месяц, 12% – 4 раза в месяц и чаще. Исследование показало, что в 50% случаев распитие алкоголя происходит в семейном кругу. Если в семье есть практика употребления алкоголя, то четверть детей его пробовали в раннем возрасте. Из 63% жителей Вологодской области, употребляющих алкоголь, 42% имеют несовершеннолетних детей.

* * *

Обращаясь к перспективам, обозначенным в названии доклада, еще раз вернемся к тому, что от качества и структуры населения зависят перспективы развития России. Новое поколение может быть расценено как стратегический ресурс общества, так как оно определяет будущее страны, генофонд нации, научный и экономический потенциал общества и, наряду с другими демографическими показателями, является чутким барометром социально-экономического развития страны.

Факты и выводы, приведенные в докладе, говорят о том, что требуется межведомственное взаимодействие при формировании образовательных, зравоохранительных, профориентационных программ и любых воздействий, направленных на подрастающее поколение. Безусловно, необходимо самое серьезное отношение к сохранению и укреплению здоровья детей и подростков, которое является основой формирования репродуктивного и трудового потенциала и в целом человеческого капитала государства.

В Российской Федерации в последнее десятилетие предпринимаются определенные усилия, направленные на поддержание и укрепление здоровья населения, в том числе и детского (Национальный проект Здоровье; региональные целевые программы; Программа модернизации здравоохранения, образования, в их числе и проект Здоровые города, районы и поселки). Тем не менее, анализ причин снижения здоровья детей и основных факторов риска показал, что существующие меры не достаточны. Необходимо продолжение и совершенствование имеющихся проектов и программ, а также разработка новых.

Л.С. Воропанова
к.б.н., доцент ФГБОУ ВПО
«Вологодский государственный университет»
В.В. Соколов
к.б.н., доцент ФГБОУ ВПО
«Вологодский государственный университет»

НЕОБХОДИМОСТЬ СИСТЕМНОГО ПОДХОДА К ОРГАНИЗАЦИИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Повышенное внимание к общественному здоровью является характерной чертой нашего времени. Система здравоохранения использует все возможные способы, чтобы не только лечить уже имеющиеся болезни, но и профилактировать появление новых. Но, как свидетельствуют материалы нашей конференции, проблема повышения уровня здоровья населения и увеличения продолжительности активной жизни остается актуальной и даже углубляется.

Перед системой образования в условиях модернизации стоит не менее важная цель: в процессе освоения большого объема учебной информации недостаточно сохранить имеющийся потенциал здоровья, необходимо активно формировать механизмы адаптации и развивать устойчивую мотивацию здорового образа жизни.

Педагогические инновации – конечный, социально значимый и физиологически целесообразный результат инновационного процесса, «отличный по научному обоснованию, разработке, экспертизе и внедрению от традиционного подхода к образованию, учитывающий возрастные закономерности развития обучающегося, не наносящий вреда его психическому и физическому здоровью, повышающий эффективность обучения» [2]. При этом часто нововведения сводятся к изменению управлеченческих форм организации учебного процесса или внедрению в педагогический процесс авторских методик, не всегда научно обоснованных и осмысливаемых, тогда как соответствие нововведений возрастным и индивидуальным особенностям обучающихся, физиологическая и психофизиологическая целесообразность и влияние их на здоровье практически не учитываются.

Студенческая молодежь – особая группа населения, обладающая специфическими качествами, которые определяют стратегию по здоровьесбережению и здоровьесформированию со стороны высших учебных заведений города Вологды. Специфичность валеологической политики административных структур определяется не только возрастными (от 17 до 25

лет), гендерными (преобладают девушки и женщины), интеллектуальными особенностями этой категории молодежи, но и условиями получения высшего образования. Эти условия являются как позитивными (высокий уровень информированности, разносторонность интересов, культура досуга), так и негативными (гиподинамия, низкий уровень доходов, информационные и эмоциональные стрессы, бытовые проблемы).

Рассмотрим возможность создания валиологической структуры и политики для студентов города на примере складывающейся функциональной системы «Здоровый вуз» Вологодского государственного университета.

Под функциональной системой понимают совокупность структур разного иерархического уровня, связанных прямыми и обратными связями, направленными на достижение «полезного результата» (адаптации)[1].

Для достижения здоровья студентов как «полезного результата» следует сформировать необходимый и достаточный минимум «блоков» и их связей функциональной системы «Здоровье студентов». Он включает в себя:

1. Афферентный (сенсорный) блок – совокупность условий и стимулов для формирования мотивации здоровому образу жизни (ЗОЖ) для принятия решений вести здоровый образ жизни, сохранять и формировать свое здоровье.

2. «Акцептор результата действия» – идеальная модель здоровья для каждого студента на основе инстинктивных программ и полученных в результате обучения знаний о здоровье.

3. «Программа действий» – оптимальная, для каждого субъекта, здоровьесформирующая система поведения.

4. Эфферентный (моторный) блок (система действий и параметров «полезного результата») для достижения оптимального гомеостатического состояния.

5. «Энергетический блок» – оптимальный уровень обмена веществ и материального обеспечения для ведения ЗОЖ.

6. «Обратная связь» – система передачи информации о результативности и эффективности валиологической деятельности.

Для реализации данной функциональной системы необходимы соответствующие компоненты.

По первому блоку: запросы общества, юридические нормативы по ЗОЖ государственного уровня, валиологические программы, решения органов власти регионального уровня, Совет ректоров, приказы ректора ВоГУ, активная работа средств массовой информации, формирующая «моду» на здоровый образ жизни.

К сожалению, осознанная потребность в здоровье не всегда присутствует у молодежи и вытесняется другими ценностями. Система знаний о

здоровье реализуется главным образом через естественнонаучный цикл образовательных программ, но для педагогического образования обогащается курсами «Возрастная физиология и школьная гигиена», «Здоровьесберегающие технологии», хотя такие важнейшие курсы, как «Здоровый образ жизни», «Основы медицинских знаний», далеко не всегда включены в учебные планы подготовки бакалавров. Курс «Физическое воспитание» на теоретическом уровне не реализуется в полном объеме для всех студентов. Таким образом, второй блок – идеальный образ здоровья – не формируется должным образом.

По третьему блоку – программе формирования здоровья – у современной молодежи нет достаточных самостоятельных навыков реализации. Преобладают инфантильные, иждивенческие настроения. Здесь нужна ежедневная валеологическая практика и самоконтроль. Нужно учить выбирать или формировать индивидуальные программы повышения адаптационных возможностей организма. Массовые оздоровительные мероприятия не всегда дают ожидаемый результат, малопопулярны. А выбор невелик: посещение занятий физкультурой в принудительном порядке, ограниченное количество бесплатных спортивных секций и социальная стипендия.

Выполнение валеологических программ (четвертый блок) вступает в конфликт с учебным процессом, несовершенным расписанием и валеологической (и методической) неосведомленностью многих преподавателей.

Оздоровительная и профилактическая работа ведется со стороны медицинской службы ВоГУ, работает профилакторий, выделяются путевки для лечения, но средствами медиков не формируются активные валеологические программы. Возникает иллюзия, что медицина укрепляет здоровье. Она его поддерживает.

«Энергетический блок» ограничен в своей реализации следующими обстоятельствами: исходно низким уровнем здоровья студентов, высокой утомляемостью, хроническим недосыпанием, материальной зависимостью и необходимостью в дополнительном заработке. Техническое обеспечение физкультурной деятельности оставляет желать лучшего. Полноценное и разнообразное питание в столовых вузов доступно не всем студентам.

Наконец, «обратная связь». Ее проявление может быть разнообразным: от формирования моды на здоровье до моральной и материальной поддержки студентов и преподавателей, ведущих здоровый образ жизни. В индивидуальном плане обратная связь должна быть реализована через овладение методами самоконтроля и самодиагностики. Все перечисленные блоки должны взаимодействовать через обратную связь, интегрированной формой которой может быть показатель посещаемости по болезни и структура хронической заболеваемости студентов. До тех пор, пока в оценку вузов в ходе аттестации не будут введены показатели здоровья

студентов и преподавателей, характеристика эффективности работы вуза будет неполной.

Таким образом, для формирования здоровья участников образовательного процесса необходима комплексная система, в которой все элементы взаимодействуют согласованно. Недостаточное развитие элементов или нарушение связи между ними не позволяет обеспечить желаемый эффект, полезный результат образовательного процесса.

Литература

1. Анохин П.К. Узловые вопросы теории функциональных систем / П.К. Анохин. – Москва: Наука, 1980. – 195 с.
2. Педагогическая физиология: учебное пособие / под ред. М.М. Безруких. – Москва: Форум, 2013. – 496 с.

**ЗДОРОВЬЕ: СОЛИДАРНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ.
ЧЕЛОВЕК. РАБОТОДАТЕЛЬ. ОБЩЕСТВО**

Материалы областной научно-практической конференции

Вологда, 03 апреля 2014 года

Редактор – Н.Н. Постникова

**Подписано к печати 22.10.2014 г. Формат 60x84¹/₁₆. Печать – ризограф.
Бумага ксероксная. Усл. печ. л. 7,25. Тираж 100 экз.**

**160035, г. Вологда, ул. С. Орлова, 6, ВоГУ
Отпечатано: Филиал ФГУП «Рослесинформ» «Севлеспроект»
160014, г. Вологда, ул. Некрасова, 51.**

[100p]