

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
Администрация Нижегородской области
Администрация г. Нижнего Новгорода
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования «Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского»
Межрегиональная общественная организация «Академия Гуманитарных Наук»

Международная научно-практическая конференция
«ЗДОРОВЬЕ КАК РЕСУРС: V. 2.0»

26–27 сентября 2019 г.

Нижний Новгород
2019 г.

УДК 316
ББК 60.5
3 46

Р е ц е н з е н т ы :

Бикметов Евгений Юрьевич

доктор социологических наук, профессор, профессор кафедры менеджмента и маркетинга Уфимского государственного авиационного технического университета, г. Уфа, Россия

Боссонг Хорст

доктор наук, профессор, декан факультета образовательных наук университета Дуйсбург-Эссен, Германия

3 46 **Здоровье как ресурс: V. 2.0** / Под общей редакцией проф. З.Х. Саралиевой. – Н.Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2019. – 923 с.

ISBN 978-5-93116-209-6

В сборнике представлены материалы научных исследований, обсуждавшихся на заседаниях международной научно-практической конференции «Здоровье как ресурс: V. 2.0» (26–27 сентября 2019 г., г. Нижний Новгород, ННГУ им. Н.И. Лобачевского).

Сборник предназначен для исследователей, преподавателей, аспирантов и студентов, практических работников социальных учреждений и общественных организаций.

В рамках конференции проведены:

- круглый стол «Качество жизни лиц с дисфункциями опорно-двигательного аппарата и проблемы их реабилитации»;
- аспирантская школа «Социально-политические процессы в условиях глобализации». Тема «Личность в профессии». Ключевые спикеры: президент Нижегородской государственной консерватории им. М.И. Глинки, профессор кафедры хорового дирижирования, Народный артист РФ, Заслуженный деятель искусств РСФСР, Академик Академии Гуманитарных наук Э.Б. Фертельмейстер; доктор политических наук, профессор, директор Института международных отношений и мировой истории Национального исследовательского Нижегородского государственного университета им. Н.И. Лобачевского М.И. Рыхтик; доктор исторических наук, профессор, профессор кафедры общей социологии и социальной работы факультета социальных наук Национального исследовательского Нижегородского государственного университета им. Н.И. Лобачевского З.Х. Саралиева.

ISBN 978-5-93116-209-6

© Издательство НИСОЦ, 2019 г.

В международной научно-практической конференции «Здоровье как ресурс: V. 2.0» (26–27 сентября 2019 г., г. Нижний Новгород, ННГУ им. Н.И. Лобачевского) участвовали исследователи, специалисты и практики из *13 стран* (Россия, Алжир, Германия, Казахстан, Латвия, Литовская Республика, Маврикий, Польша, Сербия, США, Финляндия, Франция, Швеция), социологи, социальные работники, психологи, юристы, медицинские работники *28 городов и сел* Российской Федерации (Арзамас, Балашиха, Волгоград, Дзержинск, Екатеринбург, Зеленодольск, Иваново, Казань, Киров, Княгинино, Красноярск, Москва, Н. Новгород, Новосибирск, Пенза, Пермь, Петрозаводск, Салехард, Самара, Санкт-Петербург, Саранск, Саратов, Уфа, Ханты-Мансийск, Чебоксары, Якутск, Ярославль, с. Чурапча), *49 вузов, 31 организации (исследовательские центры, медицинские и социальные учреждения, НКО)*.

ЦЕЛИ КОНФЕРЕНЦИИ: обсуждение на пленарном заседании и секциях результатов исследований в области социологии, социальной работы, психологии, юриспруденции, медицины. На конференции обсуждены следующие проблемы: здоровье населения: состояние, тенденции, прогнозы; ценностные установки на здоровье и здоровый образ жизни; самооценка состояния здоровья; основы и модели здоровьесберегающего поведения; психическое здоровье и аддиктивное поведение; ресурсность личности, семьи, общности; самосохранительная функция семьи; семья как экосистема; семья как объект помощи и субъект самопомощи: практики лечения и ухода за больными членами семьи; здоровьесбережение в рамках мероприятий региональной семейной, демографической, воспитательной и молодежной политики; правовые основы предоставления медицинских услуг; инновационные формы абилитации и реабилитации; спорт и здоровье. Проблемы рассмотрены в международном, национальном и региональном аспектах.

ЧЛЕНЫ РЕДКОЛЛЕГИИ:

- Саралиева**
Зарэтхан Хаджи-Мурзаевна – профессор кафедры общей социологии и социальной работы факультета социальных наук ННГУ им. Н.И. Лобачевского
- Голубин**
Роман Викторович – декан факультета социальных наук ННГУ им. Н.И. Лобачевского
- Винокурова**
Ульяна Алексеевна – профессор кафедры народной художественной культуры Арктического государственного института культуры и искусств, профессор кафедры организации работы с молодежью Чурапчинского института физической культуры и спорта, г. Якутск, Республика Саха (Якутия)
- Матвеева**
Нина Александровна – профессор кафедры гигиены Приволжского исследовательского медицинского университета, г. Нижний Новгород

Расположение материалов в сборнике продиктовано регламентом работы конференции: сначала тексты секционных докладов, затем выступлений на секциях.

Редакционная коллегия

СОДЕРЖАНИЕ

ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ

<i>Абелькалнс И., Голубева А., Клемпере-Сипягина А.</i> Специфика физической активности лиц старших возрастных групп в латвийской республике.....	16
<i>Асиене Э.</i> Проблема социальной поддержки семьи, осуществляющей уход за дементным больным: интеграция медицинских и социальных услуг.....	19
<i>Барышникова Е.В.</i> Практика работы уполномоченного по правам человека в нижегородской области по защите прав и законных интересов людей с ограниченными возможностями.....	30
<i>Боссонг Х.</i> Консультирование в социальной работе 2.0. Как цифровизация меняет процесс консультирования?	35
<i>Винокурова У.А.</i> Экософия здоровья.....	46
<i>Габальдон-Эстебан Д.</i> Организация школьного времени и благополучие детей и молодежи	51
<i>Григорьева И.А.</i> Здоровье сегодня.....	67
<i>Дулина Н.В.</i> Отношение современных студентов Волгограда к своему здоровью (по итогам социологического исследования)	71
<i>Журавлева И.В., Лакомова Н.В.</i> Здоровье подростков во временном контексте	75
<i>Насибуллин Р.Т.</i> Маленькие соображения по поводу больших проблем инвалидизации общества.....	79
<i>Саралиева З.Х.</i> Основы семейной терапии	87
<i>Силласте Г.Г.</i> Витостратификация населения столичного мегаполиса.....	91
<i>Татарова Г.Г., Чиркова А.В.</i> О методических проблемах изучения здоровьесберегающего поведения.....	95
<i>Толвайшис Л.Л.</i> Система здравоохранения Сербии: состояние и тенденции ...	100

СЕКЦИЯ 1

ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ: СОСТОЯНИЕ, ТЕНДЕНЦИИ, ПРОГНОЗЫ

ДОКЛАДЫ

<i>Абаева О.П., Романов С.В., Рябова Е.Н.</i> Самооценка качества жизни реципиентами почки и печени.....	104
<i>Ананьин С.А.</i> Актуальные демографические аспекты смертности населения в России	108
<i>Бесчасная А.А.</i> Воздействие электронно-цифровых устройств на здоровье детей.....	115
<i>Блонин В.А.</i> Здоровье старших поколений: демографический аспект.....	120

<i>Варызгина А.А., Сэтре А.-М., Гранберг Л.</i> Удовлетворенность медицинскими услугами населения Нижегородской области	126
<i>Воронин Г.Л., Крамер А.Д.</i> Объективные и субъективные показатели здоровья инвалидов: по данным RLMS-HSE в 2003-2018 гг.	132
<i>Готлиб А.С.</i> Управление болезнью как новая форма заботы о себе в современной России.....	137
<i>Деларю В.В., Юдин С.А.</i> Санитарно-просветительная работа во фтизиатрии и региональная здоровьесберегающая политика.....	141
<i>Доброхлеб В.Г., Молчанова Е.В.</i> Взаимосвязь состояния здоровья и успешности в современном обществе.....	144
<i>Дютова М.В.</i> Здравоохранение и здоровье населения Нижегородской области. Основные тенденции развития.....	148
<i>Ершов А.Н., Мишин В.А.</i> Социальное здоровье населения как объект социологической науки	152
<i>Иванов О.И.</i> Оздоровительные практики как ресурс потенциала здоровья россиян	159
<i>Лебедева А.А., Костенко В.Ю.</i> Субъективное здоровье и его связь с личностными ресурсами.....	162
<i>Лымарь А.Б.</i> Социальное здоровье поколений в контексте влияния информационного пространства (к вопросу конфликта «отцов и детей»).....	166
<i>Матвеева Н.А., Максименко Е.О., Ашина М.В.</i> Йоддефицитные заболевания населения – глобальная экологическая проблема.....	170
<i>Романовская Л.Р., Лиходедов М.А., Илизабализа Ж.К.</i> К вопросу о негативном влиянии наркомании на здоровье человека.....	174
<i>Русанова Н.Е.</i> Динамика репродуктивного здоровья и перспективы увеличения рождаемости в России.....	180
<i>Хакназаров С.Х.</i> Проблемы экологии и здоровье местного населения на территории Нефтеюганского района Югры: общественный взгляд.....	183
<i>Хоткина З.А.</i> Гендерный диспаритет здоровья молодежи в России	187
<i>Шетулова Е.Д.</i> Отчуждение как болезнь: философские и конкретно-научные аспекты проблемы	196
<i>Шпилев Д.А.</i> Здоровье детей и подростков в Германии: состояние, проблемы, пути решения.....	200
<i>Эверстова А.В., Афанасьева Д.Н., Аржакова С.Н.</i> Горловое пение (тойук) и хомусотерапия как метод восстановительного лечения детей с задержкой речевого развития.....	204

ВЫСТУПЛЕНИЯ

<i>Бекарев А.М., Пак Г.С.</i> Человеческая телесность: органическое и неорганическое, естественное и искусственное	208
<i>Бессчетнова А.А.</i> Киберсталкинг как угроза безопасности современного общества.....	212

<i>Богдашкина А.Ю.</i> Стоматологическое здоровье как элемент здоровья нации.....	214
<i>Богомолова Е.С., Рахманов Р.С., Хайров Р.Ш.</i> К вопросу о риске здоровью физических нагрузок при организованном питании.....	218
<i>Богомяжкова Е.С., Орех Е.А.</i> Здоровье человека в условиях развития биомедицины и цифровых технологий.....	222
<i>Вандышева Л.В.</i> Тезаурусы детей с ограничениями по слуху: опыт реализации образовательного проекта.....	226
<i>Васильева Е.Ю., Колесниченко О.Ю., Шматова М.Б.</i> Мобильное социомедицинское приложение для прегравидарной подготовки молодых женщин.....	230
<i>Воронин Г.Л., Ключева С.А.</i> Зависимость состояния здоровья женщин от репродуктивного поведения (по результатам RLMS-HSE 2006-2017 гг.).....	235
<i>Ганеева Е.И.</i> Феномен программ поддержки пациентов в системе здравоохранения: институциональный уровень.....	238
<i>Гасем А., Иммаева Б.А.</i> Влияние религиозных постов на психическое и физическое здоровье человека.....	243
<i>Глушкова Е.В.</i> Наркотическая аддикция молодежи (на примере малого города).....	246
<i>Гришков И.С.</i> Использование личных ресурсов психически больного в преодолении трудных жизненных ситуаций.....	249
<i>Егорова С.В., Папанин С.Ю.</i> Здоровье как показатель благополучия и качества жизни.....	251
<i>Елисеева С.Ю.</i> Социальный капитал в управлении индивидуальным физическим здоровьем.....	254
<i>Иванова Л.Ю.</i> Распространенность употребления наркотиков среди подростков: влияние социальных факторов и динамика за 20 лет.....	259
<i>Ивахненко Г.А.</i> Здоровье российских подростков в XXI веке.....	262
<i>Исаченкова О.А., Фомина И.Ю., Колесниченко И.В.</i> Психосоматические аспекты стресса и синдрома эмоционального выгорания.....	267
<i>Карпова В.М.</i> Взаимосвязь самосохранительного поведения и репродуктивного здоровья.....	271
<i>Колесникова Е.М.</i> Здоровье воспитателей детских садов и учителями общего образования как значимое составляющее условий и специфики труда.....	274
<i>Кузнецова Н.М., Волкова Е.А.</i> Healthcare management в отечественных и зарубежных компаниях.....	277
<i>Лобакова Е.И.</i> Исследование функции баланса у детей школьного возраста с нарушением слуха.....	281
<i>Максимова М.Н., Айметдинова Л.Ф.</i> Удовлетворенность получателей условиями предоставления социально-медицинских услуг (на примере отделений домашнего социального обслуживания ГАУСО «КЦСОН»).....	285

<i>Михайлова А.В.</i> Здоровье и особенности управления персоналом вахтовых работников на Севере	290
<i>Михайлова С.В.</i> Состояние здоровья студенческой молодёжи	294
<i>Михайлова Э.А.</i> Саха ынага как фактор здоровья	298
<i>Полянина А.К.</i> Медийное загрязнение жизненного пространства и информационное здоровье современного человека	301
<i>Прохода В.А.</i> Самооценка состояния здоровья и уровень образования жителей европейских стран	305
<i>Сабгайда Т.П., Эделева А.Н.</i> Самооценка состояния здоровья городскими и сельскими жителями пенсионного возраста	310
<i>Сабгайда Т.П., Эделева А.Н.</i> Прогнозирование заболеваемости населения трудоспособного и пенсионного возраста в Нижегородской области	313
<i>Савельева Ж.В.</i> «Расстройство аутистического спектра» в контексте социальной реальности и биомедицины: психическая болезнь или иное состояние?	317
<i>Санаров А.С.</i> Разграничение бесплатной медицинской помощи и платных медицинских услуг в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения Российской Федерации	321
<i>Сарбалаев А.М.</i> Эффективные практики в работе с детьми, оказавшимися в трудной жизненной ситуации, на региональном уровне	325
<i>Старцева В.А., Колесниченко О.Ю., Хайкина И.А.</i> Перспективы социомедицинского применения технологии «цифровой двойник» (digital twin).....	329
<i>Финкельштейн И.Е.</i> Модели медицинского выбора пациентов с хроническими заболеваниями (на примере крупного российского города)	332
<i>Шлыкова Е.В.</i> Здоровье молодежи мегаполиса как ресурс адаптации к условиям кризиса	337

СЕКЦИЯ 2 ЦЕННОСТНЫЕ УСТАНОВКИ НА ЗДОРОВЬЕ И ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

ДОКЛАДЫ

<i>Алексеева Г.Г.</i> Экологическое волонтерство в Якутии как направление здорового образа жизни.....	342
<i>Бикметов Е.Ю., Игнатъева О.Н., Сизоненко З.Л.</i> Планирование и реализация здоровьесберегающих технологий управления.....	346
<i>Богомолова Е.С., Олюшина Е.А., Котова Н.В., Максименко Е.О., Шапошникова М.В.</i> Оптимизация питания подростков инновационной образовательной организации	350
<i>Буйлова Т.В., Зверев Ю.П.</i> Велнес и оздоровительный фитнес в системе физической реабилитации.....	354

<i>Гарин Л.Ю., Абрамова А.Е.</i> Здоровое питание, как фактор, влияющий на благоприятный прогноз состояния здоровья населения	357
<i>Готовцев И.И.</i> Реализация регионального проекта Республики Саха (Якутия) «Старшее поколение» как фактор содействия активному и здоровому долголетию сельского социума	362
<i>Доброхлеб В.Г., Махрова О.Н.</i> Здоровьесберегающее поведение молодежи	366
<i>Кобзан О.В.</i> Проблемные вопросы реабилитации (немедицинской) и ресоциализации наркозависимых лиц.....	371
<i>Лебедева А.А., Витко Ю.С.</i> Духовные ресурсы психологического благополучия личности.....	377
<i>Лебедева-Несевря Н.А., Барг А.О.</i> Информационные потребности россиян в сфере питания	381
<i>Леонова И.С.</i> Самооценка состояния здоровья как проявление социально-психологического возраста персонала.....	385
<i>Петрова Т.Э.</i> Международный и российский опыт поддержки некоммерческих организаций.....	389
<i>Фадеева И.М., Мухаметзянова А.Р.</i> Качество городской среды как фактор здоровьесбережения.....	394
<i>Шаламова Л.Ф.</i> Социальное здоровье как характеристика социального потенциала молодежи.....	398
<i>Широкалова Г.С.</i> ГМО-питание как non-стратегия здоровьесберегающего поведения?	401

ВЫСТУПЛЕНИЯ

<i>Андреанова Е.В.</i> Проблема йододефицита в Нижегородской области как фактор, влияющий на здоровье населения	405
<i>Аргунова В.Н., Антипова А.Е.</i> Влияние альтруистических смысложизненных ориентаций на здоровье	410
<i>Атмайкина О.В.</i> Центр здоровья национального исследовательского мордовского государственного университета им. Н.П. Огарева как социальный актор города	414
<i>Бадеева Т.В., Богомолова Е.С., Шапошникова М.В., Ковальчук С.Н., Котова Н.В., Ашина М.В., Писарева А.Н.</i> Здоровьесбережение обучающихся в рамках единой профилактической среды общеобразовательной организации	417
<i>Балчугов В.А., Каширина А.О.</i> О безопасном уровне здоровья человека.....	421
<i>Беседина О.А.</i> Пунитивные воспитательные практики и здоровье детей	425
<i>Воробьев С.В.</i> Основы и модель здоровьесберегающего поведения на примере групп здоровья при советах ТОС Сормовского района города Нижнего Новгорода.....	429
<i>Гинсбург М.В.</i> Сопровождаемое содействие занятости инвалидов трудоспособного возраста.....	433

<i>Данилов Д.А.</i> Психологическое состояние школьника в контексте школьного насилия	437
<i>Данилова Е.А., Ионова О.В.</i> Ценностные установки на здоровье и здоровый образ жизни современной молодежи.....	439
<i>Деларю Н.В.</i> Ответственное отношение беременных женщин к состоянию своего здоровья: оценки врачей.....	442
<i>Евстропова С.В., Доютова М.В., Доютов Д.Н.</i> Ценностные установки на здоровье и здоровый образ жизни	444
<i>Ермилова А.В., Соколенко В.Г.</i> Страх как предмет исследования особенностей жизнедеятельности пожилых людей, проживающих в Германии	448
<i>Загребин В.В., Зуева С.В.</i> Самосохранительное поведение в условиях российского города (на примере г. Ярославля)	453
<i>Зернов Д.В.</i> Влияние ценностных ориентаций на здоровьесберегающее поведение молодёжи	457
<i>Казаков М.А.</i> Образ здоровья в современном политическом дискурсе: понятие и технологии	461
<i>Каплина И.М.</i> Табакокурение как фактор, влияющий на здоровье населения.....	464
<i>Каширина А.О., Балчугов В.А.</i> Информационные технологии в оценке индивидуального состояния здоровья занимающихся физической культурой и спортом.....	468
<i>Кидрачев М.Н., Кузнецова Ю.И.</i> Создание автономной некоммерческой организации «Общественное самоуправление Нижнего Новгорода» как способ формирования сознательного общества, участвующего в развитии территории своего проживания.....	472
<i>Колосова В.В., Сатхиа Пиллаи Самоо</i> Социально-психологический климат и организационная культура как ресурс деятельности образовательных учреждений (обзор исследований).....	477
<i>Коретина Д.А.</i> Инклюзивное образование в установках школьных преподавателей.....	481
<i>Кутявина Е.Е.</i> Тенденции изменений «праздничного поведения»	484
<i>Лакомова А.А.</i> Здоровье как фактор социальной адаптации молодых трудовых мигрантов в России.....	488
<i>Лазукова Е.А.</i> Что думают студенты о здоровье?	492
<i>Левава Н.В.</i> Здоровый образ жизни в системе ценностных установок современной российской молодежи.....	496
<i>Лесина Л.А.</i> Стратегии здоровьесбережения как фактор активизации ресурсного потенциала общности людей «третьего возраста»	499
<i>Лукина М.В.</i> Применение развивающей верховой езды в логопедической работе с неговорящими детьми с моторной алалией	503
<i>Лукьянченко Н.В.</i> Возможности использования групповых методов в обеспечении мотивационной составляющей валеологических курсов для педагогов	508

<i>Малинин М.В.</i> Проектные инициативы молодежного парламента при законодательном собрании Нижегородской области в сфере здоровьесбережения.....	512
<i>Мальшева К.О.</i> Социальная реакция на экологичные практики эко-блогеров.....	514
<i>Михайлова С.В.</i> Ценностные установки на здоровье и здоровый образ жизни у студентов с различным уровнем двигательной активности	518
<i>Обидин Д.С.</i> Самооценка как регулирующая стратегия профессионального сообщества	523
<i>Оринчук В.А., Курникова М.В., Кавинов М.А.</i> Адаптивное скалолазание как средство реабилитации инвалидов различных нозологий	527
<i>Осокина Т.В.</i> Летний лагерь – фактор укрепления здоровья детей	531
<i>Попель А.А.</i> Возможности реализации творческого потенциала как основа здоровой нации	535
<i>Праводелов С.В.</i> Интернет как фактор реабилитации психически больных	538
<i>Придатченко М.В.</i> Развитие социальных навыков в игре	540
<i>Рощина М.А.</i> Путешествия и туризм в реабилитации инвалидов по зрению ...	544
<i>Рушева А.В.</i> Субъект-объектное восприятие ценности здоровья персонала	547
<i>Рыбакова Ю.А.</i> Ценностные установки на здоровье и здоровый образ жизни	553
<i>Сальникова Л.С.</i> Габитарный имидж как основа успешного образа лидера	556
<i>Серафимов М.М., Соломаха Е.Н.</i> Похоронная индустрия и аддиктивное поведение людей	560
<i>Сизоненко Р.В.</i> Здоровьесбережения у молодых специалистов.....	565
<i>Солдаткин А.Е.</i> Занятия боевыми искусствами и социальными танцами у современных горожан как здоровьесберегающие практики: попытка сопоставления.....	569
<i>Соловьева Т.В.</i> Организация и сопровождение детей с нарушением интеллекта в дошкольных образовательных учреждениях республики Мордовия	573
<i>Соловьева Т.В., Бистяйкина Д.А.</i> Опыт реализации целевых региональных программ, направленных на формирование здорового образа жизни детей и подростков в республике Мордовия.....	580
<i>Сорокина А.М.</i> Доверие в практике медицинских учреждений	586
<i>Софронова Ю.Л.</i> Детские оздоровительные лагеря Нижегородской области: проблемы и перспективы развития в системе приоритетов социально-рыночного конкурентного государства.....	590
<i>Ставропольский Ю.В.</i> Организационные подходы к обеспечению эффективности здоровьесберегающей деятельности в Корее и Японии.....	594
<i>Судариков А.А.</i> Особенности двигательной активности пожилых людей в восприятии лиц среднего возраста.....	598
<i>Трофимова Ю.С.</i> Изобразительное искусство как фактор формирования у молодежи установки на здоровый образ жизни.....	603
<i>Ушакова Я.В., Зернов Д.В., Ситникова И.В.</i> Медицинская активность как аспект самосохранительного поведения студентов.....	606

<i>Фатенков А.Н.</i> О здоровом характере и патологии-норме бесхребетности.....	611
<i>Федосеева М.В.</i> Самооценка здоровья и здоровьесберегающее поведение интеллектуального класса	616
<i>Филиппова Д.Н.</i> Здоровье как ценность: взгляд студентов университетов Арктики	620
<i>Хлютина О.А.</i> Ипповенция как инновационный метод решения психологических проблем населения мегаполиса.....	624
<i>Ходырева Е.Б.</i> Влияние факторов окружающей среды на здоровье детей	627
<i>Шалютина Н.В.</i> Социокультурные аспекты цифрового здоровья	632
<i>Шинкаренко Е.А.</i> Трудовая самопрезентация молодежи: аспекты здоровья в электронных резюме	636
<i>Шлягина Е.Н.</i> Правовые основы предоставления медицинской помощи сотрудникам полиции в Российской Федерации	640
<i>Яковлев П.А.</i> Социальное предпринимательство в сфере охраны здоровья	644

СЕКЦИЯ 3 ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

ДОКЛАДЫ

<i>Борковски М.</i> Общественное здоровье – настоящее и перспективы развития.....	650
<i>Романовская В.Б., Воронков К.И., Айзман Е.Л., Хаддад Э.М.</i> Реабилитация и ресоциализация лиц, страдающих алкогольной зависимостью, в Российской Федерации, Алжире, США: теоретико-правовой аспект.....	656
<i>Самсонов А.А., Суходоев Д.В., Суходоева Л.Ф.</i> Добровольное медицинское страхование как правовая гарантия получения медицинской помощи	663
<i>Серпухова О.Ю.</i> Охрана репродуктивного здоровья женщины как важнейшее условие реализации права на искусственное прерывание беременности(опыт США)	667
<i>Соловьева С.В.</i> Политика здоровьесбережения в нормах трудового законодательства Российской Федерации	671
<i>Судьин С.А., Жукова О.Г.</i> О некоторых вопросах правового регулирования народной медицины в Российской Федерации.....	674
<i>Сэруа В.С.</i> Охрана здоровья населения как основное направление взаимодействия профессиональных общественных организаций юристов и врачей в досоветской России	680

ВЫСТУПЛЕНИЯ

<i>Евдеева Н.В.</i> К вопросу о некоторых категориях в медицинском праве	684
<i>Есаева Е.А.</i> Нормативно-правовое регулирование медицинских услуг во Вьетнаме: историко-правовой аспект	687

<i>Есаева Е.А., Алиева А.Х.</i> Проблемы подростковой наркомании: правовой аспект.....	691
<i>Морозова Е.А.</i> Особенности профессиональной деформации сотрудников исправительных учреждений и мер ее профилактики.....	697
<i>Назарова Н.Л.</i> Неоказание помощи больному: правоприменительная практика.....	701
<i>Пронина Е.Н.</i> Из истории правового регулирования оборота и распределения наркотических средств в медицинских целях в начале XX века.....	705
<i>Романовская Л.Р., Аксенова Ю.Ю.</i> Правовые аспекты охраны здоровья судебных экспертов при осуществлении ими профессиональной деятельности.....	708
<i>Романовская Л.Р., Воеводина Д.А.</i> Права лиц, страдающих психическими расстройствами.....	713
<i>Силантьева В.А.</i> Эвтаназия: правовые основы и проблемы правового регулирования.....	718
<i>Шишарина С.С.</i> Правовые основы предоставления медицинских услуг в наркологических клиниках.....	722

СЕКЦИЯ 4 СЕМЬЯ КАК ЭКОСИСТЕМА

ДОКЛАДЫ

<i>Костина Н.Б., Гараева Э.И.</i> Чайлдфри как вид современных семейных практик.....	726
<i>Лымарь Н.А.</i> Здоровье в современной польской семье: традиции, тенденции и перспективы.....	729
<i>Птицына Н.А., Маркова Е.К.</i> Социально-психологические аспекты проблемы лечения и ухода за больными членами семьи.....	732
<i>Ростовская Т.К., Безвербная Н.А.</i> Семейное насилие как фактор риска для репродуктивного здоровья женщины.....	738
<i>Савинов Л.И.</i> Значение самосохранительной функции семьи для общества и личности.....	744
<i>Стегний В.Н.</i> Социальное самочувствие семьи – показатель её социального здоровья.....	749

ВЫСТУПЛЕНИЯ

<i>Автаева Н.О.</i> Роль журналов для семейного чтения в сохранении духовной культуры семьи.....	752
<i>Барашкова К.Д.</i> Здоровый образ жизни как условие долголетия пожилых семей.....	756
<i>Бухалова Н.А.</i> Семья в системе долговременного ухода за гражданами пожилого возраста.....	759

<i>Грибова П.Ю.</i> Тип поселения как фактор стигматизации семьи с ребенком аутистом	764
<i>Егорова Н.Ю.</i> Репродуктивный потенциал сожителей и состоящих в браке ...	766
<i>Еремеева А.А.</i> Пенитенциарный стресс и его влияние на семью осужденного.....	769
<i>Ермолаева А.Г.</i> Влияние насилия в отношении женщин и детей на их здоровье.....	776
<i>Задорожникова Е.Б.</i> Социально-психологическая адаптация детей с ограниченными возможностями здоровья к условиям жизнедеятельности: роль и значение семьи	778
<i>Ивашечкина Д.Е.</i> Социально-психологические проблемы семьи.....	782
<i>Исакова И.А., Воробьев Д.С.</i> Влияние гаджетизации на самосохранительную функцию семьи	785
<i>Когаловская А.С.</i> Отношение к болезни как ресурс личности и семьи.....	790
<i>Кудрявцев О.В.</i> Семейный туризм как компонент здорового образа жизни.....	793
<i>Курносова Л.С.</i> Ресурсность семьи (по эссе первокурсников).....	800
<i>Морозова О.Н., Афлетонова А.М.</i> Психологические проблемы воспитания детей-сирот в приемных семьях	806
<i>Новоселова Е.Н.</i> Проблема избыточного веса и ожирения у детей и подростков: роль семьи	809
<i>Олексенко А.С.</i> Нравственно-религиозное воспитание в семье как основа здорового общества.....	813
<i>Петрова Т.Ю.</i> Факторы здоровья многодетных семей.....	817
<i>Петросян В.О.</i> Самосохранительная функция семьи	819
<i>Петухова И.С.</i> Семья с пожилым как объект заботы государственного социального сервиса	822
<i>Роговикова А.А., Гарин Л.Ю.</i> Семья как объект помощи и субъект самопомощи: практики лечения и ухода за больными членами семьи.....	826
<i>Рябинская Е.С.</i> Социально-демографические проблемы современной семьи.....	830
<i>Тарасова Е.О.</i> Проблема отсутствия ориентиров в сфере здоровья семьи.....	835
<i>Тюлюнова В.В.</i> Социально-медицинские проблемы современной семьи в свете статистики	840
<i>Цветкова Е.А., Прохорова М.В., Скобелева Е.И.</i> Ценностное участие семьи в достигнутом студентами состоянии ЗОЖ	844
<i>Чеван Н.О., Левицкая Ю.Л.</i> Семья как объект помощи и субъект самопомощи: практики лечения и ухода за больными членами семьи. Детский коррекционный центр «развитие». Опыт работы с семьями, имеющих детей с ОВЗ.....	848
<i>Шуткина Ж.А., Воронова А.А.</i> Содержание представлений о служении семье у женщин в период зрелости	853
<i>Янак А.Л.</i> Прародительский потенциал как составляющая семейной ресурсности.....	856

<i>Ястребова Е.А.</i> Феномен парентификации ребенка в зарубежной научной литературе.....	859
<i>Семедова-Полупан Н.Г.</i> Здоровье населения Чувашской Республики. Состояние и тенденции.....	862

КРУГЛЫЙ СТОЛ
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЛИЦ С ДИСФУНКЦИЯМИ
ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА
И ПРОБЛЕМЫ ИХ РЕАБИЛИТАЦИИ

<i>Гайворонская Н.Г.</i> Перспективы развития в России системы реабилитации для инвалидов с ампутацией конечностей и иными нарушениями функций опорно-двигательного аппарата	867
<i>Ермилова А.В., Осипов Н.В.</i> Специфика функционирования системы реабилитации для инвалидов с ампутацией конечностей и иными нарушениями функций опорно-двигательного аппарата: выявление проблемного поля.....	873
<i>Заречнова Н.В.</i> Реабилитация инвалидов в глобальном плане всемирной организации здравоохранения	879
<i>Зверев Ю.П., Елагина Е.В.</i> Оптимизация двигательной активности детей с детским церебральным параличом.....	881
<i>Зубко А.В., Землянова Е.В., Какучая Т.Т., Джитава Т.Г.</i> К оценке благополучия и качества жизни пациентов на этапе реабилитации после кардиохирургических операций	885
<i>Курникова М.В.</i> Влияние степени нарушения функции передвижения у ребенка-инвалида на индекс социального самочувствия членов его семьи.....	889
<i>Лезова В.И.</i> Социальное самочувствие инвалидов в сельской местности и возможные меры по улучшению ситуации на примере Арзамасского района Нижегородской области.....	892
<i>Ломакин И.А.</i> Спорт как оздоровительная сфера в социально-средовой реабилитации инвалидов: на примере следж-хоккея	899
<i>Максимова М.Н., Максимов Д.С.</i> Обеспечение и использование ресурсов для предоставления социальных услуг центрами реабилитации инвалидов и детей-инвалидов.....	902
<i>Мухаметзянова А.Р.</i> Реабилитация инвалидов с привлечением сообщества: возможна ли в России?	906
<i>Подольн Д.И.</i> Новые технологии в изготовлении отрезков для иммобилизации конечностей в процессе реабилитации	910
<i>Полевая С.А., Парин С.Б., Воловик М.Г., Циркова М.М.</i> Психологические аспекты реабилитации: телеметрия, интернет-технологии, технологии виртуальной реальности	914
<i>Степанов Н.Г.</i> Самореабилитация после высокой ампутации	918

**СПЕЦИФИКА ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ЛИЦ СТАРШИХ
ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП В ЛАТВИЙСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ
SPECIFICITY OF PHYSICAL ACTIVITY OF OLDER AGE GROUPS
IN THE REPUBLIC OF LATVIA**

И. Абелькалнс, А. Голубева, А. Клемпере-Сипягина
Латвийский Университет, г. Рига, Латвия

I. Abelkalns, A. Golubeva, A. Klemper-Sipyagina
University of Latvia, Riga, Latvia

Выявляются склонность к ожирению у лиц старшей возрастной группы и их физические возможности с помощью метода установления избыточного веса, метода биоимпеданса ВИА «со ступни на ступню» с анализатором состава тела TANIТА и комплекса физических упражнений. В результате у лиц преимущественно старше 65 лет фиксируется тенденция ожирения и утраты возможности выполнять элементарные физические упражнения.

A tendency to obesity in older persons and their physical abilities are revealed with the help of the method of determining obesity, the method of bioimpedance BIA "from foot to foot" with the analyzer of body composition TANIТА and a complex of physical exercises. As a result, the tendency of obesity and loss of the ability to perform basic physical exercises in persons over 65 years of age is recorded.

Ключевые слова: физическая активность, физическое здоровье, лица старше 50 лет

Keywords: physical activity, physical health, persons over 50 years of age

Одной из тенденций жизнедеятельности людей старшей возрастной категории является ухудшение их состояния здоровья пропорционально увеличению их возраста. По мере старения население всего мира все более подвергается риску заболеваний и инвалидности. Неинфекционные заболевания, такие как сердечно-сосудистые, опухоли, диабет и хронические респираторные, являются основной причиной смерти и составляют 70% всех смертей в мире. Факторы риска для здоровья играют важную роль в их распространении. Курение, нездоровое питание, малоподвижный образ жизни, чрезмерное употребление алкоголя приводят к избыточному весу, повышенному кровяному давлению, высокому уровню холестерина и сахара в крови, провоцируя серьезные заболевания [1], в том числе и у людей старшей возрастной категории.

По результатам исследования Медицинского центра исследований Университета Дьюка (Duke University, USA), малоподвижный образ жизни способствует накоплению висцерального жира. Исследователи обнаружили, что висцеральный жир увеличивается на 8,6% в течение шести месяцев после отказа от упражнений. Точно так же инсулинорезистентность, сердечно-сосудистые заболевания и другие метаболические синдромы, связанные с повышенным уровнем висцерального жира, доказывают опасность сидячего образа жизни. Кроме того, ожирение становится фактором риска развития остеоартроза [2]. Стоит заметить, что проблема малоподвижного образа жизни в большей степени относится именно к лицам старших возрастных групп, что связано с особенностями старения человека. Регулярные физические нагрузки могут снизить следующие риски у пожилой возрастной категории: ожирения, сердечно-сосудистых заболеваний, развития диабета и рака, а также предотвратить развитие хронических заболеваний, укрепить все группы мышц, суставов, связок, увеличить силу и гибкость, сформировать правильную осанку, улучшить чувство ритма, точность движения [3].

Однако проблема нездоровья пожилых людей может усугубляться в связи с их социальной изоляцией и дискриминацией, бедностью, жестоким обращением, что, в свою очередь, подчеркивает значимость изучения темы сохранения и поддержания физического здоровья лиц старших возрастов. Для этого было проведено эмпирическое исследование, в ходе которого, во-первых, с помощью анкетирования были опрошены лица старше 50 лет (N=60 чел.). Во-вторых, для определения массы тела старшей возрастной группы использовался метод установления избыточного веса – это индекс массы тела (ИМТ), в соответствии с которым все участники опроса были разделены на четыре категории на основании принятой классификации WHO в 1995 г.: ИМТ недостаточный вес тела <18,5; нормальный вес тела ИМТ = 18,5 – 24,99; избыточная масса тела ИМТ = 25 – 29,99; ожирение ИМТ > 30 [4]. В-третьих, внутренний процент содержания жира определяли с помощью метода биоимпеданса ВИА «со ступни на ступню» с анализатором состава тела TANIТА. Через тело передается абсолютно безвредный и необнаруживаемый импульс тока 500 мкА с частотой ок. 50 Гц. Мышечные ткани свободно проводят ток, потому что они содержат жидкость, но жировая ткань менее проводящая ток. Электрическое сопротивление жировой ткани – это именно то, что определяет анализатор. Уровень висцерального жира в норме составляет 1-12%, более 13% – превышение нормы [5]. В-четвертых, для определения гибкости использовались такие упражнения, как наклон верхней части тела и касание рук к ступням (измерялось расстояние), обхватывание рук за спину (измерялось расстояние), поднятие из положения лежа (лежа на животе) до

вертикального положения (измерялось время), в том числе производились замеры при надевании и снятии футболки (измерялось время) [6].

Цель исследования – выявление склонности к ожирению и физических возможностей у лиц старшей возрастной группы.

В опросе приняли участие 55% женщин и 45% мужчин, средний возраст которых составляет 62,5 года.

Для старшей возрастной группы индекс массы тела (ИМТ) в среднем составил 26,62. Сравнительная характеристика ИМТ мужчин и женщин показала, что у женщин он выше, чем у мужчин. При этом, 37% женщин страдают ожирением (ИМТ между 30 и 42). Для 13,6% мужчин тоже характерно ожирение, но с более низким уровнем ИМТ (диапазон от 30 до 34). Следует подчеркнуть, что с увеличением возраста, независимо от пола, проблема ожирения усугубляется. Так, в возрастной группе до 65 лет ИМТ составляет 25,7, а ожирение наблюдается у 15,6% респондентов, у пожилых людей старше 65 ИМТ составляет 28,27, а ожирением страдают уже 38,9% респондентов.

Данные о висцеральном жире в организме пожилых людей указывают на тенденцию его накапливания к 65 годам у мужчин (12,75). У женщин этот процесс начинает превалировать в возрасте старше 65 лет (10,3).

Упражнение на гибкость показывает, что средние показатели как для мужчин, так и для женщин находятся в пределах нормы. Однако у женщин старше 65 лет средние показатели ухудшаются на 4-5 см (норма 5,8 см), у мужчин в возрасте 65 лет и старше средние показатели выглядят еще в большей степени удручающими, превышающими норму на 12-15 см.

С увеличением возраста участников опроса, независимо от их пола, упражнения, связанные с поднятием тела из положения лежа, вызывают затруднения. После 65 лет пожилые люди их выполняют в 2-3 раза медленнее, чем лица младше 65 лет. Аналогичная тенденция прослеживается при выполнении упражнения схватывания рук за спиной, а также и при снятии и одевании рубашки.

Итак, значительная доля пожилых людей страдают ожирением. Большое количество висцерального жира вокруг внутренних органов и большая окружность талии указывают на необходимость пересмотра ежедневного питания для уменьшения висцерального жира, а также на необходимость активизации данной возрастной группы в сфере физической культуры и спорта. Бездействие и пренебрежение принципами здорового питания имеют важное значение для развития избыточного веса и ожирения. Особую тревогу в данном случае вызывают лица старше 65 лет в связи с затруднениями при выполнении элементарных физических упражнений (поднятие тела из положения лежа), что осложняет их функционирование как активного субъекта в семье, в целом в

обществе. Соответственно, органам государственной власти необходимо обратить внимание на расширение доступности сферы физической культуры и спорта для профилактики болезней старших возрастных групп.

Список литературы

1. World Health Organization (2017) Noncommunicable Diseases Progress Monitor, Geneva. p. 231.

2. Каковы последствия сидячего образа жизни? (дата обращения 09.06.2019) доступно: <https://medicine.lv/raksti/kadas-ir-mazkustiga-dzivesveidasekas>

3. Рекомендации по физической активности для жителей Латвии. (дата обращения 24.05.2019). Доступно: https://www.spkc.gov.lv/upload/Veicin%C4%81%C5%A1ana/Fiziskas%20aktivitates/fizisko_aktivitu_ieteikumi_latvijas_iedzvojjiem.pdf

4. Индекс массы тела (дата обращения 09.06.2019), доступно: <https://www.eveseliba.gov.lv/sakums/informativie-raksti/veselibas-veicinasana/nermeņa-masas-indekss>

5. Understanding measurements. (дата обращения 21.09.2019), доступно, <https://tanita.eu/help-guides/understanding-measurements>

6. Rikli R.E., Jones J.C., (2013) Development and validation of Criterion-Referenced Clinically Relevant Fitness Standarts for Maintaining Physical Independence in Later Years. The Gerontologist. Volume 53. No 2. Pp. 255-267

ПРОБЛЕМА СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ СЕМЬИ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕЙ УХОД ЗА ДЕМЕНТНЫМ БОЛЬНЫМ: ИНТЕГРАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ И СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ ON THE PROBLEM OF SOCIAL SERVICES FOR ELDERLY SUFFERING FROM DEMENTIA: LITHUANIAN SOCIAL WELFARE CONTEXT

Эльвира Асиене
Университет Клайпеды, Литва
Elvyra Aciene
Klaipeda University, Lithuania

Автор отмечает все возрастающее старение населения Литвы и раскрывает его причины.

Делается прогноз о том, что к 2050 г. население страны сократится до 1,910,000 жителей, из которых 28.5% будут лицами пожилого возраста. Уже сейчас численность пожилых людей в Литве сопоставима с населением Вильнюса. Каждый седьмой мужчина и каждая четвертая женщина в Латвии старше 65 лет. 84.2% пожилых мужчин женаты, 48.9% пожилых женщин замужем, 12.2% мужчин холостые, 46.6% женщин живут одни. Население

Литвы стареет быстрее по сравнению с населением Евросоюза, и полагают, что к 2030 г. треть населения Литвы будет старше 60 лет.

Показано место, которое занимают пожилые люди на местном рынке труда и перечисляются проблемы, с которыми им приходится сталкиваться в поисках работы (57% опрошенных отметили возраст как основной фактор, препятствующий их возможному трудоустройству). Отмечается низкий уровень жизни литовских пенсионеров по сравнению с пенсионерами, проживающими в других странах ЕС. В частности, в 1995-2016 гг. средний размер пенсии составлял 40-44% от средней заработной платы в стране. В 2019 г. более четверти лиц в возрасте 60-70 лет продолжают трудиться, в последнее время наблюдается рост их числа, что доказывает, что рынок труда для пожилых людей более открыт, чем раньше. С точки зрения условий жизни, пожилые литовцы занимают 63-ье место из 96 стран, участвующих в опросе (Латвия занимает 35-ое место, Эстония – 23-ье).

В СМИ сформировался устойчиво негативный стереотип пожилых людей:

= 18% считают, что пожилых постоянно обижают;

= 16% полагают, что пожилые люди выступают потенциальными жертвами;

= 24% ассоциируют пожилых с бедностью.

Автор дает обзор нормативно-правовых документов, регламентирующих социальную политику государства в отношении инвалидов, а также перечисляет примеры инновационных проектов, облегчающих жизнь лиц пожилого возраста, в частности, телефонная линия для одиноких пенсионеров, университет «третьего возраста».

Представлена стратегия социальной работы с пожилыми людьми, страдающими деменцией, дана краткая характеристика рынка социальных услуг для них. В частности, в 1991 г. был принят закон о социальной интеграции лиц с ограниченными возможностями, который в 2005 г. был пересмотрен. Основной принцип данного документа состоит в отказе от медико-клинического отношения к инвалидам и переходе к их социальной интеграции. Система реабилитации многогранна и включает в себя медицинскую и профессиональную реабилитацию, образование, социальную работу, компенсацию недостающих доходов. Изменения в идеологии социальной работы с пожилыми людьми не всегда идут в ногу с экономическими преобразованиями, однако, последние оказывают на них существенное влияние.

Следует отметить, что лишь пять процентов пожилых людей оценивают свое состояние здоровья как хорошее или очень хорошее; более половины склонны считать свое здоровье плохим или очень плохим. В 2018 г. в Латвии работало 38 организаций для пожилых и лиц с ограниченными физическими возможностями, которые обслуживали 6300 лиц старше 65 лет. Страдающие деменцией не обладают какими-либо привилегиями и получают такие же услуги, что и пожилые граждане. В настоящее время мы наблюдаем

возникновение специализированных центров для лиц, страдающих деменцией, например, дома-заботы «Сеневита», пансион для лиц, страдающих болезнью Альцгеймера и пр. Основными принципами организации социальной работы являются децентрализация, деинституализация, планирование и доступность услуг населению. В настоящее время в Литве обозначилась необходимость координации государственной и частной систем предоставления социальных услуг, поскольку существующие проблемы требуют комплексного подхода к их разрешению.

Автор приходит к заключению, что организация социальной помощи людям с деменцией в Литве является одной из приоритетных задач государства, которая реализуется, в частности, через создание наиболее благоприятных условий для неформальной помощи на дому.

The author notes that the population of Lithuania is aging very fast and reveals its causes.

It is forecasted that by 2050 the country's population will be reduced to 1,910,000 people, of which 28.5% will become elderly. The number of elderly people in Lithuania is comparable to the population of Vilnius. Every seventh man and every fourth woman in Latvia is over 65 years old. 84.2% of elderly men are married, 48.9% of elderly women are married, 12.2% of men are single, 46.6% of women live alone. The population of Lithuania is aging faster than the population of the European Union, and it is believed that by 2030 a third of the population of Lithuania will be over 60 years old.

The paper also sheds light on the place that elderly people occupy in the local labor market and lists the problems they face while finding a job (57% of respondents noted age as the main factor hindering their possible employment). Lithuanian pensioners have low living standards compared to pensioners living in other EU countries. In particular, in 1995-2016 the average pension was 40-44% of the average wage in the country. In 2019, more than a quarter of people aged 60-70 years continue to work, in recent years there has been an increase in their number, which proves that the labor market for elderly people is more open than before. In terms of living conditions, elderly Lithuanians occupy the 63rd place out of 96 countries participating in the survey (Latvia ranks 35th, Estonia 23rd).

The media has formed a persistently negative stereotype of elderly people:

- = 18% believe that elderly people are constantly offended;
- = 16% believe that elderly people are potential victims;
- = 24% associate the elderly with poverty.

The author gives an overview of the legal documents regulating the social policy of the state in relation to people with disabilities, and also lists examples of innovative projects that make life easier for the elderly, in particular, a telephone line for single pensioners, a university of the “third age”.

The strategy of social work with elderly people with dementia is presented, a brief description of the market of social services for them is given. In particular, in 1991 a law was passed on the social integration of people with disabilities, which was revised in 2005. The main principle of this document is the rejection of the medical-

clinical attitude towards people with disabilities and the transition to their social integration. The rehabilitation system is diverse and includes medical and vocational rehabilitation, education, social work, compensation for missing income. Changes in the ideology of social work with the elderly do not always keep pace with economic transformations, however, the latter have a significant impact on them.

It should be noted that only five percent of elderly people rate their health status as good or very good; more than half tend to consider their health as poor or very poor. In 2018, there were 38 organizations operating in Latvia for the elderly and people with disabilities, which served 6,300 people over 65 years old. Dementia sufferers do not have any privileges and receive the same services as senior citizens. Currently, we are witnessing the emergence of specialized centers for people with dementia, for example, Senevita home care, a boarding house for people with Alzheimer's disease, etc. The main principles of organizing social work are decentralization, deinstitutionalization, planning and accessibility of services to the population. Currently, Lithuania has identified the need to coordinate public and private systems for the provision of social services, as existing problems require an integrated approach to their resolution.

The author comes to the conclusion that the organization of social assistance to people with dementia in Lithuania is one of the priority tasks of the state, which is realized, in particular, through the creation of the most favorable conditions for informal assistance at home.

Ключевые слова: социальная помощь, деменция, социальная политика
Keywords: social assistance, dementia, social policy

Today Lithuania's population – about 3 millions (2 794 184). At the beginning of 2019 in the country lived almost 31 thousand elderly people 65 years old. Male – 12.908; female -18.081. Lithuania's elderly population almost equal to numbers of the population of Vilnius. The demographic old age ratio is 183 (the number of elderly people (65 and over) per 100 children under the age of 15).

Lithuania's as aging society trends

Based on the statistics, every seventh man and every fourth woman is over 65 years old. Lithuania's population getting older and older because of: decreasing of birth rate; increasing of life expectancy; emigration of economical active people.

There are two main tendencies:

- Differentiation of aging level according regional aspect.
- Feminization of elderly and old:

84,2% elderly man are married; 48,9% elderly women are married; 12,2% of elderly man are living single; 46,6% of elderly women are living single.

Prognosis of Eurostat

It could be that in 2050 Lithuania will have only about two millions (1 million 910 thousands) population, of which more than half a million (544.5 thousands), or 28.5 % will be the elderly and old people.

Lithuania's population is aging rapidly comparing with the population of European Union states, and already in 2030 a third of the country's population will be older than 60 years. Department of Statistics shows that nearly half of people in aged 65 years old and older live alone.

Old age stigma

- By the elderly these features are valued as stigma: the prevalence of physical and mental loss, inability to learn, limited possibility to be active, the loss of sexuality.
- They are in the situation of conflict with labour market because of they want to be active in a labour market, but their small pensions pushing them to work. At same time they are as an obstacle for young people to realize themselves.
- With a small pensions they are the burden for the taxpayer.
- In period of 1995-2016 average of pension in Lithuania was approximately 40-44% of average net wage.

Jobless aspects: 57% elderly people think that the age is the largest obstacle to stay in the market.



But in 2019 more than a quarter of seniors between the age of 60 and 70 are working. In recent years, the number of working retirees has been increasing. This shows that the labor market for older people is more open today. But not for everyone. Although it seems paradoxical, retirees who have already completed the necessary qualifying periods remain in the labor market for longer – about 60 percent of them remain in the labor market. (Read more: <https://www.60plus.lt/2019/05/30/daugeja-eming-retirement/> | 60 plus).

One of reason- Labour migration!

The latest index of Global Age Watch shows that elderly people in Lithuania according their living conditions were only in the 63-rd place among the 96

participating in survey countries (while Latvia is the 35th and Estonia even in 23rd place).

Images and stereotypes in media

- Constantly abused people (18%);
- The image of the potential victims (16%);
- The image of the poor people (24%).

State Social policy for Disabled

Legal fundamentals of Social policy for disabled:

- 1991 The Law on the Social Integration of the Disabled (invalidų)
 - 1997-2005 (updated)
 - 2005 – a new version: The Law on the Social Integration of the Disabled (neįgalųjų).
- Main principle: from "medical- clinical attitude to social integration.

Rehabilitation (integration) system

- Legislation
- Medical rehabilitation
- Professional rehabilitation
- Education
- Environment
- Service of transport
- Technique rehabilitation/ culture ,sport, leisure time
- Social care and social services
- Compensation of lost incomes
- Training specialist and medical social expertise
- Changes in ideology of care for people with disabilities do not always occur simultaneously with changes in the economic situation. However, it is affected by it. The ideology of care remains relatively stable for long periods of time.

Only 5% of elderly people (under 65 and older) evaluated their health as good a very good; more than 50 % – bad or very bad.

At the beginning of 2018 in Lithuania were 38 care institutions for the elderly and adults with disabilities and about 6,3 thousand persons under 65 years and older lived there. For elderly and old persons were 126 Care institutions, about 6,1 thousand persons lived there (<https://ops.state.gov.lt/web/guest/statistiniu-rodikliu-analize?>).

On the Problem of Social Services for Elderly Suffering from Dementia

Social care in Lithuania as strategy of integrated solutions for persons with dementia.

- In Lithuania there are not a special regulation of social services for people with dementia. People with dementia have the same social services as elderly and old people.

- For individuals suffering from dementia (Alzheimer's disease and so on.) not enough social or medical services which we provide for the elderly. Care of persons with dementia is a problem in Lithuania because of lack the special care institutions (nursing homes, hospices, hospitals, care homes with special departments for people with dementia).

- At present, the market of social service is on the way of development, because there is competition among social care institutions: state and private and nursing services agencies.

- http://www.ispcentras.lt/upload/str_paslaugu_poreikis.pdf

- Specialized services for people with dementia in Lithuania, have already started. Social and medical services effectively provide private institutions as care homes "Senevita", Alzheimer's nursing home, "Age ring" and others.

The main principles in the organization of social services

- Decentralization (to remove responsibility to municipality);
- Deinstitutionalization (institutional care gradually decreasing then community based services increased);
- Planning (according the needs and resources);
- Accessibility to social services.

Legislation of social services

In Lithuania always existed need for coordination of two social support systems (private, state), because many problems have combined character and we need to use different forms and methods of support. The main purpose of social services – to meet the vital needs of individuals and to create a special plan for social services.

Social services system in Lithuania legally was confirmed by the Resolution of Government of the Republic of Lithuania in the Concept of Social support No.360 in May 9th of 1994.

One of the functions of social services – *function of care*, which includes support in the process of social integration and status quo of person (Žalimienė, 2003).

Lithuania social services are regulated by the Law of Social Services (2006) and the Law Nr. A1-93, which confirmed the Catalogue of Social Services (2006). For the organization of social services are responsible: Ministry of Social Security and Labour, municipalities and the Council of Administration of Social Care Institutions which belongs to Ministry of Social Security and Labour of Lithuania.

Specific social services the individuals are able to receive only after the assessment of needs, according the special methodology of assessment of needs (Index of needs assessment) (Žalimienė, 2003, p. 39). The resolution of the International Scientific Conference “*Actuality of Dementia Syndrome in the Twenty First Century*,” states that the index of special needs don’t have a real methodology to indicate social and medical needs patients with Alzheimer's disease and other dementias. It was a reason why the Ministry of Social Security and Labour of the Republic of Lithuania and the Ministry of Health in 2011. June 13th. Order no. A1 - 282 / -603 V approved a new methodology of special needs index assessment (2011). This methodology more suitable in assessing special needs for persons with deep, serious mental retardation.

The procedure of measure of Index of special needs is testing at the health care institution by the doctor (psychiatrist). Special needs index is on a scale (0,5, or 10). The patient has to fill the questionnaire. The highest score – 10 points shows that the activity of the person is completely dependent on another person. After summary and evaluation of results of the specific needs of person who suffering from dementia is possible to decide what kind social and medical services are needful.

Complex of help which is provided by social services for people with dementia we call *social care*. It is a set of services providing by institutions where people stay constantly for a long time because of they don’t have enough independent skills to live alone and at that moment need the intensive social and medical support and supervision.

Tarptautinės mokslinės konferencijos „Demencijos sindromo aktualumas XXI amžiuje“, įvykusios 2010 09 24 Vilniuje rezoliucija- kreipimasis. [<http://www.alzheimerioistaigos.lt/lt/rezoliucija-2010-09-24.html>]

Short-term social care – a complex of services which are given to person with dementia permanently by the care specialists who requiring assistance in crisis situations: family has problem to supervise persons constantly. Than it is possible to give the service of RESPITE (atokvėpio).

Long-term social care – social care services are provided by the social care home for elderly and adults with disabilities, specialized social care and nursing homes, special social care homes. The long-term social care institutions can be identified as a residential care.

Residential Care Institutions for the elderly are:

- The old people care homes (nursing homes) – a social care institution for people who need constant care and nursing, and who, because of old age and disability not able to live independently in their own homes. Their children or other relatives for objective reasons are not able to look after them.

- Special care and nursing homes (departments, branches) – there are at care homes for old people and provide services for people with special needs, for example with various forms of senile dementia.

According Petrauskienė A. (2010), the tendency of social care homes differentiated by persons sheltered nature of the disorder. For patients with dementia is extremely important to have their "angle" with familiar objects, the environment and so on. Services for people with dementias should be provided in an integrated way, taking into account the individual patient's needs. Care services are financed from the budget for social support and from the health insurance. Also from different alternative sources.

In 2007 was confirmed *Description for needs of person (family) for social services* which fixing needful procedures for the elderly and disabled and introduced methods how to indicate special needs. When case is complicated could be formed the panel of experts.

Worldwide efforts are as long as possible to help for humans to live in their own homes. This type of social care, where the services provided at home is called *community-based social care* (personal care at home).

According Žalimienė L. (2003) non-institutional (community) service, and it's development is a priority for social services in modern society.

In Lithuania health and social care services are not yet specialized for dementia sufferers persons: there are no specialized sections hospices, few care homes have specialized departments with dementia wards but their environment is not sufficiently tailored to dementia patients needs.

Help at home (*community-based social care*) can be a the most effective aid tool for the persons with dementia and their relatives.

The state supports patients with dementia and their families. From the 1 January of 2008 the disabled and person who are looking after disabled have (unemployment) social insurance for the whole state social insurance pension. Patients and their helpers have a right to reduced public transport tickets, can ask for the state support for housing or to adapt it to the specific needs of housing subsidies to cover part of the credit.

Home help (*community-based social care*) services are provided by public or private institutions, NGO's, informal service providers, church organizations. Lithuanian social services system use *care money*. This money are intended to pay for the provision of home help services. Their goal – the opportunity for elderly people to live independently. The use of money is one of the way dealing with new social service funding issues.

For assistance of person with dementia at home, family members must apply to the municipal department of social assistance and they will give the professional

social assistance (social worker, nurse) or advice. If the service can't answer family needs, they are trying to compensate by non-governmental organizations such as Red Cross, Caritas. Social Assistance Institute provides with information about social assistance institutions which are established for home help services in Lithuania.

Žydžiūnaitė V. et al. (2008) emphasizes that social work with people with Alzheimer's at social care institutions and day centers have to be acquainted with assess the disease caused by the cognitive consequences of a breach of human behavior. The ignorance of disease specificity can complicate the process of care. Only social workers who have acquired with specialized knowledge about the dementia is able to provide social services for the client at home or at day center.

Conclusion

In summary, it can be said that the organization of social care for people with dementia in Lithuania one of the priority objectives is to create the most favorable conditions for *informal care* at home. However, for various reasons it may not be possible. After the professional assessment of the special needs of the patient with dementia, he could be sent to a residential care, where he will be provided by necessary social services, and... the care home becomes his home.

Foster homes trying to build the environment which is close to person home climate. Also using of rehabilitation and activity programs, effective methods of empowering to keep as long as possible social skills trying to provide quality of life in possible frame of decent. We expected in the near future to expand the social service providers market because of services providers competition. Maybe in this way the situation will improve. A competitive market will help ensure a quality service for adequate price and to eliminate the disparities in the services which are provided in the different regions of the country and institutions.

The system of social services is at the beginning of positive development. Only ~1.5% of the people under 60 years and more are users of institutional and community based social services. The first one is still prevailing. The informal care of aged family members are dominant in Lithuania. Though, support for care givers (social workers, volunteers) is almost outside of present social policy issues in Lithuania.

New social issues emerged. Social policy for the elderly and old people with dementia is a part of general structure of social policy in Lithuania.





**ПРАКТИКА РАБОТЫ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПО ПРАВАМ
ЧЕЛОВЕКА В НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ЗАЩИТЕ ПРАВ
И ЗАКОННЫХ ИНТЕРЕСОВ ЛЮДЕЙ
С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ**
**THE PRACTICE OF THE COMMISSIONER FOR HUMAN RIGHTS
IN NIZHNY NOVGOROD REGION IN PROTECTING THE RIGHTS AND
LEGITIMATE INTERESTS OF PERSONS WITH DISABILITIES**

Е.В. Барышникова

*Аппарат Уполномоченного по правам человека в Нижегородской области,
г. Нижний Новгород*

E.V. Baryshnikova

*The Office of the High Commissioner
for Human Rights in Nizhny Novgorod Region,
Nizhny Novgorod*

К соблюдению, защите прав наших сограждан с ограниченными возможностями у нас всегда особое отношение. Равенство, отсутствие дискриминации инвалидов – маркер, индикатор зрелости общества, показатель его цивилизованности, гуманности, способности к состраданию и переживанию.

We always have a special attitude to the observance and protection of the rights of our fellow citizens with disabilities. Equality, non-discrimination of disabled people is a marker, an indicator of the maturity of the society, an indicator of its civilization, humanity, ability to compassion and experience.

Ключевые слова: люди с ограниченными возможностями, безбарьерная среда, маломобильные граждане

Keywords: disabled people, barrier-free environment, low mobility citizens

Проводя выездные и личные приёмы, работая с обращениями, на встречах и беседах с инвалидами часто поражаешься, как много энергии, света, любви у многих из них! Этой «заряженности» на жизнь, желанию чувствовать её максимально полно можно восхищаться. Сколько из них каждой секундой своей жизни доказывают, что не терпят, не допускают по отношению к себе это клише «ограниченные возможности» – сочетаются браком, растят детей, ведут общественную работу, занимаются спортом и творчеством, прыгают с парашютом и сплавляются на байдарках.

Сегодня многое делается для создания правового поля на институциональном уровне, закрепляющего равенство всех категорий граждан. Важной частью этого правового созидания стала ратификация нашей страной Конвенции ООН о правах инвалидов. В 2012 г. Россия приняла Федеральный закон «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов», которым были внесены изменения в 25 нормативно-правовых актов, затрагивающих такие важные сферы жизни инвалидов, как сфера жилищно-коммунального хозяйства, культуры, здравоохранения, транспорта.

Все эти изменения направлены на обеспечение полного участия лиц с ограниченными возможностями здоровья в гражданской, политической, экономической, социальной и культурной жизни общества, ликвидацию дискриминации по признаку инвалидности, защиту инвалидов и осуществление ими всех прав человека и основных свобод, а также на создание эффективных правовых механизмов обеспечения этих прав.

В России насчитывается около 15 миллионов людей с инвалидностью, практически, каждый десятый. В это сложно поверить, поскольку в общественных местах встретить инвалида можно не часто. Однако, судя по анализу обращений в адрес Уполномоченного по правам человека, людей с инвалидностью даже больше 10%, поскольку они чаще других обращаются за помощью в восстановлении и реализации своих прав. Связываю это с тем, что инфраструктура не адаптирована под нужды этой категории наших сограждан.

Отдельно здесь отметим положения Федерального закона № 419-ФЗ, где, в частности, говорится о том, что «Планировка и застройка городов, формирование жилых и рекреационных зон, разработка проектных решений на новое строительство и реконструкцию зданий, сооружений и их комплексов, а также разработка и производство транспортных средств общего пользования, средств связи и информации без приспособления указанных объектов для беспрепятственного доступа к ним инвалидов и использования их инвалидами не допускаются».

Эти нормы уже начали применяться, и можно со всей определённостью сказать, что задан очень серьёзный вектор в создании доступной инфраструктуры и безбарьерной среды для маломобильных категорий граждан. Полагаю, Нижегородская область находится в русле государственной политики, направленной на защиту прав инвалидов и их социальную поддержку.

Базовым региональным законом, направленным на создание условий для беспрепятственного передвижения, пользования информацией, доступа к объектам социальной, инженерной и транспортной инфраструктур, является Закон Нижегородской области «О безбарьерной среде для маломобильных граждан» № 21-3 от 05.03.2009 года.

В регионе принят и действует целый ряд нормативно-правовых актов, регулирующих вопросы инвалидности и защиты прав инвалидов. Вот лишь некоторые из них: Постановление Правительства Нижегородской области № 24 от 24.01.2007 «О реабилитации инвалидов в Нижегородской области», распоряжение Правительства Нижегородской области от 14.11.2010 № 2730-р «О дополнительных мерах по обеспечению доступности социально значимых объектов для маломобильных граждан на территории Нижегородской области», постановление Правительства Нижегородской области от 13.05.2013 № 294 «О проведении паспортизации объектов социальной, транспортной, постановление Правительства Нижегородской области от 03.04.2017 № 102 «О формировании безбарьерной среды для маломобильных граждан на территории Нижегородской области», инженерной инфраструктур и услуг на территории Нижегородской области».

Проблемам инвалидов в регионе уделяется самое пристальное внимание. Так, Законодательным собранием Нижегородской области при самом активном нашем участии в рабочей группе в прошлом году был проведён масштабный мониторинг правоприменения областного закона о безбарьерной среде.

Как было отмечено по итогам мониторинга, в регионе сделано много по обеспечению доступности инвалидов, но, к сожалению, остаётся и ряд нерешённых задач. Серьёзные трудности для маломобильных групп населения представляет передвижение по улицам и пользование общественным транспортом – в большинстве случаев отсутствуют пешеходные переходы, оборудованные для слабовидящих граждан, невелик процент низкопольного транспорта.

В качестве примера ответственного и в хорошем смысле «правильного» отношения к проблемам инвалидов назову избирательную комиссию Нижегородской области, которая долгое время планомерно, системно и профессионально занимается деятельностью, направленной на соблюдение

прав инвалидов и обеспечению условий для их полноценного участия в процессе голосования, показывая положительный пример организации работы с лицами с ограниченными возможностями.

По оценкам избирательной комиссии Нижегородской области, в области каждый восьмой избиратель в числе граждан с ограниченными возможностями. Слабовидящим избирательная комиссия направляет персональные приглашения к участию в голосовании, выполненные шрифтом Брайля. Также выдаются трафареты для избирательных бюллетеней, выполненные шрифтом Брайля или крупным шрифтом. В координации с обществом глухих организована смс-рассылка с оповещением о предстоящем голосовании. Многие избирательные участки оснащены специальными удобными для инвалидов-колясочников кабинками для голосования. Отмечается положительная динамика и в оборудовании избирательных участков пандусами. Если в 2011 г. пандусы были лишь в 3% избирательных участков, то в 2016 г. пандусами было оборудовано 28% УИКов, а в настоящее время уже более половины.

Проблемам реализации избирательных прав инвалидов был посвящён круглый стол, проведённый нами совместно с общественными организациями и Избирательной комиссией Нижегородской области, с которой у нас заключено соглашение о сотрудничестве. В единый день голосования был проведён мониторинг доступности избирательных участков для инвалидов. К этой работе активно подключились общественные помощники Уполномоченного по правам человека в городских округах и муниципальных районах.

Рассчитываем, что анализ проведённого исследования приведёт к созданию «дорожной карты», в рамках которой заинтересованные структуры и ведомства приступят к реализации согласованного плана действий с целью наибольшей реализации «права избирать и быть избранным».

Уже в 2019 г. Уполномоченным инициировано перед Советом по вопросам попечительства в социальной сфере, сформированном при Правительстве Нижегородской области, проведение мониторинга создания в регионе условий для беспрепятственного доступа в государственные и муниципальные учреждения инвалидов и других маломобильных групп населения.

В ходе мониторинга осуществлены выборочные выезды в Нижегородский государственный выставочный комплекс, Нижегородский областной реабилитационный центр для инвалидов, Городскую больницу № 33 Ленинского района города Нижнего Новгорода, Среднюю школу № 10 города Павлово и в Центр занятости населения Лысковского района. Серьезных замечаний не выявлено. Но результаты такого мониторинга не могут

свидетельствовать об отсутствии проблем. Более перспективным, на наш взгляд, является поддержка деятельности социально активных общественных организаций, наделенных правом проведения общественных мониторингов.

Летом 2019 г. Уполномоченный поддержал инициативу Центра реабилитации инвалидов по зрению «Камерата» по мониторингу пешеходной доступности объектов притяжения для слабовидящих людей, в том числе сотрудники аппарата приняли участие в проходе по одному из самых востребованных для инвалидов по зрению маршрутов от остановки общественного транспорта «Театр оперы и балета» до Нижегородского отделения общества слепых (ул. Ошарская, 57А).

Участниками мероприятия отмечены положительные тенденции в создании в Н. Новгороде безбарьерной среды для слабовидящих в организации дорожного движения. В последнее время шире применяется нанесение контрастной разметки «зебра», использование табличек «слепой пешеход» и оборудование светофоров звуковой сигнализацией.

Вместе с тем, активистами Центра «Камерата» выявлены проблемные для людей с инвалидностью по зрению участки на маршрутах пешеходного движения к Нижегородскому отделению общества слепых и школе-интернату им. Островского. Уполномоченным обобщены результаты общественного мониторинга и направлены предложения в городской департамент транспорта об оборудовании звуковой сигнализацией для слабовидящих светофорных объектов на 2 пешеходных переходах «ул. Ванеева – ул. Невзоровых» и «ул. Бекетова – ул. Заярская» и о нанесении на ряде пешеходных переходов контрастной разметки «зебра».

В июле 2019 г. Уполномоченным поддержана инициатива НРОО «Инватур» о проведении мониторинга организации парковочного пространства для автомобилей людей с инвалидностью около медицинских организаций. Рассмотрение результатов мониторинга, проведенного активистами-общественниками, происходило на площадке Экспертного совета при Уполномоченном. Учитывая целесообразность риск-ориентированного подхода и достижения конкретных результатов, по итогам заседания прокуратурой Н. Новгорода принято решение о проведении проверки законности отчуждения земельного участка вблизи Диагностического Центра.

Актуальность темы защиты прав инвалидов подтверждают обращения граждан, которые часто прибегают к помощи института государственного правозащитника, как к своей последней надежде. В целом, по большинству возникающих вопросов нам всегда удаётся достигнуть понимания и получить поддержку со стороны всех уровней власти и местного самоуправления,

правоохранительной системы, различных структур и ведомств, чтобы решить поставленные инвалидами проблемы.

Резюмируя, отмечаем: пристальное внимание, оказываемое государством проблемам инвалидов, последовательная, системная работы по защите их прав, социальная поддержка приносят свои положительные результаты. Но главное, изменилось само наше общество. Сегодня оно больше не отвергает инвалидов, стыдливо делая вид, что таких людей рядом нет. Сейчас общество чувствует инвалидов как свою полноправную часть. Идёт активная интеграция в нашу общую социальную, культурную, спортивную жизнь людей с ограниченными возможностями здоровья.

**КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ В СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ 2.0.
КАК ЦИФРОВИЗАЦИЯ МЕНЯЕТ ПРОЦЕСС КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ?
BERATUNG IN DER SOZIALEN ARBEIT 2.0 – WAS VERÄNDERT SICH IN
BERATUNGSPROZESSEN IN DER SOZIALEN ARBEIT DURCH DIE
DIGITALISIERUNG?**

Хорст Боссонг
Университет Дуйсбург-Эссен, Германия
Horst Bossong
Universität Duisburg-Essen, Deutschland

Рассматривается динамика процесса консультирования в социальной работе в результате развития информационных технологий и искусственного интеллекта. Отмечается несоответствие темпов технологического развития скорости внедрения достижений в повседневную практику, в том числе, в социальную работу. Критически анализируется возможность автоматизации процесса консультирования. Очевидны следующие преимущества. Процесс цифровизации позволяет не привязываться к конкретным срокам при назначении следующих встреч, клиенту не нужно сразу отвечать на вопросы по анамнезу, он может прервать процесс IT-консультирования. И наоборот, если он торопится, он может выполнить немедленно необходимые шаги. Консультирование в цифровом формате не сопряжено с традиционной системой отчетности, которая всегда отнимала время и не носила осмысленного характера.

Однако технология помогает нам, но она не заменяет действий специалиста. IT заменяют человека в те моменты, когда это технически обосновано, целесообразно и возможно в смысле упрощения или устранения отдельных этапов выполнения задания. Но именно в тот момент, когда дальнейший курс помощи или меры определяются нашей профессиональной компетенцией, решения принимают специалисты. Чем выше и ярче выражен наш профессиональный опыт, тем увереннее мы себя чувствуем и остаемся

теми, кого невозможно заменить технологией, но для кого технология является полезным дополнительным элементом.

Делается вывод, что чем выше профессионализм специалиста в аналоговом мире, тем быстрее и эффективнее он может повлиять на цифровые разработки.

The dynamics of consulting process in social work as a result of development of information technologies and artificial intelligence is considered. There is a discrepancy of rates of technological development of speed of introduction of achievements in daily practice, including, in social work. The possibility of automating the consultation process is critically analyzed. The following advantages are obvious. The process of digitalization allows not to be tied to a specific time frame when making an appointment for the next meetings, the client does not need to answer the questions by anamnesis at once, he can interrupt the process of IT-consultation. Conversely, if they are in a hurry, they can also take the steps necessary immediately. Digital counselling does not involve a traditional reporting system that has always been time-consuming and unreasonable.

However, technology helps us, but it does not replace the specialist's actions. IT replaces a person when it is technically feasible, appropriate and possible in the sense of simplifying or eliminating individual stages of the task. But at the very moment when the further course of help or measures are determined by our professional competence, the decisions are made by specialists. The higher and more pronounced our professional experience is, the more confident we feel and remain those who cannot be replaced by technology, but for whom technology is a useful additional element.

The conclusion is that the higher the professionalism of a specialist in the analogue world, the faster and more efficiently he or she can influence digital developments.

Ключевые слова: социальная работа 2.0., консультирование в социальной работе; искусственный интеллект и информационные технологии в социальной работе

Keywords: social work 2.0, consulting in social work, AI and IT in social work

Wenn wir uns mit *Beratungsprozessen in der Sozialen Arbeit 2.0* beschäftigen, dann stoßen wir zunächst auf gewisse Paradoxien oder Ungleichzeitigkeiten: 1) Wir alle, oder doch wenigstens die meisten von uns, gehen im privaten Alltag recht unbefangen, manche auch recht exzessiv, mit den neuen Technologien um – Internet, Smartphone usw. Gleichwohl begegnen wir auf der anderen Seite dieser Technik in unserem Berufsalltag meist mit erheblicher Skepsis und Zurückhaltung – ich hatte eben schon darüber gesprochen. Wir alle sehen 2) allenthalben einen rasanten Fortschritt in der IT- und KI-Forschung und Entwicklung und sind doch in unserer beruflichen Alltagspraxis allzu oft mit einer rückständigen Infrastruktur und veralteten Anwendungspraxis konfrontiert (...man muss sich nur mal in Behörden

und sozialen Einrichtungen umsehen, in denen sich mancherorts die Excel-Tabelle und das schlichte Word-Schreibprogramm immer noch als Krönung des Fortschritts darstellt). Wir erleben 3) laufend eine Art an digitalem Innovationshype, dem nicht selten dann aber etliche Implementationspannen und Umsetzungsdefizite auf dem Fuß folgen; Irrwege und Pleiten, die uns regelmäßig zur Weißglut bringen. Wir propagieren 4) normalerweise einen möglichst hohen Sicherheitsstandard und pflegen ja doch andererseits allzu oft (fast möchte ich sagen: seit eh und je) eine recht laxen Praxis, wenn es um den Datenschutz unserer Klientinnen und Klienten geht. Wir konstatieren 5) regelmäßig einen immensen medienpädagogischen Bedarf insbesondere mit Blick auf Kinder und Jugendliche, doch die Angebote sind vielfach völlig unzureichend und kommen oft zu spät – vor allem Nadia Kutscher hat sich als Forscherin seit vielen Jahren mit Blick hierauf hoch verdient gemacht. Wir sehen 6) seit langem einen hohen beruflichen Weiterbildungsbedarf, andererseits aber – jenseits der unmittelbaren betrieblichen Weiterbildung – oft eher wenig gute Angebote. Und schließlich 7): Es ist unbestritten, dass die rechtlichen Rahmenbedingungen für die digitale Transformation – und zwar insbesondere auf inter- und supranationaler Ebene – wenig wirksam und in vielerlei Hinsicht (noch) unzureichend und dringend verbesserungsbedürftig sind, trotzdem vollziehen sich die nötigen Schritte nur sehr langsam.

An all dem, so scheint mir, zeigt sich, dass die digitale Transformation (manche nennen es auch Revolution) ein Prozess ist, der hochgradig widersprüchlich, der stolpernd und planlos – oder sagen wir genauer: ungeplant – verläuft. Doch genau darin, und das können wir schon bei *Joseph Schumpeter* Anfang des 20. Jahrhunderts nachlesen, weist der gegenwärtige Veränderungsprozess äußerst bemerkenswerte Parallelen zu dem Prozess auf, den wir alle als „*industrielle Revolution*“ des späten 18. und vor allem des 19. Jahrhunderts kennen. Auch dieser war, wie wir wissen, alles andere als planvoll und geradlinig verlaufen; und er war alles andere als durch einschlägige politische, d.h. gesetzgeberische Maßnahmen flankiert – man denke nur an die Bismarck'sche *Sozialgesetzgebung*, die eben nicht Anfang oder Mitte, sondern erst Ende des 19. Jahrhunderts, nämlich 1883 mit der entsprechenden Kaiserlichen Botschaft in Gang gekommen war. Ähnliches gilt für die im gleichen Jahr in Kraft getretene *Reichsgewerbeordnung*, mittels derer bestimmte, wenngleich aus heutiger Sicht allenfalls sehr basale Regeln des Arbeitsschutzes und der Arbeitssicherheit eingeführt wurden – weithin Regeln, die zunächst noch über Jahren hin kaum wirksam hinsichtlich ihrer Umsetzung überwacht wurden. Wie auch immer – und ich bitte Sie um Entschuldigung, dass ich Sie jetzt mit sattsam Bekanntem gelangweilt habe: Das, was wir jedenfalls wohl aktuell gewärtigen dürfen, ist, dass, ähnlich der

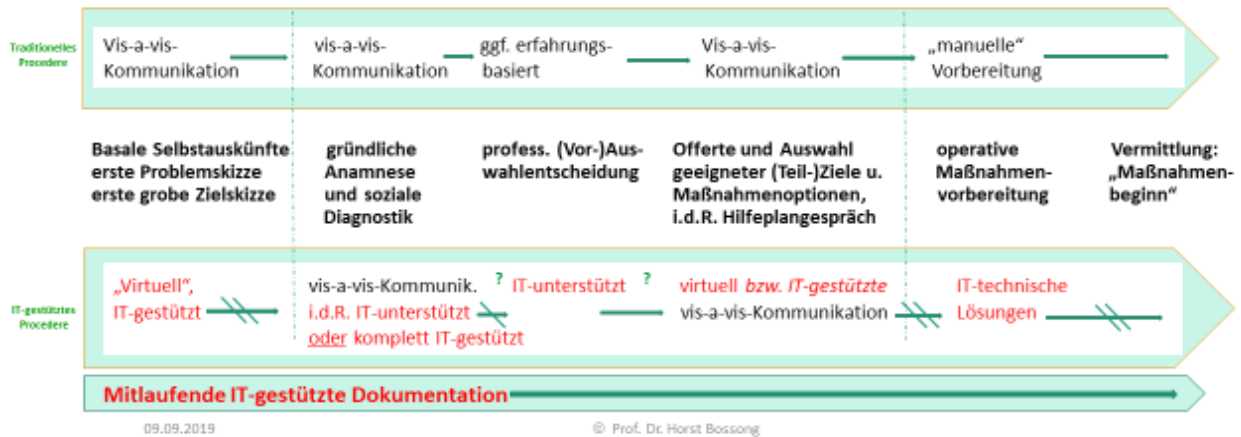
industriellen Revolution, auch die heutige digitale Revolution raumgreifend sowie unumkehrbar sein und eine zweckmäßige politisch-rechtliche Rahmung erst mit Zeitverzug nach sich ziehen und nicht etwa der Entwicklung vorangestellt sein wird. Und ein weiteres: Wir werden, wenn man der Einschätzung des Deutschen Instituts für Wirtschaft vom Sommer d. J. folgt (IWD, 2019# 16: 3), davon ausgehen können und müssen, dass die neuen Technologien insgesamt „zwar selten ganze Berufe“, sehr wohl aber „einzelne Tätigkeiten“ verändern werden. Die Frage ist dann aber: Welche sind es und wie kann man sich die Veränderungen vorstellen?

Ich will dies an einem Beispiel, nämlich dem eines sozialarbeiterischen Beratungsprozesses zu beantworten versuchen, wohl wissend, dass ich hier durchaus unsicheres Terrain betrete, d.h. eines, das von einigen Spekulationen hinsichtlich der kurz- und mittelfristig erwartbaren Entwicklungs- und Leistungsfähigkeit informationstechnischer Verfahren im Sozialsektor gekennzeichnet ist. == **erste Folie** ==

Die hergebrachte, sozusagen klassische Prozedur eines Beratungsprozesses kennen Sie – und ich rede hier tatsächlich von *Beratung* und nicht vom psychosozialen Begleitungs- oder Betreuungsprozess, der darauf ja erst folgt. Der Beratungsprozess ist von Phasen der unmittelbaren vis-à-vis-Kommunikation einerseits, von (man möchte sagen: hoffentlich) intensiven Selbstreflexionsphasen andererseits und schließlich drittens einigen operativen Abstimmungs- bzw. Koordinations- und Organisationsphasen geprägt. In diesem Prozess gibt es – mindestens! – drei markante Momente des Prozessabbruchs: nach dem sog. Erstgespräch, vor dem Moment der Offerte der in Aussicht genommenen längerfristigen Maßnahme und nach dem Bekanntwerden bzw. -machen der eigentlichen Maßnahmenperspektive, also dem, was üblicher- oder möglicherweise als eigentlicher Betreuungs- bzw. Hilfeprozess folgt. Zwischen den einzelnen Kommunikationsetappen gibt es normalerweise Pausen, Zeitphasen, in denen sich der oder die Beraterin und der oder die Klientin nicht sehen und nicht (oder so gut wie nicht) kommunizieren. Wie nun können wir uns ein IT-gestütztes Procedere vorstellen, was ist hier anders?

Szenarium der (künftig digitalen) Zukunft: Modell eines Beratungsprozesses

Typische Beratungssequenzen:



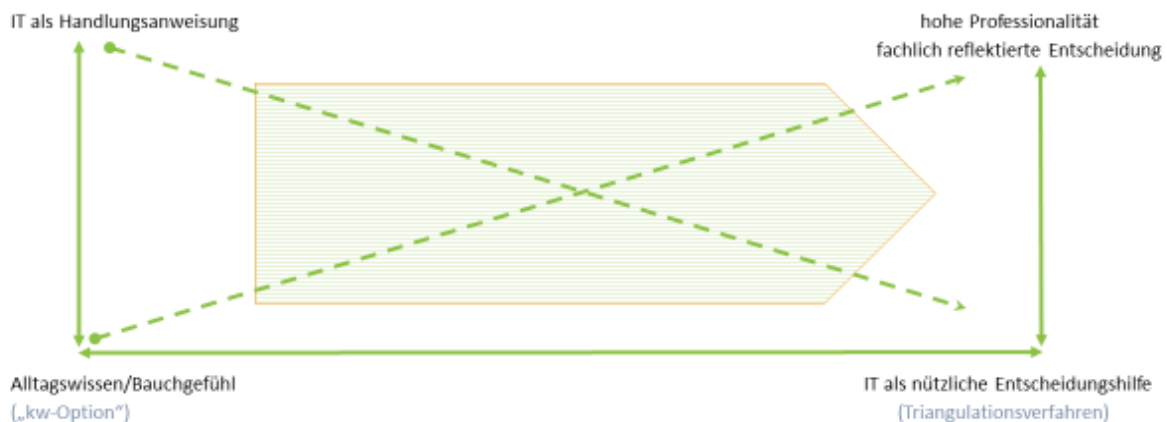
Sie sehen es: Die Phasen des Wartens, des Abwartens auf den nächsten Termin, sind, zumindest soweit sie organisationsbedingt sind, gestrichen (ich habe das mit dem Symbol der durchgestrichenen horizontalen Linie deutlich gemacht), sie entfallen. Natürlich kann sich der Hilfe- bzw. Beratungssuchende Zeit lassen; er muss die ihm IT-gestützt gestellten Anamnesefragen nicht unmittelbar und sozusagen in einem Durchgang beantworten; er kann über einzelne Fragen beliebig lange nachdenken, ehe er sie beantwortet; er kann den Prozess der IT-gestützten Anamnese auch unterbrechen (vorausgesetzt, die Technik ist à jour) und zu einem späteren Zeitpunkt fortsetzen, und selbstverständlich kann er auch den Prozess komplett abbrechen – ganz so, wie er will. Er kann aber umgekehrt eben auch, wenn er es eilig hat, Schritt 1 und 2 unmittelbar erledigen und dann – möglichst nicht allzu lange – auf die Antwort, d.h. auf eine Offerte seitens des Beraters warten. Vielleicht an dieser Stelle eine kurze Bemerkung zu IT-gestützten Anamnese-Formaten: Die traditionelle Form des vis-à-vis-Gesprächs kennen sie alle; bei einem IT-gestützten, also einem online am PC, Tablett oder Smartphone durchgeführten Anamneseverfahren kann man recht problemlos beispielsweise einschlägige psychologische Testelemente und dabei insb. auch Spielesequenzen und andere kreative Formate einbauen (die psychologische Diagnostik ist hierfür heutzutage bestens aufgestellt), Formate also, die sehr wahrscheinlich deutlich mehr Spaß machen und mehr und präzisere Erkenntnisse bieten als unsere hergebrachte Verfahrenspraxis. Und nebenbei bemerkt: Genau hier besteht natürlich ein enormes Potenzial gerade für *interdisziplinäre* Entwicklungsarbeit). Nun, wie auch immer: Ist diese Phase abgeschlossen, dann wird der bzw. die Berater*in eine gewisse Zeit brauchen, den

vorliegenden Sachverhalt – bitte verzeihen Sie meine etwas sehr technisch-bürokratische Sprache! – fachlich zu bewerten und eine gute Antwort, eine gute Offerte zu geben (deshalb die zwei kleinen Fragezeichen an den entsprechenden Stellen). Der sodann auf das Hilfeplangespräch folgende Schritt, die „operative Maßnahmenvorbereitung“, also das Organisieren der richtigen Stelle (Einrichtung, Betreuungsperson usw. – also: Wer hat Zeit und steht zur Verfügung, welche Einrichtung kann den Klienten rasch aufnehmen usw.), ebenso die Klärung der Kostenübernahme, all das – Entschuldigung: Nerv tötende Herumtelefonieren, das Sie ja alle kennen, und über das ich mich schon in meiner Hamburger Zeit in den 1990er Jahren empört habe, all das sollte technisch erledigt werden können und nicht die kostbare Arbeitszeit des oder der Sozialarbeiter*in absorbieren. IT-gestützt sollte und müsste dies eigentlich problemlos und vergleichsweise* zügig funktionieren, sodass der bzw. die Klientin am Ende zeitnah zum Erstkontakt genau dort landet, wo sie oder er optimalerweise landen sollte. Im gesamten Prozess mitlaufend, das sei schließlich noch gesagt, sollte eine Prozessdokumentation zustande kommen, die allen Beteiligten je aktuell, aber auch ex post die gebotene Verfahrenstransparenz einschließlich ihrer fachlichen Sinnhaftigkeit und Begründetheit sichert. Mit anderen Worten: Wir verabschieden uns vom hergebrachten und allzu oft dann doch wenig aussagefähigen Berichtswesen, das uns in der Erstellung ja ohnehin i.d.R. nie besonders viel Freude gemacht, sondern vor allem Zeit gestohlen hat.

Das, was in dieser Folie ein besonders markanter Moment ist – wenn man vom Prozessbeginn, nämlich der Entscheidung einer Person, um Beratung nachzusuchen und dann auch den Prozess fortzusetzen, einmal absieht – ist die Phase der, sorry: Sachverhaltsprüfung und Auswahlentscheidung des Beraters. Hier kommt es im höchsten Maße auf seine bzw. ihre Expertise an. Doch was bietet ihm bzw. ihr in dieser Phase die Informationstechnik? Nun, es ist das, was man gemeinhin kurz und bündig mit dem Begriff „Algorithmus“ kennzeichnet – etwa im Sinne von: „Der Algorithmus sagt uns...“, „er lenkt und da und da hin...“. Ja, das stimmt: er sagt uns etwas; ob er uns – wo auch immer – hinlenkt, hängt freilich von uns selbst ab. Man könnte sagen: von unserem fachlich gestützten Selbstbewusstsein, unserer (Selbst- bzw. Eigen-) Reflexionskompetenz und daraus zu ziehenden fachlichen Sicherheit. Dies möchte ich an der folgenden Folie deutlich machen.

* Es ist natürlich klar und muss eigentlich nicht erwähnt werden: Gibt es keine*n geeignete*n Betreuer*in, keine geeignete Einrichtung, dann hilft uns die Technik auch nicht weiter.

IT- gestützte Handlungsentscheidungen: strikte Anweisung oder nützliche Hilfe?



09.09.2019

© Prof. Dr. Horst Bossong

Wenn unsere Handlungs- und im konkreten Fall *Auswahlentscheidungen* vornehmlich von Alltags- und Erfahrungswissen, vielleicht auch nicht selten vom Bauchgefühl geleitet sind, dann – man muss es so hart sagen – liegen wir eben allenfalls *per Zufall* richtig. Und ich glaube, niemand hier im Saal wird sagen, das sei okay so. Was uns dann – unter Bedingungen der Digitalisierung – hilft, ist in der Tat der Algorithmus, der uns aus seinen Daten erkennen lässt: Mit einer Wahrscheinlichkeit von $x\%$ sollte diese bestimmte Maßnahme durchgeführt werden, sie führt bei vergleichbaren Fällen mit einer Wahrscheinlichkeit von $y\%$ zum Erfolg. „Okay“ können wir sagen, wenn das so ist, dann machen wir das so. Sie verstehen sofort, dass es hier die Technik ist, die uns die *Auswahl*, genauer: die fachlich begründete Auswahl *abnimmt*; wir sind die, die dem technisch generierten Vorschlag schlicht mit unserem „Ja, akzeptiert“ folgen. Unsere Funktion reduziert sich, wie Sie leicht erkennen, auf das *formale*, d.h. das *rechtswirksame* Entscheiden, während die *fachlich-inhaltliche* Entscheidungsgewalt hier an die Technik, den Algorithmus delegiert ist. Ich würde sagen, hier, d.h. bei einem solchen Vorgehen ist – bei Lichte betrachtet – der oder die Berater*in im Grunde genommen überflüssig, die Stelle „kann wegfallen“ (kw). Der Algorithmus fungiert hier als *strikte Anweisung*, der wir nachkommen, weil wir es nicht bzw. nicht besser wissen.

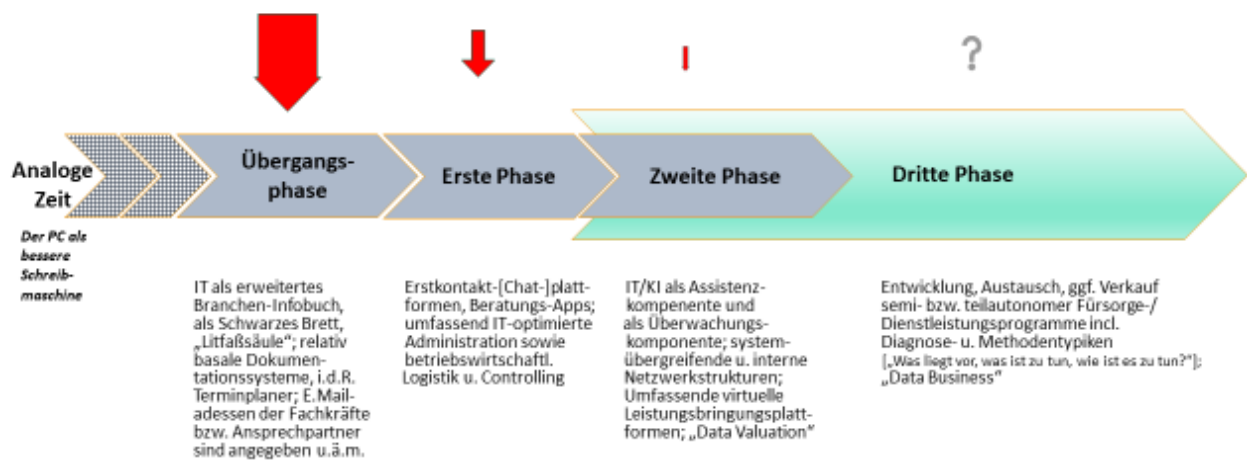
Verfügen wir hingegen über das gebotene, womöglich über ein Höchstmaß an fachlicher Expertise, dann wird die Sache so einfach nicht laufen. Vielmehr dient uns dann der Algorithmus, also die IT-generierte Datenlage: „...mit einer Wahrscheinlichkeit von $x\%$ sollte diese bestimmte Maßnahme durchgeführt werden ...“, keineswegs als *Anweisung*, sondern als eine nützliche *Entscheidungshilfe*; sie dient uns gleichsam – ähnlich wie in einem Triangulationsverfahren – zur

Verifizierung oder Falsifizierung unserer eigenen fachlich gut fundierten Auffassung. Und sie bietet uns, wenn die Aussage des Algorithmus im Widerspruch zu unserer begründeten Auffassung steht, Anlass, noch einmal genauer nachzudenken – nämlich darüber, wo der Fehler, die mögliche Fehlinterpretation und -bewertung des jeweils in Rede stehenden Sachverhalts liegt. Kurzum: die Technik hilft uns, aber sie ersetzt uns nicht. Und ja, im gesamten Beratungsprozess *ersetzt* sie uns an bestimmten Stellen durchaus, nämlich an exakt den Stellen, an denen dies i.S. des Abnehmens von einzelnen Aufgabenschritten fachlich vertretbar, sinnvoll und möglich ist. Nicht mehr und nicht weniger. Aber noch einmal: An genau der Stelle, an der es fundamental, d.h. den weiteren Hilfe- oder Maßnahmenverlauf *prägend*, auf unsere fachlich begründete Kompetenz ankommt, da sind und bleiben wir es, die entscheiden. Genau dies sehen Sie auf der Folie: Je höher und ausgeprägter unsere fachliche Expertise ist, desto sicherer sind und bleiben wir es, die sich nicht durch Technik ersetzen lassen, sondern denen Technik als sinnvolles Ergänzungselement dient. Allerdings, auch das muss man sagen, der Begründungsdruck im Falle einer vom Algorithmus abweichenden Entscheidung steigt hier deutlich an – nur: Wollen wir ernsthaft argumentieren, das sei uns nicht zumutbar? Wären wir dann nicht wider bei dem, was ich eingangs in der ersten Folie mit „hoher Anspruch versus laxer Praxis“ charakterisiert hatte?

Sicher, manch einer oder eine mag jetzt sagen: Wozu der ganze Quatsch; wenn ich über hinreichende fachliches Know How verfüge, dann brauche ich das alles nicht. Mal abgesehen davon, dass wir nie sicher sein können hinsichtlich des Niveaus unserer fachlichen Expertise (allein schon deshalb, weil sich viel zu Vieles allzu schnell verändert), sollten wir als IT-Skeptiker uns stets äußerst selbstkritisch die Frage stellen: Lehnen wir IT-Instrumente und -Verfahren ab, weil wir *aus Prinzip dagegen* sind – dann müssten wir gute und sehr tragfähige Gründe nennen können. Oder sind wir *aus Prinzip dagegen* nur, weil wir die Technik schlicht nicht nutzen wollen (oder vielleicht auch nicht können)?

Damit beende ich dieses Beispiel der sozialarbeiterischen Beratung und möchte auf eine andere Analyseebene zu sprechen kommen. Es geht um das Thema der digitalen Dienstleistungsökonomie, also um die Frage, wo stehen wir eigentlich mit unseren Einrichtungen, Organisationen und sozialen Unternehmen im Prozess der „digitalen Transformation“. Nun, Sie sehen es unmittelbar: Das Gros unserer Einrichtungen und Unternehmen steht, so denke ich, noch ziemlich am Anfang des Transformationsprozesses. Darin stimme ich vielen Wissenschaftlern zu, etwa den vorhin schon erwähnten Kollegen Stüwe und Ermel sowie dem Kollegen Helmut Kreidenweiß, der Kollegin Michaela Evans und etlichen anderen. Sie alle mahnen uns, Tempo zu machen.

Schritte zur digitalen Dienstleistungsökonomie im Sozialsektor



09.09.2019

© Prof. Dr. Horst Bossong

In Anlehnung an das „Drei-Phasenmodell“ von M. Spiekermann (2019)

Doch nun zu den Details: Natürlich verfügt heute nahezu jede soziale Einrichtung über eine mehr oder minder professionell gestaltete Homepage mit (meistens auch) weiterführenden Links, sie verfügt über eine oder mehrere E-Mail-Adresse, mittels derer vielleicht Anfragen beantwortet und vielleicht sogar Erinnerungsmails für anstehende Beratungstermine verschickt werden (können); fast all Einrichtungen verfügen heute über zumindest basale IT-gestützte Dokumentationssysteme und dergleichen. Aber im Wesentlichen macht die IT-Nutzung vielerorts doch eher (noch) den Eindruck eines quasi erweiterten Branchen-Infobuchs, einer Art Litfaßsäule, auf der ich die hervorstechenden News lesen kann, und ja, zuweilen scheint die Spitze der Modernität darin zu bestehen, die Leistungsdokumentation von der altbackenen Stichliste ins Excel-Format transformiert zu haben oder längerfristigen Klient*innen die eigene Handynummer für Notfälle anzubieten – nach dem Motto: „Sie können mich selbstverständlich jederzeit anrufen“. Mag sein, dass ich es jetzt etwas übertrieben formuliert habe, aber sehr viel weiter, so fürchte ich, ist man vielerorts noch nicht.

Dabei wäre der nächste Schritt recht naheliegend; ein Schritt freilich, den noch beileibe nicht das Gros der Einrichtungen erreicht hat, und den ich als ersten Schritt in der Digitalisierungsökonomie bezeichnen würde: Hier geht's um Einrichtungen, die ganz selbstverständlich in professionellen Formaten Beratungsplattformen mindestens für die Erstkontakte und eventuell auch Chatforen anbieten und über entsprechende Apps erreichbar sind, die ihre Klient*innenganz selbstverständlich online über anstehende Termine informieren und die ihre gesamte Administration in einer professionellen IT-gestützten und zudem sicheren Form erledigen – und zwar nicht nur in vertikaler, sondern zugleich auch in horizontaler Weise, d.h. „aus einem

Guss, und zwar so, dass die verschiedenen Bereiche, also Personal- und Finanzmanagement, Logistik, die verschiedenen Dienstleistungsbereiche einschließlich der Nutzer- bzw. Klienten-Dokumentation sowie der Kontakte zu externen Partnern zielführend (und nicht wirr, zufallsabhängig und somit letztlich nutzlos) miteinander vernetzt und verzahnt sind. Kurz, eine IT-gestützte Dienstleistungsadministration, die die Gesamtheit der Prozesse erleichtert, beschleunigt und zielführend fokussiert. Jüngst hat eine meiner Studentinnen sich in ihrer Abschlussarbeit mit dem Stand der Digitalisierung im sozialen Arbeitsbereich beschäftigt und ist unter anderem der Frage nachgegangen, wie hier die großen Wohlfahrtsverbände aufgestellt sind. Eines ihrer Ergebnisse: Einzig der Deutsche Caritasverband bietet auf seiner Homepage online-Beratungsmöglichkeiten an, alle anderen verweisen lediglich – ich möchte fast sagen: im Sinne eines online-Telefonbuchs auf, wie es dann heißt „weiterführende“ Adressen, auf denen man dann wiederum – naja: Angaben über die (physischen) Öffnungs- und Sprechzeiten findet. Sie sehen: so sehr weit sind wir noch nicht.

Die „zweite Phase“ finden wir in Deutschland im klassischen Sozialarbeitsfeld noch so gut wie gar nicht; aber wir finden sie – zumindest in ersten Ansätzen – in manchen Einrichtungen der Pflege, also in Bereichen, die eine gewisse Nähe zum ärztlich-medizinischen Sektor aufweisen. Vor allem aber finden wir sie im Ausland, und zwar namentlich in Südostasien, vor allem in Japan. Wir werden davon, da bin ich mir ziemlich sicher, etliches lernen und profitieren – übrigens nicht zuletzt angesichts des immensen Fachkräftemangels und der nicht zu übersehenden Kostensteigerungen, die wir in Zukunft in einem deutlich weiterwachsenden sozialen Bereich (und nicht nur dort) erleben werden.

Nun, ich werde, weil wir so viel Zeit nicht mehr haben, auf die letzte Phase, in der von „bigdatabusiness“ die Rede ist, nicht mehr eingehen und stattdessen einen kleinen Aspekt mitnehmen, nämlich die (auf der Folie kleingedruckte) Frage: „Was liegt vor, was ist zu tun, wie ist es zu tun?“.

Bei dieser im Grunde klassischen Frage richten wir unser Augenmerk auf die zu rekonstruierende Fallkonstellation (was ja bekanntlich immer zugleich auch: *zu konstruierend* bedeutet) und auf die daraus abgeleitete Frage des „Was“ und „Wie“ der Fallbearbeitung; hier nun also IT-gestützt oder unterstützt. Es ist, Sie erkennen es sofort, ein klassisches *Deduktionsverfahren*: aus A folgt B usw.

In (heute noch kaum seriös existenten) selbstlernenden Verfahren wird es aber sinnvollerweise viel mehr auf die Umkehrung dieser Frage ankommen, nämlich auf die Suche nach Fehlern und die Frage, was lernen wir daraus und wie können wir – genauer: wie kann sich das System so verbessern, dass es Fehler und Irrwege sehr früh erkennt und soweit möglich proaktiv vermeidet. Wir hätten es dann mit einer Art

*Abduktionsverfahren zu tun**, das aus Fehlern und Irrwegen die – hoffentlich! – richtigen Schlüsse zieht und folglich den richtigen, in diesem Sinne dann wirklich optimalen Weg findet. Das ist, zugegebenermaßen, noch Zukunftsmusik, aber – und darauf weist uns der deutsch-amerikanischen Hightech-Forschers Richard Socher (2019: 51) hin: „In der KI-Forschung rechnen wir eher in Monaten als in Jahrzehnten“. Das heißt: Wir reden hier über eine keineswegs mehr allzu weite Zukunft.

Und dennoch: die „schöne neue Welt“, die ich jetzt gerade zu skizzieren versucht habe, lässt uns in gewisser Weise ratlos, nein: eigentlich hoch skeptisch zurück. Führt nicht, so müssten wir doch fragen, eine Algorithmus-gesteuertes Verfahren (fast) zwangsläufig zum Schema F; zu einer extremen Schematisierung hoch komplexer Lebens-/Konflikt-/Problemlagen? Die Welt, so könnten wir den Innovatoren entgegenhalten, funktioniert nun mal nicht nach dem Prinzip schwarz und weiß, nach ja und nein; sie lässt sich nicht binär kodieren, sie ist extrem bunt und widerspenstig.

Und in gleichem Maße ist es ein Trugschluss zu glauben, es gebe einfach berechenbare, genauer noch: datengestützt ausrechenbare Lösungen bzw. Bewältigungsstrategien. Da ist, so glaube ich, viel dran. Denn in der Tat neigen solche Systeme zu einer Autoreferenzialität, die im Grunde schnurstracks in die laufende Selbstbestätigung der jeweiligen evidenzbasierten Systemtechnologie mündet und damit zugleich geradezu regelhaft in die Marginalisierung dissonanter, also abweichender Optionen führt, und die genau auf diese Weise die Diversität der realen Welt und des realen Lebens unangemessen reduziert und für die jeweils Betroffenen in schädlicher Weise verzerrt. Salopp formuliert: „*den völlig schrägen Typen*“ kennt der Algorithmus nicht; doch wir sehen ihn in unserer Praxis.

Ja, ich denke, diese Einwände sind sehr berechtigt. Nur, die sich stetig fortentwickelnde Informationstechnologie, mithin der jeweilige Algorithmus, lernt laufend dazu und kann potenziell eine zunehmend große Vielfalt an Diversitäten einfangen und als Optionen generieren und abliefern – gewissermaßen eine schlichte Folge der immer größeren Datenmengen. Im Wirtschafts- bzw. Konsumsektor erleben wir dies inzwischen tagaus tagein – und übrigens, wie wir im letzten US-amerikanischen Wahlkampf beobachten konnten, auch im politischen Sektor. Was wir aber gleichwohl bedenken können, ist dies: Je professioneller sich die Fachlichkeit *in der analogen Welt* darstellt, desto eher und mehr Einfluss kann diese Fachlichkeit auf die digitalen Entwicklungen nehmen. Hierzu freilich bedarf es einer hinreichend gesicherten Fachlichkeit (...*jenseits von [ggf. ideologisch motiviertem] Dafürhalten*), es bedarf einer hinreichend gesicherten IT – auch gegen Angriffe von

* Vgl. hierzu näher: Nassehi, 2019: 234ff.

außen, eines funktionierenden rechtlichen Rahmens auf inter- bzw. supranationaler Ebene, schließlich gesicherter Instrumente des Qualitätsmanagements, und zwar gleichermaßen in der physischen wie in der virtuellen Welt.

So gesehen möchte ich doch Mut machen: Die digitale Technik (einschließlich der Künstliche Intelligenz) liefert *Optionen* und ja: sie drängt sie uns auch in gewissem Maße auf. Doch die Entscheidungen treffen wir (vielleicht muss man einschieben: zumindest einstweilen noch) jeweils selbst, und zwar umso sicherer, je mehr wir über das nötige Know-How und die professionellen Handlungskompetenzen zum Auswählen und Entscheiden verfügen. Fehlt uns dies hingegen, dann werden wir umso stärker der IT und KI ausgeliefert sein oder ängstlich im perspektivlosen Gestern verharren.

Was uns jedenfalls allen deutlich werden müsste, ist die hohe Relevanz der beruflichen Professionalität, folglich in einem ersten Schritt die dringende Notwendigkeit zu professioneller Ausbildung und sodann fortwährender Weiterbildung im sozialen Sektor.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

ЭКОСОФИЯ ЗДОРОВЬЯ HEALTH PHILOSOPHY

У.А. Винокурова

*Арктический государственный институт культуры и искусств,
Чурапчинский государственный институт физической культуры и спорта,
г. Якутск, Республика Саха (Якутия)*

U.A. Vinokurova

*Arctic State Institute Culture and Arts,
Churapchinsky State Institute of Physical Education and Sports,
Yakutsk, Sakha (Yakutia)*

Автор вводит понятие «экософия здоровья» как мировоззрение человека, признающего приоритет влияния окружающей природной среды на здоровье человека и относящегося к состоянию своего здоровья как зависящему от природной среды обитания, основывает единство факторов, определяющих здоровье всего сущего на планете и общность будущего их здоровья.

The paper introduces the concept of the “ecosophy of health” as a worldview that recognizes the continuity of the environment and human health. The concept draws parallels between state of environment and state of human health. It brings together the factors that determine the health and well-being of all creation on the planet and their shared future.

Ключевые слова: экософия, изменение климата, здоровье человека, One health, One planet, One future

Keywords: ecosophy, climate change, human health, One health, One planet, One future

В понятии «здоровье» заключено множество самых разных смыслов и коннотаций. Поскольку это понятие отражает одну из фундаментальных характеристик человеческого существования, оно, естественно, так или иначе осмысливается в любой культуре и переосмысливается всякий раз, когда культура переживает глубокие и радикальные трансформации. Ценность здоровья определена Всемирной организацией здравоохранения как «здоровье — это состояние полного физического, психического и социального благополучия» [1].

Возникает новая ситуация, своеобразная культурно-экософская парадигма: для своего же социально-культурного возвышения человек должен «убивать» природное, и в том числе природное в своем организме, поскольку ценность здоровья человека определяется его социальным рейтингом, за исключением спортсменов. Ценности культуры вошли в трудноразрешимое противоречие между культурой и природой, то есть между искусственным и естественным. Пока что это противоречие решается в пользу искусственного, в пользу человека ноо-техносферного, а не биосферного [2].

Экзогенные факторы здоровья человека, его здоровье и его развитие есть сфера перспективного и эффективного вложения капитала. Сегодня речь идет о большем — о том, что сохранение, развитие и реализация человеческого потенциала начинает рассматриваться как главный ориентир и вместе с тем как важнейший показатель развития общества. При этом здоровье человека, по сути дела, выступает как одна из важнейших составляющих человеческого потенциала.

Здоровье – ключевая ценность для человека. Есть много трактатов о философии здоровья и рекомендаций по поддержанию здоровья. Здоровье мыслилось как состояние гармонии с окружающим природным и космическим миром.

Мы намерены несколько изменить фокус взгляда на здоровье человека как обитателя планеты Земля. 3-й Целью устойчивого развития ООН-2030 признаны «здоровье и благополучие человека», 6-й целью признана «чистая вода и санитария», 13-й целью утверждена борьба с изменениями климата, 15-й – сохранение экосистем суши. Эти цели свидетельствуют, что растет понимание того, что здоровье человека прямо зависит от его действий по отношению к планете.

В мире усиливается движение One health, One planet, One future. Земля существует более 4,5 млрд. лет, и человечество за два последних поколения создало критически опасную ситуацию с ее здоровьем. Начались глобальные процессы, подвергающие риску состояние здоровья и вообще самого бытия человека. Земля подвергается ранее не известным ей вызовам со стороны человеческой цивилизации. Вода, воздух, агрокультуры – все стали содержать факторы, угрожающие здоровью всего живого на планете – человеку, флоре и фауне.

One Health – признание фундаментальной взаимосвязи между людьми, животными, растениями и окружающей средой. Нам необходимо заменить современную парадигму о безграничных ресурсах планеты, эксплуатацию, конкуренцию и конфликты на ту, которая уважает святость жизни и стремится к благополучию всех живущих на планете, и сберечь ее ресурсы здоровья для всех. Поэтому предлагаю толковать расширительно тему нашей конференции «Здоровье как ресурс», имея в виду и здоровье обитаемой нами планеты. Здоровье органически сливается с тремя основополагающими универсалиями человеческого рода — с истиной, добром и красотой. Нам надо осознать неодолимую связь с планетой Земля, хотя, безусловно, судьба человечества зависит и от процессов во Вселенной. В.П. Казначеев создал теорию космической антропоэкологии, является одним из основоположников экологии человека, исследующей влияние космической среды на здоровье человека, подверженного влиянию солнечной и земной среды, то есть гелиогео-физических факторов.

Экософия – мировоззрение экологической гармонии, или экологического равновесия и выражается в двух предельных нормах – самореализации человека и биосферного равенства. Экософия есть мудрость природы и основывается на Живом знании и Живой логике [3]. Следовательно, экософия здоровья есть мировоззрение человека, признающего приоритет состояния окружающей природной среды на здоровье человека и относящегося к состоянию своего здоровья как зависящего от состояния природной среды обитания.

Взаимосопряженность всего сущего выражается в признании много-субъектности мира, где человек не является центральным ядром мироздания, в признании того, что здоровье человека формируется в процессе его коэволюция с природной средой, совмещающим ландшафтом, в признании живой логики Творящего Духа Красоты природы.

В.Е. Борейко разработал природоохранную эстетику, защищающую красоту природы, благотворно влияющую на здоровье человека [4]. Он стремится к совершенствованию законодательства, защищающего зрительную,

звуковую, "тактильную" красоту природы, красоту запахов природы, созданию общественных организаций по охране красивых видов в природе, к выработке эстетического кодекса экологической деятельности и разработке методик обучения людей, как любоваться красотой природы. В японских школах есть уроки любования красотой природы.

Исследования антропогенной нагрузки на состояние планеты свидетельствуют об усилении уязвимости экосистем планеты, то есть ухудшении ее здоровья. В настоящее время человек озабочен только собственным здоровьем, не обращая внимания на то, что он ввергает в бедственное состояние здоровье всего живого на планете и здоровье самой планеты. Здравоохранение занимается телом человека, не обращая внимания на экологию человека, его окружающую природную среду.

Менталитет человека техногенной цивилизации как царя природы изживает себя, угрожая самоликвидацией человечества на планете. Глобальные изменения климата, угрожающие человечеству, начались в Арктике. По утверждению ученых Института мерзлотоведения, в зоне максимальных изменений среднегодовых температур (тренды 0,5–0,6 C/10 лет и более) оказались среднетаежные ландшафты Центральной Якутии по оси Шелагонцы–Виллюйск–Якутск–Усть-Мая, а также горные и равнинные ландшафты Северо-Восточной Якутии вдоль зоны Оймякон–Усть-Мома–Среднеколымск [5].

Таяние многолетнемерзлых грунтов несет угрозу здоровью человека, ведет к «угасанию жизненного инстинкта». Статистика по суициду показывает [6], что на 100000 жителей Якутии за 2008 г. приходится 49.4 суицида, а в России в среднем – 29. Это 11-й показатель по всей России. А среди детей Якутии в 2007 г. – 14.3, что в три раза больше, чем средний показатель в России (!). Самая неблагополучная ситуация среди подростков 15-19 лет – на 100000 подростков приходится 74.2 случая самоубийств. Для сравнения, в Москве – всего 4.4 случаев самоубийства. В Якутии суициды чаще всего происходят в северных улусах, частота самоубийств достигает 100-220 на 100000 населения, а в группе виллюйской и центральных улусов – до 60-110 случаев. Например, частота суицидов в северных улусах Анабарском – 196.8, Оленекском – 136, Аллаиховском – 114.

Эти сведения коррелируют с тем, что из-за малой глубины залегания мерзлоты северная природа более ранима, и, как результат, здесь возникает много аномальных зон, отчего психические ресурсы человека оказываются на исходе. К тому же оказывают негативное воздействие экстремальные условия жизнедеятельности в северных широтах: сильные морозы, шквальные ветры, длительная полярная ночь, что провоцирует депрессию биоэнергетически истощенного северного человека.

Ухудшение состояния природных стихий снижает здоровье человека. Следует отметить, что наибольшую угрозу здоровью и благополучию человека начинает представлять вода в своих разнообразных состояниях. Реки, моря, озера как кровеносные сосуды планеты питают организм человека тем, что они вобрали в себя в процессе антропогенных нагрузок.

Законодательство о воде, водных сооружениях, мелиоративных работах, водном транспорте, питьевой воде, аквакультуре – все это не учитывает экософию здоровья человека и планеты, исходя лишь из технических требований эксплуатации водных ресурсов. Техногенная катастрофа водохранилища Мирнинской алмазодобывающей промышленности была заложена в момент его проектирования и дальнейшей экологически безответственной эксплуатации.

Зависимость состояния здоровья человека от таяния многолетней мерзлоты выявлена в процессе многолетней практики физика-биоэнергетика Н.И. Слепцова-Сылык [7]. Он с 1991 г. занимается исследованием аномальных зон, аномальных явлений, а также внешних патогенных воздействий на биополе человека и проблемами их нейтрализации. Оттайка мерзлоты из-за вырубki лесов на мерзлотных ландшафтах негативно влияет на психофизическое здоровье населения: в последние десятилетия резко повысилась смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, онкологии, увеличилось количество суицидов населения в Якутии.

Заключение

Глобальное изменение климата, оттайка многолетнемерзлых грунтов стали, с одной стороны, фактором риска для здоровья человека, с другой стороны, свидетельствуют об изменении жизнеподдерживающих ресурсов самой планеты. Управление состоянием водных ресурсов как главного фактора здоровья человека становится приоритетной задачей человека для поддержания экологии здоровья. Воля к здоровью всех живущих на планете может основываться на ценностях экософии здоровья.

Список литературы

1. Устав ВОЗ. Режим доступа: <https://www.who.int/ru/about/who-we-are/constitution>. Дата обращения: 1.09.2019.
2. Демиденко Э.С. Философское осмысление здоровья человека в техногенном мире // Философия здоровья. М., 2001. С. 138.
3. Винокурова У.А., Шилин К.И. Человек гармоничного будущего. Экософия-словарь. М., 1994. (Серия «Живое знание») 182 с.
4. Киевский эколого-культурный центр. Режим доступа: <http://ecoethics.ru>. Дата обращения: 1.09.2019.

5. Горохов А.Н., Федоров А.Н. Современные тенденции изменения климата в Якутии // География и природные ресурсы. 2018. № 2. С. 111-119.

6. Герасимова Н. Аан дойдуга – бэйээ тийийинини сэрэтэр күн (Всемирный день предотвращения самоубийств) // Кыым. 16.09.2010. №36.

7. Слепцов Н.И. Геопатогенные зоны и их влияние на устойчивость организма человека // Терпимость: идея и традиции. Материалы Международной научной конференции «Через толерантность к взаимопониманию и миру». Якутск: ЯНЦ СО РАН, 1995. С. 196-201; Слепцов Н.И. Сылык. Дыхание вечной мерзлоты. Якутск: ООО «Компания «Дани Алмас», 2013.

**ОРГАНИЗАЦИЯ ШКОЛЬНОГО ВРЕМЕНИ
И БЛАГОПОЛУЧИЕ ДЕТЕЙ И МОЛОДЕЖИ
SCHOOL TIME ORGANIZATION
AND THE WELLBEING OF CHILDREN AND YOUTH**

Даниэль Габальдон-Эстебан
Университет Валенсии, Испания
Daniel Gabaldón-Estevan
University of Valencia, Spain

Анализируется взаимосвязь между успеваемостью в школах Испании и формами организации учебной и внеучебной деятельности, а также наличием доступа к сбалансированному питанию в школе.

Показано, что уровень сформированности математических навыков школьников коррелирует с месяцем их рождения. Эмпирически было установлено, что увеличение нагрузки в школе на фоне сжатия времени, отводимого на занятия, негативно сказывается на качестве полученных знаний и умений. Дети вынуждены учиться практически без перерывов, что приводит к раннему утомлению и снижению качества усвоения получаемых знаний.

Автор ссылается на последние исследования, согласно которым фактором, негативно влияющим на успеваемость, является и недостаток адекватного питания и отдыха. В частности, 27-29% учащихся четвертых классов в возрасте 10 лет отмечают, что чувство сытости влияет на их академическую успеваемость (те из них, кто испытывает дефицит питания, набирают в среднем 495 баллов в тестах на чтение; те, кто не испытывает чувства голода, получают в среднем 519 баллов. Подобную картину можно наблюдать и при выполнении математических тестов (472 и 498 соответственно). Раннее начало занятий в школе зачастую приводит к тому, что школьники вынуждены пропускать завтрак дома, чтобы успеть на уроки в школе, что приводит к вынужденному голоданию. Более того, многие школы в Испании не предлагают горячего питания, полагая, что школьники могут самостоятельно пообедать дома, однако в большинстве случаев у них

отсутствует такая возможность по причине слишком плотного расписания занятий.

Отмечается негативное влияние хронического недосыпания на школьную успеваемость. Школьники приходят на первые уроки сонными, им сложно сконцентрироваться на материале, в результате, учитель вынужден многократно повторять материал, тем самым выбиваясь из графика работы. Исходя из периодов максимальной работоспособности школьников в течение дня, автор предлагает синхронизировать время обучения в школе с циклами наибольшей активности обучающихся. Было установлено, что пик активности школьников приходится на период 11-13 часов, поэтому автор предлагает сместить занятия в школе на более позднее время, что, во-первых, позволит школьникам выспаться, во-вторых, не пропускать завтрак. Автор полагает, что подобное «нанизывание» расписания занятий на биологические ритмы позволит существенно повысить успеваемость в школе. Автор также приводит обзор научных работ, посвященных данной проблеме.

The article analyzes the relationship between academic performance in Spanish schools and forms of organization of educational and extracurricular activities, as well as the availability of access to a balanced diet at school. It is shown that the level of formation of mathematical skills of schoolchildren correlates with the month of their birth. Empirically, it was found that the increase in the load at school together with compression of the time allowed for classes, negatively affects the quality of knowledge and skills. Children are forced to study almost without breaks, which leads to early fatigue and a decrease in the quality of acquired knowledge.

The author refers to recent studies, according to which the factor that negatively affects academic performance is the lack of adequate nutrition and rest. In particular, 27-29% of fourth grade students aged 10 years say that feeling full affects their academic performance (those who are malnourished score an average of 495 on reading tests; those who are not hungry score an average of 519. A similar pattern can be observed when performing mathematical tests (472 and 498, respectively). Early start of school classes often leads to students' having to skip breakfast at home in order to be on time for lessons at school, which leads to forced starvation. Moreover, many schools in Spain do not offer hot meals, believing that students can dine at home on their own, but in most cases they do not have this opportunity because of too busy schedules.

There is a negative impact of chronic sleep deprivation on school performance. Students come to the first lessons sleepy, it is difficult for them to concentrate on the material, as a result, the teacher is forced to repeat the material many times, thereby breaking the schedule. Based on the periods of maximum performance of students during the day, the author proposes to synchronize the time of study at school with the cycles of the top activity of students. It was found that the peak activity of students falls on the period from 11 to 1 pm, so the author proposes to shift classes at school to a later time, which, firstly, will allow students to get enough sleep, and secondly, do not miss breakfast. The author believes that such a "stringing" of the schedule of classes on biological rhythms will significantly improve academic

performance in school. The author also gives an overview of scientific works devoted to this problem.

Ключевые слова: хронотип, школьная успеваемость, пик активности школьников

Keywords: chronotype, school performance, peak activity of students

Time in the life: schooling and transitions

Age matter

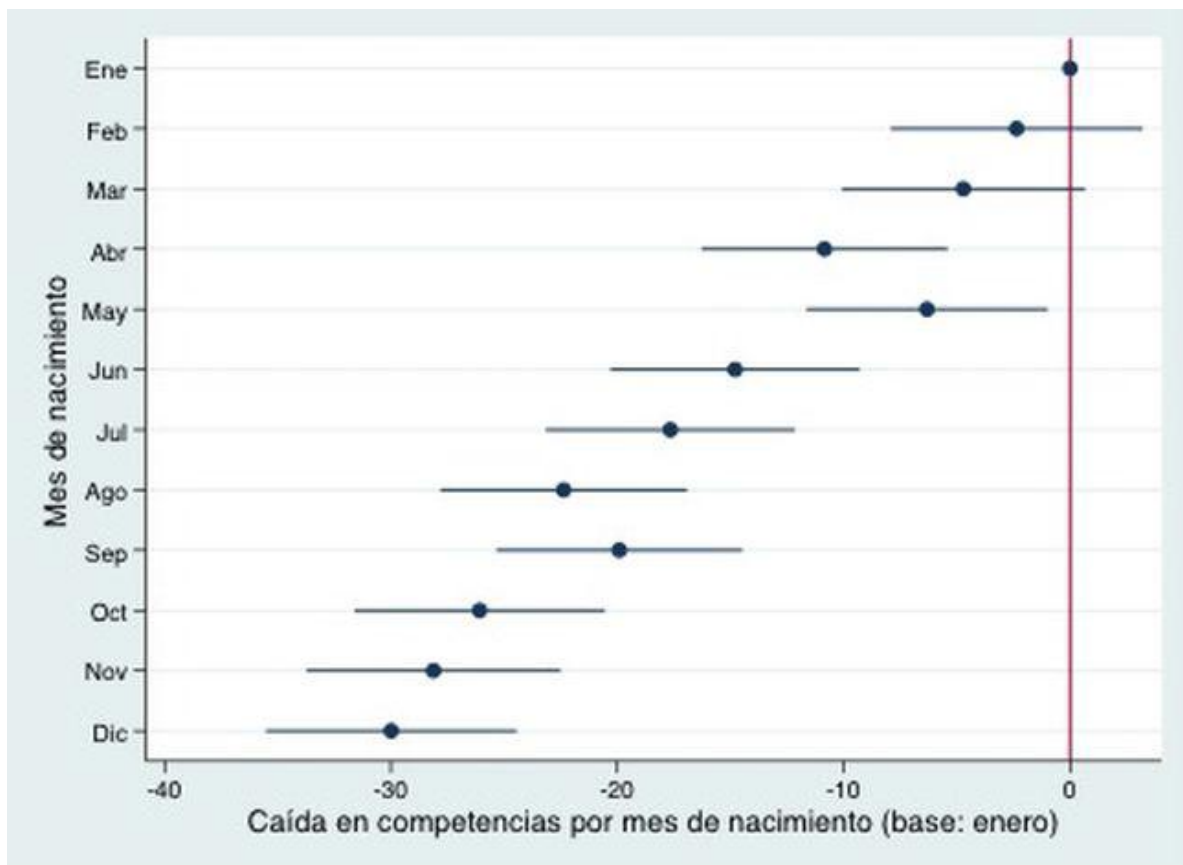
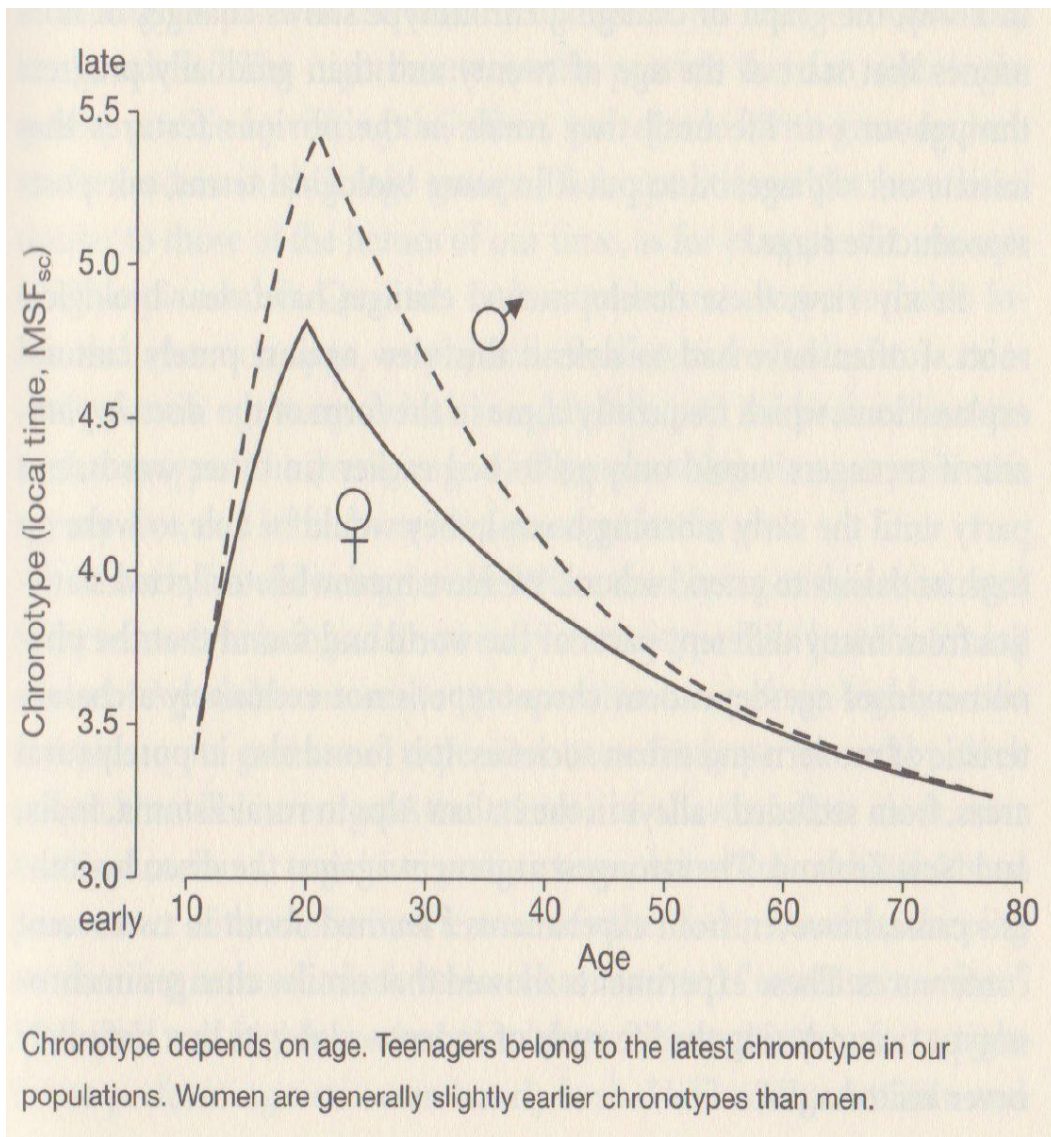


Figure 1. Distance in the average numerical competences of those born between the months of February and December with respect to those born in January [1]

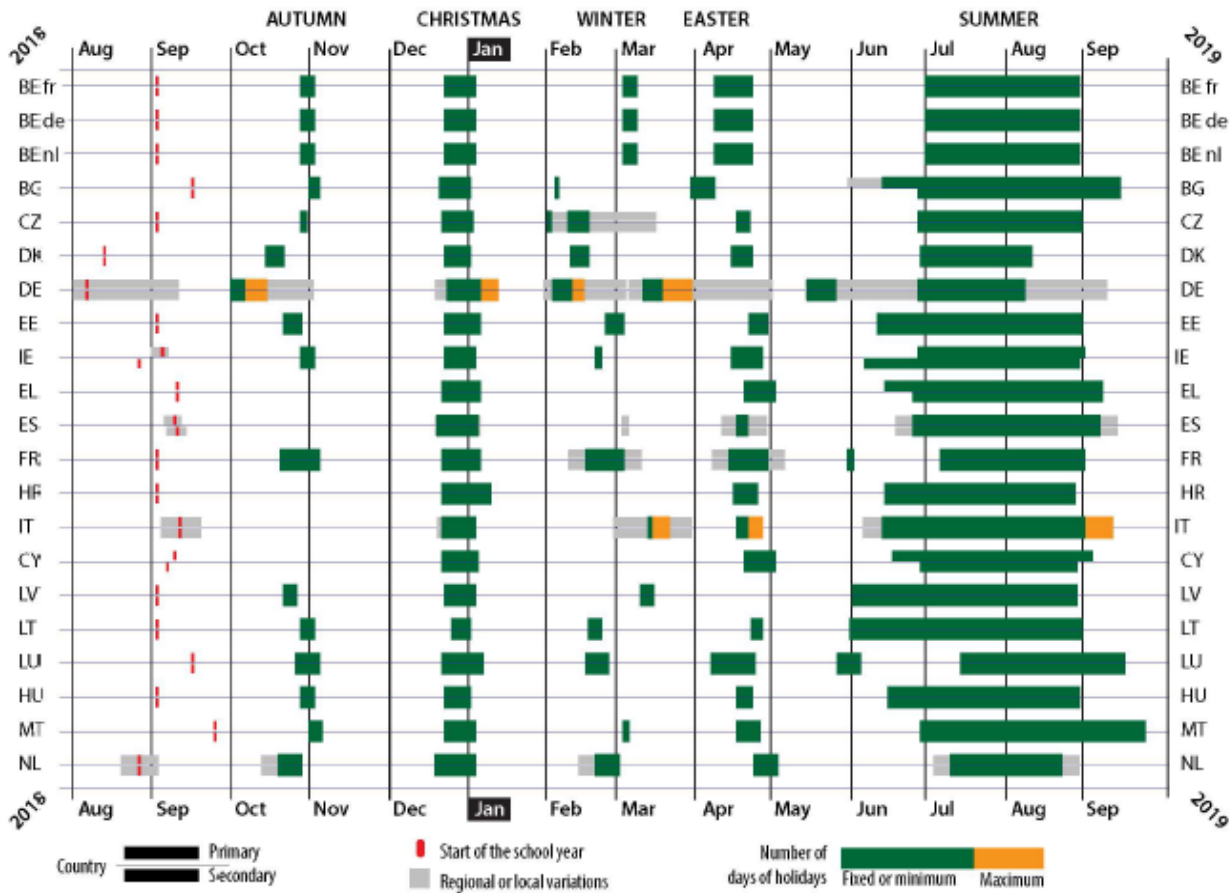


Time in the year: academic calendar, vs. holidays

Breaks matter

European Commission/EACEA/Eurydice, 2018. The Organisation of School Time in Europe. Primary and General Secondary Education – 2018/19. Eurydice Facts and Figures. Luxembourg: Publications Office of the European Union:

Figure 1: Length of the school year and distribution of holidays, general education, ISCED 1-3, 2018/19

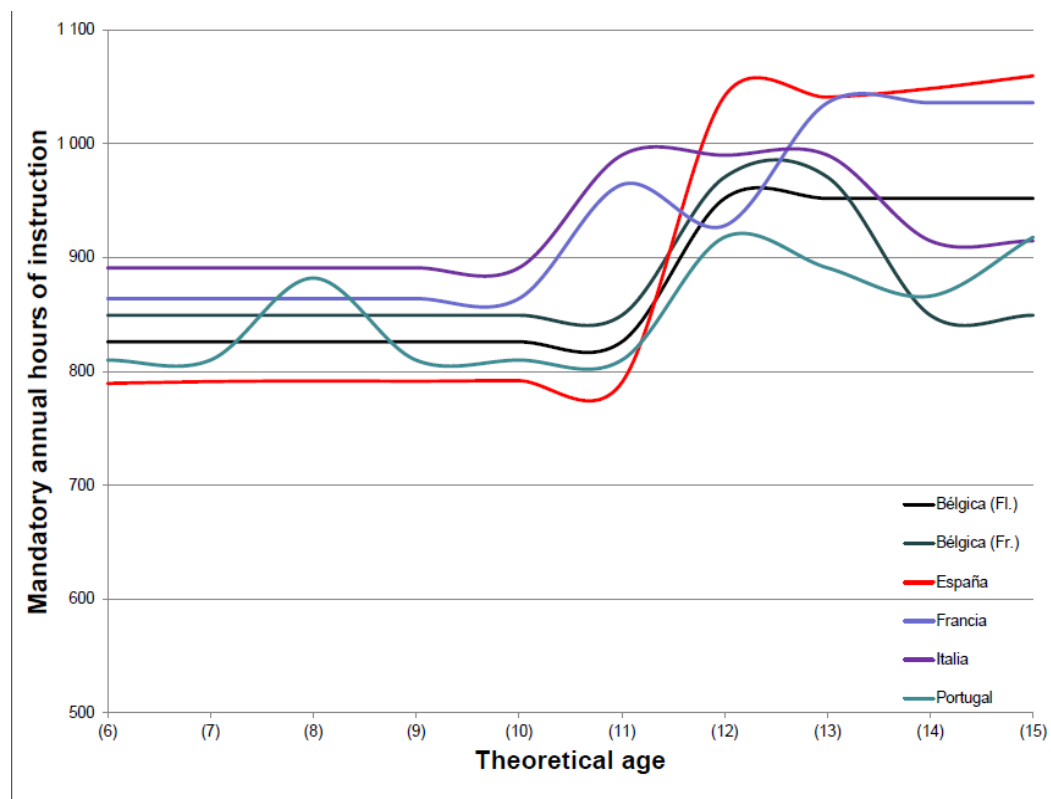


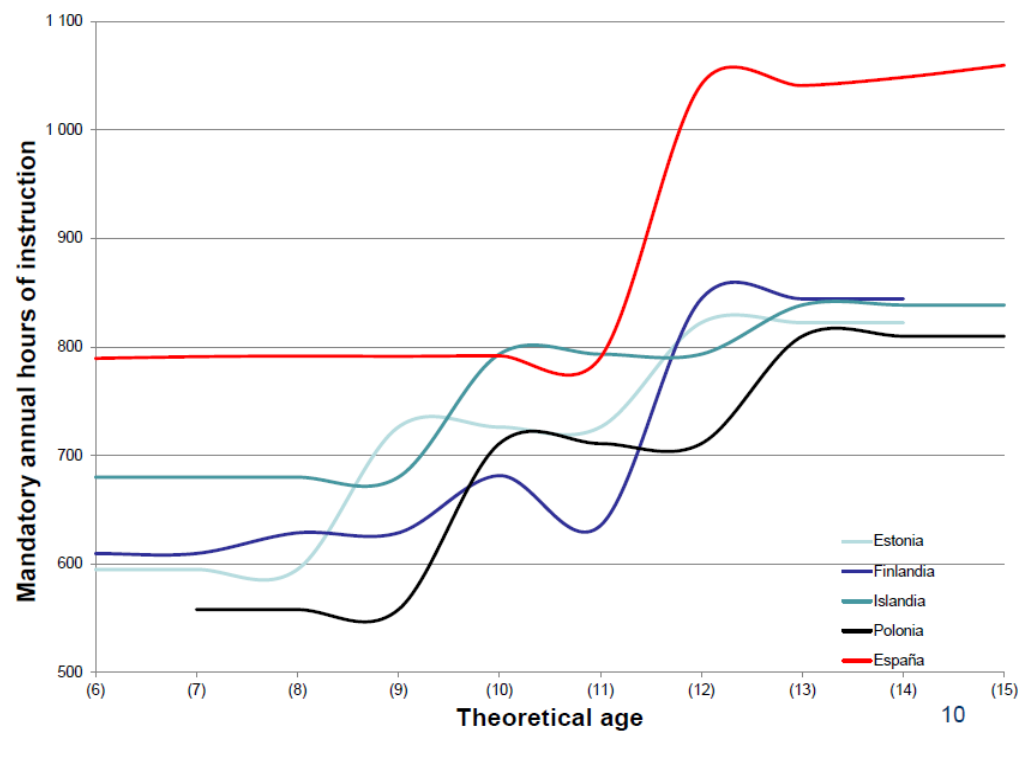
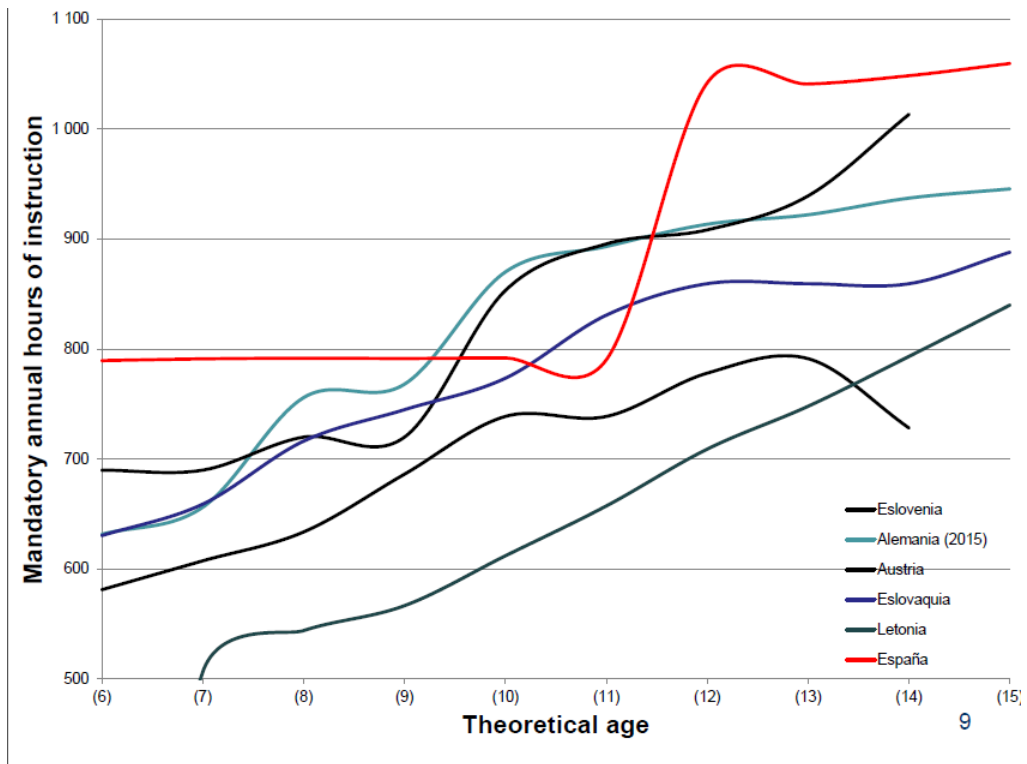
NE: Denmark, Hungary and Latvia: The distinction is made between primary and lower secondary education (single structure) on one hand and upper secondary on the other hand.

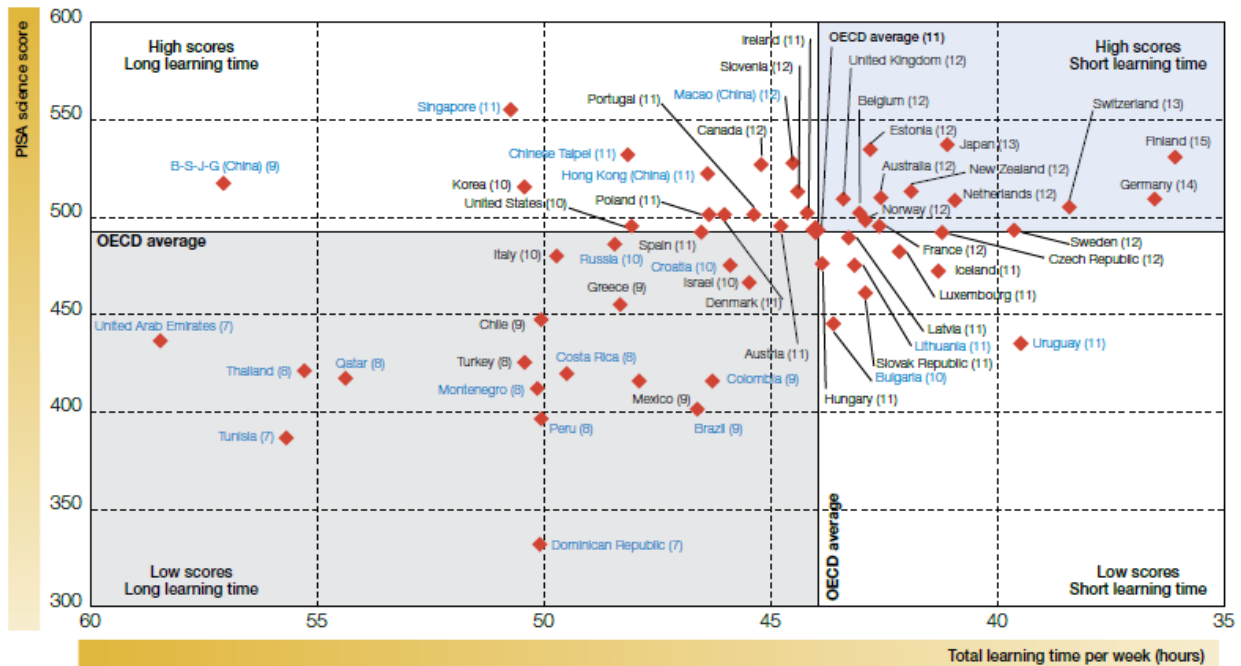
Differentiation matters

European Commission/EACEA/Eurydice, 2018. The Organisation of School Time in Europe. Primary and General Secondary Education – 2018/19. Eurydice Facts and Figures. Luxembourg: Publications Office of the European Union:

Figure 2: Number of school days in primary and general secondary education, 2018/19



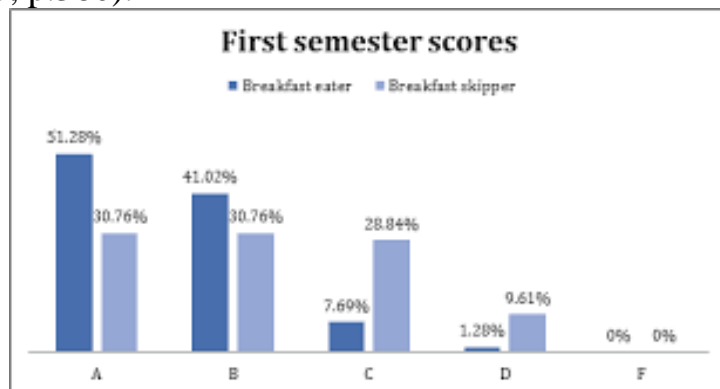




*Time in the week: school days vs. free days
Nutrition and rest matters*

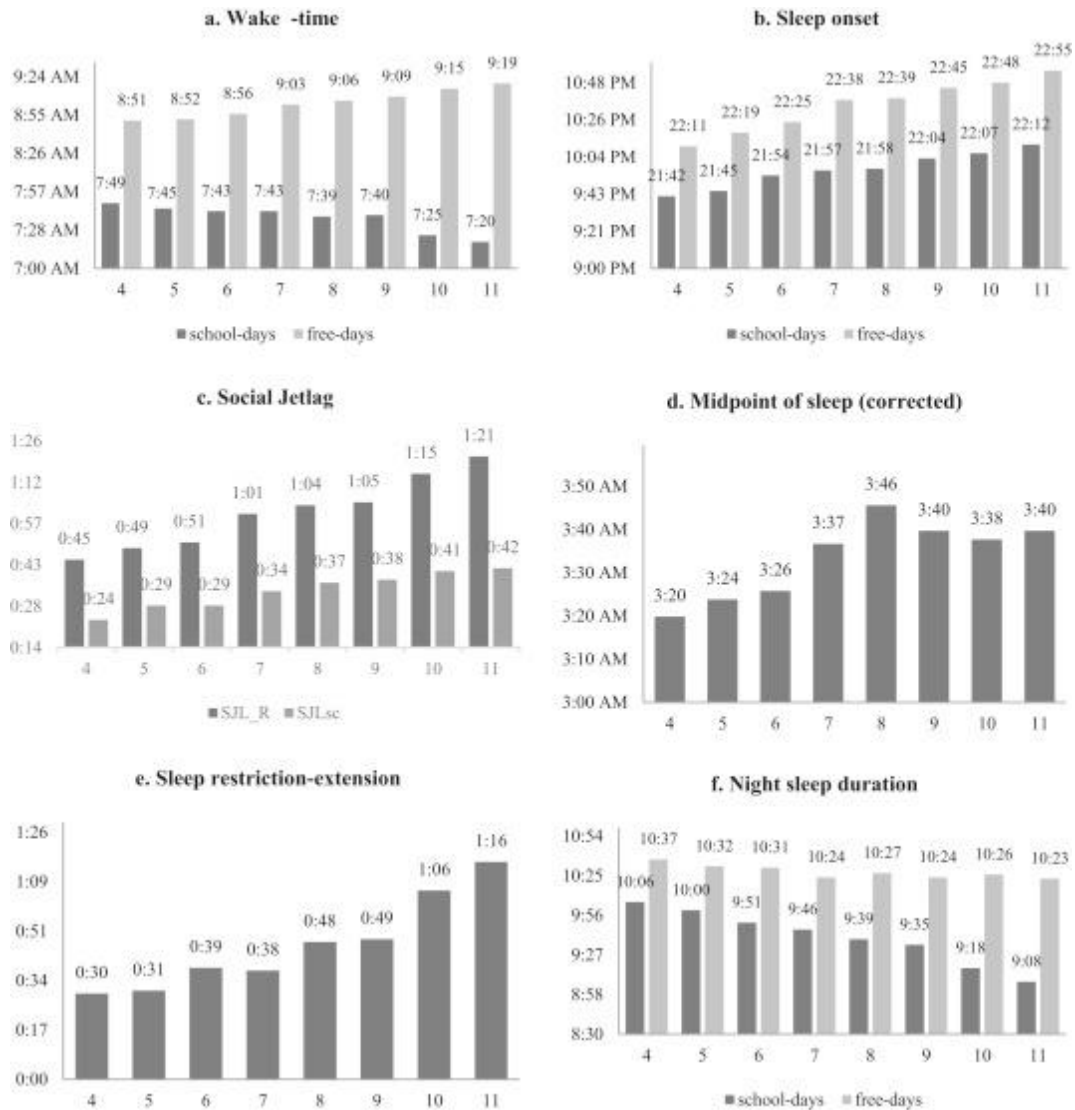
Academic performance is very sensitive to health status, especially inadequate nutrition and insufficient rest.

According to recent studies, one of the situations of the student body that clearly affects performance is the lack of adequate food and lack of rest. According to PIRLS 2011 and TIMSS 2011 on average, at an international level, between 27-29% (11% in the case of Spain) of fourth-year students (10 years old) are in classrooms where teaching is affected " something or a lot "because students lack sufficient food. This hurts them against those who do not suffer from such nutritional deficiencies in their reading achievements (those who lack sufficient food obtain an average of 495 compared to those who do not have those deficiencies that obtain an average of 519 points in the reading tests) and mathematics (472 vs. 498) (Mullis et al. 2012a, p.22; Mullis et al. 2012b, p.380).



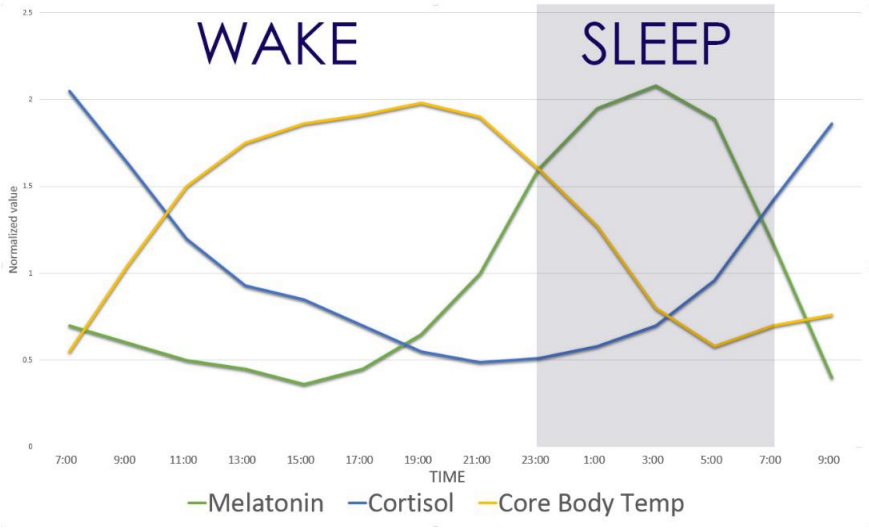
There is also a gap in reading ability (507 vs 518) and in math (11 points of difference) due to sleep deprivation. But the number of fourth-year students (10 years of age) who suffer from sleep deprivation, 49% (36% – 38% in the case of Spain) represent a greater proportion of all students, (Mullis et al. 2012a, p. 22), a proportion that still increases by 10% in eighth grade students (14 years of age).

Meijer (2008) points out that chronic sleep reduction can negatively affect school performance directly and indirectly through motivation and attention [2].

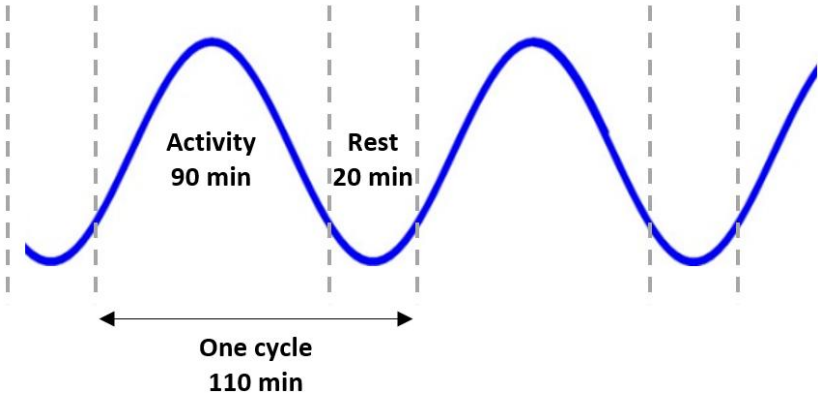


Time in the day: circadian and ultradian rhythms

CIRCADIAN RHYTHMS



The Waking Rest-Activity Cycle



Hours matters

Gráfico 13: Variaciones diarias en el rendimiento de los alumnos de 10-11 años después de 3 eventos.
Fuente: Testu (1994), INSERM, 2001, p. 54, citado en Suchaut, B. (2009, May).

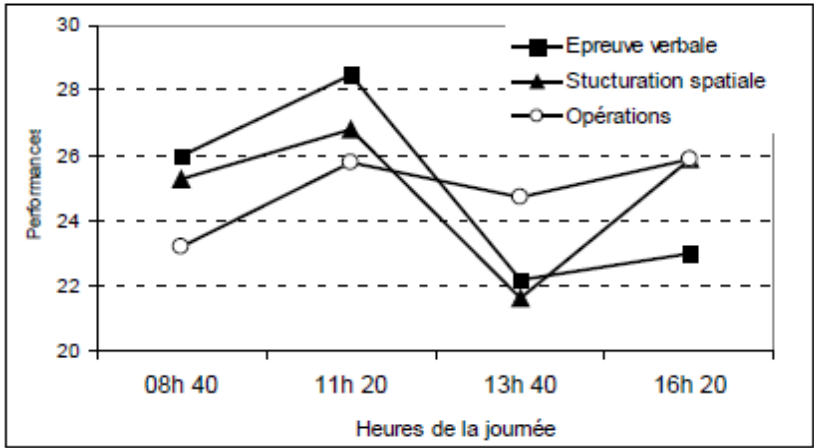


Gráfico 14. Cambio en el desarrollo durante la vigilia diurna en condiciones de sueño óptimo. Fuente: Carskadon (1999)

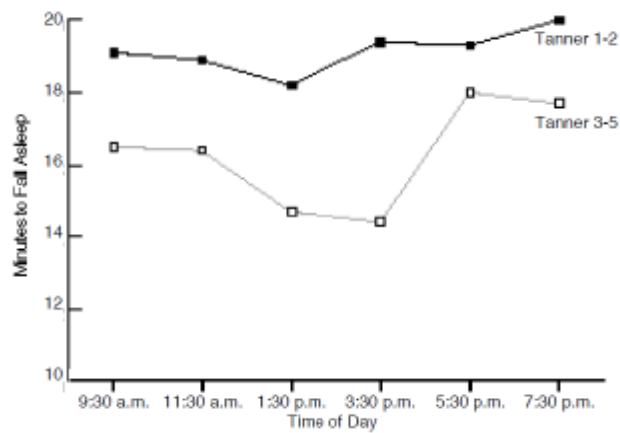
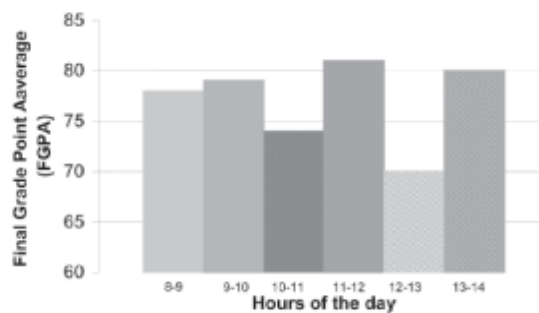
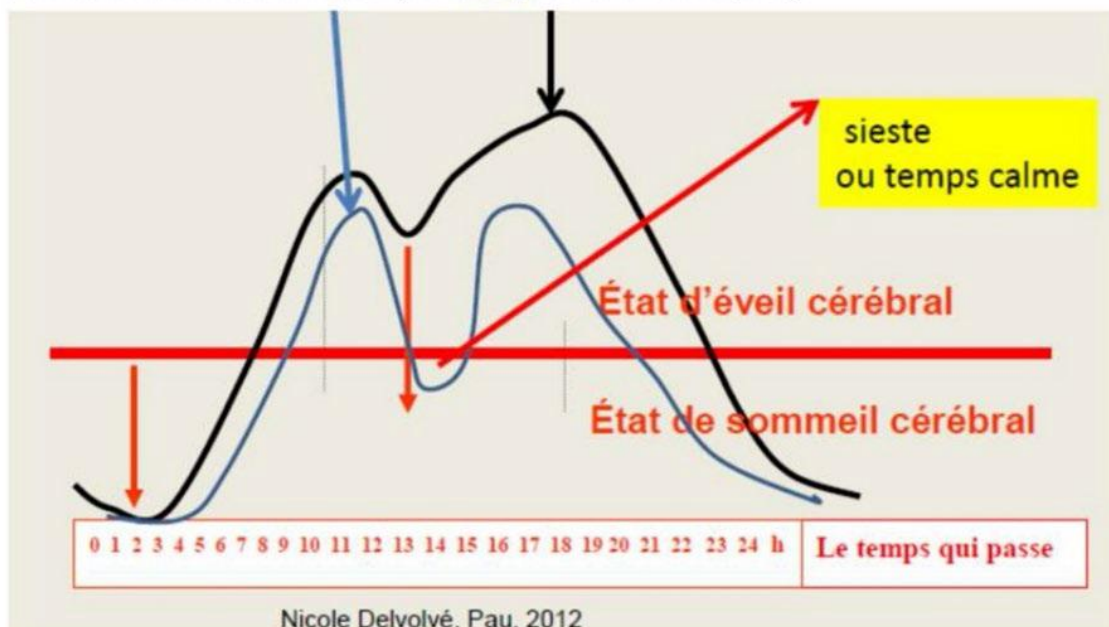


Gráfico 11: Rendimiento escolar promedio según la hora en que comenzó la lección. Fuente: Klein (2004).



Variabilidad circadiana chez l'enfant (bleu) et chez l'adulte (noir)



“Dunn (1985) indicated that, for teenagers, the afternoon hours are more effective for learning. Monte et al. (2000) coincided. They found that the most effective learning times for courses 10-12 were the afternoon hours [...] A positive

connection between body temperature and capacity was also reported in previous studies (Altabet, 1995) [...] Due to the changes During the day, adolescents tend to be alert late at night and therefore go to bed late (Gail, 2001). To be at school at 8:00, they must get up early, thus incurring a high sleep deficit. The results are impairment of memory potential, lower levels of attention (Dingers & Kribbs, 1991) and greater mental fatigue. They find it difficult to deal with complex tasks and their academic achievements decrease (Wolfson & Carskadon, 1998). Dahl (1999) found that students are especially prone to fatigue when the source of motivation comes from tasks that involve abstract concepts” (Klein, 2004: 443).

Gráfico 14. Cambio en el desarrollo durante la vigilia diurna en condiciones de sueño óptimo. Fuente: Carskadon (1999)

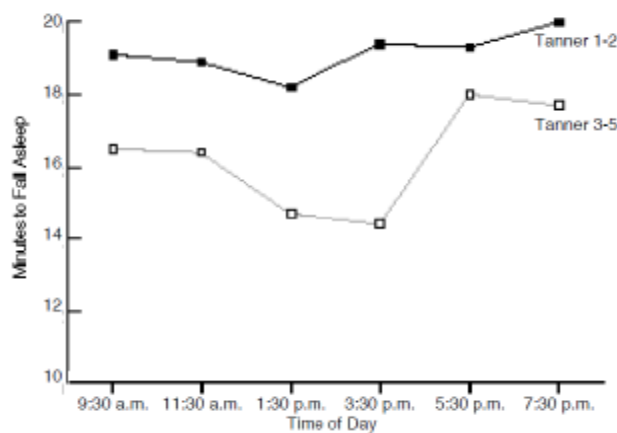
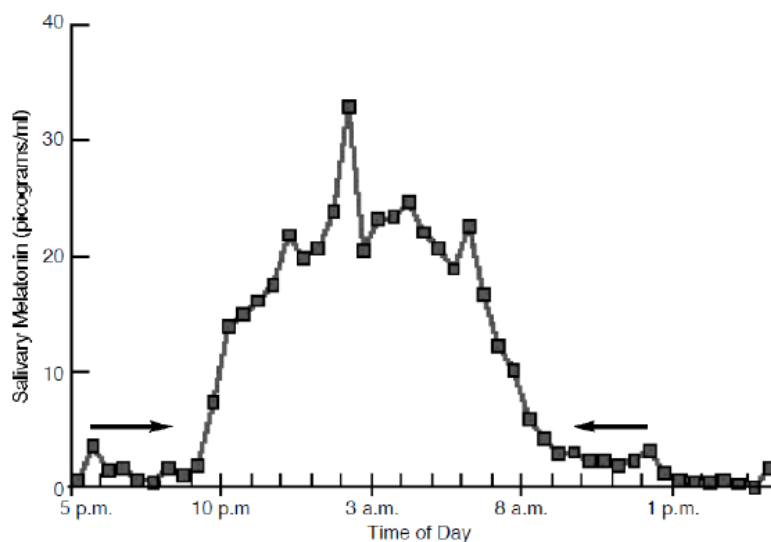


Gráfico 15. Patrón de secreción de melatonina (medido en saliva). Fuente: Carskadon (1999)



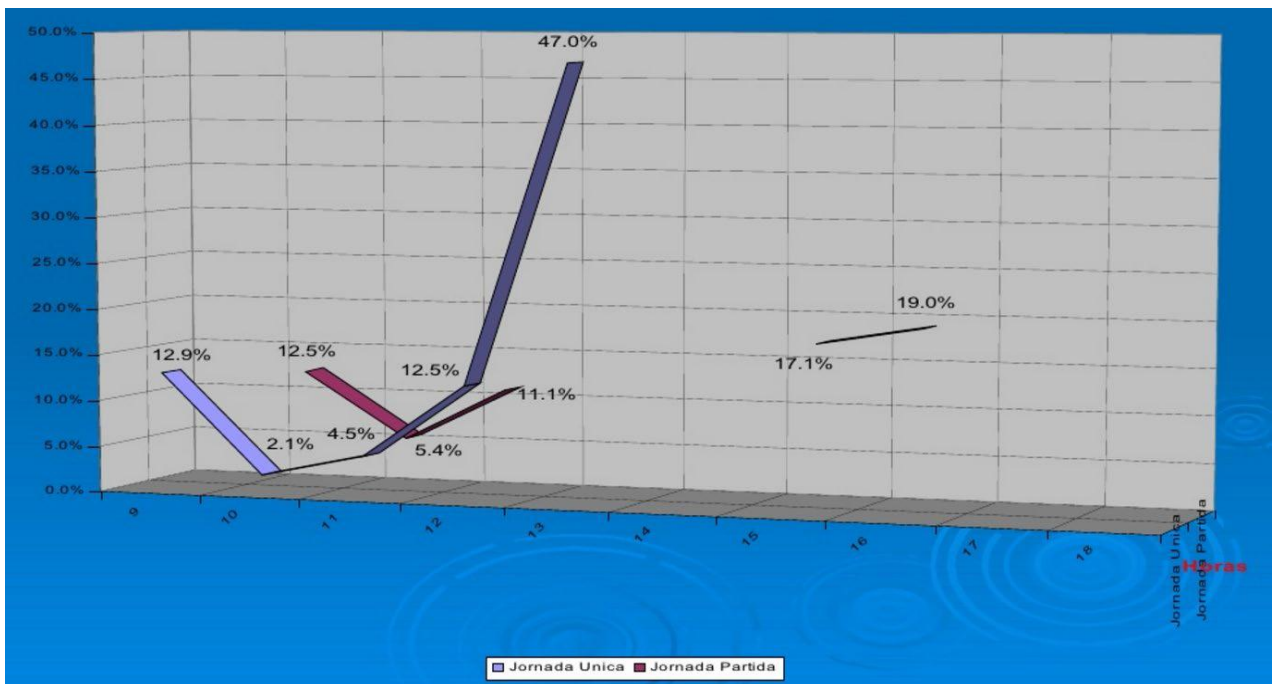


Figure 2. Niveles de “fatiga autopercebida” según tipo de jornada. EstáuñS. (UB)
(citado en Feito, 2010)

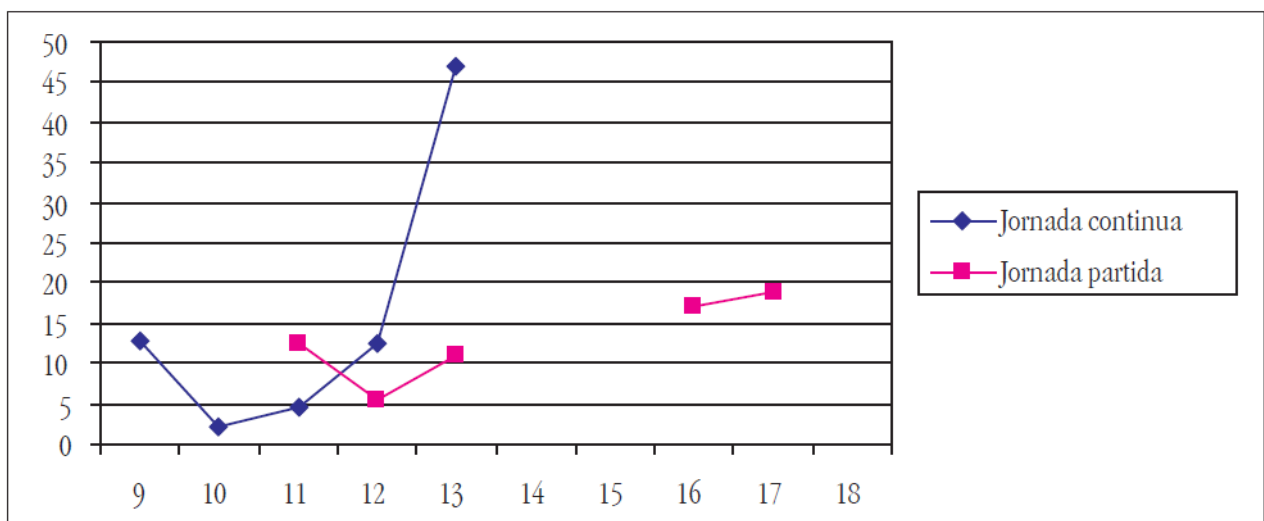
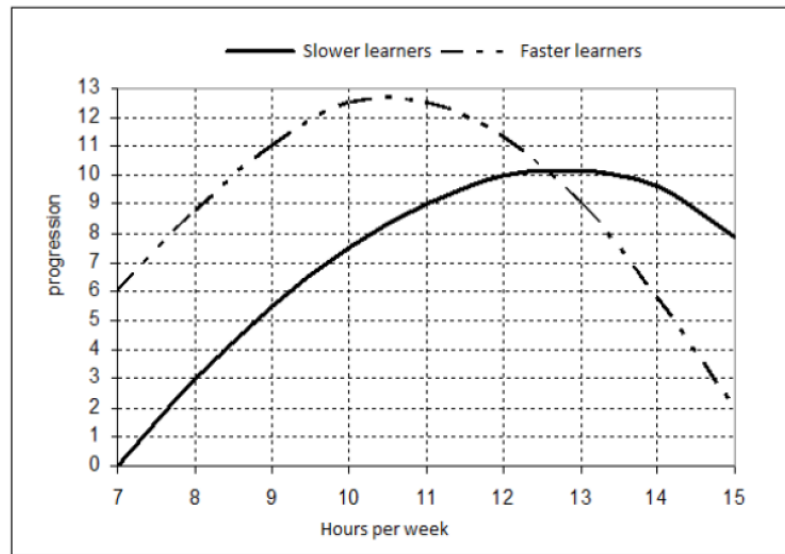


Figure 3. Nivel de “autofatiga” percibida por los alumnos [3]

Figure 3.3 Estimates of optimal instruction time for slower and faster learners in France
Hours vs. capacity



Source: Reproduced from Suchaut, B. (2009), "L'organisation et l'utilisation du temps scolaire à l'école primaire: enjeux et effets sur les élèves", in Conférence à l'initiative de la ville de Cran-Gevrier, Haute-Savoie.

The wellbeing of children and youth

Recent studies link energy regulation to the circadian clock at the behavioral, physiological and molecular levels, emphasizing that the timing of food intake itself may have a significant role in obesity. In this regards, there is emerging literature in animals demonstrating a relationship between the timing of feeding and weight regulation. Unusual feeding time can produce a disruption of the circadian system which might produce unhealthy consequences in humans. In a longitudinal study, we recently showed that the timing of the main meal was predictive of weight loss during a 20-week dietary intervention and that this effect was independent from total 24-h caloric intake. The importance of caloric distribution across the day on weight loss therapy was supported by a recent 12-week experimental study showing that subjects assigned to high caloric intake during breakfast lost significantly more weight than those assigned to high caloric intake during the dinner. Furthermore, one of the most influential discoveries relevant for this area of research in the last years is the presence of an active circadian clock in different organs related to food intake. This is the case for stomach, intestine, pancreas or liver. New data also suggest that there is a temporal component in the regulation of adipose tissue functions. Thus, a specific temporal order in the daily patterns of adipose tissue genes appears to be crucial for adipose tissue to exclusively either accumulate fat or to mobilize fat at the proper time. Taking into account that feeding is the source of energy for adipose tissue, the time of feeding, particularly for high-energy content meals, may be decisive, and changes in this timing could have metabolic consequences for the development of obesity and for weight loss [4].

Epidemiological findings suggest short sleep duration is associated with overweight and obesity across the lifespan. In adults, experimental sleep loss increases caloric intake more than total daily energy needs, thus leading to weight gain. To date, little is known about the relationship between sleep restriction and dietary intake in preschool children. Healthy children (n = 10; 41.2 ± 5.4 months; 5 females) followed a strict sleep schedule for 5 days before each experimental condition: 1 day of baseline sleep (nap and scheduled bedtime/wake time) and 1 day of sleep restriction (no-nap and ~2.3 h bedtime delay). Standardized parent-report dietary intake measures were obtained on baseline, sleep restriction and sleep recovery (ad libitum sleep opportunity in the 24-h following sleep restriction) days. As designed, children slept ~3 h less on the sleep restriction than the baseline day (P < 0.001), with no significant differences in sleep between baseline and recovery days (verified with actigraphy). Repeated-measures anovas indicated differences across conditions in total kilocalories, sugar, carbohydrate and fat intake (all P < 0.05; no differences in protein). Post hoc tests revealed that compared with baseline, children consumed 21% more kilocalories, 25% more sugar and 26% more carbohydrates on the day of sleep restriction, as well as 14% more kilocalories and 23% more fat on the day of sleep recovery (all P < 0.05). Findings suggest that acute sleep loss increases dietary intake in preschoolers both on the day of and the day after sleep restriction. Increased kilocalorie intake may promote weight gain over time and be a mechanism through which short sleep contributes to childhood obesity risk [5].

Hours lost

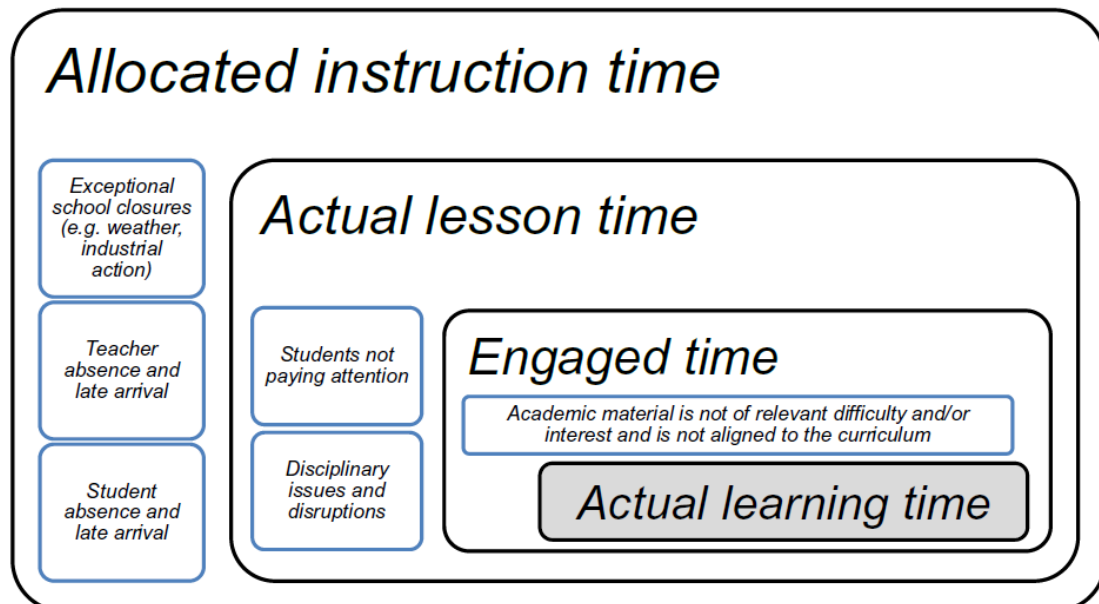


Figure 4. Gromaday Shewbridge, (2016) Student Learning Time: A Literature Review, OECD Education Working Papers, No. 127, OECD Publishing, Paris [6].

According to Roenneberg

Both cognitive status (vigilance, alertness and attention) and skills (motor coordination, performing simple calculations or memory tasks) are controlled by the body clock in the same way than the sleep/wakefulness, body temperature or circulating hormones.

2 hours out door can advance individual chorotype by an hour improving:

- Learning capacity
- Immune system
- Mood
- Social skills

The delay of the chorotype towards adolescence is stronger for boys than for girls. Besides boys pick is reached on average at 21 years old and girls pick is around 19,5 years old. This difference slowly reduces untillage 52 when there is no difference [7].

Arne Duncan, US Secretary of State for Education, tweeted in 2013: ‘let teens sleep, start school later’. This paper examines early starts and their negative consequences in the light of key research in the last 30 years in sleep medicine and circadian neuroscience. An overview of the circadian timing system in adolescence leading to changes in sleep patterns is given and underpins the conclusion that altering education times can both improve learning and reduce health risks. Further research is considered from education, sleep medicine and neuroscience studies illustrating these improvements. The implementation of later starts is briefly considered in light of other education interventions to improve learning. Finally, the impact of introducing research-based later starts synchronized to adolescent biology is considered in practical and policy terms [8].

References

1. El ‘efecto mes de nacimiento’: preguntas y algunas respuestas. URL: http://www.eldiario.es/piedrasdepapel/efecto-mes-nacimiento-preguntas-respuestas_6_568053207.html.
2. An epidemiological study of sleep–wake timings in school children from 4 to 11 years old: Insights on the sleep phase shift and implications for the school starting times’ debate // *Sleep Medicine*, Volume 60, 2019, pp. 211-218. URL: <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2019.06.024>.
3. Caride Gómez, J.A. El estado de la cuestión. Cuadernos de Pedagogía, 1994. pp. 68-69.
4. Timing of food intake and obesity: A novel association // *Physiology & Behavior*. 2014. Volume 134, pp. 44-50. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0031938414000031?via%3Dihub/>.
5. Acute sleep restriction increases dietary intake in preschool-age children // *Journal of Sleep Research*. 2017. Volume 26, Issue 1. pp. 48-54. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jsr.12450>.

6. Student Learning Time. URL: <http://dx.doi.org/10.1787/5jm409kqqkj-en>.
7. Till Roenneberg Internal Time: Chronotypes, Social Jet Lag, and Why You're So Tired. Harvard University Press, 2012. 270 p.
8. Synchronizing education to adolescent biology: 'let teens sleep, start school later' // Learning, Media and Technology. 2015. Volume 40. Issue 2. pp. 210-226. URL: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17439884.2014.942666>.

ЗДОРОВЬЕ СЕГОДНЯ HEALTH TODAY *

И.А. Григорьева
*Санкт-Петербургский
государственный университет, г. Санкт-Петербург*
I.A. Grigorieva
Saint-Petersburg State University, Saint-Petersburg

Предложен критический взгляд на определение здоровья по ВОЗ. Кратко охарактеризована 4-х факторная модель здоровья. Приведены данные о продолжительности жизни в России. Сформулирован вопрос о влиянии ухода на пенсию для здоровья.

The article offers a critical view on the definition of health, according to WHO. The 4-factor model of health is briefly characterized. The data on life expectancy in Russia are given. The question of the impact of retirement on health is formulated.

Ключевые слова: определение здоровья, 4-х факторная модель, смертность, пенсия

Keywords: definition of health, 4-factor model of health, mortality, pension

В настоящее время никто, кажется, не спорит с тем, что люди на социальном и индивидуальном уровне детерминированы как биологическими, так и культурно-историческими факторами. В первую очередь, это касается здоровья, в определении и состоянии которого наиболее плотно переплетаются эти, зачастую разнонаправленные, факторы. Важно отметить, что долгое время постсоветское общество было уверено, что сохранение здоровья – задача и ответственность врачей, а здоровье, хорошее или плохое, как правило, по не зависящим от человека причинам. То есть, люди объективируют свое здоровье, не считают себя субъектами своего состояния.

* Подготовлено при поддержке гранта РНФ 19-18-00246 «Вызовы трансформации социального государства в России: институциональные изменения, социальное инвестирование, цифровизация социальных услуг».

Способствует этому и приверженность давно устаревшим определениям здоровья, из которых важнейшее, конечно, определение ВОЗ: «Здоровье – это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» [1]. Определение из ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (2011 г.) выглядит более современным, ст. 2 «Здоровье – состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма» [2]. Это уже шаг вперед по сравнению с определением ВОЗ, поскольку речь идет не о болезнях (они могут быть и хроническими), а заболеваниях, то есть о том, что имело фиксированное начало и, видимо, должно иметь окончание – выздоровление в случае успешного лечения. Подход ВОЗ сегодня называется патоцентрическим. Однако медицина уже сложилась как институт, имеющий большое влияние на общество. В целом, медицина умеет лечить болезни, но плохо знает, что такое здоровье.

Естественно, что критике подвергается и понятие "благополучие", оно субъективно, неопределенно. А "полное благополучие" – тем более, это скорее цель, направление; она идеальна, нереализуема; также вызывает вопросы термин «состояние» или его аналоги («потенциал»). Они недостаточны, статичны, описательны и характеризуют, по сути, результат здоровья.

В социологии здоровья есть также критика, связанная с тем, что определение ВОЗ не учитывает специфику здоровья женщин, например, навязало понимание беременности как болезненного состояния, а это новое, медикализованное, понимание, неведомое людям прежде. Инвалиды, по определению, медико-биологически не могут быть здоровы, а социально – могут. Огромная дискуссия сегодня о том, старение – болезнь или нет, о чем много пишут ведущие геронтологи Л. Гаврилов и В. Новоселов [3]. Во всяком случае, утверждают они, связь старения и ухудшения здоровья – не линейна. И самое главное – социально-средовые факторы могут компенсировать биологические признаки нездоровья. Насколько и как технологически – это еще требует исследований. Поэтому можно говорить о том, что здоровье – это состояние, когда социальная активность/включенность компенсирует многие физические ограничения.

В 4-х факторной концепции здоровья, впервые официально прозвучавшей в докладе М. Лалонда «Новая перспектива здоровья канадцев» 1974 г., были определены детерминанты здоровья человека, к которым автор отнес «биологию человека, окружающую среду, образ жизни и организацию здравоохранения» [4, р. 31]. К. Эрроу тоже отмечал, что в ситуации низких доходов питание, жилье, одежда, базовые санитарные удобства могут оказаться

гораздо более важными, чем медицина [5, р. 941]. Эти подходы определили тон для дискурса и практики общественного здравоохранения в последующие десятилетия [6, р. 7].

Впоследствии задача «укрепления здоровья» стала все дальше выходить за рамки сферы здравоохранения. Так, в принятой в 1986 г. Оттавской хартии по укреплению здоровья подчеркивается, что «решение этой задачи требует скоординированных действий всех заинтересованных сторон: правительства, сектора здравоохранения и других социально-экономических секторов, неправительственных и общественных организаций, местных органов государственного управления, производственной сферы и средств массовой информации» [7, с. 2].

В России можно наблюдать стремление, скорее, преувеличить степень нездоровья, чем активно заниматься его поддержанием или сохранением. Первая причина – состояние здоровья, точнее, те интерпретации, которые даются с опорой на данные ВОЗ. По материалам ВОЗ (World Health Organisation-WHO), Россия отличается низкими показателями продолжительности здоровой жизни по сравнению с Европой и странами СНГ. Например, в 2016 г. продолжительность жизни в России составила 66,4 у мужчин, 77,2 у женщин. В Армении — 71,2 и 78,1 у мужчин и женщин соответственно. В Эстония — 73 и 82,1; Швейцарии — 81,2 и 85, 2). Сравнительный анализ двух показателей – ожидаемой продолжительности жизни при рождении и ожидаемой продолжительности здоровой жизни при рождении приведен в табл. 1.

Т а б л и ц а 1 .

World Health Organization, 2016

Страна	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении		Ожидаемая продолжительность здоровой жизни при рождении	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
Россия	66,4	77,2	59,1	67,5
Армения	71,2	78,1	63,6	68,7
Эстония	73	82,1	64,6	71,4
Швейцария	81,2	85,2	72,4	74,5

Заметно, что и по ожидаемой продолжительности жизни при рождении и по ожидаемой продолжительности здоровой жизни Россия заметно отстает и от европейских стран и от стран бывшего СССР. Однако ожидаемую продолжительность жизни до сих пор сокращает большая, чем на Западе, детская смертность и неестественная смертность мужчин в трудоспособных возрастах. Значит ли это, что население России менее здорово?

Старение и увеличение числа пожилых являются вызовом быстро меняющемуся миру, являют собой воплощение иной онтологии, чем характерна для общества потребления с его любовью к обновлениям. Как объяснить российскому населению, почему нужно менять пенсионную систему, придуманную Бисмарком в 1885 г. и адаптированную Хрущевым к российским послевоенным реалиям в 1956 и 1964 гг.? Ведь по ряду прогнозов у поколения, родившегося после 2000 г., средняя продолжительность жизни будет примерно 100 лет. Чем люди смогут/будут себя занимать, если мы не откажемся от идеологии пенсионного периода как времени отдыха от работы? Если пожилые будут меньше подчеркивать свою уязвимость и более рационально к себе относиться? Если политики не убедят людей, что без их активного участия в сохранении и улучшении своего здоровья никакая медицина не даст им возможности прожить не только долго, но и приятно?

Все больше и больше исследований подтверждают, что уход на пенсию оказывается вреден для здоровья, в первую очередь, для психического здоровья [8] и субъективного благополучия. Но в какие именно рабочие места нужно инвестировать средства для пожилых? Те же, что прежде, или облегченные, или совсем другие... Какие режимы времени будут нужны, если на пороге цифровое производство, которое, предположительно, уменьшит число занятых? Каким будет обслуживание пожилых, которое пока забирало часть освобождавшихся работников из производства в сферу услуг для них. Будет ли оно технически оснащенным или окажется, что обслуживание вручную, «face to face» не только будет больше нравиться клиентам, но и будет не намного дороже для них?

Таким образом, сфера исследований и интерпретаций здоровья очень широка и ждет инвестирования в новые подходы и свежие идеи.

Список литературы

1. Преамбула к Уставу ВОЗ. Доступ: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/RU/constitution-ru>.
2. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 29.05.2019) Доступ: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/
3. Старение – это болезнь? Геронтологи разошлись во мнениях // Успехи геронтологии. 2017. Т. 30. № 6; Ишонина О.Г. Старение организма – универсальная болезнь или неизбежно возникающий процесс? // Медицинский вестник Юга России. 2011.
4. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada, 1974. 77 p.

5. Arrow K.J. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, 1963. 53(5), 941-973. Retrieved from: https://web.stanford.edu/~jay/health_class/Readings/Lecture01/arrow.pdf

6. Богдан И.В., Гурылина М.В., Чистякова Д.П. Методы распространения здорового образа жизни медицинскими работниками: опыт медико-социологического анализа // Вестник НГУЭУ. 2018. № 4. С. 188-197.

7. Оттавская хартия по укреплению здоровья. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/146808/Ottawa_Charter_R.pdf (дата обращения: 28.06.2019).

8. Dave D., Rashad R.I., Spasojevic J. (2008) The effects of retirement on physical and mental health outcomes. *Southern Economic Journal*, 75: 761-782; Drentea P. (2002) Retirement and mental health. *J Aging Health*, 14: 167-94.

ОТНОШЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ СТУДЕНТОВ ВОЛГОГРАДА К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ (ПО ИТОГАМ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)

ATTITUDE OF MODERN STUDENTS OF VOLGOGRAD TO THEIR HEALTH (BASED ON THE RESULTS OF SOCIOLOGICAL RESEARCH)

Н.В. Дулина

Волгоградский государственный университет, г. Волгоград

N.V. Dulina

Volgograd State University, Volgograd

Ценностные ориентации молодежи меняются с каждым поколением. Меняется ли отношение современных студентов к собственному здоровью? На основе анализа эмпирических данных, полученных в ходе социологического исследования «Год экологии», выявлены основные тенденции изменения отношения студентов к своему здоровью и способам его сбережения.

The value orientations of young people change with each generation. Does the attitude of modern students to their own health change? Based on the analysis of empirical data obtained in the course of the Year of Ecology sociological research, the main trends in students' attitudes to their health and ways to save it are revealed.

Ключевые слова: студенты, здоровье, здоровый образ жизни

Keywords: students, health, healthy lifestyle

Студенчество как самостоятельная социальная группа постоянно привлекает к себе внимание исследователей, в том числе и наше [см., напр., 1; 2]. Пристальное внимание со стороны специалистов и общества в целом вполне объяснимо, поскольку именно эта группа во многом будет определять уже ближайшее будущее страны. А потому особый интерес представляет состояние здоровья этой социальной группы [3; 4]: как говорят в народе, если здоровьем

слаб, то и духом не герой. А что сами студенты? Как они оценивают свое здоровье и что предпринимают, чтобы его сберечь на долгие годы? Ответы на эти и ряд других вопросов можно найти, если обратиться к результатам инициативного социологического исследования «Год экологии», выполненного в 2017 г. под эгидой Российского общества социологов (РОС). Опыт организации подобного рода совместной работы уже был представлен нами ранее [5]. Всего в ходе выше обозначенного исследования было опрошено около 3 тыс. студентов 23 вузов страны, в том числе в Волгограде было опрошено 250 человек. Более подробно параметры выполненного исследования (объем выборки и подвыборок, территория исследования, период проведения поля) представлены на официальном сайте РОС, в отдельных научных публикациях и в коллективной работе [6]. Достаточно большое количество вопросов в анкете было посвящено самооценке здоровья, экологической безопасности продуктов питания.

Народная мудрость гласит: «Кто в двадцать лет не здоров, в тридцать не умен, а в сорок не богат, тому век таким не бывать». Отсчет «жизненного цикла», таким образом, начинается именно со здоровья, причем со здоровья в молодости, поскольку, чем старше становится человек, тем убедительнее звучат слова о том, что со временем «здоровье приходит днями, а уходит часами». Результаты, полученные в ходе исследования «Год экологии», позволяют заключить, что только половина (52.7%) опрошенных студентов Волгограда полностью удовлетворена состоянием своего здоровья, оценивая его как отличное (13.7%) и хорошее (39%). Другая половина опрошенных, мягко говоря, в свои двадцать лет уже и не совсем здорова. Каждый двенадцатый (8.3%) откровенно посетовал на здоровье, выставив оценки «очень плохое» (2.5%) и «плохое» (5.8%). Остальные (более трети от общего числа респондентов) сошлись во мнении, что их здоровье удовлетворительное. Заметим, что эти оценки приобретают новые оттенки на фоне общей обеспокоенности студентов ухудшением здоровья населения города. Так, 26.5% респондентов сказали, что их беспокоит ухудшение здоровья населения города. Еще 44.2% респондентов усилили свою оценку, указав, что ухудшение здоровья населения города их очень беспокоит. Да, кто не болел, тот здоровью цены не знает.

Обратим внимание, что наиболее благополучно (по самооценке собственного здоровья студентами) выглядит Екатеринбург. Но если в Екатеринбурге более двух третей (68.9%) респондентов сказали, что чувствуют себя здоровыми, оценив свое здоровье как отличное и хорошее, то в Москве, напротив, только около трети опрошенных (31.8%) поставили своему здоровью такие же высокие оценки.

Ранжированный ряд ответов студентов Волгограда на вопрос о том, что же они предпринимают, чтобы сберечь свое здоровье, выглядит следующим образом (указаны только те альтернативы, которые набрали не менее, чем треть респондентов):

не употребляю наркотики	– 86.4%;
не курю	– 77.2%;
не забываю отдыхать	– 69.2%;
не вступаю в случайные половые связи	– 68.8%;
не употребляю алкоголь	– 57.2%;
занимаюсь спортом	– 51.6%;
слежу за своим питанием	– 39.2%.

Для сравнения заметим, что менее всего склонны употреблять наркотики студенты Владивостока (86.8% опрошенных в этом городе, ответили, что не употребляют наркотики), а в Оренбурге таких только две трети от числа опрошенных (66.7%). Некурящих студентов более всего в Нижневартовске – 80.7%, менее всего в Москве – 63.7%. Если среди москвичей студентов, не вступающих в случайные половые связи, – 42.2%, то среди астраханцев их значительно больше – 61.0%. Более всего любителей спорта среди студентов Екатеринбурга – 63.9%, наименее спортивными среди опрошенных оказались студенты Иваново: только 41.2% сказали, что занимаются спортом. Чаше других склонны делать зарядку по утрам студенты Оренбурга – 14.4 .

Видимо, популярное в соцсетях «Запомни, что алкоголь и сигареты не делают тебя лучше. А лучше делают тебя твои друзья, любимый / любимая и ты сам / сама» нашло отклик в сердцах молодежи. Приведенные цифры (напомним, что это самооценка) дают надежду, что уходят в прошлое активные практики потребления наркотиков и алкоголя молодежью, табакокурения. Надежда подкрепляется результатами исследований, полученных другими авторами, которые в своих научных публикациях обращают внимание на то, что в последнее время возникли новые ценностные ориентации современной молодежи, не характерные для предшествующего поколения. Так, например, В.В. Радаев отмечает, что молодое поколение «озабочено поддержанием здорового образа жизни» [7, с. 24]. В результате эмпирического анализа он приходит к заключению, что «по распространенности занятий физической культурой и спортом силами миллениалов происходит ускорение общего позитивного тренда, а по вовлеченности в курение – перелом негативного тренда» [7, с. 26].

И еще одно наблюдение об отношении студентов к своему здоровью. Известно, коли болен – лечись, а здоров – берегись. Ан нет! Только 15.6% студентов Волгограда в случае болезни сразу обращаются к врачам, еще

каждый десятый (10.8%) при необходимости смотрит передачи о здоровье, читает литературу.

Четыре из десяти студентов, опрошенных в Волгограде, следят за своим питанием, предпочитая выбирать только свежие продукты (так ответили 65.6% респондентов), без ГМО (42.8%) изготовленные по ГОСТу (36.0%), без консервантов (33.2%) и без пальмового масла (30.4%). Но почти половина (47.2%) респондентов честно признались, что покупают то, что хочется, что любят, к чему привыкли.

На фоне оценок своего здоровья, данных студентами других городов страны, оценки студентов Волгограда не сильно отличаются, отражая общие тенденции, характерные для данной социальной группы. Приведенные цифры убеждают, что в жизнь входит новое поколение, которое к своему здоровью относится более ответственно и внимательно, чем предшествующее. Среди факторов, влияющих на здоровье, как известно, на наследственность приходится лишь 15–20%, медицинское обеспечение может добавить еще 10–15%, вредные факторы окружающей среды в среднем влияют еще на 20–25% [8]. А все остальное человек должен обеспечить сам, памятуя о том, что здоровье – не деньги, займы не выпросишь. Видимо, современные студенты это уже понимают.

Список литературы

1. Дидковская Я.В., Дулина Н.В., Трынов Д.В. Образ социального будущего молодежи индустриального региона (на примере Волгоградской и Свердловской областей) // Я.В. Дидковская, Н.В. Дулина, Д.В. Трынов // Logos et Praxis. 2018. № 3. Том 17. С. 35-44.

2. Дулина Н.В., Ануфриева Е.В. Динамика социальных ценностей молодых горожан (по материалам прикладного социологического исследования) // Динамика социальной среды как фактор потребности развития в новых профессионалах в сфере социальной работы и организации работы с молодежью / Под общ. ред. З.Х. Саралиевой. Н. Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2019. С. 229-234.

3. Здоровье студентов: социологический анализ / Отв. ред. И.В. Журавлева; Институт социологии РАН. М., 2012. 252 с.

4. Дулина Н.В., Поздняк В.М. Современные студенты и физкультура и спорт: вместе или врозь? (по итогам опроса студентов Волгограда) // Вестник Сургутского государственного педагогического университета. 2019. № 2 (59). С. 82-87.

5. Дулина Н.В., Шкурин Д.В. Из опыта Российского общества социологов по организации и проведению массовых опросов современной студенческой молодежи России / Н.В. Дулина, Д.В. Шкурин // Primo aspectu / ВолгГТУ. – Волгоград, 2017. № 4(32). С. 34-40.

6. Социально-экологическая система региона: состояние и тенденции развития: монография / Н.В. Дулина, В.В. Дьякова, Е.В. Каргаполова, Е.А. Когай, Ю.Г. Миронова, Е.В. Островская: под общ. ред. Е.В. Каргаполовой. – Астрахань: Астраханский государственный университет, Издательский дом «Астраханский университет», 2019. – 232 с.

7. Радаев В.В. Миллениалы на фоне предшествующих поколений: эмпирический анализ // Социологические исследования. 2018. № 3. С. 15-33.

8. Петрова Н. Короли едят капусту // Российская газета, 03.10.2014. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://rg.ru/2014/10/03/zdorovje.html>.

ЗДОРОВЬЕ ПОДРОСТКОВ ВО ВРЕМЕННОМ КОНТЕКСТЕ **ADOLESCENT HEALTH IN A TEMPORAL CONTEXT**

И.В. Журавлева, Н.В. Лаконова
Федеральный научно-исследовательский социологический центр РАН,
г. Москва

I.V. Zhuravleva, N.V. Lacomova
Federal Center of Theoretical and Applied Sociology
of the Russian Academy of Sciences, Moscow

На материалах двух исследований, проведенных по единой программе с интервалом в 20 лет, рассматривается изменение отношения подростков к здоровью и окружающей среде. Делается вывод о связи произошедших изменений с мерами социальной политики в сфере здоровья. Пропаганда здорового образа жизни, уменьшение внимания к экологии отразились на соответствующих установках подростков.

On the materials of two studies conducted on a single program with an interval of 20 years, a change in the attitude of adolescents to health and the environment is considered. The conclusion is made about the connection of the changes with the measures of social policy in the field of health. Promoting a healthy lifestyle, reducing attention to ecology has affected appropriate attitudes of adolescents.

Ключевые слова: здоровье подростков, информированность, самооценка здоровья, курение, окружающая среда.

Keywords: adolescent health, awareness, self-esteem of health, smoking, environment

Успешность развития общества в значительной степени зависит от качества здоровья подростков – основы завтрашнего здоровья нации в целом, ее культурного, репродуктивного и трудового потенциала. Здоровье подростков представляет собой сложный социальный феномен. Значение его связано со спецификой подросткового возраста, который является критическим этапом биологического и психологического изменения организма ребенка и перехода

во взрослое состояние. Статистические данные свидетельствуют о том, что на протяжении последних десятилетий происходит стабильное ухудшение здоровья этой возрастной группы.

Исследование «Здоровье подростков и окружающая среда», проведенное в 2017 г. повторно через 20 лет после аналогичного исследования в 1996 г., позволило увидеть изменения, произошедшие в сознании подростков по вопросам отношения к здоровью и окружающей среде на фоне социально-экономических изменений в России.

За прошедшие 20 лет усилилось расслоение общества. Массовая приватизация государственных предприятий, сильный отток капитала из России и другие экономические события в мире привели к одному из сильнейших за всю историю кризисов. Система здравоохранения за этот период пережила существенную трансформацию. Сложности реформы ОМС и дефицит ресурсов обусловили ухудшение системы здравоохранения. По оценке ВОЗ, Россия в настоящее время находится на 70-м месте в мире по финансированию здравоохранения и на 130-м месте по его эффективности [1].

Демографические показатели здоровья подростков

Демографические показатели, характеризующие категорию подростков, связаны с их численностью, смертностью и заболеваемостью. Если за период 2002-2017 гг. общая численность населения России почти не изменилась (увеличилась на 2%), то число подростков 10-14 лет сократилось на 31%, а доля 15-19-летних – на 45%, что обусловлено существующими демографическими процессами. Позитивным моментом в этом ряду можно считать сокращение смертности подростков 10-14 лет за данный период в 2,3 раза, а 15-19-летних – в 3,7 раза. Что касается причин смерти у 15–19-летних подростков, то ведущие позиции занимают внешние, или неестественные, причины смерти, на долю которых приходится свыше 70% случаев [2;3].

Заболеваемость подростков на фоне общей заболеваемости населения традиционно выглядит наиболее негативно. За 1996-2017 гг. заболеваемость населения (с диагнозом, установленным впервые), увеличилась в целом на 21%, заболеваемость детей в возрасте 0-14 лет возросла в 1,5 раза, а подростков 15-17 лет – в 2 раза. В полтора раза увеличилось число детей-инвалидов в возрасте 0-17 лет [4;5].

Социологические параметры здоровья подростков

Традиционными показателями при изучении мнений подростков по данной проблеме считаются: самооценка здоровья, психологическое самочувствие, информированность в сфере здоровья, наличие вредных привычек. Рассмотрим их изменения на материалах исследований 1996 (N=1004) и 2017 (N=974) гг.

Сравнение данных двух исследований обнаруживают, что в 2017 г. подростки значительно выше оценили свое здоровье – доля респондентов с «хорошим» здоровьем оказалась в 1,7 раза больше, а с «плохим» – в 1,5 раза меньше, чем в 1996 г. Девушки более внимательно относятся к своему здоровью, что проявилось при ответе на вопрос о приеме лекарств, назначенных врачом. Хотя суммарная доля ответов в 1996 и 2017 гг. была одинаковой (8,1% и 8,6%), но доля положительных ответов девочек превышала соответствующую долю мальчиков в 1996 году в 1,4 раза, а в 2017 г. – в 3 раза, то есть гендерные различия с годами увеличились.

Самооценка здоровья в значительной степени зависит от психологического состояния подростка, которое определяется характером взаимоотношений с родителями и ближайшим окружением. Подростки при ответе на вопросы анкеты должны были выразить степень своего согласия с рядом высказываний: «Я довольно уверен в себе», «Я легко нравлюсь людям», «Я популярен среди сверстников», «Родители понимают меня». Идентичность большинства ответов в обоих исследованиях в связи с самооценкой здоровья свидетельствует об устойчивости данных психологических параметров в сознании подростков на протяжении 20 лет, несмотря на все социально-экономические изменения.

Сегодня распространенность курения в подростковой среде в России характерна, по данным специалистов, для 30-40% мальчиков и 10-25% девочек. У каждого десятого из них наблюдается сформированная табачная зависимость. По распространенности курения среди подростков 15-19 лет Россия занимает девятое место в мире: в стране курят 11,8% девушек и 22,4% молодых людей [6]. Сравнение результатов двух исследований показывает, что с разной степенью интенсивности в 1996 г. курили значительно большая часть подростков, чем в 2017 г., независимо от самооценки здоровья. И этот вывод подтверждается данными других исследований [7].

Информированность подростков по поводу влияния окружающей среды на здоровье в 2017 г. проявилась в ответах: может создать проблемы легочным больным, быть причиной раковых заболеваний, вызвать приступ астмы, стать причиной нарушения функции почек. Данные 1996 г. превышают соответствующие 2017 г. в 1,5-3 раза.

Заключение

Сравнение показателей отношения подростков к здоровью в исследованиях 2017 и 1996 гг. обнаруживает преимущественное совпадение данных по наличию хронических заболеваний, активности в приеме лекарств и препаратов для улучшения умственных способностей и физической формы, сохранение гендерных различий в отношении к здоровью. Психологические

параметры подростков, характеризующие их взаимоотношения с ровесниками и родителями, тоже не претерпели существенных изменений.

Перемены коснулись главным образом существенного улучшения в 2017 г. самооценки здоровья подростков за счет роста долей с «хорошей» СЗ (в 1,7 раза) и уменьшения – с «плохой» СЗ (в 1,5 раза). Вдвое возросла доля «никогда не куривших» подростков. А показатели 1996 г. оказались более высокими в связи с лучшей информированностью о возможном влиянии окружающей среды на здоровье (в 1,5-3,0 раза).

Различия по поводу самооценки здоровья связаны не с фактическим улучшением здоровья подростков – статистика свидетельствует об обратном – а, видимо, с изменением установок и ценностей в сфере здоровья, в соответствии с которыми стремление быть здоровым стало более престижным, обусловило усиление внимания к здоровью и повышение самооценки здоровья. Меньшие значения показателей, связанных с курением в 2017 г., могут свидетельствовать о действенности антитабачного законодательства 2013 г. и результативности антитабачной пропагандистской работы, влияющей на установки подростков в отношении курения. Повышение включенности подростков в экологическую тематику в 1996 г. объясняется, возможно, большей общественной обеспокоенностью этой проблемой в девяностых годах.

Эти и другие параметры образа жизни, рассмотренные в двух исследованиях с интервалом в 20 лет, означают, что здоровье подростков в трансформирующемся российском обществе с его непрерывными радикальными изменениями характеризуется определенной стабильностью основных параметров образа жизни. А позитивные и негативные изменения в самосохранительном сознании и поведении подростков являются следствием проводимой социальной политики государства в сфере сохранения здоровья нации. Активная пропаганда здорового образа жизни в последнее десятилетие трансформировалась в изменение установок относительно курения и мотивов заботы о здоровье. А сокращение внимания к проблемам окружающей среды на государственном уровне привело к снижению озабоченности этими вопросами у молодежной категории населения. Несмотря на то, что физическое здоровье подростков, уровень их заболеваемости характеризуется негативными тенденциями, позитивный опыт социальной политики в области охраны здоровья позволяет надеяться на возможные положительные изменения в этой сфере.

Список литературы

1. Хулукшинов Д.Е., Норбоева Е.Ц. Современное состояние системы здравоохранения России: вопросы финансирования и проблемы развития // Экономические науки 2016. 5(138) [Электронный ресурс]: URL: http://ecsn.ru/files/pdf/201605/201605_79.pdf (дата обращения: 20.04.2019).
2. Демографический ежегодник России – 2017. М.: 2017 [Электронный ресурс]: URL: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2017/demo17.pdf (дата обращения: 16.04.2019).
3. Демографический ежегодник России – 2005. М.: 2005 [Электронный ресурс]: URL: http://www.gks.ru/bgd/regl/B05_16/IssWWW.exe/Stg/5-01.htm (дата обращения: 19.04.2019).
4. Здравоохранение в России. Стат.сб. 2001. М.: 2001 / Росстат. [Электронный ресурс]: URL: http://www.gks.ru/bgd/regl/B01_34/Main.htm (дата обращения: 18.04.2019).
5. Здравоохранение в России. Стат.сб. 2017. М.: 2017 / Росстат. [Электронный ресурс]: URL: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2017/zdrav17.pdf (дата обращения: 19.04.2019).
6. Исследование: курение стало причиной смерти более 280 тыс. россиян в 2015 году. 2017.// Антитабачная концепция Минздрава РФ. [Электронный ресурс]: URL: <https://tass.ru/obschestvo/4158151> (дата обращения: 20.04.2019).
7. Радаев В.В. Миллениалы на фоне предшествующих поколений // Социологические исследования 2018. № 3. С. 15-33.

МАЛЕНЬКИЕ СООБРАЖЕНИЯ ПО ПОВОДУ БОЛЬШИХ ПРОБЛЕМ ИНВАЛИДИЗАЦИИ ОБЩЕСТВА

SMALL THOUGHTS ON BIG ISSUES OF SOCIETY'S DISABILITY

Р.Т. Насибуллин

*Уфимский государственный
авиационный технический университет, г. Уфа*

R.T. Nasibullin

Ufa state aviation technical University, Ufa

На примере небольшого кейса рассматриваются актуальные проблемы инвалидизации населения в обществе; обосновывается вывод о том, что и увеличение количества медицинских учреждений, и рост численности медицинских работников, и даже многократное увеличение зарплаты медицинским работникам уступают в актуальности проблемам принципиального изменения культуры отношения между людьми и государством, отношения человека к самому себе, наших людей к своему здоровью, к болезням, к старости и инвалидности, сложившихся в процессе исторического развития.

In article on the example of a small case study discusses actual problems of disability in society; it is concluded that the increase in the number of medical institutions and increase the number of medical institutions, and even a manifold increase in the salaries of health workers concede the relevance of problems of a fundamental change in the culture of relations between people and government, the relationship of man to himself, of our people to their health, to disease, to old age and disability, formed in the process of historical development.

Ключевые слова: инвалидизация, здоровье, здравоохранение, социальная сфера, отношение человека к себе

Keywords: disability, health, health care, social sphere, attitude of a person to himself

Нет необходимости говорить, насколько важна проблема, которой посвящена наша конференция как с точки зрения теории, так и практики организации нашей жизни. Непосредственно и опосредованно она фактически касается всех сторон жизни каждого и общества в целом. В выявлении глубинных причинно-следственных связей между фактами и явлениями процесса инвалидизации населения, обеспечения здоровья общества и людей в обществе, какими незначительными бы ни казались эти факты и связи, они способны превратиться в полезную информацию не только для исследователя. Если даже тот или иной факт порой кажется случайным или незначительным, он имеет свое место во всеобщей связи явлений и процессов, а понимание его сущности зависит уже от силы духа исследователя. В русле обсуждаемых нами проблем представляет интерес следующее замечание Анри Пуанкаре: «...то, что представляется случайным для невежды, отнюдь не будет таковым для ученого. Случайность является, таким образом, как бы мерой нашего невежества...» [1].

Хотя Пуанкаре говорит как математик, однако это его замечание в полной мере относится и к исследованиям общественных процессов, а в нашем случае – к познанию сущности проблем инвалидов и инвалидизации общества. Не может быть здесь исключением и предмет наших исследований. Случайного как показателя нашего невежества хватает и в здравоохранении, и в понимании проблем инвалидов, и в организации общественной жизни в целом.

В качестве примера небольшой кейс. В ходе очередной поездки по нашей республике в качестве члена Общественного совета при министерстве труда и социальной защиты населения в одном из домов для пожилых людей состоялся разговор с пожилым пациентом. Понятно, что в таких поездках в подобных учреждениях не бывает простых разговоров о «ничтожных причинах», которые привели человека к сложившейся в его жизни ситуации. Но здесь пожилой

мужчина заплакал реальными слезами, поведав историю своей жизни последних лет. Его с супругой в этот дом определил сельсовет по причине того, что полученные в молодости травмы и старческие болезни привели к «ограничению жизнедеятельности». Трое сыновей, которые своими семьями живут в разных городах, не имеют возможности постоянно ухаживать за ними. Пожилая пара оказалась в ситуации «заброшенных». Его жизнь в этом доме вполне устраивал, когда они жили в отдельной комнате вдвоем с супругой, тоже пожилой и больной. Так или иначе поддерживали друг друга. Но вот у одного внука родился ребенок, и они увезли бабушку, чтобы она помогала ухаживать за ребенком. И он остался один.

Слезы у пациента совсем не от плохих условий и не от того, что он недоволен работой персонала. Он, как говорит медсестра, со слезами провожает каждого, кто оказывает ему хоть какой-нибудь знак внимания, даже тогда, когда измеряешь давление.

Это слезы другой природы. С одной стороны, очевидно, что здесь «совокупность всех общественных отношений», включая и особенности семейных отношений; здесь и особенности личности. В этом клубке противоречий, как мне думается, особое место занимают проблемы изменения в процессе исторического развития культуры отношения между людьми и отношения человека к самому себе, наших людей к своему здоровью, к болезням, к старости и инвалидности. В этом смысле будет справедливо считать, что до описываемого нами века у народов, проживающих на территории Башкирии, была своя культура совместной жизни, совместного ведения домохозяйства, в котором проживает семья, состоящая из нескольких поколений, младшие ухаживают за старшими. Уход за престарелыми, больными, инвалидами в этой традиционной культуре полностью является обязанностью семьи. Известно, что эта культура семейных отношений со временем, под воздействием вполне объективных явлений и процессов, меняется в сущности, переходит в другое состояние. «Переходит в другое состояние», как говорится, по жизни, хотя живет и долго еще будет жить в сознании людей.

Много самой разной информации об этих изменениях. В том числе информация о появлении в процессе исторического развития специальных домов для пожилых и инвалидов. В Башкортостане, например, в 1927 г. был один Дом для инвалидов на 60 мест и один Дом старости тоже на 60 мест. В 2016 г. число учреждений для престарелых и инвалидов составило 20 и мест в них – 6548 [2]. То есть, фактически за последние 90 лет число специальных учреждений увеличилось в 10 раз, а мест в них увеличилось в 54 раза.

Проблема заключается еще в том, что мы не можем сказать на основе этой информации ни о динамике роста численности инвалидов, ни об изменении внимания со стороны общественности и государства к проблемам инвалидизации, хотя очевидны некоторые весьма заметные положительные акценты. Например, принятие Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», реализация мер, предусмотренных различными программами, в том числе и ЦКП «Доступная среда», «Дети-инвалиды», активный процесс развития подготовки профессионалов в специальных учебных заведениях.

По мере развития социальной сферы заметно обостряется проблема отношения государства и общества к самим работникам социальной сферы, которые находятся в конечном звене большой цепи, связывающей инвалидов с обществом. Будь это проблемы здоровья или условий труда, организации и оценки их труда; подбор руководителя специфическими учреждениями и предприятиями, обладающего всеми качествами, необходимыми для успешного управления организацией в нашей сфере – это классическая задача, которую наука управления пытается решить с давних пор. Один из классиков этой науки Ф. Тейлор писал еще в начале XX века, что руководитель должен обладать девятью качествами: «...ум, образование, специальные познания, физическая ловкость или сила, такт, энергия, решительность, честность, рассудительность и здравый смысл, крепкое здоровье...» [3]. При этом классик добавил, что если найдете человека, который обладает тремя качествами, то его смело можно назначить руководителем.

Можно представить на основе этого подхода выбор руководителя медицинского учреждения с учетом особенностей выполняемых им функций. Можно взять за основу подход финских специалистов, которые предлагают подбирать руководителей на основе еще большего количества показателей. Есть и другие предложения. Ясно одно, что при любом подходе речь идет о том, что это, во-первых, очень сложная задача; во-вторых, требует к себе научного подхода, осуществление подбора на основе учета существенных качеств человека.

Здесь же группа вопросов, связанных с оценкой труда социальных работников. В реальной жизни практически нет системы социальной работы, качеством работы которой были бы в полной мере удовлетворены все пациенты. В зависимости от уровня понимания проблем лечения, специфики труда социального или медицинского работника, пациенты жалуются на социальную сферу во всех экономически развитых странах – будь это богатые страны или страны со скромным достатком.

Сравнивая общественные системы с точки зрения истории развития, необходимо наглядно показать разницу состояния социальной сферы во времени, потому что не все государства и не во все времена заботятся о своем населении с одинаковой последовательностью. Хотя, есть примеры из давних времен, когда в городах велся основательный учет людей, в том числе больных и здоровых, детей и пожилых, способных платить налоги и т.д. В средние века отличались в этом англичане. Являясь родоначальниками капиталистической системы воспроизводства, они были вынуждены создавать определенные условия существования людей, ибо только здоровый человек может полноценно трудиться над созданием прибавочной стоимости. Еще в 1662 г. вышла книга Джона Граунта «Естественные и политические наблюдения, перечисленные... по отношению к управлению, религии, торговле, росту, воздуху, болезням и другим изменениям названного города... и т.д.» [4]. В частности, он писал, что в Лондоне в среднем из 100 новорожденных до 6 лет доживает только 64 ребенка, ...до 26 лет доживает только 25 человек... а до 76 лет доживает только один человек из 100. Уже по названию книги видно, что рождаемость, смертность, проблемы дожития населения города автор рассматривает во взаимосвязи с разными сторонами жизни города – это и управление, и религия, состояние воздуха и болезни. Очевидно, что инвалидизацию, несмотря на ее специфические особенности, необходимо рассматривать в единстве со всеми другими проблемами развития общества. Отношения к инвалидизации могут перейти на качественно новый уровень только с изменениями в обществе в целом.

К сожалению, развал СССР не привел к преодолению бесплодия управленческой теории и практики в его приемнике – современном Российском государстве. Получилось почти как у известного писателя: наши так называемые «либералы» утверждали, что уйдет КПСС, придет счастье; не только КПСС ушла, но и страну потеряли, однако «счастье не пришло» – обеспечить переход отношения государства к человеку, человеку-инвалиду в том числе, на качественно новый уровень не получилось. Пока, во всяком случае.

С другой стороны, нужно понимать, что здесь многие проблемы из области социального времени: в каждый конкретный момент имеем дело «сегодня» с тем «вчерашним», который плавно переходит в «завтра». Хотя в общественном сознании до сих пор живут представления о том, что население СССР по многим показателям социально-экономического развития находилось в лучших условиях по сравнению с другими экономически развитыми странами, социальную сферу сюда можно отнести только условно, по определенным показателям.

На самом деле, историческая правда заключается в том, что наша страна в течение прошлого века, с одной стороны, выиграла по многим видам международных соревнований «по преодолению препятствий» разной сложности и высоты, превратившись из «лапотной России» в космическую державу, создав вторую по объему экономику в мире, отстаив свою свободу в войне против международного фашизма, создав основу новой, эффективной системы здравоохранения; с другой стороны, Россия – богатейшая по природным, научно-техническим и духовно-интеллектуальным ресурсам страна – проиграла в социальной политике, в обеспечении соответствующего уровня и качества жизнедеятельности населения. Получился исторический казус: рабоче-крестьянское, по определению, государство на деле заботу о рабочих и крестьян не смогло превратить в краеугольный камень фундамента своей политики. Больше того, продолжало углубляться противоречие между реальной жизнью и тем, что декларировалось руководством страны, трещина между словом и делом со временем превращалась в пропасть. На словах утверждалось, что цель производства при социализме – удовлетворение потребностей народа, а на деле «...с шестой по одиннадцатую пятилетку – не было случая, чтобы задания по выпуску важнейших видов продукции и сдача объектов в строй, намеченные пятилетним или годовым планом были выполнены полностью... с каждым годом на рубль приходилось все меньше и меньше предметов потребления в натурально-вещественном выражении. Важнейших видов продуктов питания и промтоваров первой необходимости в 1985 г. производилось на рубль национального дохода в два раза меньше, чем в 1965 г., и в 4-5 раз меньше по сравнению с 1950 г.» [5]. Это видно было и по показателям состояния здоровья населения.

Традиционно, и в советское время, и в постсоветский период наше внимание направляют на необходимость ускорения экономического развития, на научно-технический прогресс, начисто игнорируя тот неоспоримый факт, что наше отношение к природе, к природе человека неминуемо отражается на факторах, формирующих состояние его здоровья. В конечном счете сегодняшние ускоренные темпы изменения структуры заболеваемости и смертности, то, что в последние десятилетия на первый план активно выходят болезни органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, аллергические заболевания, злокачественные новообразования – это во многом совокупный результат нашей жизнедеятельности, в том числе и отношения человека к своему здоровью.

Системы социальной работы и здравоохранения, несмотря на специфику своей деятельности, на исключительную особенность объекта, содержания и характера труда, живет и функционирует в качестве элемента сложной

социальной системы. В силу сказанного, она представляет собой плоть от плоти этой системы со всеми отсюда вытекающими последствиями, не только ощущает результаты всего того, что происходит в этой системе, но и находится внутри этого «всего происходящего». Не достает только осознания этой ситуации как на уровне «верхов», которые не могут в полной мере учитывать в своих управленческих решениях специфику деятельности здравоохранения как социального института, так и на уровне «низов», интересы которых сводятся к тому, чтобы прожить веселую, полную приключений жизни без оглядки на влияние этого образа жизни на состояние здоровья с тем, чтобы потом во всех грехах обвинять медицину. Отсюда и проблема определения эффективности функционирования системы здравоохранения: проблема соотношения не только «цены» и «качества», как мы привыкли оценивать результаты любой другой деятельности. Проблема здесь еще и в превращении «количества» в «качество». Например, мы и в советское, и в постсоветское время говорили, говорим и, по-видимому, долго еще будем говорить об оплате труда социальных работников и работников здравоохранения. Если здоровье человека (и не только в обыденном сознании) бесценно, то как мы должны определить границу оценки труда врача, медсестры, уборщицы, обеспечивающих условия обеспечения этого самого здоровья? Однозначного ответа на этот вопрос пока нет. К слову сказать, ответа на этот вопрос нет и у англичан, и у шведов, и у немцев, качество медицинского обслуживания у которых считается лучше, чем у нас в стране.

Мы, как это было показано выше, рост числа построенных лечебных заведений относим к реальным достижениям власти по развитию системы социальной работы и здравоохранения. Но никто еще не может доподлинно сказать, улучшится ли в два раза показатель здоровья населения, сократится ли в три раза число инвалидов, если увеличим в три раза количества больниц в республике. А сколько быть оптимальное число больниц, других лечебных заведений? Пока мы сверху донизу живем в привычных представлениях о здравоохранении, которые сложились на том уровне, когда не было в стране и в республике элементарных медико-гигиенических и материально-технических условий, когда казалось, что вот понастроим больницы, заполним их койкоместами, специалистами и получим население, на все сто процентов свободное от острых проблем инвалидизации. Начнет ли малограмотный медицинский или социальный работник хотя бы на чуточку лучше исполнять свои обязанности, чуть более по-человечески начнут относиться друг к другу врач, социальный работник и и пациент-инвалид, если медработникам начнем платить в десять раз больше? Председатель Комитета Государственной Думы по охране здоровья Д.А. Морозов, выступая на Пленарном заседании XVI

Съезда партии «Единая Россия» (23.01.2017), сказал, что они сейчас вплотную занимаются «...проблемой возвращения медицинских кабинетов во все школы страны... при этом функциональная нагрузка будет рассчитываться как один специалист примерно на полторы-две тысячи учащихся. Но в каждой школе на постоянной основе должна быть медицинская сестра» [6]. Нужно отметить, что это – замечательная работа, которой вплотную занимается законодательный орган власти. Но докладчик вряд ли скажет нам о том, в скольких сельских школах у нас в республике можно будет набрать полторы-две тысячи школьников и как этот специалист будет выполнять свои обязанности, если такое количество школьников наберется в нескольких селах?

Увеличение койкомест в лечебно-медицинских учреждениях, необходимость постоянного увеличения числа которого было вызвано критически высоким уровнем заболеваемости населения в довоенный период истории республики и воспринималось в качестве показателя развития системы здравоохранения. Однако в дальнейшем, по мере сокращения заболеваемости населения в результате улучшения условий и качества жизни, по мере повышения эффективности работы системы здравоохранения число койкомест перестает быть основным фактором, определяющим состояние здоровья людей.

Список литературы

1. Анри Пуанкаре. О науке: пер. с франц. М.: Наука, 1983. С. 321.
2. Башкортостан в цифрах // Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Республике Башкортостан. Уфа: Китап, 2018. С. 364.
3. Управление – это наука и искусство / А. Файоль, Г. Эмерсон, Ф. Тейлор, Г. Форд. М.: Республика, 1992. С. 274.
4. Борисов В.А. Демография. М.: Издательский дом NOTABENE, 1999.
5. Валовой Д.В. Экономика абсурдов и парадоксов: Очерки – размышления. М.: Политиздат, 1991. С. 12-13.
6. Морозов Д.А. Цель у нас одна – охрана здоровья граждан России // Комитет Государственной Думы по охране здоровья. 23 января 2017 г. Доступ через: Komitet2-2.km.duma.duma.gov.ru/Novosti-Komiteta/item/97463/. (Дата обращения 09.10.2019).

ОСНОВЫ СЕМЕЙНОЙ ТЕРАПИИ* BASICS OF FAMILY THERAPY

З.Х. Саралиева
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*
Z.H. Saralievа
Lobachevsky University

Рассмотрена категория успешности семейной терапии, ее принципы как социально-психологического процесса; маршрутизация семейной терапии, ее конечная цель – формирование или воссоздание социальной субъектности семьи; многофункциональность и многофакторность, работа с семьей в трудной жизненной ситуации; риски-проблемы семей с ТЖС; эмпатия как взаимодействие социального работника и семьи.

The article considers the category of success of family therapy, its principles as a socio-psychological process; routing of family therapy, its ultimate goal-the formation or reconstruction of the social subjectivity of the family; multifunctionality and multifactors, working with the family in a difficult life situation; risks-problems of families with difficult life situation; empathy as the interaction of a social worker and family.

Ключевые слова: успешность семейной терапии, принципы деятельности акторов семейной терапии, многофункциональность и многофакторность семейной терапии, риски-проблемы, трудная жизненная ситуация, эмпатия

Keywords: success of family therapy, principles of activity of family therapy actors, multifunctionality and multifactorial nature of family therapy, risks and problems, difficult life situation, empathy

Успешность семейной терапии зависит от:

= принципов, определяемых основами социетально-социальной программы и конкретными законодательными актами семейной и демографической политики;

= принципов и методов профессиональной деятельности акторов терапии (социального работника, психолога, педагога, медика, юриста). Состав акторов может меняться в соответствии с характером трудной жизненной ситуации семьи (ТЖС).

* Подготовлено при поддержке гранта Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ) Конкурс проектов 2018 года фундаментальных научных исследований, проводимый РФФИ совместно с субъектами Российской Федерации. Тема: Здоровьесбережение в практиках современной Нижегородской семьи. Номер темы – 18-411-520002. Руководитель – З.Х. Саралиева.

В любом случае, главным действующим лицом в этой команде является социальный работник, который руководствуется следующими принципами в семейной терапии:

I. Семья рассматривается как система – как социальный институт и малая социальная группа. В этой связи причину ТЖС ищут, прежде всего, в полноте и качестве семейных функций, субинституциональных противоречиях и конфликтах, в сфере межинституционального взаимодействия семьи с институтами образования, труда, здравоохранения; в проблемах внутрисемейных отношений; в условиях жизнедеятельности семьи.

Многие сложности современной семьи в обеих ее ипостасях проистекают из ведущего, на наш взгляд, противоречия между институтом семьи и социальной инерцией социума, расхождения функционально-ценностных требований, предъявляемых семье социумом, и динамикой семейных практик: реального семейно-брачного поведения людей, детско-родительских отношений, вынужденной, а нередко и добровольной, семейной дисфункциональности.

Взаимодействие с социумом семьи по поводу ее трудной жизненной ситуации можно расписать в следующей поэтапной маршрутной линейке преодоления: функциональной недостаточности – дисфункциональности (частичной или полной) – превращения в группу риска – распада семьи как институциональной системы.

Данное взаимодействие вписывается в важнейшую функцию семьи – самосохранительную/здоровьесберегающую. Она обеспечивается:

= во-первых, умением подпитываться (лучше по максимуму) от внешней среды через межинституциональное взаимодействие, в нашем случае в партнерстве с профессионалами социальной терапии; во-вторых – противостоянием негативным влияниям внешней среды;

= самоидентификацией и в качестве социального института, и малой социальной группы, которая предполагает осознанное и ответственное функционирование без существенных пробелов в сформированности системы функций;

= адекватной оценкой своих потребностей и возможностей, постоянного наращивания семейного капитала во всех его формах;

= ориентацией на модель самостоятельного обеспечения жизнедеятельности.

II. Многофункциональность и многофакторность семейной терапии.

= Сама семья многофункциональна. Отсюда возможность и многофункциональность проблем и рисков, сложных жизненных ситуаций,

которые могут развиваться из неблагополучия любой функции (социализации, хозяйственно-бытовой, психолого-эмоциональной и др.)

= Одному социальному работнику не справиться, он сам подбирает команду специалистов, поэтому успешность терапии во многом зависит от его профессионализма / опыта работы (знает, кто необходим в конкретном случае; уметь коммуницировать, вовлечь в команду кого-то на определенный этап, кого-то на весь период; несет ответственность за действия команды или её смену). Но, к сожалению, не везде, не на всех территориях есть возможность собрать команду в необходимой полноте состава, тем более на длительный срок. На помощь приходят современные технологии, но они годны преимущественно для такой методики, как консультирование (не в последнюю очередь, самих социальных работников).

III. Социальный работник вместе с созданной им командой по заявительному (опасность его абсолютизации) и/или выявительному принципу осуществляет терапию на всех этапах, на которых он «принимает» семью. Отсюда маршрут его действий: превенция ситуации – диагноз (медико-психолого-социальный) – определение эпицентра ситуативной или пролонгированной/запущенной проблемы – терапия – функциональная реабилитация семьи – достижение позитивного семейного взаимодействия – восстановление / формирование социальной субъектности семьи.

IV. Риски-проблемы, вызывающие (реально/потенциально) трудную жизненную ситуацию семьи:

- * экономическое положение, жилищная обустроенность;
- * состояние здоровья, хронические заболевания, инвалидность; профессиональные заболевания, производственный травматизм;
- * экологические, техногенные катастрофы, стихийные бедствия (лишение крова, работы, потеря близких);
- * занятость vs безработица, ищущие работу;
- * миграция (проблемы трудоустройства, социокультурный языковой барьер, бытовая неустроенность);
- * структурная ущербность семьи (неполные семьи);
- * монородительские семьи;
- * проблемы расширенных семей;
- * межпоколенные отношения без совместного проживания;
- * проблемные детско-родительские отношения;
- * патернизация старших детей;
- * агрессия и насилие в семье;

* проявления разного рода отклоняющегося поведения членов семьи или девиантность всей семьи;

* противоречия между карьерой и семьей (не обязательно только у женщин);

* проблемы, связанные с институтом образования (школа: успеваемость, отношения с одноклассниками и учителями; доступность высшего образования).

V. Внимание не только к проблеме семьи, но и к ее интерпретации семьей-клиентом, нередко ошибочной. Это требует в семейной терапии:

= воздействия на объективные условия возникновения ситуации (сложной, трудноразрешимой, иногда тупиковой) – то, что называем опосредованной социальной терапией;

= непосредственной социальной терапии в двух направлениях:

1) У. Томас еще в 1928 г. в своей работе «Ребенок в Америке» («The Child in America») писал: «Если люди определяют ситуации как реальные, то они реальны по своим последствиям» [1, с. 457]. Подчеркну, *по последствиям*, то есть, возможно, не просто *восприятие* семьей своей ситуации как сложной, не преодолимой только своими силами, но и соответствующее *поведение*, принимаемые *способы самозащиты*. Прежде всего, добиться адекватного восприятия клиентом своей ситуации, чего часто не бывает (это главное препятствие в любой, в том числе и семейной терапии). Семья может отрицать вообще наличие ситуации и поэтому отказаться от взаимодействия с социальным работником. Возможна недооценка остроты положения и попытки решить проблему без вовлечения специалистов, своеобразное «социально-психологическое самолечение», последствия которого не прогнозируемы. Наконец, многие семьи, особенно впервые оказавшиеся в сложной ситуации, впадают в панику, преувеличивая уровень опасности, отказываются от какого-либо усилия для разрешения проблемы.

2) приведя в соответствие сложность семейной проблемы и ее восприятия, оценки семьей, приступить к реализации семейной терапии.

VI. Важнейшее качество семейного терапевта (и любого из членов созданной команды) – эмпатия. Нередко эта категория теории и практики социальной работы трактуется упрощенно – только как способность понять, войти в положение семьи, то есть в каком-то роде разделить ее боль, страх, неуверенность. Как мы говорим, «влезть в чужую шкуру», а британцы – «в чужие башмаки». Это – необходимое условие вообще социально-психологической терапии, но недостаточное. Главное, создать повод, чтобы разделить успех, достижение, радость семьи, для чего социальный работник

должен уметь внушить клиенту позитивное настроение, вдохновить, поддержать.

Следовательно, категорию эмпатии следует рассматривать как *взаимодействие*, исходя из главного принципа системы социальной работы – субъект-субъектной парадигмы в отношениях клиента и социального работника.

Социальный терапевт – не только «сочувствующий», не «плакальщик» без надежды на устранение проблемы, а «акушер» при рождении интенции клиента, готовности его к реализации своей социальной субъектности.

Список литературы

1. Козер Л.А. Мастера социологической мысли. Идеи в историческом и социальном контексте / Пер. с англ. Т.И. Шумиловой; Под ред. д.ф.н., проф. И.Б. Орловой. М.: Норма, 2006. 528 с.

ВИТОСТРАТИФИКАЦИЯ НАСЕЛЕНИЯ СТОЛИЧНОГО МЕГАПОЛИСА VITOSTRATISIERUNG DER BEVÖLKERUNG DER HAUPTSTADT

Г.Г. Силласте
Финансовый университет
при Правительстве Российской Федерации, г. Москва
G.G. Sillaste
Financial University
under the Government of the Russian Federation, Moscow

Автор вводит новую социологическую категорию витостратификация как разновидность стратификации социальной, анализируя ее на примере нетрудоспособного населения столичного мегаполиса и факторах, обуславливающих их продолжительность жизни.

The author introduces a new sociological category of vitostratification as a type of social stratification, analyzing it on the example of the disabled population of the capital's metropolis and the factors that determine their life expectancy.

Ключевые слова: витостратификация, нетрудоспособное население, витостраты столичный мегаполис

Keywords: vitostratification, incapacitated population, vitostratized metropolitan area

О социальном конструировании витостратификации

Проблема продолжительности жизни, захватывая все новые сегменты научного познания и социологической диагностики, ставит немало новых вопросов, в том числе и теоретико-прикладных. К такому выводу подвел нас завершённый социологический проект «Детерминантные факторы продолжительности жизни нетрудоспособного населения столичного мегаполиса в условиях рыночной экономики» [1], выполненный в Департаменте социологии, истории и философии Финансового университета при правительстве РФ. Проект вывел на новый предмет исследования – витостратификацию и задачу уточнения категории «нетрудоспособное население» мегаполиса.

Анализ эмпирических массивов и теоретических обоснований позволил дать следующее определение *витостратификации*, в основе которой критерий состояния здоровья населения с соответствующими индикаторами, отражающими изменения параметров жизнеспособности личности, поддерживающих ее трудоспособность и активный образ жизни. Витостратификация как вид социальной стратификации заключается в неравномерном распределении прав и привилегий, ответственности и обязанностей, наличие социальных ценностей, власти и влияния среди членов сообщества.

Стратификация населения по уровню здоровья позволяет более углубленно анализировать когорты нетрудоспособного населения для социального конструирования витостратификации. В его основе пять индикаторов:

1) *демографический* – возраст выхода на пенсию как показатель правового и социологического характера, отражающий установленную законом возрастную черту длительности выработанной человеком трудоспособности, оплачиваемой государством в форме заработной платы.

2) *медицинский* – актуальное состояние здоровья человека, который не по своей воле лишается (частично или полностью) трудоспособности и соответствующего устойчивого уровня доходов. Человек вынужденно переходит в другую *инвалидную*, социально-статусную группу людей «с ограниченными возможностями».

3) *институциональный* – вышедший на пенсию переходит в социально-статусную группу пенсионеров. В случае серьезных проблем со здоровьем приобретает статус инвалида соответствующей группы. Здесь и появляется стратификационная дифференциация населения на витостраты.

Социологически горожане-пенсионеры по состоянию здоровья – *пенсионеры работающие* (обладающие *остаточной* или *недоиспользованной*

работоспособностью) и неработающие (полностью вышедшие на заслуженный отдых и не совмещающие его с трудовой деятельностью).

4) индикатор – *ограниченной трудоспособности* – пенсионеры с инвалидностью (относящиеся к страте «ограниченных возможностей»). Витостратификация группы инвалидов трехуровневая: отличаются состоянием здоровья и степенью трудоспособности.

5) критерий витостратификации – *адаптационный*: способность личности к самообслуживанию.

На базе выделенных критериев витостратификации населения были сконструированы две объект-исследовательские группы: работающее и неработающее нетрудоспособное население с дифференциацией позиций по витостратам: пенсионеры работающие, неработающие и инвалиды с последующей дифференциацией позиций витострат по гендерной, возрастной и образовательной структуре.

Социальный потенциал витострат как характеристика их социологического портрета

Социальный потенциал – это характеристика социальных и профессиональных свойств определенной социальной общности. В его основе заложено понимание человека типа Homo creator (человек-творец). Чем выше продолжительность жизни и сохранение здоровья человека, тем дольше в нем сохраняется потенциал «креатора».

Каков социальный потенциал витострат по уровню трудоспособности и включенности в трудовую сферу в Москве? 1.2 млн. инвалидов, из них 930 тыс. – пенсионеры. За 2018 г. в столице трудоустроены 84% инвалидов, желавших работать (в 2011 г. было 52%).

Среди нетрудоспособного населения столичного мегаполиса 51% с высшим образованием, из которых около 5% – доктора и кандидаты наук, профессора и доценты. 5% имеют неоконченное высшее образование, каждый третий (31%) средне-техническое и всего 13% – полное среднее. По образовательному уровню витостраты нетрудоспособного населения столичного мегаполиса обладают качественной социально-профессиональной подготовкой, не совпадающей с представлениями о нетрудоспособном населении 20-летней давности.

Важная социальная особенность современных, особенно-городских пенсионеров, состоит в поколенческой смене нетрудоспособного населения. Сегодня это когорта первого и второго послевоенного советского поколения – людей образованных, социально динамичных и деятельных.

Позволю ввести понятие «остаточный социальный потенциал» нетрудоспособного населения. В столичном мегаполисе его продолжительность

достигла 75-80 лет. Куда переадресуется оставшийся социальный, в том числе, трудовой, потенциал витострат?

Неработающие пенсионеры составляют 51%, работающие – 37.2% (12% род занятости или отсутствие таковой не указали). Абсолютное большинство заняты в государственном секторе экономики – 76%, в частном – 17%; в смешанном – всего 7%.

Как подтвердило наше исследование, витостраты нетрудоспособных москвичей после выхода на пенсию и обретения вынужденного ограничения физических возможностей «переформатировали» свою трудовую занятость.

В этой связи актуализировалась задача конструирования современного городского пространства как среды активных форм не только трудовой, но и досуговой деятельности нетрудоспособного населения как пространства укрепления здоровья, развития спорта, спортивной и социокультурной самозанятости.

Москва сегодня является мегаполисом не только высокой интенсивности трудовой занятости, но и продлевающим жизнь. Средняя продолжительность жизни в Москве – 78 лет (РФ – 73, регионы – 68.5). За последние 9 лет продолжительность жизни выросла на 4 года.

Что помогает продлить жизнь нетрудоспособных в мегаполисе?

Социологический анализ позволил выделить 13 доминантных групп факторов, стимулирующих и продлевающих продолжительность жизни нетрудоспособного населения в мегаполисе. Среди них:

– *социально-рекреационные* – создание зон культурной, досуговой и спортивной рекреации нетрудоспособных, обустройство городского ландшафта с расширением зон доступности для нетрудоспособных.

– *экологические*, влияющие на здоровье и продолжительность жизни, усиление контроля за реализацией и производством экологически чистых продуктов в мегаполисе.

– *медицинские* – качество медицинского обслуживания, доступность медицинских услуг, индивидуальная ответственность за собственное здоровье.

– факторы *социальной безопасности* в урбанизированной среде.

Важным позитивным сдвигом в массовом сознании становится осознание собственной ответственности за состояние своего здоровья. Такую позицию выразили 82-83% респондентов: «нужно не только от государства требовать внимания к здоровью нетрудоспособного населения, но и самим заботиться о своем здоровье, чтобы поддержать жизнь». Индивидуальное осознание личной ответственности человека за свое здоровье и соответственно за продолжительность своей жизни – это новый и многообещающий социальный факт в эволюции общественной психологии и сознания.

Список литературы

1. Социологическое исследование «Детерминантные факторы продолжительности жизни нетрудоспособного населения столичного мегаполиса в условиях рыночной экономики» (проведен исследовательским коллективом ГГ. Силласте совместно с Департаментом социальной защиты населения Правительства Москвы. Научный рук. проф. Г.Г. Силласте, М., 2018).
2. Социологический энциклопедический словарь на русском, английском, немецком, французском и чешском языках. Ред. Г.В. Осипов. М.: Инфра-М., Норма, 1998. С. 347.
3. Социологическая энциклопедия в 2-х томах. Научный руководитель Г.Ю. Симагин. Том 1. М.: Мысль, 2003. С. 282.

О МЕТОДИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМАХ ИЗУЧЕНИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ **METHODOLOGICAL PROBLEMS OF STUDYING HEALTHY BEHAVIOR**

Г.Г. Татарова, А.В. Чиркова
*Федеральный научно-исследовательский социологический центр РАН,
г. Москва*

G.G. Tatarova, A.V. Chirkova
*Federal Center of Theoretical and Applied Sociology
of the Russian Academy of Sciences, Moscow*

Актуализируются методические проблемы изучения здоровьесберегающего поведения (ЗСП) с целью реконструкции среди населения латентно существующих, качественно однородных по характеру ЗСП типологических групп. Особое внимание уделяется понятийному полю, в рамках которого изучается «здоровьесберегающее поведение», адекватности переменных, используемых для измерения, а также основаниям выделения типологических групп. В качестве одного из них предлагается баланс/дисбаланс между реальным поведением и установками на ЗСП.

Methodical problems arise in studying health-saving behavior (HSB) for the purpose of reconstruction latent and qualitatively homogeneous according to character of HSB typological groups among the population. Special attention is paid to the conceptual field of «health-saving behavior», adequacy of variables, which are used for measurement, and also bases for typology. As one of them balance/disbalance between real behavior and attitudes towards HSB.

Ключевые слова: здоровьесберегающее поведение, компоненты здоровьесберегающего поведения, измерение здоровьесберегающего поведения, типологический анализ, основание типологии

Keywords: health-saving behavior, components of health-saving behavior, measurement of health-saving behavior, typological analysis, basis for typology

1. *Понятийное поле*, в рамках которого изучается поведение, связанное со здоровьем, включает различные понятия. Наряду со «здоровьесберегающим поведением» (ЗСП) используется «самосохранительное поведение», которое определяется как система действий и установок личности, направленных на сохранение здоровья в течение полного жизненного цикла и увеличения продолжительности жизни индивида [1, с. 320; 2, с. 24; 3, с. 53]. Самосохранительное поведение – это сознательная деятельность индивида, направленная на поддержание оптимальных параметров биологического, психологического и социального здоровья и минимизацию субъективно осознаваемых рисков [4, с. 24; 5, с. 102]. Предлагается и понятие «здравоохранительное поведение» как «практическая реализация сознательного отношения человека к своему здоровью как к социальной ценности, направленность его поведения на охрану и укрепление своего здоровья, а также здоровья окружающих его людей, на профилактику его нарушений, на ведение здорового образа жизни» [6].

В англоязычной литературе используется понятие «здорового» поведения (health behavior) [7], определяемое как деятельность, осуществляемая в целях сохранения или улучшения здоровья, предотвращения проблем со здоровьем или достижения внешней привлекательности (репрезентация здоровья как цель связанного со здоровьем поведения упоминается также в работе [8, с. 33]). «Здоровое» поведение направлено не только на предотвращение заболеваний и травм или на продление жизни. Сюда также относятся попытки людей с хроническими заболеваниями контролировать свое состояние с помощью диеты, упражнений, лекарств. По мнению В.К. Кокерхайма, исследовательское внимание в социологии сосредоточено не на «здоровом» поведении личности, а скорее на трансформации такого поведения в его агрегированную форму – «здоровые» стили жизни (health lifestyles) [7; 9, с. 55]. Определяемые как коллективные паттерны поведения, связанного со здоровьем, они основаны на выборе того или иного варианта поведения из доступных вариантов, обусловленных жизненными обстоятельствами.

«Здоровьесберегающее поведение» как собирательное понятие включает все рассмотренные выше аспекты.

2. *Социологические модели* изучения ЗСП включают, как минимум, три составляющие (исходя из приведенных выше дефиниций). Во-первых, это структурные *компоненты* ЗСП (здоровый образ жизни; контроль над здоровьем; минимизация рисков, связанных с вредом для здоровья). Во-вторых,

установки (место здоровья в системе ценностей, установки на заботу о здоровье). В-третьих, *условия жизни* (состояние здоровья, условия работы/учебы, жизни в целом). Полагаем, что одна из целей, для достижения которой выстраиваются такие модели, – реконструкция среди населения качественно однородных по характеру ЗСП типологических групп с оценкой степени их распространенности и поиском факторов, детерминирующих их существование.

3. *Реализация моделей* предполагает решение множества методических проблем, одна из них – адекватность переменных, в частности, для измерения показателей ЗСП. Приведем пример традиционного вопроса [10]: «*Что Вы предпринимаете для того, чтобы сохранить здоровье?* (позиции: *не курю, не злоупотребляю алкогольными напитками, слежу за своим питанием, стараюсь больше двигаться, соблюдаю режим сна и отдыха, заболел, сразу обращаюсь к врачам, посещаю врача в профилактических целях*)). Даже в ситуации одномерного анализа возникают проблемы интерпретации результатов опроса. Например, респондент старается больше двигаться. Но если у него есть противопоказания к большим физическим нагрузкам, то не известно, можно ли назвать его поведение здоровьесберегающим. Более того, наличие одних позиций (см. вопрос) в ответе респондента может компенсировать отсутствие других. Как оценивать ЗСП того, кто курит, но при этом не злоупотребляет алкогольными напитками, следит за своим питанием, старается больше двигаться? В ситуации многомерного анализа введение показателей ЗСП становится проблемой, поэтому зачастую исходят из достаточно простых моделей. Например, «здоровое» поведение молодежи измеряется с помощью только двух переменных – потребления фастфуда и курения [11, с. 234-237]. Известны попытки измерения ЗСП с использованием таких переменных, как состояние здоровья, питание, занятия физкультурой и спортом, наличие вредных привычек [12; 13]. В идеале ЗСП – это отказ от курения и злоупотребления алкогольными напитками, здоровое питание, физические нагрузки, прохождение диспансеризации и обращение к врачам в случае болезни/недомогания.

4. *Типологические группы*, качественно однородные по здоровьесберегающему поведению, могут выявляться по разным основаниям. В качестве одного из них особый интерес представляет характер *баланса/дисбаланса* между установками на ЗСП и «здоровым» поведением на индивидуальном уровне. Существуют примеры [14, с. 497-498] сравнения ответов на вопрос «*Самое важное, что следует делать людям, таким как Вы, чтобы оставаться здоровыми*» с практиками здоровьесберегающего поведения. Респонденты утверждали, что *упражнения и здоровое питание* важны, но немногие могли отнести это к себе. Доля тех, кто считает *отказ от*

курения важным для сохранения здоровья, значительно превышает долю некурящих. В то же время, хотя относительно немногие оценивали *поддержание оптимального веса и посещение врача* как важные условия сохранения здоровья, практики такого поведения оказались достаточно распространенными. О влиянии *отдельных* поведенческих факторов на состояние здоровья известно многое, но нет достаточных данных об их совместном воздействии. Минимизация рисков (один из компонентов ЗСП) возможна только при *сочетании* определенных характеристик «здоровых» стилей жизни. Ряд авторов [15, с. 163-169] на основе данных 15 исследований, охвативших более 500 тыс. человек, обосновали, что наличие хотя бы *четырех характеристик «здоровых» стилей жизни из пяти* (отказ от курения, умеренное употребление алкоголя, здоровое питание, регулярные физические нагрузки и поддержание оптимального веса) связано со снижением риска смерти на 66%.

5. *Опыт проведенных исследований* иллюстрирует, что необходима актуализация методических проблем, касающихся как познавательных возможностей различных переменных для измерения показателей здоровьесберегающего поведения, так и оснований внутренней дифференциации различных массовых социальных групп по характеру такого поведения. В большей степени актуализированы проблемы поиска факторов, детерминирующих «нездоровое» поведение в определенных социальных группах. Известны девять групп объяснений такого поведения [16, с. 349-362]: 1) депривация, неравенство и стресс; 2) небольшие выгоды от «здорового» поведения в долгосрочной перспективе; 3) скрытые закономерности (например, влияние образования); 4) классовые различия; 5) недостаток знаний и доступной информации о рисках; 6) эффективность и организации (к этой группе относят, в частности, поиск инновационных средств изменения поведения); 7) содействие «здоровому» поведению; 8) возможности местных сообществ (так, в бедных районах больше ресторанов быстрого питания); 9) социальная поддержка, социальная сплоченность и социальное влияние. Немало исследований посвящено влиянию семейного положения на «здоровое» поведение [17], влиянию социальных связей на «здоровое» поведение на разных стадиях жизненного пути [18].

Список литературы

1. Антонов А.И. Микросоциология семьи. М.: ИНФРА-М, 2005. 368 с.
2. Журавлева И.В. Отношение к здоровью индивида и общества. М.: Наука, 2006. 238 с.

3. Назарова И.Б. Здоровье занятого населения. М.: МАКС Пресс, 2007. 526 с.
4. Вангородская С.А. Самоохранительное поведение: проблема содержания понятия в отечественной социологии // Среднерусский вестник общественных наук. 2017. №4. С. 20-29.
5. Шушунова Т.Н. Самоохранительное поведение: методологические основания исследования // Вестник Белорусского национального технического университета. 2009. №5. С. 101-106.
6. Волкова М.Б. Здравоохранительное поведение населения в условиях российских социально-экономических трансформаций. Автореф. дисс. ... канд. социол. наук. Саратов: 2005. 24 с.
7. Cockerham W.C. Health behavior // The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society / Edited by W.C. Cockerham, R. Dingwall, and S.R. Quah. John Wiley & Sons, 2014.
8. Lawton J. Lay experiences of health and illness: past research and future agendas // Sociology of Health and Illness. 2003. Vol. 25. P. 23-40.
9. Cockerham W.C. Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure // Journal of Health and Social Behavior. 2005. Vol. 46. P. 51-67.
10. Анкета по исследованию РОС, посвященному Году экологии в России // Российское общество социологов [Электронный ресурс]. URL: <http://www.ssa-rss.ru/files/File/KomitetyROS/Ecosociologiya/Anketa%20God%20Ekologii.pdf> (дата обращения: 08.06.2019).
11. Porter L.C. Incarceration and post-release health behavior // Journal of Health and Social Behavior. 2014. Vol. 55. P. 234-249.
12. Выборочное наблюдение поведенческих факторов, влияющих на состояние здоровья населения 2018 // Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. URL: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/ZDOR/Factors2018_2812/index.html (дата обращения: 18.06.2019).
13. Самоохранительное поведение как фактор здоровья – 89 // Единый архив экономических и социологических данных [Электронный ресурс]. URL: sophist.hse.ru/db/opview.shtml?ID_S=3753&T=m (дата обращения: 18.06.2019).
14. Merrill R.M., Friedrichs M., Larsen L.D. Perceptions of healthy behaviors versus health practices // Health Promotion Practice. 2002. Vol. 3. P. 497-500.
15. Loef M., Walach H. The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all cause mortality: a systematic review and meta-analysis // Preventive Medicine. 2012. Vol. 55. P. 163-170.
16. Pampel F.C., Krueger P.M., Denney J.T. Socioeconomic disparities in health behaviors // Annual Review of Sociology. 2010. Vol. 36. P. 349-370.
17. Fuller T.D. Relationship status, health, and health behavior: an examination of cohabiters and commuters // Sociological Perspectives. 2010. Vol. 53. P. 221-246.
18. Umberson D., Crosnoe R., Reczek C. Social relationships and health behavior across the life course // Annual Review of Sociology. 2010. Vol. 36. P. 139-157.

**СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СЕРБИИ:
СОСТОЯНИЕ И ТЕНДЕНЦИИ
HEALTH CARE SYSTEM IN SERBIA:
STATE OF THE ART AND TRENDS**

Л.Л. Толвайшис
Университет «Унион – Никола Тесла», г. Белград, Сербия
Leonas Tolvaišis
University “Union – Nikola Tesla”, Belgrade, Serbia

Представлен обзор основных тенденций развития системы здравоохранения Сербии. Рассматриваются особенности внедрения Интегрированной информационной системы здравоохранения и её влияние на качество услуг здравоохранения. Представлено соотношение государственной и частной систем здравоохранения. Выделены проблемы реализации права граждан на медицинскую помощь и кадрового обеспечения системы здравоохранения.

The article reviews the main current trends in the development of the health care system in Serbia. It highlights the peculiarities of introduction of the Integrated Health Information System and its impact on the quality of health care services. The interrelation of state and private health care systems is presented. The article summarises key problems in the realisation of citizens' right to medical assistance and resulting brain drain and lack of human resources in health care.

Ключевые слова: медицина Сербии, система здравоохранения Сербии, право на медицинскую помощь, кадровое обеспечение системы здравоохранения

Keywords: medicine in Serbia, Health care system of Serbia, right to medical assistance, human resources in health care

Уровень расходов на здравоохранение в Сербии (свыше 9% ВВП) [1] сопоставим со средними показателями ЕС. Тем не менее, в Сербии расходы на нужды здравоохранения по паритету покупательной способности на душу населения составляют 987 евро, что значительно уступает европейским показателям [2]. В Европейском индексе потребителей услуг здравоохранения (Euro health consumer index, EHCI) Сербия находится на тревожно низком уровне по непосредственным показателям качества услуг здравоохранения, здоровья граждан и исхода лечения, ввиду высокой смертности больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, низкой степени выживания больных раком и распространённости больничных инфекций. По объёму и охвату услуг Сербия находится на наиболее низких позициях, ввиду неудовлетворительных показателей проведённых операций катаракты на 100 тыс. жителей старше 65

лет, пересадок почек, долгосрочного ухода за пожилыми лицами и распространённой неформальной оплаты врачебных услуг [3].

В 2018 г. Сербия поднялась в рейтинге ЕНЦИ с 24 на 20 место благодаря внедрению Интегрированной информационной системы здравоохранения, в основу которой положено программное обеспечение, позволяющее объединить все медицинские учреждения страны в единую сеть. Система позволяет врачу общей практики назначать для пациента осмотр у врача-специалиста, что призвано способствовать повышению качества обслуживания пациентов и сокращению очередей. На практике внедрение системы осложнило доступ пациентов к услугам врачей-специалистов. К интегрированной системе подключены не все больницы; не все поликлиники, особенно в сельских районах, снабжены необходимым оборудованием и располагают обученными кадрами.

В случае отсутствия свободных дат приёма на ближайший месяц, возможность бронирования на более поздний срок нередко не предусмотрена. Вынужденная необходимость повторного посещения пациентом врача общей практики спустя месяц замедляет процесс постановки диагноза и назначения терапии. Листы ожидания являются основной причиной низких рейтингов системы здравоохранения Сербии. Так, по состоянию на 1 июля 2019 г. 60.870 пациентов числилось в списках ожидания обследований и операций [4]. Дольше всего граждане Сербии ожидают операций бедра, колени, катаракты и катетеризации сердца. Больше всего пациентов ожидает операции катаракты, бедренной кости и колени. Наличие масштабных списков ожидания благоприятствует коррупции. Листы ожидания составляются не только на операции, но и на осмотры специалистов. Поскольку в провинции очереди короче, чем в столице, вследствие отсутствия законодательной возможности лечиться не по месту жительства пациенты нередко вынуждены временно менять прописку. Таким образом, модель управления и мощности государственной системы здравоохранения не гарантируют гражданам, в течение трудовой жизни платившим взносы страхования здоровья, возможности оперативной реализации права на лечение, а внесение в списки ожидающих не является гарантией, что пациент дожждётся помощи.

Как следствие, половина населения страны прибегает к услугам частных клиник [5], цены услуг которых, как правило, несопоставимы со скромным размером пенсий. В Сербии сложились две обособленные системы здравоохранения – государственная и частная. В секторе частного здравоохранения занято примерно 3700 врачей, или свыше 10% от совокупного числа врачей в Сербии (30 тыс.). [6] Наблюдается рост числа частных клиник, оснащённых наиболее современным оборудованием магнитно-резонансной

томографии, ультразвуковой диагностики и пр. Частная система здравоохранения не интегрирована в государственную систему обязательного страхования здоровья и развивается по рыночным законам спроса и предложения. В итоге пациент, обращающийся к частному врачу, оплачивает медицинскую услугу дважды, т.к. не имеет возможности оплатить услуги частного врача за счёт собственных взносов на обязательное страхование здоровья.

Не менее серьёзны сложности в работе врачей. Врачи общей практики вынуждены работать в стрессовых условиях очередей и чрезмерной нагрузки. Норма приёма 34 пациентов в день нередко превышает вдвое, а 10-минутная продолжительность осмотра пациента зачастую недостаточна. Следовательно, в Сербии уже сегодня налицо недостаток кадров для эффективного функционирования подобного рода системы.

Неадекватные размеры заработной платы не способствуют мотивации работников сектора здравоохранения. Утечка умов в перспективе грозит обернуться серьёзным кадровым голодом. Большая часть специалистов в Сербии в целом, а в дефицитных областях (напр., педиатрии) в частности, старше 55 лет. Вследствие восьмилетнего моратория на врачебную специализацию выросла численность врачей общей практики, не начавших специализироваться. С 2015 г. положено начало процессу интенсивной выдачи разрешений на специализацию. Наблюдается безработица врачей общей практики и полная трудоустроенность врачей-специалистов.

Интеграция частного сектора здравоохранения в государственную систему страхования здоровья реализована лишь отчасти путём заключения соглашения между государственным и частным секторами здравоохранения. В 2017 г. подписано соглашение Республиканского фонда страхования здоровья с большинством частных глазных клиник об операциях катаракты [7]. Аналогичное соглашение подписано в области экстракорпорального оплодотворения. Назрела необходимость применения данной практики и в прочих областях. Интеграция частного сектора в систему обязательного страхования здоровья с возможностью выбора пациентом поставщика услуг здравоохранения может поспособствовать повышению качества медицинских услуг, сокращению листов ожидания и бремени, приходящегося на государственную систему.

Список литературы

1. World Bank. Current health expenditure (% of GDP). <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS>

2. Health at a Glance: Europe 2018-State of Health in the EU Cycle. Joint publication of the OECD and the European Commission. November 22, 2018. <http://oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm>

3. Health Consumer Powerhouse. Euro Health Consumer Index 2018. <http://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf>

4. Републички фонд за здравствено осигурање. Листе чекања – дневни пресек. http://rfzo.rs/index.php/index.php?option=com_content&view=article&layout=edit&id=987

5. Поповић О. Више од половине грађана Србије лечи се код приватника // Политика. 01.10.2009.

6. Нова економија. Хроничне болести српског здравства. Март 2018. <http://novaekonomija.rs/tekstovi/hroni%С4%8Dne-bolesti-srpskog-zdravstva>

7. Републички фонд за здравствено осигурање. Уговарање са даваоцима здравствених услуга. <http://rfzo.rs/index.php/davaocizdrusluga/ugovaranje-dzu>

СЕКЦИЯ 1

ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ: СОСТОЯНИЕ, ТЕНДЕНЦИИ, ПРОГНОЗЫ

ДОКЛАДЫ

САМООЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ РЕЦИПИЕНТАМИ ПОЧКИ И ПЕЧЕНИ SELF-ASSESSMENT OF QOL OF LIVER AND KIDNEY TRANSPLANT PATIENTS

О.П. Абаева

*Первый Московский государственный
медицинский университет им. И.М. Сеченова, г. Москва*

С.В. Романов, Е.Н. Рябова

*Приволжский окружной медицинский центр
Федерального медико-биологического агентства, г. Нижний Новгород*

О.П. Abaeva

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

S.V. Romanov, E.N. Ryabova

Volga district medical center, Nizhny Novgorod

Исследование проводилось по данным опроса 61 реципиента донорских органов (почки или печени) по опроснику SF-36. Респонденты были разделены на четыре группы с учетом давности операции: менее одного года, от одного года до трех лет, от четырех до шести лет и от семи до десяти лет. Сравнительный анализ осуществлялся при помощи критерия Манна-Уитни с последующим определением p_{value} . Установлено статистически значимое снижение интегрального показателя психологической составляющей качества жизни у реципиентов почки и печени в срок от одного до трех лет после операции по сравнению с более ранним и поздним периодами. Основной причиной снижения показателя явилось изменение по шкале Ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием (Role-Emotional).

The study was conducted according to a survey of 61 recipients of donor organs (kidney or liver) on the questionnaire SF-36. Respondents were divided into 4 groups based on the remoteness of the operation: less than one year, from one to three years, from four to six years, and from seven to ten years. Comparative analysis was carried out using the Mann-Whitney test with the subsequent determination of p_{value} . A statistically significant decrease in the integral index of the psychological component of QOL of kidney and liver transplant recipients was established in a period of one to three years after the operation, compared with earlier and more late

periods. The main reason for the decline was the change on the scale of role-playing due to the emotional state (Role-Emotional).

Ключевые слова: качество жизни, трансплантация органов

Keywords: organ transplantation, quality of life

В нашей стране активная клиническая работа по пересадке органов ведется на протяжении более десяти лет. За период с 2006 по 2017 г. центры трансплантации и органного донорства были созданы в 31 субъекте РФ, число ежегодно выполняемых в России операций по трансплантации почки возросло более чем в два раза, печени – в пять раз, сердца – в 22 раза [1], и в 2018 г. число наших соотечественников, живущих с пересаженными органами, превысило 14 тысяч человек [2]. Увеличение числа реципиентов органов и времени наблюдения за ними после операции подчеркивают актуальность исследований, посвященных качеству жизни данной группы пациентов. Подобные исследования широко проводятся в зарубежных странах [3], но число таких научных работ отечественных авторов до настоящего времени невелико [4].

Целью нашего исследования явилось проведение анализа качества жизни реципиентов почки и печени, являющихся пациентами регионального центра трансплантологии.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Федерального бюджетного учреждения здравоохранения «Приволжский окружной медицинский центр» Федерального медико-биологического агентства, где операции по трансплантации почки успешно выполняются с 2006 г., печени – с 2009 г. [5]. Опрос реципиентов почки и печени, наблюдающихся в центре трансплантации данной организации, проводился по анкетам SF-36. В исследовании приняли участие 61 пациент (27 реципиентов почки и 34-печени). Респонденты были разделены на четыре группы: в первую вошли пациенты, живущие с пересаженным органом на протяжении периода менее одного года, во вторую – от одного года до трех лет назад, в третью – от четырех до шести лет, в четвертую – от семи до десяти лет. Оценка достоверности проводилась путем расчета средней ошибки средней арифметической для малых выборок, сравнительный анализ – критерия Манна-Уитни.

Результаты. Согласно полученным данным, средние величины физической составляющей качества жизни реципиентов почки и печени, распределенные с учетом давности операции, оказались практически идентичными. Физическая составляющая качества жизни реципиентов печени в течение первого года после операции по пересадке в среднем составила

75,9±5,9 балла, у второй группы (до года до трех лет после операции) – 66,0±6,7 балла, у третьей группы (пациентов, перенесших операцию от четырех до шести лет назад) данный показатель увеличился до 75,8±6,6 балла, в последней группе средний балл самооценки пациентами своего физического состояния составил 74,7±7,7. Среди реципиентов почки данные распределились следующим образом: в течение первого года после операции физическая самооценка пациентов в среднем составила 76,6±2,6 балла, у второй группы (до года до трех лет после операции) – 59,9±7,6 балла, у третьей группы (пациентов, перенесших операцию от четырех до шести лет назад) данный показатель увеличился до 76,6±5,0 балла, в последней группе пациенты оценили свое физическое состояние на уровне 77,2±3,0 баллов.

Таким образом, у реципиентов почки и печени установлено снижение балла самооценки физического состояния в период от одного до трех лет после операции, однако сравнительный анализ не позволил выявить статистической значимости данного результата.

Распределения средних величин психологической составляющей качества жизни реципиентов почки и печени, представленные с учетом давности операции, также имели очевидное сходство. В течение первого года после пересадки печени среднее значение интегрального показателя составило 83,4±5,9, во второй группе наблюдалось его снижение до 65,6±6,7, а затем возрастание до 83,5±6,6 в третьей группе и стабильный уровень 80,3±6,8 в четвертой. У реципиентов почки, перенесших операцию менее одного года назад, среднее значение интегрального показателя составило 84,7±4,4 балла, у второй группы также имело место снижение до 60,3±7,3 балла и последующее повышение в третьей группе до 87,1±2,4 балла, у респондентов четвертой группы уровень самооценки психологического состояния составил 78,9±5,6 балла. При этом, в отличие от физического состояния, нами установлена статистическая значимость снижения уровня психологической самооценки у пациентов, перенесших операцию по пересадке почки и печени от 1 до трех лет назад, по сравнению с более ранним и более поздним периодами. При сравнении баллов анкет групп реципиентов почки, прооперированных в период от одного до трех лет назад и менее года назад, при помощи критерия Манна-Уитни p_{value} составил 0,048, а той же группы и реципиентов, живущих с пересаженными органами от четырех до шести лет, – 0,040. У реципиентов почки при сравнении баллов самооценки пациентов аналогичных групп p_{value} составил 0,48 и 0,38.

Обсуждение. Результаты нашего исследования свидетельствуют о возможности сохранения достаточно высоких показателей качества жизни для таких пациентов на протяжении длительного времени, что еще раз

подтверждает актуальность развития программ трансплантации органов. Наибольший интерес среди полученных нами результатов представляет снижение показателей физической и психологической самооценки у реципиентов почки и печени в период от одного до трех лет после операции. Однако для физической составляющей качества жизни в целом данное изменение не имело статистической значимости. В то же время более низкий уровень психологической самооценки реципиентов почки и печени в срок от одного до трех лет после операции по сравнению с более ранним и поздним периодами имело статистическую значимость. На наш взгляд, подобное свидетельствует о низком уровне эмоциональной готовности к выполнению повседневных обязанностей, что, вероятно, связано с длительным периодом нахождения в листе ожидания и послеоперационным периодом, когда наиболее значимой эмоциональной доминантой у пациента были его жизнь и здоровье.

Заключение. Трансплантация печени и почек дает возможность лицам, страдающим тяжелыми заболеваниями, поддерживать на достаточно высоком уровне качество жизни в течение многих лет. Наиболее значимой проблемой для реципиентов органов являются вопросы эмоциональной готовности к выполнению повседневных обязанностей в период от одного года до трех лет после операции, что требует проведения работы по психологической адаптации данной группы пациентов к социально активной жизни после трансплантации.

Список литературы

1. Готье С.В., Хомяков С.М. Донорство и трансплантация органов в Российской Федерации в 2017 году. X сообщение регистра Российского трансплантологического общества. Вестник трансплантологии и искусственных органов. 2018;20(2):6-28. <https://doi.org/10.15825/1995-1191-2018-2-6-28>
2. Готье С.В. Трансплантология 2008-2018: десять лет развития. Вестник трансплантологии и искусственных органов. 2018;20(4):6-7.
3. Yang LS, Shan LL, Saxena A, Morris DL. Liver transplantation: a systematic review of long-term quality of life. Liver international. 2014; 34(9):1298-1313. <https://doi.org/10.1111/liv.12553>
4. Шевченко А.О., Халилулин Т.А., МIRONKOV Б.Л., САЙТГАРЕЕВ Р.Ш., ЗАХАРЕВИЧ В.М., КОРМЕР А.Я., МУМИНОВ И.И., ГОТЬЕ С.В. Оценка качества жизни пациентов с трансплантированным сердцем. Вестник трансплантологии и искусственных органов. 2014;16(4):11-16. <https://doi.org/10.15825/1995-1191-2014-4-11-16>
5. Романов С.В., Абаева О.П., Смирнова Г.Ю. Пути совершенствования использования донорского ресурса в Нижегородской области. Трансплантология. 2018;10(1):15-22. <https://doi.org/10.23873/2074-0506-2018-10-1-15-22>

**АКТУАЛЬНЫЕ ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СМЕРТНОСТИ
НАСЕЛЕНИЯ В РОССИИ**
**ACTUAL DEMOGRAPHIC ASPECTS
OF POPULATION MORTALITY IN RUSSIA**

С.А. Ананьин
*Приволжский исследовательский медицинский университет,
г. Нижний Новгород*
S.A. Ananyin
*Privolzhsky research medical university,
Nizhny Novgorod*

Представлены данные статистики смертности населения в России за последние годы. Проведено сравнение российских и зарубежных показателей основных причин смертности. Выделены основные причины смертности в стране. Определены задачи и пути по снижению смертности населения.

The data of mortality statistics in Russia in recent years are presented. The comparison of Russian and foreign indicators of the main causes of death is carried out. The main causes of death in the country are identified. The tasks and ways to reduce mortality are defined.

Ключевые слова: демография, смертность населения, причины смертности

Keywords: demography, mortality, causes of death

На протяжении ряда десятилетий в России преобладала тенденция роста числа умерших и общего коэффициента смертности, обусловленных как старением населения, так и повышением в отдельные периоды интенсивности смертности.

Быстрый рост отмечался в 1992-94 гг., за которым последовал спад 1995-1998 гг., а затем возобновление роста. Наибольшее число умерших зарегистрировано в 2003 г. – 2 366 тысяч человек, или 16,4% [1]. После 2003 г. преобладала тенденция снижения, нарушавшаяся незначительным повышением в 2005, 2010 и 2014 гг. Сокращение числа умерших в 2012 и 2013 гг. было умеренным – менее чем на 2%, однако оно происходило при расширении критериев живорождения, которое в 2012 г. привело к росту числа умерших в возрасте до 1 года. В 2017 г., число умерших в России, без учета Крыма, составило 1 793 тысячи человек, что на 3,4% меньше, чем в 2016 г., и почти на четверть меньше, чем в 2003 г. Общий коэффициент смертности снизился до 12,4%. По данным оперативного учета, за 2018 г. было зарегистрировано 1 785 тысяч умерших. Общий коэффициент смертности составил, как и в 2017 г., 12,4% [2].

Наибольшее число смертей обычно приходится на зимне-весенние месяцы, чаще всего на январь. Исключением стал 2010 г., когда наибольшее число умерших было зарегистрировано в июле и августе – по 187 тыс. человек (на 13% и 20% больше, чем в те же месяцы предыдущего года), что было связано с экстремальными природно-климатическими условиями и широким распространением пожаров на многих территориях. Между тем, именно на август обычно приходится наименьшее число умерших [2].

Значение общего коэффициента смертности заметно различается по регионам России, что связано с различиями в интенсивности смертности и в половозрастном составе населения. В регионах с более высокой долей населения старших возрастов значение коэффициента выше, чем в регионах с высокой долей младших возрастных групп. В географическом пространстве России его уровень снижается от центральных и северо-западных регионов, в населении которых велика доля пожилых людей, к южным и восточным регионам, где она пока относительно невелика, а доля детей и молодежи выше.

Значение общего коэффициента за 2018 г., варьировалось от 3,0% в Республике Ингушетии до 16,8% в Тверской и Псковской областях. Высокими показателями отличаются и некоторые другие регионы Центрального и Северо-Западного федеральных округов. Так, в Новгородской, Тульской и Ивановской областях его значение в 2018 г. превысило 16%, во Владимирской и Орловской области практически достигло этого уровня.

В 32 регионах общий коэффициент смертности в 2018 г. был ниже среднего уровня по России в целом, причем в 5 из них (Ингушетии, Чечне, Дагестане, Ямало-Ненецком и Ханты-Мансийском автономном округе) – в 2 раза и более [2].

Важнейшей характеристикой смертности служит распределение умерших по причинам смерти, которая меняется со временем. Это обусловлено прогрессом (или регрессом) в области медицины, здравоохранения и качества жизни в целом и изменениями в половозрастном составе населения. Определенную роль играют и особенности классификации причин смерти [3].

В России, начиная с середины 1970-х гг. и до 2014 г., более половины смертей были обусловлены болезнями системы кровообращения. В отдельные годы (2007-2008) доля умерших от этого класса достигала 57%. В последние восемь лет сложилась тенденция её сокращения, усилившаяся в 2013-18 гг. Начиная с 2015 г., доля таких умерших составляет менее половины всех умерших и продолжает сокращаться. За 2018 г. она составила в России 46,3%. Болезни системы кровообращения являются основной причиной смерти во всех развитых странах мира, хотя доля умерших от них несколько ниже. Например, в ЕС-28 она составила 36,7% в 2015 г. [4].

Второе место по распространенности среди причин смерти занимают новообразования, хотя ранее они в России иногда «уступали» его внешним причинам, отодвигаясь на третье место. В 2013-2017 гг. новообразования являлись причиной смерти 16% умерших в России, примерно столько же – по предварительным данным за 2018 г. В 2000-е гг. преобладала тенденция умеренного роста доли умерших от новообразований, что вполне согласуется с тенденцией старения населения, однако пока эта доля не достигла значений, наблюдавшихся в начале 1990-х и второй половине 1960-х гг. Для сравнения отметим, что в ЕС-28 новообразования являются причиной смерти каждого четвертого умершего [4].

Третье место среди основных классов причин смерти населения России прочно удерживают внешние причины. В отдельные периоды – 1980, 1993-1996 и 1999-1905 гг. – они выходили на второе место, обуславливая до 15% и более от общего числа смертей. С началом XXI века их доля устойчиво сокращается. В 2008 г. она опустилась ниже уровня 1990 г. (11.8% против 12%), а в 2017 г. – до 8.4%. По данным за 2018 г., она продолжала снижаться, составив 7.2%. Тенденция сокращения доли смертей от внешних причин, чаще всего устранимых, благоприятна, но потери от них остаются слишком высокими. Кроме того, часть таких смертей классифицируется по другим классам – «Болезни системы кровообращения» и «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированных в других рубриках». В ЕС-28 доля умерших от внешних причин заметно ниже (4.6% в 2015 г.), и этот класс причин занимает четвертое место по распространенности после болезней органов дыхания.

Эти три класса причин смерти обуславливали более 80% смертей в России, начиная с 1980-х гг. и по 2012 г. В 2000-е гг. их вклад в общую смертность начал снижаться. По данным за 2017 г. на них пришлось 71.8% смертных случаев, а по данным оперативного учета за 2018 год – 69.4%. На другие основные классы – болезни органов дыхания, пищеварения и некоторые инфекционные и паразитарные заболевания до 2014 г. приходилось менее чем по 5% умерших [1; 5].

На перечисленные шесть основных классов причин смерти приходилось более 90% смертей, зарегистрированных в России в период наблюдения с 1970 по 2012 гг. (до 96% в 1980 г.). Начиная с 2013 г., их вклад в общую смертность довольно быстро снижается, опустившись в 2017 г. до 82%. По предварительным данным за 2018 г. он составил около 80%. До 1990-х гг. достаточно весомый, хотя и постоянно сокращавшийся, вклад в смертность россиян вносили болезни органов дыхания. В 1990-2000-е гг. сокращение продолжалось. С 2006 г. доля таких умерших стала ниже, чем от болезней

органов пищеварения и опустилась, хотя и с некоторыми колебаниями, ниже уровня 4%. За 2018 г., доля умерших от болезней органов дыхания составила 3.3%, как и по аналогичным данным 2017 г.

Доля умерших от болезней органов пищеварения, напротив, постепенно повышается. Если до 1990-х гг. она не достигала 3% от общего числа умерших, то в 2000-е гг. превысила 4%, поднявшись до 5.3% в 2015 г. В последующие годы она несколько снизилась, составив, по предварительным данным 2018 г. 5.1%.

Доля умерших от некоторых инфекционных и паразитарных болезней в России долгое время составляет менее 2%, но в последние годы появились некоторые признаки ее увеличения. В 2012-2014 гг. она насчитывала 1.7%, в 2015 г. – 1.8%, в 2016-17 гг. – 1.9%. По предварительным данным за 2018 г. доля таких умерших составила 1.7%.

Наряду с этими шестью основными классами причин смерти в России следует сказать и о некоторых других классах. Быстро растет число людей, умерших от болезней нервной системы. За последние пять лет доля умерших от этого класса причин увеличилась с 1.0% в 2012 г. до 5.6% в 2017 г. По данным за 2018 г., она повысилась до 6.2%, заняв четвертое место среди основных причин смерти и отодвинув на пятое место болезни органов пищеварения.

Растет и число умерших от болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (в основном, от сахарного диабета). В 2012 г. доля таких умерших составила 0.6%, а к 2017 г. возросла до 1.8%. По данным за 2018 г. она составила 2.3%.

Важно также отметить рост доли умерших от симптомов, признаков и отклонений от нормы, выявленных при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированных в других рубриках. В середине 1990-х гг. она лишь немного превышала 4%, в 2010-2011 гг. составляла около 5%, а затем увеличилась до 8% смертей, зарегистрированных в 2014 г. В последующие годы она понемногу снижалась, опустившись до 7% в 2017 г. Более половины смертей от этого класса причин обусловлены старостью (5.3% в 2017 г.). Определенное число смертей происходит по неустановленным причинам (1.6%) [1; 2; 5].

Для характеристики тенденций смертности используются различные коэффициенты, соотносящие численности умерших и живущих. В первую очередь поступает информация об общих коэффициентах смертности в целом и по основным классам причин смерти. По данным 2018 г., продолжала снижаться смертность от всех основных классов причин смерти, кроме болезней органов пищеварения, нервной и эндокринной системы, как это показывали и данные о числе умерших [2].

Смертность от отдельных причин заметно отличается по регионам России, что обусловлено как различиями в интенсивности смертности определенного типа, так и особенностями возрастной структуры населения. Наиболее высокие значения смертности от болезней системы кровообращения и новообразований характерны для Северо-Западного федерального округа, где велика доля населения старших возрастов. Смертность от внешних причин и болезней органов пищеварения выше всего в Дальневосточном округе с относительно молодым населением, от болезней органов дыхания – в Сибирском округе, от некоторых инфекционных и паразитарных заболеваний – в Сибирском и Уральском федеральных округах [2].

В основных классах причин смерти можно выделить заболевания, которые наносят наибольший урон. Среди болезней системы кровообращения выделяется, прежде всего, ишемическая болезнь сердца, которая является причиной смерти более половины умерших от болезней этого класса.

В классе некоторых инфекционных и паразитарных болезней особая роль принадлежит туберкулезу, на который до 2014 г. приходилось более половины умерших. В первой половине 2000-х гг. доля умерших от туберкулеза превышала 80%. Затем она стала снижаться, опустившись до 27% в 2017 г. и 25% за 2018 г.

По предварительным данным за 2018 г., смертность от туберкулеза (всех форм) снизилась по сравнению с аналогичными данными за 2017 г. с 5,5 до 6,5 на 100 тысяч человек. Смертность от кишечных инфекций осталась на том же уровне (0,2 на 100 тысяч человек), а смертность от других инфекционных и паразитарных заболеваний, включая вирусные гепатиты и болезнь, вызванную ВИЧ, увеличилась [2].

Несмотря на сохраняющуюся тенденцию снижения смертности от внешних причин, она по-прежнему вызывает особую озабоченность общества, поскольку во многих случаях эти причины вполне устранимы, а смертность от них остается более высокой, чем в большинстве развитых стран.

Имеющиеся данные свидетельствуют об изменении структуры данной смертности. По сравнению с серединой 1990-х гг. среди умерших от этого класса стало меньше жертв самоубийств, убийств, случайных утоплений и отравлений алкоголем. В то же время возросла доля умерших в результате транспортных несчастных случаев, повреждений с неопределенными намерениями и случайных падений. По итогам 2018 г., снизилась смертность от всех указанных групп внешних причин смерти, кроме случайных утоплений и прочих внешних причин. В более длительной ретроспективе можно говорить о достаточно устойчивых тенденциях снижения смертности от самоубийств,

транспортных несчастных случаев, убийств и случайных отравлений алкоголем.

Важным моментом является распределение умерших от основных классов причин смерти по возрастным группам. В 2017 г. почти каждый десятый умерший в России не дожил до возраста 45 лет, более трети не достигли возраста 65 лет, более половины возраста 75 лет [1; 5].

На основе данных о распределении умерших в 2017 г. по возрастам и численности населения по полу и возрасту, в среднем, можно оценить возрастные коэффициенты смертности от отдельных причин смерти.

Пути снижения смертности определяются целью и показателями Национального проекта «Здравоохранение» в соответствии с указом Президента Российской Федерации от 07.05.2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года».

Цель: повышение к 2024 г. ожидаемой продолжительности жизни при рождении до 78 лет (к 2030 г. – до 80 лет).

Федеральные проекты.

- ✓ Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи.
- ✓ Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями.
- ✓ Борьба с онкологическими заболеваниями.
- ✓ Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям.
- ✓ Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами.
- ✓ Методическое руководство национальными медицинскими исследовательскими центрами.
- ✓ Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ).
- ✓ Развитие экспорта медицинских услуг.

Задачи:

- ✓ Снижение показателей смертности населения трудоспособного возраста (до 350 случаев на 100 тыс. населения), смертности от болезней системы кровообращения (до 450 случаев на 100 тыс. населения), смертности от новообразований, в том числе от злокачественных (до 185 случаев на 100 тыс. населения), младенческой смертности (до 4,5 случая на 1 тыс. родившихся детей);
- ✓ Ликвидация кадрового дефицита в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь;

- ✓ Обеспечение охвата всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза в год;
- ✓ Обеспечение оптимальной доступности для населения (в том числе для жителей населенных пунктов, расположенных в отдаленных местностях) медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь;
- ✓ Оптимизация работы медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, сокращение времени ожидания в очереди при обращении граждан в указанные медицинские организации, упрощение процедуры записи на прием к врачу;
- ✓ Увеличение объема экспорта медицинских услуг не менее, чем в четыре раза, по сравнению с 2017 г. (до 1 млрд. долларов США).

Список литературы

1. Демографический ежегодник России. 2017 и предыдущие выпуски ежегодника. Режим доступа: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1137674209312 (дата обращения: 14.06.2019).
2. Естественное движение населения в разрезе субъектов Российской Федерации за январь-декабрь 2018 года. Режим доступа: http://www.gks.ru/free_doc/2018/demo/edn12-18.htm (дата обращения: 14.06.2019).
3. Демографический ежегодник России. 2017. С. 94.
4. Eurostat Database. Causes of death – deaths by country of residence and occurrence [hlth_cd_aro] (Last update 23.11.18. Extracted on 01.06.19).
5. Российский статистический ежегодник. 2018 и предыдущие выпуски ежегодника. Режим доступа: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1135087342078 (дата обращения: 14.06.2019).
6. Правительство России. Приоритетные проекты. Национальные проекты: ключевые цели и ожидаемые результаты. Режим доступа: <http://government.ru/projects/selection/741/35675/> (дата обращения: 14.06.2019).

**ВОЗДЕЙСТВИЕ ЭЛЕКТРОННО-ЦИФРОВЫХ УСТРОЙСТВ
НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ**
**INFLUENCE OF DIGITAL-TO-DIGITAL DEVICES
ON CHILDREN'S HEALTH**

А.А. Бесчасная
*Северо-Западный институт управления – филиал РАНХиГС
при Президенте РФ, г. Санкт-Петербург*
А.А. Beschasnaya
North-west institute of management – branch of RANEPА, Saint-Petersburg

Современные дети живут в динамично изменяющейся социокультурной среде, модифицированной информационно-коммуникационными технологиями, внедренными в повседневность детей, в их социальное пространство. Дети являются активными пользователями электронно-цифровых и мобильных устройств, которые вытесняют непосредственное общение и снижают двигательную нагрузку детей. Эти трансформации ежедневных социальных практик детей имеют пагубные последствия для их здоровья, что актуализирует необходимость формирования механизмов противодействия таким последствиям.

Modern children live in a dynamically changing socio-cultural environment, modified by information and communication technologies introduced into their daily lives and into their social space. Children are active users of digital and mobile devices, which crowd out direct communication and reduce children's motor workload. These transformations of children's daily social practices have detrimental consequences for their health, which makes it necessary to develop mechanisms to counteract such consequences.

Ключевые слова: здоровье, дети, электронно-цифровые устройства, информационные технологии

Keywords: health, children, electronic digital devices, information technologies

Современное общество имеет много характеристик, которые олицетворяют собой динамику перемен. Это такие описания, как «турбулентное общество», «общество рисков и неопределенностей», «ускользающее общество». Подобные представления связаны с преобразованием технологий, применяемых в производстве, экономике, повседневности. Технологические трансформации изменяют социокультурные условия жизни людей, их повседневные социальные практики, приобретают статус «обязательной опции». Повседневность современного человека трудно представить вне контента социальных сетей, мессенджеров, «приложений», чтения книг или прослушивания музыки на мобильных устройствах, удаленной мобильной работы «в домашнем офисе», обучения «в дистанте». Данные особенности

жизни особенно актуальны для детей, которые, родившись в определенное время, застают уже существующие обстоятельства жизни.

Современные изменения в виде электронно-цифровых устройств проникли во все сферы повседневной жизни детей. Практически с рождения ребенок погружается в мир гаджетов и сенсорных экранов, которые наделяются контролируемыми и развивающими функциями. Молодые родители уверены, что для успешного развития ребенка необходимо раннее опережающее знакомство с электронными устройствами. Производитель оперативно откликается на запрос потребителя, поэтому в настоящее время активно осваивается сегмент электронных игрушек для младенцев с 3-4 месяцев или, например, заменителей материнского присмотра – видео-няни [1]*. Самый распространенный возраст знакомства детей с электронными устройствами, по информации экспертов лаборатории «Касперского», – три года [2]. Дальнейшее взросление ребенка сопровождается еще большим проникновением как детей в электронный мир «за экраном», так и электронных устройств в жизнь ребенка. По данным NPD Group, исследующей рынок потребления, 31% детей в возрасте от 7 до 15 лет выбирают игрушки самостоятельно, при этом предпочтение отдается гаджетам и роботизированным игрушкам [3]. Живое непосредственное общение и игра со сверстниками заменяется цифровыми суррогатами.

Образование современных российских детей также претерпело изменения в связи с внедрением цифровых и интернет-технологий. В 2017 г. в России был принят образовательный проект «Цифровая школа», задачами которого было масштабное техническое оснащение школ с целью формирования у детей навыков работы с цифровыми технологиями [4]. В 2018 г., по данным Международной организации экономического сотрудничества и развития, Россия в 2018 г. пополнила тройку лидеров в признании школьного образования самым инновационным в мире. В отечественных школах обнаружилось самое высокое оснащение школ компьютерной техникой [5]. Информационно-коммуникационный тренд в России проявил себя в буме детских курсов по обучению программированию. По мнению специалистов-практиков, оптимальным возрастом для обучения является 8-9 лет, но есть прицел и на дошкольный период – уже сейчас детей с 4 лет учат простейшим языкам программирования и разработке игр [6].

* В подготовке данной статьи автор, учитывая научно-практический характер конференции, намеренно использовал фактологические сведения из деловых и общественно-политических периодических изданий издательского дома «Коммерсантъ», публикующих оперативную информацию о динамике общественной жизни и экспертные оценки о ней.

Медицинские исследования характеристик здоровья современных детей свидетельствуют о незаметно накапливаемом вреде здоровью, наносимом длительным контактом с электронно-информационными устройствами. Давно установлен вред нагрузки на зрение, статичного и длительного сидячего положения тела, нарушающего осанку человека, снижения двигательной нагрузки. У детей 3-4 лет становятся частыми депрессии и истерические проявления, возникающие, по мнению детского психолога Е. Смирновой, вследствие сформированной зависимости от гаджетов [1]. Если прежде цирроз печени считался характерным для людей, страдающих алкоголизмом, то теперь, по данным ученых из Бристольского университета, наблюдается рост заболеваемости данной болезнью среди 18-летних, ведущих малоподвижный образ жизни [7]. По результатам исследований американского Национального фонда по проблемам сна, длительное воздействие экрана на зрение блокирует выработку мелатонина, регулирующего биоритмы организма, отсутствие которого ухудшает сон [8]. По мнению главного невролога Москвы Н. Шамалова, среди детей увеличивается количество случаев болезней сосудов головного мозга из-за длительного и монотонного труда за компьютером [9].

Согласно данным главного педиатра России А. Баранова [10], к окончанию обучения в школе нынешние дети показывают худшие показатели здоровья, чем в прежние годы. Так, до 30% детей имеют избыточную массу тела, при том, что в начале 90-х гг. было 20% детей с дефицитом массы тела. 40% подростков уступают в физическом развитии своим сверстникам 60-х гг., а примерно 30% юношей не могут служить в армии по состоянию здоровья. В настоящее время наблюдается дефицит йода у 70% детей, проживающих в йододефицитных локациях, который был ликвидирован в период Советской России. У таких детей ослабляются репродуктивные и когнитивные функции. Первое место среди болезней школьного возраста занимают заболевания опорно-двигательного аппарата. Причину главный педиатр видит в снижении двигательной активности и проведении большей части времени за компьютером. Второе место занимают заболевания желудочно-кишечного тракта. Они связаны с нарушением питания, особенно недостаточным потреблением молочных продуктов, овощей и фруктов. Третье место в «рейтинге» — болезни органов дыхания: острые респираторные заболевания, бронхиальная астма, бронхиты.

Безусловно, информация об ухудшении здоровья молодого поколения, возникающем, в том числе, в связи с интенсивным контактом с электронно-цифровыми устройствами, несет в себе тревожный симптом. Вопросы укрепления здоровья нашли отражение в федеральном проекте «Укрепление общественного здоровья» нацпроекта «Демография» [11]. Основная и

единственная задача, выдвигаемая этим проектом – это формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек. При анализе выполнения данной задачи складывается впечатление, что основными причинами ухудшения здоровья населения являются нарушение питания, малая доступность информации о пагубных воздействиях табакокурения и алкоголя и отсутствие корпоративных программ укрепления здоровья. Непосредственная применимость реализации задачи в отношении детей в программе фигурирует лишь один раз*. В предлагаемом проекте очевиден недостаток – попытка изменения сформированных повседневностью привычек через просветительные механизмы. Безусловно, данный подход необходим, но при отсутствии объективных возможностей целевой аудитории следовать рекомендациям по соблюдению здорового образа жизни данный проект не сможет продемонстрировать свою эффективность. Так, по данным наблюдателей Общественного народного фронта [12], еженедельная нагрузка школьников 47 часов в начальной школе, которая далее с переходом в старшие классы увеличивается, а с возникновением в жизни детей репетиторов она возрастает вдвое. Как обучение ребенка в контексте «цифровой школы», так и его стремление скрыться в виртуальном мире от учебного non-stop процесса и других забот формируют доминирующие формы «активности» цифровой эпохи – «зависание» в смарт-устройстве.

Представляет интерес опыт зарубежных стран, которые в силу исторически сложившихся причин бум цифровизации и вовлечения человека в интернет-пространство пережили раньше России. По данным зарубежных мониторингов, образовательные учреждения снижают использование в учебном процессе электронно-цифровых устройств и дистанционных форм обучения, сохраняя и увеличивая непосредственный контакт с педагогами. Другими словами, формируется обратная тенденция обучения tech-free – целенаправленный отказ от использования технологий в пользу личного общения и практической деятельности [5; 13]. Кроме этого, последние рекомендации Всемирной организации здравоохранения также рекомендуют с целью сохранения и укрепления здоровья детей направлены на увеличение

* Паспорт федерального проекта «Укрепление общественного здоровья». С. 8: «Указанными центрами в течение 2020-2024 гг. с учетом системы мониторинга за состоянием питания различных групп населения в регионах будут разработаны рекомендации и образовательные программы по вопросам здорового питания, подготовленные с учетом региональных особенностей и направленные на различные группы организованного населения (контингент социальных организаций, *детские* коллективы, профессиональные группы и др.)».

двигательной нагрузки, исключение сидячего образа жизни и сокращение контакта с электронно-цифровыми устройствами [14].

Таким образом, в жизни современных российских детей наблюдается противоречие между изменившимися и укрепившимися социокультурными условиями общественной жизни, продиктованными информационно-технологическими преобразованиями, и возможностями детей им соответствовать без риска нарушения здоровья. Так как вред, наносимый здоровью в детстве, вызывает последствия на протяжении дальнейшего жизненного пути человека, безусловно необходимо принимать меры, непосредственно направленные на нивелирование уже известных негативных воздействий на здоровье.

Список литературы

1. Кудрявцева Е. Человек неиграющий // Огонек. 2018. № 34. С. 26-29.
2. Черных А. Сети детям не игрушка // Коммерсантъ. 27.03.2019. URL: <https://www.kommersant.ru/doc/3924355?query=%D0%B4%D0%B5%D1%82%D0%B8>
3. NPD Group. Официальный сайт. URL: <https://www.npd.com/wps/portal/npd/us/news/press-releases/russian-press-release-08-26-16/>
4. Информационная система «Цифровая школа». URL: <https://цифроваяшкола.рф/blog/o-prioritetnom-proekte-cifrovay-shkola-1>
5. Филина О. Сплошные перемены // Огонек. 2019. № 14. С. 4.
6. Портнягина М. Цифра зовет // Огонек. 2018. № 40. С. 27-29.
7. Бабичева Е. Эпидемия цирроза // Огонек. 2019. № 16. С. 32.
8. Журенков К. Прилипли к экранам // Огонёк. 2018. №43. С. 4
9. Шамалов Н. «Мозг современных детей упрощается» // Огонек. 2019. № 14. С. 30-32.
10. Баранов А. «Школа — это фактор, разрушающий здоровье детей» // Огонек. 2018. №25.
11. Министерство труда и социальной защиты. Официальный сайт. URL: <https://rosmintrud.ru/ministry/programms/demography/4>
12. Колесникова К. Уроки сделал? // Российская газета – Федеральный выпуск. 2019. № 77(7835). URL: <https://rg.ru/2019/04/08/v-rossii-mozhet-roiavitsia-novaia-norma-nagruzki-na-shkolnikov.html>
13. Журенков К. Цифровое расслоение // Огонек 2019. № 16. С. 4.
14. Всемирная организация здравоохранения. Официальный сайт. URL: <https://www.who.int/news-room/detail/24-04-2019-to-grow-up-healthy-children-need-to-sit-less-and-play-more>

ЗДОРОВЬЕ СТАРШИХ ПОКОЛЕНИЙ: ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ АСПЕКТ HEALTH OF OLDER GENERATIONS: DEMOGRAPHIC ASPECT

В.А. Блонин

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

V.A. Blonin

Lobachevsky University

Рассматриваются демографические аспекты здоровья старших поколений в России, важность такого индикатора здоровья как ОПЗЖ (ожидаемая продолжительность здоровой жизни) в контексте научно-аналитического сопровождения Национального проекта «Демография».

The article considers demographic aspects of health of older generations in Russia, the importance of such health indicator as healthy life expectancy in the context of scientific and analytical support of the National project «Demography».

Ключевые слова: старшие поколения, здоровье, ожидаемая продолжительность здоровой жизни, национальные проекты

Keywords: older generations, health, healthy life expectancy, national projects

На фоне проводимой в последнее время пенсионной реформы (прежде всего связанной с изменениями возраста выхода на пенсию), а также начала реализации национальных проектов (в частности, проекта «Демография» [1]) неизбежно повышается внимание к проблемам старших поколений. Наряду с вопросами о будущем этих поколений, с точки зрения социально-экономических, материальных проблем, уход на пенсию в более позднем возрасте, работа-трудоустройство, заработок в предпенсионном период, уровень благосостояния с уходом на пенсию (возможность жить на пенсию или сочетание пенсии и продолжения трудовой деятельности), – следует выделить и другой важный аспект – уровень здоровья старших поколений.

При обсуждении вопросов пенсионной реформы (особенно – увеличения возраста выхода на пенсию) важную роль имели вопросы демографического характера (в частности, динамика ожидаемой продолжительности жизни, которая для одних стала аргументом в пользу повышения возраста выхода на пенсию, а для других – против своевременности таких изменений [2])

Хотелось бы обратить внимание и на другой демографический аспект в изменении условий жизни старших поколений, касающихся состояния их здоровья. Важным индикатором, обсуждаемым специалистами в последние годы, стала так называемая ОПЗЖ (ожидаемая продолжительность здоровой жизни), вычисляемая по-иному, нежели ОПЖ (ожидаемая продолжительность

жизни). Если традиционно определяемая на основе статистики смертности ОПЖ отражает актуальный уровень смертности во всех живущих в данный момент поколениях, то методика вычисления ОПЗЖ (которая в настоящее время определяется и исследователями, и официальными органами по-разному, то есть находится в стадии становления), наряду с данными статистики по смертности, включает и отчасти субъективную информацию о состоянии здоровья, полученную от респондентов по материалам социологических опросов.

Для нашей страны это важно и с точки зрения отработки методики определения показателей ОПЗЖ, поскольку существует методика, используемая ВОЗ для всех стран, имеется опыт отечественных исследователей, применяющих международную методику для определения ОПЗЖ на российских материалах с использованием российских мониторинговых исследований: РМЭЗ – «Российский мониторинг экономики и здоровья» [3] и РидМиЖ – «Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе» [4]). Более того в рамках реализации Национального проекта «Демография», первая цель которого сформулирована как «увеличение ожидаемой продолжительности здоровой жизни до 67 лет», по поручению Правительства Росстат в феврале 2019 г. утвердил свою методику определения ОПЗЖ в качестве одного из индикаторов реализации этого проекта [5].

Таким образом, научный интерес к проблемам здоровья старших поколений помимо анализа этих проблем как таковых, имеет важное значение в качестве экспертно-аналитического сопровождения государственных проектов в социальной сфере.

С учетом всего этого можно оценить следующее:

- степень реалистичности Национального проекта «Демография» как по повышению ОПЖ, так и ОПЗЖ,
- перспективы использованию показателей ОПЗЖ,
- российские реалии, связанные с состоянием здоровья старших поколений, включая гендерный аспект на международном (в частности, европейском) фоне,
- важность дальнейшего изучения демографических аспектов здоровья старших поколений.

Итак, в «майском» Указе президента РФ, а также в национальном проекте «Демография», разработанном во исполнение данного Указа, поставлены амбициозные задачи повышения ОПЖ до 78 лет в 2024 г. и 80 лет в 2030 г., а ОПЗЖ – до 67 лет в 2024 г. [6]. Оценку поставленных целей можно проиллюстрировать статистическими данными и прогнозом Росстата (см. Таблица 1).

Таблица 1

Статистические и прогнозные данные ОПЖ при рождении (лет): Росстат

Годы	Средний вариант прогноза			Высокий вариант прогноза		
	мужчины и женщины	мужчины	женщины	мужчины и женщины	мужчины	женщины
2018	72,76	67,59	77,76	73,09	68,03	77,97
2019	73,38	68,40	78,13	73,87	68,90	78,57
2020	73,75	68,86	78,39	74,70	69,83	79,26
2021	74,10	69,30	78,64	75,53	70,75	79,94
2022	74,43	69,72	78,88	76,36	71,67	80,63
2023	74,74	70,11	79,10	77,20	72,59	81,32
2024	75,03	70,49	79,30	78,04	73,51	82,00
2025	75,31	70,84	79,50	78,38	73,90	82,28
2026	75,57	71,18	79,68	78,72	74,29	82,56
2027	75,80	71,49	79,84	79,07	74,68	82,84
2028	76,02	71,78	79,99	79,41	75,07	83,12
2029	76,23	72,05	80,13	79,74	75,45	83,40
2030	76,41	72,31	80,25	80,08	75,84	83,68
2031	76,58	72,54	80,35	80,41	76,22	83,95
2032	76,73	72,74	80,46	80,73	76,60	84,22
2033	76,87	72,93	80,57	81,05	76,97	84,49
2034	77,00	73,10	80,68	81,36	77,34	84,75
2035	77,13	73,25	80,78	81,67	77,70	85,01

Источник: Росстат. Обновлено 03.10.2018 // www.gks.ru/folder/12781

По среднему (как правило, наиболее близкому к реалистичному) прогнозу Росстата, ОПЖ на 2024 г. предполагается на уровне 75,03 лет, а на 2030 г. – 76,4 лет. Иными словами, для достижения поставленных целей (78 и 80 лет, соответственно) потребуются колоссальные усилия в рамках Национального проекта «Демография», чтобы приблизиться к высокому («оптимистическому») варианту прогноза Росстата.

Что же касается ожидаемой продолжительности здоровой жизни, то сопоставимая картина может быть представлена материалами ВОЗ. Данные по ОПЗЖ публикуются ВОЗ с начала 2000-х гг. по 184 странам мира. Средний показатель за 2016 г. по миру составил 63,3 года (62 – для мужчин и 64,8 – для женщин) [7]. Российские данные ВОЗ представлены в виде диаграмм: Рис.1 – динамика ОПЗЖ 2000-2016 гг. и Рис.2 – в сравнении с другими странами.

Рисунок 1.

Ожидаемая продолжительность здоровой жизни (число лет) в России по данным Всемирной организации здравоохранения



Источник: World Health Organization. Global Health Observatory (GHO) Data // https://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/situation_trends/en/

По данным ВОЗ, ожидаемая продолжительность здоровой жизни в России выросла за этот период на 5,5 лет (с 58 до 63,5 лет, у мужчин – с 52,5 до 59,1 лет, у женщин – с 63,4 до 67,5 лет).

Рисунок 2



Источник: Годы до старости: как меняется в России продолжительность "здоровой" жизни? 19.03.2019 // <https://www.factograph.info/a/29830684.html>

Вместе с тем, несмотря на положительную для России динамику и увеличение за 16 лет показателя ОПЗЖ на 5,5 лет, наша страна занимает в статистике ВОЗ 103 позицию, и достижение за 5-летний период показателя в 67 лет требует преодоление разрыва еще в 3,5 года.

В этой ситуации особую важность приобретает научно-аналитическое сопровождение Национального проекта, в т.ч. совершенствование методики определения показателей ОПЗЖ и углубленное изучение здоровья старших поколений.

Следует, например, учитывать различный вклад разных поколений в повышение ОПЖ: в случае с Россией это в большей степени вклад поколений до 60 лет, а не более старших [8]. С этой точки зрения, можно положительно оценить выделение в рамках Национального проекта «Демография» федерального проекта «Старшее поколение». Для исследователей в этой связи важно участвовать в мониторинге и оценке эффективности данного проекта в ходе его реализации.

Необходимо продолжить обсуждение различных методик определения ОПЗЖ, особенно в оценке показателя уровня здоровья и источников данных для его выявления, позитивное обсуждение имеющегося опыта. Можно выделить усилия специалистов из НИУ ВШЭ и РАНХиГС, в частности А.В.Рамонова и С.Г.Шульгина, по анализу имеющихся методик вычисления показателей ОПЗЖ и возможностей их совершенствования [9]. В русле этих усилий потребуются оценка качества мониторингового показателя ОПЗЖ Росстата, вводимого с 2019 г.

Для более глубокого изучения уровня здоровья старших поколений важно учитывать сочетание общего и особенного в этом с демографической точки зрения (например, при сравнении мужского и женского здоровья).

При сравнении показателей ОПЖ и ОПЗЖ у мужчин и женщин важно не только констатировать их более высокий уровень у женщин, хотя по ОПЗЖ разница между полами существенно меньше, чем по ОПЖ. Исследователи отмечают, что с определенного возраста, несмотря на более высокие показатели ОПЖ у женщин, из-за накапливающихся проблем со здоровьем пожилые женщины начинают уступать мужчинам по ОПЗЖ. Соответственно, по уровню здоровья в старших и пожилых возрастах российские женщины уступают не только женщинам в странах Западной Европы, но и российским мужчинам. Об этом свидетельствуют материалы мониторинговых исследований РМЭЗ и РиДМиЖ: женщины в возрастах 45-70 лет уступают российским мужчинам и по хронической заболеваемости, и по ограничениям в жизненной активности, и по самооценкам здоровья в целом [10]. Что же касается еще важности проблем со здоровьем старших поколений, то в контексте проводимой пенсионной

реформы следует учитывать, что, как показывает практика, вовлечение в трудовую деятельность старших поколений с ограничениями по здоровью может иметь негативные последствия как с точки зрения развития экономики, так и в связи с неизбежным ростом социальных обязательств со стороны государства [11].

Комплексный подход к изучению проблем здоровья старших поколений, совершенствование методики его оценки, экспертно-аналитическое обеспечение национальных проектов (в частности, нацпроекта «Демография») – важные условия их успешной реализации.

Список литературы

1. Национальный проект «Демография» // <https://strategy24.ru/rf/demography/projects/natsional-nyu-proyekt-demografiya>
2. Вишневский А.Г. Повышение возраста выхода на пенсию: демографические аргументы и контраргументы // ДемоскопWeekly/ Институт демографии НИУ «ВШЭ», №775-776, 18 июня – 31 июля 2018 // <http://www.demoscope.ru/weekly/2018/0775/expertise.php>; Иванов Сергей. Пенсионная реформа – 2019: детерминанты, последствия, альтернативы // Демографическое обозрение. 2019. Том 6. № 3. С. 6-54.
3. Российский мониторинг экономического здоровья домохозяйств // www.hse.ru/science/rlms
4. Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе // <http://sophist.hse.ru/db/oprosy.shtml?ts=204&en=0>
5. Росстат: утверждение методики расчета показателя «Ожидаемая продолжительность здоровой жизни (лет)» // <https://www.gks.ru/metod/naz-proekt/met020003.pdf>
6. Указ Президента РФ от 07.05.2018 г. // <http://www.kremlin.ru/acts/bank/43027>; Национальный проект «Демография» // <https://strategy24.ru/rf/demography/projects/natsional-nyu-proyekt-demografiya>
7. Годы до старости: как меняется в России продолжительность "здоровой" жизни? 19.03.2019 // <https://www.factograph.info/a/29830684.html>
8. Вишневский А., Васин С., Рамонов А. Возраст выхода на пенсию и продолжительность жизни // Экономический портал <https://institutiones.com/general/2104-vozvrast-vyhoda-na-pensiyu-i-prodolzhitelnost-zhizni.html>
9. Рамонов А.В. Ожидаемая продолжительность здоровой жизни как интегральная оценка здоровья россиян // Экономический журнал ВШЭ, 2011. № 4. С.497-518; Ожидаемая продолжительность здоровой жизни в России: региональные особенности и прогнозы. Заседание Демографической секции Центрального дома ученых РАН // Демоскоп. №765-766. 26 марта – 8 апреля 2018 // <http://www.demoscope.ru/weekly/2018/0765/nauka01.php>

10. Рамонов А.В. Ожидаемая продолжительность здоровой жизни как интегральная оценка здоровья россиян // Экономический журнал ВШЭ, 2011. № 4. С. 517-518.

11. Вишневский А., Васин С., Рамонов А. Возраст выхода на пенсию и продолжительность жизни // Экономический портал <https://institutiones.com/general/2104-vozvrast-vyhoda-na-pensiyu-iprodolzhitel'nost-zhizni.html>

**УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИМИ УСЛУГАМИ
НАСЕЛЕНИЯ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ**
**SATISFACTION OF POPULATION OF NIZHNY NOVGOROD REGION
WITH MEDICAL SERVICES**

А.А. Варызгина

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

А.-М. Сэтре

Институт российских и евроазиатских исследований Университета

Упсалы, Швеция

Л. Гранберг

Александровский институт университета Хельсинки, Финляндия

A.A. Varyzgina

Lobachevsky University

Ann-Mari Sätre

Institute for Russian and Eurasian Studies, Uppsala University, Sweden

L. Granberg

Aleksanteri Institute of the University of Helsinki, Finland

Рассматриваются результаты ежегодного мониторинга удовлетворенности потребителей Нижегородской области медицинскими услугами в зависимости от их социального статуса и территориальной принадлежности. Доступ к медицинскому обслуживанию является одним из важнейших составляющих права на здоровье. Принятие во внимание индикатора удовлетворенности населения способствует более эффективному управлению ситуацией на социально значимом рынке медицинских услуг.

The paper presents the results of annual Monitoring of satisfaction of consumers of medical services in Nizhny Novgorod region through the perspective of social status and geography. Access to medical services is considered as one of the important component of right for health. Taking into account satisfaction of population as an indicator allows for more efficient management of on socially important market of medical services.

Ключевые слова: потребители, население, медицинские услуги, социально уязвимые потребители

Keywords: consumer, population, vulnerable groups, medical services

Состояние здоровья человека является важным параметром его качества жизни. Одним из важных факторов, оказывающих влияние на здоровье населения, является организация и функционирование системы медицинских услуг [1; 2]. В Нижегородской области, по данным статистики [3], на протяжении ряда лет проходил процесс оптимизации работы сферы медицинских услуг. В целях «повышения качества медицинской помощи на основе повышения эффективности деятельности медицинских организаций и их работников» [4] в рамках региональной программы модернизации здравоохранения Нижегородской области на 2011-2013 гг. [5] было осуществлено реформирование сферы медицинских услуг области, в частности, было оптимизировано (на практике чаще сокращено) число учреждений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь: больниц, амбулаторно-поликлинических учреждений, учреждений скорой медицинской помощи. Оптимизация предполагала приведения мощности сети медицинских учреждений и структуры «в соответствие с обоснованной потребностью населения в медицинской помощи. Цель оптимизации состояла в том, чтобы повысить качество и доступность медицинской помощи населению, при этом эффективно использовать имеющиеся ресурсы путем слияния, а не закрытия учреждений» [6]. Однако, в сельской местности слияние на практике часто означает закрытие медицинских учреждений в небольших населенных пунктах. По данным качественного исследования, осуществленного в Нижегородской области международными коллективом (Университет Упсалы, Университет Хельсинки, ННГУ) и посвященного изучению процессов регионального социально-экономического развития*, именно этот процесс сокращения числа лечебных учреждений, снижение доступности медицинских услуг особенно в сельской местности, прежде всего, вследствие неразвитости транспортной инфраструктуры, вызвал наибольшее внимание и часто недовольство населения.

Помимо отдаленности медицинских учреждений от места жительства при оценке доступности медицинских услуг учитываются такие статистические показатели, как личные расходы домохозяйств на медицинские услуги, несвоевременность получения медицинской помощи по разным организационным причинам (например, длинные очереди на получение услуг,

* Использованы данные серии международных проектов, реализованных Финским центром перспективных исследований университета Хельсинки (Финляндия), Центром российских и евразийских исследований университета Упсалы (Швеция) и Нижегородским государственным университетом им. Н.И.Лобачевского, проведенных на протяжении 2010-2015 гг. в Нижегородской области.

отсутствии нужного специалиста) [7]. Удовлетворенность населения состоянием и развитием социально-экономической сферы региона по месту жительства является не менее важным индикатором оценки эффективности проводимых реформ и в целом оценки деятельности власти наряду с традиционными обобщенными показателями статистики, характеризующими доступность медицинских услуг и отражающими потребности граждан в медицинской помощи [8].

Изучению степени удовлетворенности потребителей различными товарами, работами и услугами, в том числе медицинскими услугами, был посвящен ежегодный Мониторинг оценки состояния и развития конкурентной среды на рынках товаров, работ и услуг Нижегородской области. Очередной этап Мониторинга проводился в 2018 г. кафедрой социологии проектной деятельности и проконкурентного регулирования ННГУ им. Н.И. Лобачевского совместно с центром исследования социальных систем ННГУ им. Н.И. Лобачевского и НИЦ ЭОН в рамках договора о сотрудничестве между Нижегородским государственным университетом им. Н.И. Лобачевского и Министерством экономического развития и конкуренции Нижегородской области. В ходе исследования приняли участие 3000 респондентов, проживающих в 20 районах области, включая городские округа и Нижний Новгород. Выборка строилась как районированная, репрезентирующая районы Нижегородской области по численности населения и социально-экономическому развитию. Внутри района случайная маршрутная выборка контролировалась по поло-возрастному составу и репрезентировала жителей района. Целью данного исследования стало изучение в рамках Стандарта развития конкуренции [9] не столько динамики удовлетворенности потребителей качеством товаров и услуг на товарных рынках региона и состоянием ценовой конкуренции (оценка широты выбора компаний, удовлетворенность уровнем цен, качеством и стабильностью наличия товаров и услуг), а также выявление факторов, влияющих на эту удовлетворённость.

Рынок медицинских услуг Нижегородской области был в период проведения исследования представлен 2511 хозяйствующими субъектами, из которых основная часть – около 68% – частные организации, 32% – организации государственной и муниципальной формы собственности [10].

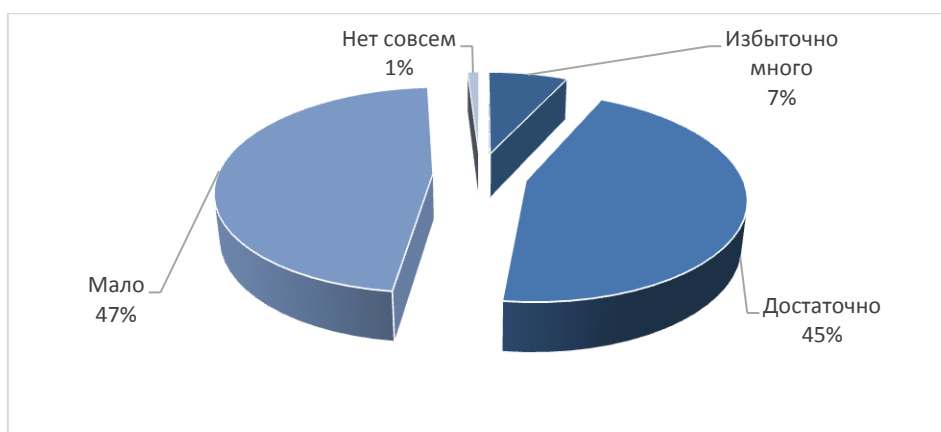


Рис. 1. Оценка широты выбора компаний в сфере медицинских услуг, %

Жители Нижегородской области в значительной степени отмечают недостаток выбора компаний, предоставляющих медицинские услуги. Более ярко эта тенденция прослеживается в сельской местности. «Проблема территориальной доступности врачей определяется в современной литературе как одна из ключевых в политике здравоохранения. Особенно остро стоит вопрос о неравномерном пространственном размещении врачей между городами и сельскими поселениями. Недостаток персонала в сельской местности создает серьезные барьеры для доступа к медицинским услугам» [7]. Одним из факторов стала оптимизация сферы медицинских услуг, осуществленная в области после 2013 г. Большой уровень недовольства возможностью выбора компаний, предоставляющих медицинские услуги, выражают жители среднего и старшего возраста.

Наибольшее недовольство населения области вызывает стоимость медицинских услуг. Недостаточная доступность медицинских услуг в связи с высоким уровнем личных платежей населения подтверждается и данными других исследований, согласно которым на протяжении последних 15 лет в России прослеживается постоянное увеличение доли платежей домохозяйств в общем объеме расходов на здравоохранение (почти до 50% в 2014 г.) [7]. Усложняет ситуацию продолжающийся рост цен на медицинские услуги [11]. Особую неудовлетворённость высоким уровнем цен на медицинские услуги выражают жители в возрасте 31-50 лет (75%), и старше 50 лет (71%).

Существующая возможность выбора медицинских услуг в целом вызывает недовольство более половины населения, особенно старшего поколения (66%). Оценки качества медицинских услуг, предоставляемых различными организациями, неоднородна. Качество услуг частных организаций оценивается гораздо выше, чем качество услуг государственных организаций – работа последних вызывает неудовлетворенность населения. При этом закономерно малообеспеченные слои населения гораздо чаще затрудняются оценить деятельность частных медицинских учреждений, так как вынуждены

обращаться в государственные медицинские учреждения в рамках программы обязательного медицинского страхования, несмотря на то, что качество оказываемых услуг в этих организациях их не устраивает. Более трети населения говорит о необходимости развития конкуренции на рынке медицинских услуг области.

Т а б л и ц а 1 .

Степень удовлетворенности медицинскими услугами
по различным критериям, %

		Затрудни- лись ответить	Не удовлетво- рены	Скорее не удовлетво- рены	Скорее удовлетво- рены	Удовлет- ворены	Баланс оценок
Уровень цен		15	36	36	11	1	-60
Возможность выбора		2	29	31	30	8	-22
Качество	Госорган изации	5	30	39	20	7	-42
	Частные	22	11	16	40	11	24

Доступ к медицинскому обслуживанию является одним из важнейших составляющих права на здоровье. Политика государства, направленная на достижение этой цели, должна обеспечить всеобщий охват качественными услугами медобслуживания всех граждан и преодоление барьеров, препятствующих получению качественной и своевременной медицинской помощи. Востребованы меры, направленные на снижение дефицитности на региональном рынке медицинских услуг, в частности, увеличение доступности медицинской помощи, расширение ассортимента медицинских услуг. Действенной мерой может стать включение медицинских организаций негосударственной формы собственности в территориальную программу обязательного медицинского страхования. Повышение доступности качественных медицинских услуг для населения и особенно для социально незащищенных, малообеспеченных слоев населения является действенным инструментом снижения социального неравенства [12]. Оценка уровня удовлетворенности потребителей оказываемыми им услугами является важным критерием, индикатором оценки социально экономического развития региона, текущей ситуации на социально-значимых и приоритетных рынках. По критерию удовлетворенности потребителей услуг, ситуация на рынке медицинского обслуживания более неблагоприятная, чем на других приоритетных и социально значимых рынках Нижегородской области. Существующий высокий уровень неудовлетворенности и запрос на развитие конкуренции свидетельствует о необходимости особого внимания органов власти к ситуации на социально значимом рынке медицинских услуг, к

развитию системы медицинской помощи в Нижегородской области. Осуществление регулярного мониторинга [13] состояния сферы медицинских услуг и развитие конкуренции на этом социально значимом рынке позволит внести вклад в повышение качества жизни населения региона.

Список литературы

1. Таганрогские исследования полвека спустя: коллективная монография / Под науч. Ред. чл-корр. РАН, проф. Н.М. Римашевской и проф. В.В. Локосова. М: Экономическое образование. 2017. 288. С. 141.
2. Партиципаторный подход в повышении качества жизни населения. / Под общей редакцией Н.М. Римашевской, Н.Н. Иващенко. Нижний Новгород-Москва, 2013. 268 с. С. 3.
3. Нижегородский комитет государственной статистики nizhstat.gks.ru
4. Распоряжение Правительства Нижегородской области от 27 февраля 2013 г. N 409-р Об утверждении Плана мероприятий ("дорожной карты") "Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Нижегородской области".
5. Региональная программа модернизации здравоохранения Нижегородской области на 2011-2013 годы, утвержденная постановлением Правительства Нижегородской области от 15 марта 2011 года N 174.
6. «Оптимизация идет путем слияния, а не закрытия больниц». Официальный сайт Правительства Нижегородской области <https://government-nnov.ru/?id=167530>.
7. Панова Л.В. Доступность медицинской помощи: Россия в европейском контексте // Журнал исследований социальной политики. Том 17. № 2 (2019): Грани социального неравенства. С. 177-190.
8. Chaupain-Guillot S., Guillot O. (2015) Health System Characteristics and Unmet Care Needs in Europe: An Analysis Based on EU-SILC Data. The European Journal of Health Economics, (16): 781-796.
9. Стандарт развития конкуренции в субъектах РФ: распоряжение Правительства РФ от 05 сентября 2015 года № 1738-р.
10. Распоряжение губернатора Нижегородской области от 28.03.2019 №430-р «Об утверждении плана мероприятий («дорожной карты») по содействию развитию конкуренции в Нижегородской области.
11. Россия в цифрах 2019. https://nizhstat.gks.ru/storage/mediabank/Doklad_08-2019.pdf.
12. Теодорович М.Л, Патокина Н.Н. Стандарт развития конкуренции на региональном уровне: потенциал снижения социального неравенства // Трансформация человеческого потенциала в контексте столетия. Материалы Международной научно-практической конференции в рамках III Всероссийского научного форума "Наука будущего – наука молодых". В 2-х томах. Под общей редакцией З.Х. Саралиевой. 2017. С. 86-89.

13. Теодорович М.Л., Ивашиненко Н.Н. Разработка мониторинга конкуренции на муниципальном уровне // Социологический альманах. 2015, №6. С. 428-435.

**ОБЪЕКТИВНЫЕ И СУБЪЕКТИВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ
ИНВАЛИДОВ: ПО ДАННЫМ RLMS-HSE В 2003-2018 гг.
OBJECTIVE AND SUBJECTIVE INDICATORS OF THE HEALTH
OF PERSONS WITH DISABILITIES:
ACCORDING TO THE RESULTS OF RLMS-HSE IN 2003-2018**

Г.Л. Воронин

*Федеральный научно-исследовательский социологический центр РАН,
Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*

А.Д. Крамер

*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*

G.L. Voronin

*Federal Center of Theoretical and Applied Sociology
of the Russian Academy of Sciences,*

Lobachevsky University

A.D. Kramer

Lobachevsky University

На основе данных RLMS-HSE в период с 2003 по 2018 гг. рассматривается влияние инвалидности на объективные и субъективные показатели здоровья (самооценка здоровья, частота посещения доктора).

This article examines, based on RLMS-HSE data from 2003 to 2018, the impact of disability on objective and subjective health indicators (self-assessment of health, frequency of doctor's visits, etc.).

Ключевые слова: люди с ограниченными возможностями, состояние здоровья, хронические заболевания

Keywords: people with disabilities, health status, chronic diseases

Согласно данным Росстата на 1 января 2019 г. в России проживало около 11,947 миллионов человек, имеющих статус инвалида, что составляет 8.2% населения страны [1]. Инвалиды сталкиваются с различными психологическими, физическими, социальными, бытовыми и другими проблемами в своей повседневной жизни. На наступление инвалидности могут влиять различные факторы, среди которых: экология, система здравоохранения, условия труда и проживания. Помимо этого, наступление инвалидности непосредственно связано и с состоянием здоровья отдельного человека. Как

показывают отечественные и зарубежные исследования, ухудшение здоровья может вести как к наступлению инвалидности, так и наличие инвалидности может негативно влиять на состояние здоровья [2; 3; 4]. Исследования показывают, что люди с инвалидностью не просто имеют проблемы со здоровьем, но также сталкиваются и с серьезными проблемами в доступности медицинских услуг, что может оказывать негативный эффект на их жизнедеятельность [5; 6].

Опираясь на данные RLMS-HSE [7] в период с 2003 по 2018 гг., рассмотрим, как инвалидность или ее отсутствие влияют на объективные и субъективные показатели здоровья граждан России, а именно на самооценку здоровья, частоту посещения доктора, а также на распространённость хронических заболеваний.

Социально-демографические характеристики инвалидов. По данным RLMS-HSE, в период с 2003 по 2018 гг. инвалидность была зафиксирована, примерно у каждого 10-го жителя России. В исследовании 2018 г. доля лиц 18 лет и старше составила около 8.5%. Из общего числа инвалидов, люди с первой группой инвалидности составляют 10%, со второй группой инвалидности около 60% и с третьей около 30%. Следует отметить, что за период с 2003 по 2018 гг. произошло снижение доли лиц, имеющих первую и вторую группу инвалидности, при росте примерно в два раза доли лиц с третьей группой инвалидности (рис.1).

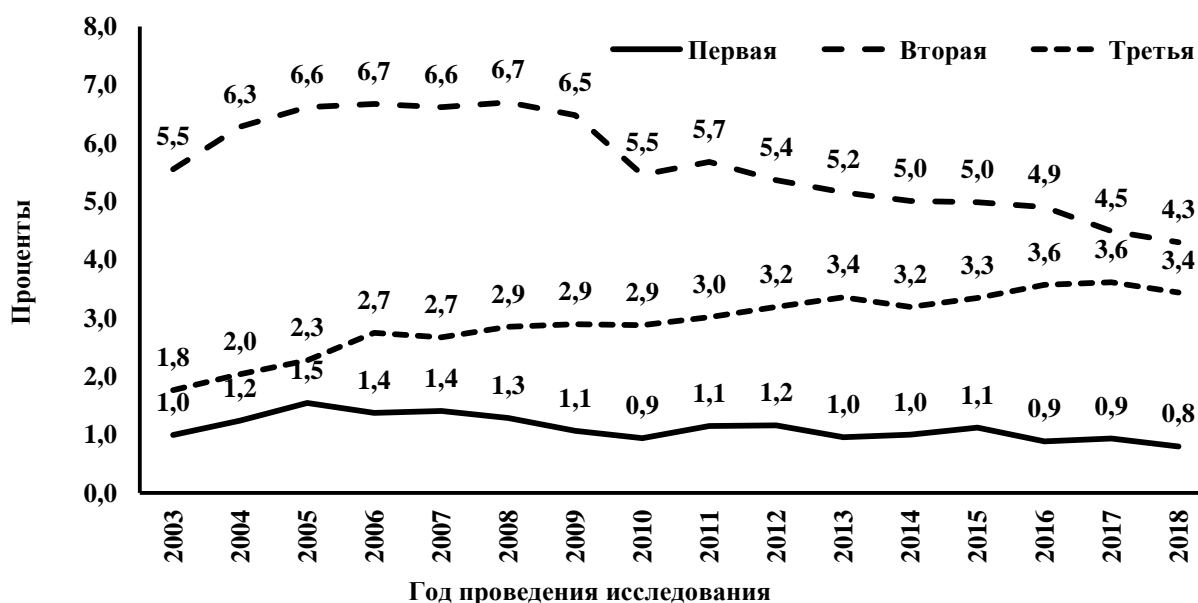


Рис. 1. Динамика изменений доли лиц с инвалидностью первой, второй и третьей групп в период с 2003 по 2018 гг. среди населения России в возрасте 18 лет и старше, по данным RLMS-HSE, в %

Относительно социально-демографических характеристик. Среди инвалидов преобладают женщины и люди старшей возрастной категории (в целом за весь период обследования более 60% инвалидов относились к людям

пенсионного возраста). Средний возраст назначения инвалидности за период исследования колебался от 50,9 до 55,7 лет. Средний стаж нахождения на инвалидности за рассматриваемый период постепенно возрастал и в 2018 г. достиг 12,9 лет. В ходе анализа установлено, что респонденты с высшим и средним специальным образованием реже становятся инвалидами, чем лица с неполным средним и общим средним образованием. Причина такого положения дел кроется в условиях труда различных образовательных групп населения. Среди работающего населения доля инвалидов за рассматриваемый период составляла около 2%, а среди неработающего – 20%.

Переходя к исследованию здоровья инвалидов, в первую очередь мы выяснили, как люди с инвалидностью и без нее оценивают свое здоровье. При самооценке здоровья ожидаемо виден сдвиг в сторону «плохих» оценок у инвалидов. Инвалиды значительно чаще оценивали свое здоровье как плохое (53-64%), а о хорошем здоровье говорила лишь незначительная часть (2-5%). Несмотря на это, все равно достаточно большое количество инвалидов оценивают свое здоровье как среднее (34-44%). То есть, можно говорить, что значительная часть инвалидов не рассматривает себя в качестве нездоровых людей, несмотря на функциональные ограничения. Среди людей без инвалидности ситуация диаметрально противоположная, лишь около 6-11% оценили свое здоровье как плохое (в среднем за весь период обследования 7.4%), большинство оценили его как хорошее (34-51%) или среднее (43-55%).

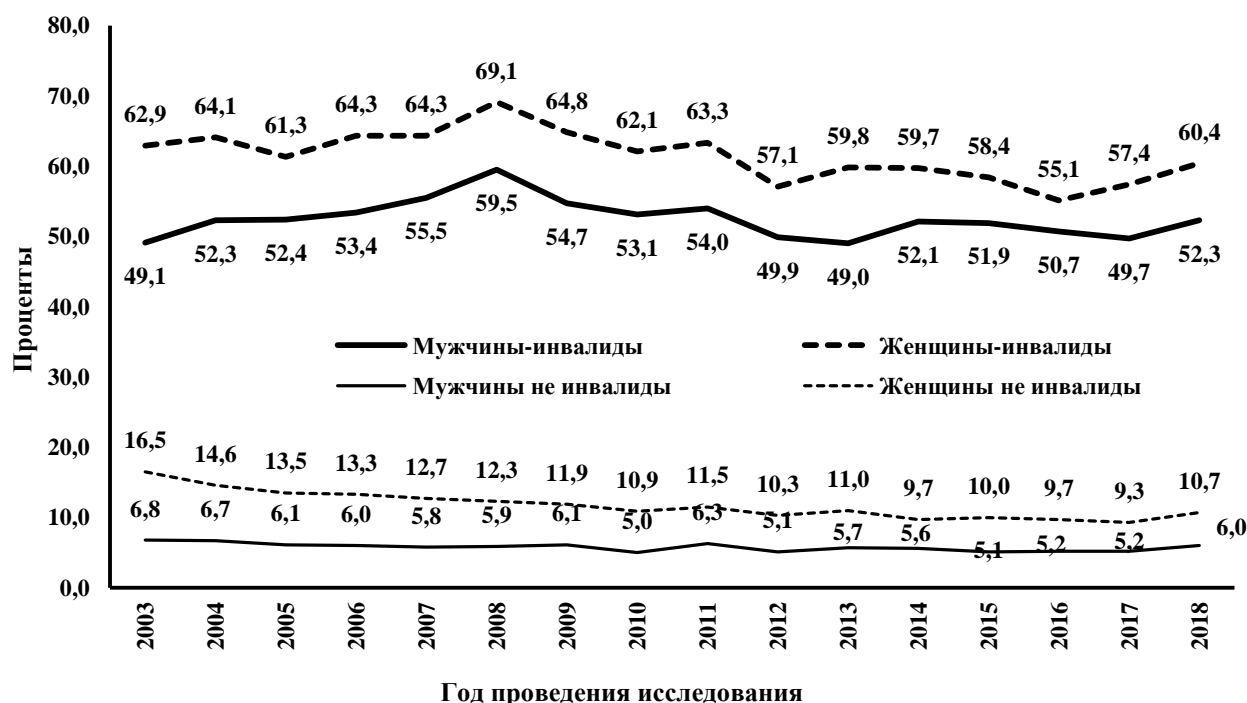


Рис. 2. Динамика изменений доли мужчин и женщин с инвалидностью и без инвалидности, оценивающих свое здоровье как «плохое» в период с 2003 по 2019 гг. среди населения России в возрасте 18 лет и старше, по данным RLMS-HSE, в %

Стоит отметить, что в вопросе оценки своего здоровья четко видны гендерные различия между мужчинами и женщинами (Рис. 2). Мужчины вне зависимости от наличия инвалидности оценивали свое здоровье более позитивно, нежели женщины. Так, например, количество мужчин с инвалидностью, которые оценивали свое здоровье как хорошее, в разное время варьировалось от 2.4% до 6.7%, в то время как у женщин этот показатель составил всего от 0.6% до 3.5%. В среднем, за весь период обследования чуть больше 52% мужчин оценивали свое здоровье как плохое, в то время как у женщин это показатель равен 61%. У людей без инвалидности тоже заметны эти тенденции.

Важным показателем здоровья является наличие у человека тех или иных хронических заболеваний. Здесь ожидаемо хронические заболевания преобладают в группе инвалидов. За период исследования между 2003 и 2018 гг., от 47 до 55% инвалидов имели хронические заболевания сердца, в то время как среди неинвалидов только 8-13%. Заболевания желудочно-кишечного тракта были выявлены у 28-35% инвалидов и только у 6-17% людей без инвалидности. Среди инвалидов 17-24% имели хронические заболевания печени, у неинвалидов этот показатель равен 4-9%. Больше трети инвалидов (31-38%) имели проблемы с позвоночником, у людей без инвалидности всего 6-17%. В 2018 г. почти половина инвалидов имела заболевания сердца; более трети имели проблемы с позвоночником; у каждого пятого были проблемы с почками. Показатели людей, у которых нет инвалидности, были значительно лучше (Табл.1).

Таблица 1.

Наличие хронических заболеваний у инвалидов и неинвалидов,
по данным RLMS-HSE в 2018 г., в проц.

Вид хронического заболевания	Доля лиц, имеющих хроническое заболевание	
	Инвалиды	Неинвалиды
Заболевания сердца	46.8	8.0
Заболевания позвоночника	37.0	14.0
Заболевания желудочно-кишечного тракта	31.3	14.5
Заболевания почек	18.1	5.5
Заболевания печени	17.4	4.7
Заболевания легких	15.8	5.2

В рамках оценки здоровья важным представлялось проанализировать и ментальное здоровье инвалидов. В рамках мониторинга респонденты отвечали

на вопрос, были ли у них серьезные нервные расстройства и депрессии за последний год. В среднем каждый пятый человек с инвалидностью отвечал положительно на этот вопрос, в то время, как у людей без инвалидности только около 8% (рис. 3).

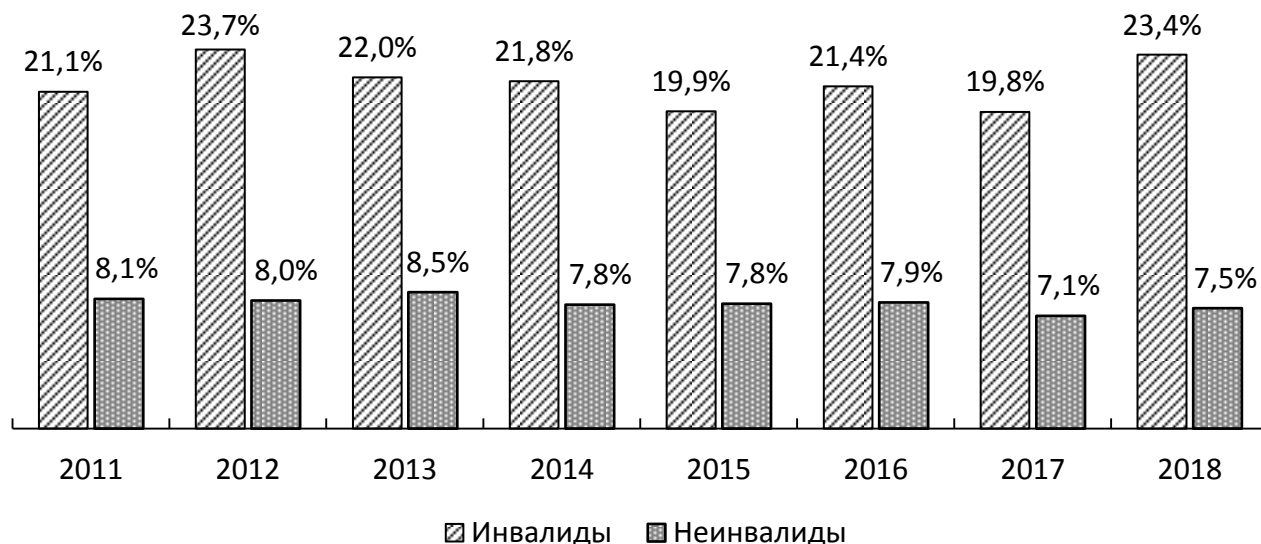


Рис. 3. Динамика изменений доли лиц с инвалидностью и без инвалидности, имеющих нервные расстройства и депрессии в период с 2011 по 2018 гг. среди населения России в возрасте 18 лет и старше, по данным RLMS-HSE, в %

Люди с инвалидностью значительно чаще посещают врачей. За весь период обследования несколько раз в месяц врачей посещали 10-14% инвалидов против 2-3% неинвалидов; каждый месяц врача посещали 24-34% инвалидов и 5-9% неинвалидов; 2-3 раза в год врачей посещает примерно одинаковое количество инвалидов и неинвалидов (33-42% и 28-38%, соответственно).

В заключении отмечаем, что, используя данные RLMS-HSE в период с 2003 по 2018 гг., мы проанализировали целый ряд объективных и субъективных показателей здоровья граждан России и выявили, что наличие инвалидности оказывает сильное негативное влияние. Все рассмотренные нами показатели были значительно лучше у людей без инвалидности. Рассмотренные данные также указывают на то, что те мероприятия, которые осуществляет государство в области социальной защиты инвалидов, являются недостаточно эффективными. Чтобы изменить ситуацию в лучшую сторону, в деятельности социальных служб должна присутствовать направленность на изменение социального положения инвалидов в обществе, на повышение качества и доступности медицинских услуг, на создание доступной среды для инвалидов, на повышение социальной защищенности инвалидов на рынке труда, потому

что именно от этих факторов часто зависит ментальное и физическое здоровье инвалидов.

Список литературы

1. Федеральная служба государственной статистики Российской Федерации. – URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/disabilities/ (дата обращения: 15.08.2019).
2. Больницкая А.Н. Инвалиды и общество // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. 2014. №4(122). С. 119-127.
3. Гусева Н.К. Влияние заболеваемости на процесс формирования инвалидности населения / Н.К. Гусева, Гусева Н.К., С.В. Герман // Социальные аспекты здоровья населения. 2014. №1. С. 1-18.
4. Froehlich-Grobe K. (2016). Impact of disability and chronic conditions on health. *Disability and Health Journal*. doi: 10.1016/j.dhjo.2016.04.007.
5. Gudlavalleti V. (2018). Challenges in Accessing Health Care for People with Disability in the South Asian Context: A Review. *International journal of environmental research and public health*, 15(11), 2366. doi:10.3390/ijerph15112366
6. Sakellariou D, Rotarou ES Access to healthcare for men and women with disabilities in the UK: secondary analysis of cross-sectional data *BMJ Open* 2017;7:e016614. doi: 10.1136/bmjopen-2017-016614.
7. «Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (RLMS HSE)», проводимый Национальным исследовательским университетом «Высшая школа экономики» и ООО «Демоскоп» при участии Центра народонаселения Университета Северной Каролины в Чапел Хилле и Института социологии Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН. (Сайты обследования RLMS HSE: <http://www.cpc.unc.edu/projects/rlms> и <http://www.hse.ru/rlms>)».

УПРАВЛЕНИЕ БОЛЕЗНЬЮ КАК НОВАЯ ФОРМА ЗАБОТЫ О СЕБЕ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ DISEASE MANAGEMENT AS A NEW FORM OF SELF-CARE IN MODERN RUSSIA

А.С. Готлиб
*Самарский национальный
исследовательский университет им. академика С.П. Королева, г. Самара*
A.S. Gotlib
*Samara National Research University named by academician S.P. Korolev,
Samara*

Рассматривается пока еще малоосмысленное явление в современной социологии здоровья – практики управления хронической болезнью. Делается

акцент на необходимости введения термина «управление болезнью» в теоретическое поле социологии здоровья, анализируется содержание термина «управление здоровьем» как отличного по субъекту и содержательному наполнению от термина «управление болезнью». Доказывается объективная необходимость управления болезнью в современной России, на материалах собственных исследований анализируются некоторые практики управления болезнью.

The article is devoted to phenomena not yet comprehended in modern sociology of health- the practices of health management. There is the accent on the necessity of inclusion the term «illness management» in the theoretic field of sociology of health, there are analyzed the content of term « health management» as different from the term «illness management». It is proved the objective necessity of management of illness, some practices of illness management are analyzed, using the materials of own researches.

Ключевые слова: управление здоровьем, управление болезнью, самоменеджмент, хронический больной, самолечение, «хороший врач»

Keywords: health management, illness management, selfmanagement, chronic patient, selftreatment, «good doctor»

В теоретическое пространство социологии здоровья сравнительно недавно вошел термин «управление здоровьем» [1; 2]. Сегодня его употребление связано преимущественно с институтами разного вида и уровня, так или иначе задействованными (или могущими быть задействованными) в различных социальных программах, ориентированных на поддержание здоровья тех или иных социальных групп. Основная идея концепции управления здоровьем заключается в том, чтобы «не столько лечить болезнь, сколько предупредить ее появление» [1]. Отсюда акцент на профилактике заболеваний, их предупреждении, формировании в сознании россиян идеи здорового образа жизни, ценности здоровья вообще и ответственного отношения к нему в частности. Для реализации этой амбициозной задачи сегодня предлагаются и отчасти реализуются десятки разных способов. Это и достаточная утопическая в условиях бедственного положения российской медицины идея создания информационных систем, представляющих собой мониторинг основных показателей здоровья населения. В этих региональных (или созданных для конкретной организации) системах жители района (или персонал определенной организации) сами вносят свои параметры в виде формализованных записей состояния своего здоровья, которые затем анализируются так называемым «врачом сопровождения» [3]. Это и известная многим на практике ежегодная диспансеризация отдельных

социальных групп, и пропаганда здорового образа жизни, систематический контроль за экологической ситуацией в стране и регионе, и многое другое.

Вместе с тем, при всей безусловной правильности постановки такой задачи, (дискурсивный маркер ее, как уже говорилось, термин «управление здоровьем»), на мой взгляд, было бы правильным ввести в теоретическое поле социологии и *новый термин «управление болезнью»*, или самоменеджмент болезни, который бы на практике означал новую форму Фукианской заботы о себе. Термин, который бы относился не к здоровым людям, а к больным, описывая их практики заботы о себе, которые уже имеют место в российской повседневности, правда, до тотального их распространения еще очень далеко.

Термин «управление болезнью», на мой взгляд, должен относиться прежде всего к хроническим больным, когда рецидивы болезни, перемежаясь с ремиссией, конструируют фактически жизнь человека, заставляя его выстраивать свои поведенческие стратегии, социальные связи, социальные идентичности с оглядкой на свое хроническое заболевание. Такой выбор субъекта практик «управления болезнью» не случаен: современное «общество ремиссии», в терминологии канадского медицинского антрополога Артура Франка, характеризуется неизбежной хроникализацией, проявляющейся в увеличении доли хронических заболеваний в структуре патологии: благодаря достижениям фармацевтики и совершенствованию медицинских технологий, «человек никогда не бывает полностью здоров или определенно болен, находясь где-то между этими состояниями» [4]. В этой социальной ситуации именно хронический больной является «типичным случаем» медицины в отличие от Парсоновского «острого больного» начала XX века.

Необходимость «управления болезнью» со стороны больного человека обуславливается и институциональными причинами, прежде всего состоянием здравоохранения в постсоветской России. В частности, сегодня забыты, исключены из взаимодействия «врач – пациент» практики ведения и контроля за состоянием хронических больных, инициированные врачами*, что, несомненно, при отсутствии самоменеджмента болезни самым отрицательным образом сказывается на состоянии больного, его шансах на долгую жизнь.

Следует сказать, что постепенно идея самоменеджмента своей болезни, когда хронический больной действительно превращается в субъекта своего лечения, «входит в моду», обретая плоть и кровь в конкретных пациентских практиках. Прежде всего, как показало наше исследование «Создание моделей

*В советской медицине, несмотря на множество претензий к ней, хронические больные ставились на обязательный учет, приглашались на врачебный осмотр, диагностику состояния, сдачу анализов и д. Существовала даже специальная отчетность врачей по работе с хроническими больными, «принуждавшая» врачей заниматься хроническими больными.

медицинского выбора: социологический анализ алгоритмов принятия решений врачами и пациентами в крупном российском городе»* (2017-2019 гг.), – это практика «поиск хорошего врача» (назовем ее так) вне зависимости от того, где работает этот врач: в государственной или коммерческой медицинской институции [5]†. За таким врачом, в полной мере соответствующим ожиданиям от коммуникации «врач – пациент», хронические больные готовы, как показало исследование, «кочевать» из одного медицинского учреждения в другое и даже регулярно ездить в этих целях в другой город.

Еще одна практика «управления болезнью», по данным нашего исследования, – это самолечение, медикализированное, основанное на прежних рекомендациях лечащего врача или информации, найденной в сети Интернет, а также немедикализированное, использующее различные рецепты народной медицины. Довольно часто, как показывает наше исследование, используется комбинирование этих двух видов самолечения. Следует сказать, что в нашем контексте обращение к сети Интернет в медицинских целях является самостоятельной практикой управления болезнью. Сегодня, по данным нашего исследования, около 43.3% хронических пациентов г. Самары обращаются к Интернет за информацией по медицинской тематике. Это, назовем их вслед за А. Шюцем, «весьма информированные граждане», использующие сеть для организации самолечения себя и своих близких, перепроверки диагноза или его уточнения, поиска «хорошего врача», «лучших» клиник, диагностических центров, лекарств. При этом самые активные пользователи сети в медицинских целях, по данным нашего исследования, группа среднего возраста – 35-60 лет: 58.1% опрошенных. Ожидаемо, уровень образования является мощным фактором, стимулирующим обращение к Интернет в медицинских целях: доля людей с очень высоким уровнем образования – двумя высшими, обращающихся в Интернет ради получения медицинской информации, в 3,2 раза превышает аналогичную в группе со средним образованием.

Полагаю, что социологический анализ всего спектра практик управления болезнью хроническими больными еще только ждет своего исследователя.

* Грант РФФИ № 17-06-00. Руководитель: проф., д.ф.н. Лехциер В.Л. Методологически исследование представляло сочетание качественного и количественного подходов, а также изучение медицинских решений пациентов в трех ситуациях выбора: ситуации обнаружении симптомов заболевания, постановки диагноза и лечения, а также в ситуации хроникализации болезни. Объект исследования: хронические больные г. Самары.

† Следует сказать, что количественная распространенность этой практики, по данным количественного этапа нашего исследования, невысока: она характерна всего для 6% опрошенных [6].

Список литературы

1. Пузанова Ж.В., Вялов И.С. Управление здоровьем: научные подходы к исследованию здоровья и здоровьесберегающего поведения студентов // Вестник РУДН, серия социология, 2013. №2.
2. Нефедов Ю.А. Система управления здоровьем человека: функциональные требования и архитектура // Программные продукты и системы, 2015. № 1.
3. Идем к семейному врачу. Что вам нужно знать о проекте «управление здоровьем». // <https://fonar.tv/article/2018/06/22/idem-k-semeynomu-vrachu-chto-vam-nuzhno-znat-o-proekte-upravlenie-zdorovyem>
4. Frank A. Wounded Storyteller: body, illness and ethics. Chicago: University of Chicago Press, 1997.
5. Лехциер В.Л., Готлиб А.С. Медицинский выбор хронических больных в крупном российском городе: опыт качественного анализа // *Mixtura verborum*, 2017.
6. Лехциер В.Л., Готлиб А.С., Финкельштейн И.Е. Медицинский выбор хронических больных в крупном российском городе: ситуации, практики, факторы // *Социологический журнал*, 2019. №2.

САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНАЯ РАБОТА ВО ФТИЗИАТРИИ И РЕГИОНАЛЬНАЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩАЯ ПОЛИТИКА PHTHIOLOGICAL HEALTH EDUCATION AND REGIONAL HEALTH CARE POLICIES

В.В. Деларю, С.А. Юдин
*Волгоградский государственный
медицинский университет Минздрава России, г. Волгоград*
V.V. Delaryu, S.A. Yudin
Volgograd State Medical University, Volgograd

Санитарно-просветительная работа является составной частью профилактического направления здравоохранения. Соответственно, она представляет собой неотъемлемый компонент региональной здоровьесберегающей политики, особенно при социально значимых заболеваниях. Анкетирование врачей и пациентов о санитарно-просветительной работе в противотуберкулёзных учреждениях Волгоградского региона как в 2012 г., так и в 2018 г. выявило неудовлетворённость её состоянием. Предложены корректирующие мероприятия.

Health education is the composite part of the preventive direction of health care. Accordingly, it is the integral component of regional health care policy, especially for socially significant diseases. The questioning of doctors and patients

about health education in Volgograd region TB facilities both in 2012 and in 2018 revealed dissatisfaction with her condition. Corrective actions are proposed.

Ключевые слова: санитарно-просветительная работа, фтизиатрия, здоровьесберегающая политика, анкетирование врачей и пациентов.

Keywords: health education, phtisiatry, health care policies, questioning of doctors and patients

Сложная демографическая ситуация в России детерминирует необходимость реализации на разных вертикальных и горизонтальных уровнях здоровьесберегающей политики, которая предполагает, в том числе, широкий спектр мероприятий, направленных на профилактику различных, в первую очередь, социально значимых заболеваний (в частности, туберкулёза). В свою очередь, неотъемлемым компонентом профилактического направления в здравоохранении является санитарно-просветительная работа (СПР), во многом определяемая на региональном уровне.

Во фтизиатрии значимость СПР была показана отечественными авторами еще более 60-ти лет назад [1; 2], но проведённое в начале 2010-х гг. исследование показало неудовлетворённость специалистов и пациентов её состоянием в противотуберкулёзных учреждениях Волгоградского региона (ПТУ ВР) [3; 4]; при этом средства массовой информации не являются агентами здоровьесберегающей социализации населения [5; 6].

В этой связи представляется актуальной компарация оценок СПР в ПТУ ВР по данным динамического мониторинга мнений врачей и пациентов. С учетом принятых в социологии медицины требований, в 2012 и в 2018 гг. было проведено анонимное анкетирование соответственно 92 и 61 врачей фтизиатров (метод основного массива), а также 584 и 552 больных туберкулезом (сплошные гнездовые выборки).

Эффективной проводимую СПР по вопросам выявления и профилактики туберкулеза в 2012 г. считали 19.6% специалистов; неэффективной – 59.8% и затруднились ответить 20.6%. В 2018 г. было практически аналогичное распределение ответов: 16.3%; 60.7% и 23% соответственно. О целесообразности обеспечения пациентов литературой («памятками»), содержащими адресованные им и их родственникам медико-социального характера рекомендации, в 2012 г. высказались 88.1% врачей; 4.3% отрицали целесообразность этого и 7.6% затруднились ответить. В 2018 г. мнения врачей по данному вопросу распределились похоже: 93.4%; 0% и 6.6% соответственно. При этом влияния на позиции специалистов по данным двум вопросам места работы (стационарное или амбулаторное отделение) и стажа (до 10 лет или 10 лет и более) не выявлено.

В отличие от мнений врачей, высказанные в 2012 г. и 2018 г. мнения пациентов о целесообразности обеспечения литературой, содержащей медико-социальные рекомендации болеющим туберкулёзом людей и их родственникам, различались. Так, если в 2012 г. «за» высказались 63.5% пациентов, то в 2018 г. уже 48.7% ($p < 0,001$); в 2012 г. «против» было 15.1%, а в 2018 г. – 27.7% ($p < 0,001$); затруднившихся ответить было практически одинаковое количество – 21.4% и 22.6% соответственно. Представляется, что снижение интереса пациентов к тематическим печатным материалам («памяткам») в 2018 г. по сравнению с 2012 г. можно объяснить возрастанием роли Интернета в информировании их и их родственников, однако размещенные там материалы нередко не являются научно обоснованными, и следование им может негативно сказаться на состоянии здоровья болеющих туберкулёзом.

Мониторинг мнений врачей и пациентов показал сохраняющуюся на протяжении 6-ти летнего периода неэффективность проводимой СПР в ПТУ ВР. Во многом это связано с тем, что данный вид профилактической работы в большей мере декларируется, чем активно реализуется. Вышеизложенное, особенно с учетом сложной ситуации по туберкулёзу в ВР, делает необходимой её активизацию. Это возможно путём как более широкого размещения в средствах массовой информации, так и увеличения количества наглядных информационных материалов в медицинских учреждениях, учитывающих современные возможности социальной коммуникации в области закономерностей и механизмов формирования и функционирования оценочного отношения к какой-либо проблеме в массовом сознании. Больше внимания СПР должен уделять медицинский персонал, непосредственно работающий с этой категорией пациентов. Данные мероприятия должны быть составной частью профилактического направления региональной здоровьесберегающей политики, которая в настоящее время недостаточно структурирована.

Список литературы

1. Боголепова Л.С. Санитарное просвещение и профилактика туберкулёза // Проблемы туберкулёза. 1954. № 4. С. 3-8.
2. Штейнбок А.А. Санитарно-просветительная работа по БЦЖ // Проблемы туберкулёза. 1941. № 3.
3. Юдин С.А, К вопросу об эффективности проводимой санитарно-просветительной работы в противотуберкулезных учреждениях на современном этапе // Вестник уральской медицинской академической науки. 2014. №1(47). С. 13-15.

4. Юдин С.А., Барканова О.Н., Борзенко А.С., Деларю В.В. Комплементарность оказания медицинской, социальной и психологической помощи во фтизиатрии (в оценках врачей и пациентов) // Туберкулёз и болезни лёгких. 2017. № 4. С. 7-10.

5. Деларю В.В., Мартиросян А.В. Современные средства массовой информации как фактор риска в развитии неврозов // Социология медицины. 2004. № 1 (4). С. 55-59.

6. Деларю В.В., Юдин С.А. Средства массовой информации: ятрогенный фактор или агенты здоровьесберегающей социализации населения? // Успехи современного естествознания. 2014. № 11. Ч. 2. С. 17-19.

**ВЗАИМОСВЯЗЬ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И УСПЕШНОСТИ
В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ***
**INTERRELATION OF THE STATE OF HEALTH AND SUCCESS
IN MODERN SOCIETY**

В.Г. Доброхлеб

*Институт социально-экономических проблем народонаселения РАН,
г. Москва*

Е.В. Молчанова

Институт экономики Карельского научного центра РАН, г. Петрозаводск

V.G. Dobrohleb

The institute of Social and Economic problems of Population RAS, Moscow

E.V. Molchanova

Institute of Economics Karelian Research Centre RAS, Petrozavodsk

Даётся оценка взаимосвязи состояния здоровья и понятия успешности в современном обществе. Основу проведенного исследования составили данные международного пилотного социологического опроса «Современный успешный человек», в котором приняло участие 492 респондента из России, Республики Беларусь и Польши. В результате реализации проекта удалось выявить ведущие факторы, которые определяют успешность индивидуума в современном обществе.

Ключевые слова: демография, успешность, здоровье, социально-экономические процессы, социологический опрос

* Работа выполнена в рамках бюджетной темы «Выявление синергетических закономерностей региональных социо-эколого-экономических систем и моделирование динамических процессов устойчивого развития в многокомпонентных системах различной природы».

Понятие успеха в жизни, успешности – очень широкое, многогранное и глубокое по своему содержанию, оно неразрывно связано с ценностными установками индивидуума и общества. Крах социалистической системы поставил людей, чье сознание формировалось в советскую эпоху, в очень трудное положение. Необходимость приспособления к новым реалиям требовала коренной ломки ценностных установок. В состоянии неопределенности оказались многие люди, прежние ценности подвергались сомнению, принижению и высмеиванию, новые же ценностные ориентиры были непонятны или их вообще не существовало.

Материал и методы. В международном социологическом исследовании «Современный успешный человек» приняло участие 492 респондента, в том числе 94 человека было опрошено в г. Коломна, 100 – в гг. Вологда и Череповец, 100 – в г. Петрозаводске, 101 – в Республике Беларусь (г. Минск), 97 – в Польше (г. Люблин). Целью исследования являлось определение структуры факторов, влияющих на удовлетворенность успешного человека в современном социуме (пилотная часть проекта). Работа направлена на определение характеристик современного успешного человека в связи с изменением социума: кто такой успешный человек, его социально-демографические характеристики, удовлетворенность различными сторонами жизни, влияние успешности на экономику территории и наоборот, воздействие социокультурных факторов на успешность (профессиональное призвание, миграционные установки, социальная активность, здоровье). Субъекты исследования (респонденты) – жители городов в возрасте от 25-72 лет. Репрезентативность выборки обеспечивалась соблюдением пропорций по половозрастным группам населения. Обработка материала осуществлялась с помощью статистического пакета анализа данных SPSS.

Полученные результаты. Все опрошенные (492 человека) были поделены на три группы: первая группа – «успешные» (57.6%) по самоопределению респондентов, вторая группа – «неуспешные» (24.8%) по самоопределению и третья группа – те, кто «затруднились ответить» (17.6%). По данным анализа половозрастного состава опрошенных респондентов удалось выявить следующие основные тенденции.

В целом, среди людей, которые оценивают себя как «успешные», несколько преобладают мужчины, хотя существенной разницы по половому признаку не выявлено. «Успешными» себя считают, прежде всего, люди более молодого возраста до 39 лет. В особенности данный феномен характерен для молодых людей от 25 до 29 лет, что можно объяснить более позитивными настроениями и отсутствием большого отрицательного опыта в молодом возрасте. Все дороги и перспективы открыты, есть достаточно сил и энергии.

Это люди, рожденные уже в постсоветское время, которые не пережили перелома в общественном строе и уже формировались как личности в условиях рыночной экономики и достаточно приспособлены к ней.

Напротив, среди людей среднего возраста 40-44 года, 45-49 лет, 50-54 года больше респондентов, оценивающих себя как «неуспешные». Сознание данной категории людей формировалось в юношеском возрасте, в позднее советское время и переживало воздействие трансформации общественного строя в период перестройки и девяностых годов, когда менялись установки и жизненные ориентиры. Для людей старшего возраста, за некоторым исключением, мужчины от 65 до 72 лет (сам факт достижения такого возраста уже можно считать успехом), также более свойственно признание себя «неуспешными». Уже накоплен не только положительный, но и отрицательный жизненный опыт, не все сбылось, о чем мечталось, и отношение к себе более критичное.

Немаловажным фактором успешности является уровень образования. Данные свидетельствуют о том, что среди респондентов, причисляющих себя к успешным, преимущественно люди с высшим образованием и специалисты высокой квалификации. Логично, что в современном технологически и информационно-развитом обществе все более востребован квалифицированный труд, требующий не только среднего, но и высшего, а порой даже не одного, образования. Отсутствие необходимого уровня образования и знаний, квалификации часто становится непреодолимым препятствием для трудоустройства или организации собственного дела. Люди, имеющие высокий уровень образования или квалификации, более востребованы на рынке труда, лучше ориентируются в современном обществе.

Материальный достаток является важнейшим критерием успешности в современном обществе, и уже сформировался определенный слой людей, позиционирующих себя как средний класс. Однако нахождение в среднем классе не для всех является пределом мечтаний, 50% «неуспешных» людей причисляют себя к людям среднего достатка, следовательно, признаком успешности является не только достижение средних показателей, но и значительно выше среднего. Стремление к более высокому уровню материального благосостояния становится ключевой тенденцией в умонастроениях современных людей. Продолжается серьезная дифференциация общества по признаку материальной обеспеченности, что отражается на формировании образа успешного человека в современных представлениях.

Если распределить личностные критерии в определении факторов успешности в жизни, то, однозначно, для всех респондентов на первом месте стоит здоровье. Очевидна значимость и других индикаторов, таких как

поддержка семьи и близких, собственные личные усилия, материальные средства и капитал, хорошее образование и профессиональная подготовка, однако здесь также наблюдаются различия в приоритетах среди «успешных» и «неуспешных» людей.

Если для «успешных» людей поддержка семьи и близких, личные усилия, хорошее образование и профессиональная подготовка играют более важную роль, чем, например, капитал и материальные средства, то для людей, относящих себя к категории «неуспешных», наличие материальных средств, капитала более значимы, чем даже поддержка семьи и близких. Для «неуспешных» людей важным фактором также является наличие удачи, везения и полезных связей. Отсюда напрашивается вывод, что успеха достигает тот, кто сам прилагает усилия для достижения результатов, не особенно полагаясь на случай, везение, капитал, стремится получить хорошее образование и квалификацию, и, напротив, «неуспешные» люди более зависимы от материальных условий, надеются, что удача придет сама, меньше верят в собственные силы.

Важным фактором, влияющим на способность достигать успеха, является, как уже отмечалось, состояние здоровья. По данным проведенного опроса, «успешные» люди в основном оценивают состояние своего здоровья как отличное или нормальное, а среди «неуспешных» респондентов доля тех, кто признает свое здоровье плохим, в три раза больше, чем среди «успешных» людей. При этом опрошенные, оценивающие себя «успешными», больше занимаются спортом, чаще делают утреннюю гимнастику и посещают тренажерный зал.

Следует отметить еще одну особенность: при ответе на вопрос, «Какие факторы и как повлияли на Ваше состояние здоровья за последнее время?», большинство «успешных» людей указали на благотворное влияние собственного поведения, в то время как среди «неуспешных» таких оказалось почти в два раза меньше. Соответственно, контроль за своими приоритетами, состоянием здоровья, стремление вести здоровый образ жизни – необходимое условие успешности. Семейные отношения также играют важную роль при формировании образа успешного человека. Все респонденты – и считающие себя «успешными», и не считающие себя таковыми полагают, что семья – это особые отношения, любовь, а затем уже воспитание детей и продолжение рода.

Заключение и выводы. Проведенное исследование позволяет сформировать следующий обобщенный тип успешного человека. Прежде всего, это достаточно молодой человек в возрасте до 39 лет, с высшим образованием, со средним материальным достатком, имеющий средний или высокий социальный статус. Условиями успешности являются, помимо материального фактора,

хорошее состояние здоровья, контроль за собственным поведением, стремление к здоровому образу жизни, стабильные семейные отношения, опора на собственные силы, поддержка семьи и близких, высокий уровень образования и профессиональной квалификации.

**ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ НИЖЕГОРОДСКОЙ
ОБЛАСТИ. ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ**
**HEALTHCARE AND HEALTH CONDITION OF THE POPULATION
IN NIZHNY NOVGOROD REGION. MAIN TRENDS OF THEIR
DEVELOPMENT**

М.В. Доютова
*Министерство здравоохранения Нижегородской области,
Городская поликлиника № 50, г. Нижний Новгород*
M.V. Doyutova
*Ministry of Health of Nizhny Novgorod Region, City polyclinic № 50,
Nizhny Novgorod*

Рассмотрена динамика основных показателей здравоохранения и здоровья в Нижегородской области с период с 1990-2018г. Выявлены тренды снижения кадровых ресурсов, особенно в амбулаторно-поликлиническом секторе, что отрицательно сказалось на уровне социальной защищенности населения в период болезни. Снижение обеспеченности участковыми врачами-терапевтами привело к низкой доступности услуг по экспертизе временной нетрудоспособности и направлению в БМСЭ с целью установления инвалидности. Половозрастная характеристика показателей смертности выявила превышение уровня смертности в пожилом и старческом возрасте среди городского населения.

The paper looks at the dynamics of the main indicators of healthcare and health in Nizhny Novgorod region over the period of 1990-2018. The author has identified trends in reducing human resources, especially in outpatient sector, which negatively affected the level of social protection of the population during the period of illness. Reduced availability of local GPs has led to low availability of services needed to examine temporary disability with subsequent sending a patient to the bureau of medical and social expertise to establish disability. The age-sex characteristics of mortality rates revealed excess mortality among the elderly and senile age in the urban population.

Ключевые слова: здоровье населения, кадровые ресурсы, временная нетрудоспособность, коэффициенты смертности, межведомственное взаимодействие

Keywords: public health, human resources, temporary disability, mortality rates, interagency collaboration

С целью изучения основных тенденций развития здравоохранения и их влияние на показатели здоровья населения Нижегородской области проанализированы тренды периода с 1990-2018 гг. по данным сборников основных показателей здоровья Нижегородской области.

Кадровый потенциал области менялся в отрицательном тренде по врачам и медицинским сестрам. Наиболее значимо снизилась обеспеченность врачами-терапевтами – с 7,1/10000 до 5,3/10000 населения, в том числе врачами-терапевтами участковыми – с 5,6/10000 населения до 3,1/10 000 населения (таблица 1).

Таблица 1.

Динамика показателей обеспеченности врачами и участковыми врачами-терапевтами в Нижегородской области в 1990-2018 гг.

Виды факторов	Периоды наблюдения (годы)								
	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2010	2018
Обеспеченность врачами на 10 тыс. населения	32,3	33,0	34,1	32,8	33,1	33,0	33,0	32,7	32,7
Обеспеченность терапевтами на 10 тыс. населения.	7,1	5,8	5,5	5,0	5,6	5,6	5,3	5,3	5,3
Обеспеченность участ. терапевтами на 10 тыс. населения	5,6	5,4	3,7	3,0	3,8	3,7	3,7	3,6	3,1

В целом к 2018 г. сформировался стойкий дефицит медицинских кадров по сравнению с показателями по РФ. Обеспеченность врачами в Нижегородской области 33,6/10 000 населения (в РФ – 47,5/10000), обеспеченность средним медицинским персоналом – 80,0/10 000 населения (в РФ – 103,8/10000).

Сокращение кадрового потенциала амбулаторно-поликлинических учреждений оказало существенное влияние на снижение доступности и качества амбулаторно-поликлинической помощи, что привело к снижению уровня социальной защиты больных и инвалидов (таблица 2).

Снижение уровня обращений за листами нетрудоспособности в 1,7 раза (дней нетрудоспособности на 100 работающих) с 901,2 на 100 работающих до 523 дней на 100 работающих; снижение в 1,5 раза первичного выхода на инвалидность с 103,0/10000 взрослого населения до 67,6/10000 взрослого населения на фоне роста показателя заболеваемости по обращаемости с 1990 г. до 2018 г. в 1,7 раза (с 981,32 до 1690,28/1000 взрослого населения) (табл. 2).

Искусственное снижение инвалидности, связанное со снижением доступности медицинской и экспертной помощи, всегда приводит к снижению уровня социальной защиты больных и росту смертности в популяции.

Таблица 2.

Динамика уровня временной нетрудоспособности (ВН) (дней ВН на 100 работающих) и показателя первичного выхода на инвалидность взрослого населения (на 10 000 работающих) в период 1996-2018 гг. в Нижегородской области

годы	Распространенная заболеваемость на 1000 взрослого населения	Заболеваемость ЭВН на 100 работающих (в днях) по заболеваниям	ВПИ на 10 тыс. взросл. населен.	ВПИ в трудоспособ. возрасте 10 тыс. взросл. населения
1990	980,2	901,2	103,0	47,5
1991	981,32	995,0	102,0	53,4
1992	984,78	884,4	142,9	53,1
1993	1 023,37	939,4	157,8	59,1
1994	1 039,60	1127,36	150,9	60,1
1995	1078,08	881,2	197,1	59,5
1996	1 034,28	988,49	113,7	58,6
1997	1 051,78	963,57	115,7	59,2
1998	1 052,37	950,17	125,2	62,4
1999	1 110,26	811,76	102,4	60,9
2000	1 131,06	799,01	118,9	58,0
2001	1 138,03	765,5	139,2	61,4
2002	1 085,00	760,82	123,8	58,8
2003	1 083,21	754,9	111,9	61,1
2004	1 156,39	638,07	130,7	59,2
2005	1 164,89	623,7	176,9	58,6
2006	1 174,27	708,33	154,5	56,1
2007	1 178,90	713,9	101,6	45,7
2008	1206,71	744,7	77,21	40,95
2009	1 360,85	669,69	71,0	40,76
2010	1 362,79	701,59	73,6	31,4
2018	1 690,28	523,8	67,6	39,3

Рост смертности с 1990 г. до 2010 г. в 1,43 раза – с 13,0 до 17,4 на 1000 населения, (в РФ-14,2), максимальный рост составил 20,0 на 1000 населения (в 2005 г.). Показатель смертности населения снижается в 2018 г. до 14,7/1000 населения, но превышает показатель по РФ (12,4/1000 населения). Не сопоставимы показатели смертности в странах Евросоюза (Германия 5,2 /1000; Швеция – 4,9/1000; Польша – 7,0/1000 населения). Показатель ожидаемой предстоящей продолжительности жизни в Нижегородской области (71,9) не достигает среднероссийских значений (72,7).

Анализ половозрастных показателей смертности в 2017 г. в Нижегородской области показал превышение аналогичных показателей для РФ в пожилом и старческом возрасте (таблица 3).

Показатель смертности среди женщин начинает превышать в возрасте 65-69 лет в 1,01 раза, а в возрасте 85 лет и выше – в 1,07 раза. У мужчин выявленный тренд выражен более значимо – превышение в возрасте 65-69 лет в 1,19 раза, в возрасте 85 лет и старше в 1,14 раза [1].

В Нижегородской области общая смертность среди городского населения ниже смертности среди сельского населения. Однако в пожилом и старческом возрасте картина меняется. Показатели смертности как среди городского женского населения, так и среди городского мужского населения начинают превышать аналогичные показатели среди сельского населения.

Таблица 3.

Половозрастные коэффициенты смертности в Нижегородской области РФ в 2017 г.

возраст	Все население				Городское население				Сельское население			
	Женщины		Мужчины		Женщины		Мужчины		Женщины		Мужчины	
	НО	РФ	НО	РФ	НО	РФ	НО	РФ	НО	РФ	НО	РФ
1-4	0,2	0,3	0,3	0,4	0,2	0,3	0,2	0,3	0,2	0,4	0,4	0,5
5-9	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1	0,3
10-14	0,2	0,2	0,3	0,3	0,1	0,2	0,3	0,3	0,3	0,2	0,4	0,4
15-19	0,3	0,4	0,8	0,9	0,3	0,3	0,7	0,8	0,6	0,5	1,0	1,2
20-24	0,5	0,5	1,6	1,5	0,5	0,5	1,5	1,4	0,3	0,6	1,9	2,1
25-29	0,8	0,8	2,6	2,4	0,7	0,7	2,6	2,2	0,6	1,1	2,8	3,2
30-34	1,5	1,4	4,4	4,0	1,4	1,3	4,4	3,8	1,9	1,7	4,5	4,5
35-39	2,3	2,1	7,0	6,1	2,2	2,1	6,9	6,1	2,9	2,4	7,1	6,5
40-44	2,9	2,7	8,2	7,7	2,7	2,6	8,3	7,6	4,0	3,0	8,1	8,1
45-49	3,7	3,4	10,5	9,4	3,6	3,3	10,4	9,2	3,9	3,6	10,7	10,1
50-54	4,8	4,5	14,6	13,4	4,7	4,4	14,1	13,1	5,2	4,9	16,0	14,0
55-59	6,8	6,8	21,6	19,4	6,7	6,6	21,5	19,1	7,3	7,5	21,7	20,2
60-64	10,2	10,1	31,9	29,3	10,0	9,8	32,0	28,7	10,7	11,1	31,6	30,6
65-69	16,0	15,8	44,9	40,1	16,0	15,5	45,5	39,7	16,4	16,9	42,9	41,0
70-74	25,4	24,4	58,4	52,5	24,9	23,7	59,6	51,9	27,7	26,8	54,1	54,2
75-79	48,4	45,5	92,1	81,1	49,1	44,9	94,8	80,4	46,5	47,2	84,0	82,9
80-84	84,4	78,6	126,4	110,2	85,8	77,9	130,1	108,8	80,3	80,5	117,5	113,8
85 и выше	182,5	169,2	191,0	167,4	187,8	170,4	202,2	166,7	170,6	166,2	163,2	169,5

Наиболее вероятно, выявленный тренд обусловлен более активным образом жизни сельских жителей.

Таким образом, региональные программы повышения продолжительности жизни и снижения смертности должны быть связаны с совершенствованием медико-социальной помощи, в том числе в части интеграции усилий межведомственного взаимодействия. Основные направления совместной работы развиваются в системе долговременного ухода на дому,

оказании паллиативной помощи, реализации индивидуальной программы реабилитации (абилитации) инвалидов.

Список литературы

1. Женщины и мужчины России. 2018: Стат.сб./ Ж56 Росстат. М., 2018. 241 с.

**СОЦИАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ
КАК ОБЪЕКТ СОЦИОЛОГИЧЕСКОЙ НАУКИ
SOCIAL VALUE OF INFORMATIZATION
IN MODERN PUBLIC ADMINISTRATION OF RUSSIA**

А.Н. Ершов

Казанский (Приволжский) федеральный университет, г. Казань

В.А. Мишин

*Государственная Дума Федерального Собрания Российской Федерации,
г. Москва*

A.N. Ershov

Kazan (Volga region) Federal University, Kazan

V.F. Mishin

State Duma of the Federal Assembly of the Russian Federation

Пристальное внимание уделяется раскрытию категории «социальное здоровье» через призму социологической науки, а также обоснованию актуальности используемого понятия. Проводится демаркационная линия между ним и смежными понятиями, такими как «общественное здоровье», «здоровье общества», «социальное благополучие». Проанализированы имеющиеся в науке подходы к трактовке социального здоровья; раскрыт социологический характер понятия; дано авторское определение и выделены компоненты социального здоровья.

The article focuses on the disclosure of the category of "social health" through the prism of sociological science, as well as substantiation of the relevance of the concept used. A demarcation line is drawn between it and related concepts such as "public health", "public health", "social welfare". Analyzed available scientific approaches to the interpretation of social health; disclosed sociological nature of the concept; the author gives the definition and components of social health.

Ключевые слова: Социальное здоровье, социальное здоровье населения, общественное здоровье, социальное благополучие, социология здоровья

Keywords: Social health, social health of the population, public health, social welfare, sociology of health

Социальное здоровье как теоретическое понятие довольно дискуссионно и не имеет общепринятого определения. Среди многих работ, посвященных изучению социального здоровья населения, единства в понимании и трактовке данного понятия не существует. В ряде работ данное понятие трактуется достаточно широко [1].

В других работах преобладает сужение его интерпретации [2] и даже подмена понятий, например, понятиями «качество жизни», «социальное благополучие», «общественное здоровье» [3]. В диссертационном исследовании А.С. Москвич – оно фактически сужается до понятия «здоровье общества и групп», а критериями его оценки являются объективные показатели качества жизни, и субъективные (социальное самочувствие и др.). Е.В. Курашкина сужает понятие «социальное здоровье» до компонента системы здорового образа жизни (на наш взгляд, механизм связи этих понятий совершенно обратный). Неопределенность трактовки свидетельствует о непроработанности понятия, его не устоявшейся природе. Несмотря на отсутствие четкой методологической основы, неперенным является тот факт, что родовым по отношению к социальному здоровью является понятие «здоровье». В этой связи кратко остановимся на теоретизации и социологической интерпретации данного понятия.

Следует отметить, что первоначально оно разрабатывалось в рамках социологии медицины [4]. Именно в ранних работах исследователей в рамках социологии медицины формируется основной подход к предмету данной отрасли социологии, а именно – изучение болезней населения, обусловленных, в том числе, и социальными факторами. Становление социологии медицины относят к 50-60-м гг. XX века (Великобритания, США (Т. Парсонс, И. Гоффман, Э. Фрейдсон)) [5]. В 70-е гг. XX века – социология медицины возникает в СССР (В.Н. Иванов, В.М. Лупандин)) [6]. В Философской энциклопедии (1970 г.) впервые встречается отечественная трактовка данной отрасли социологии, ее предмет интерпретируется как «изучение социальных проблем, связанных со здоровьем, болезнями и медицинским обслуживанием, с ролью здоровья и трудоспособности населения в социальном развитии» [7].

Однако впоследствии предмет данной отрасли социологического знания постепенно расширялся, включая в себя понятия, не относимые непосредственно к физическому и психическому нездоровью человека и общества. Например, ученые все более стали связывать с понятием здоровья такие характеристики жизни человека и общества, как уровень жизни, качество жизни, социальное благополучие. В этой связи рамки социологии медицины перестали вмещать в себя предмет исследования, – постепенно формируется новая отрасль социологического знания – социология здоровья. Предметом

данной дисциплины явилось изучение индивидуального и общественного здоровья (отметим, – речь о социальном здоровье в его сегодняшнем понимании пока не велась), о разграничении данных понятий и их взаимообусловленности [8].

Именно социология здоровья впервые задалась вопросом о социальной обусловленности благополучия индивида, в том числе, его физического и психического самочувствия. Одно из первых определений предмета социологии здоровья было дано отечественными исследователями В.Н. Ивановым и В.М. Лупандиным [6].

Вместе с тем, как справедливо подчеркивают отечественные исследователи Н.Н. Киреева, А.Н. Анисимова, ВОЗ давало определение здоровья через негативный оттенок [9], а именно – через отсутствие болезни, нивелируя тем самым позитивный аспект данной категории. Вслед за В.Л. Гатило и Т.В. Городовой мы считаем, что понятия «отсутствие болезни», «нездоровье» более узкие, чем категория «здоровье», и сами по себе требуют отдельного осмысления [10].

С точки зрения системного подхода (Т. Парсонс, Н. Луман) [11], болезнь (нездоровье) являются той частью процесса адаптации системы к внешней среде, которая обеспечивает устойчивость последней.

Вернемся к анализу категории «здоровье» и рассмотрим ее в социологическом поле.

Р.В. Колпина и И.Н. Сербай фиксируют наличие противоречия между идеальным состоянием здоровья, формируемым индивидуальными и социальными потребностями, и недостижимостью данного идеала [12], что, на наш взгляд, свидетельствует о динамичном, подвижном характере самой категории «здоровье». Традиционный подход к определению категории «здоровье» предполагает достижение всеми членами общества одинакового поведения, которое считается нормативным. В рамках социологического подхода «социальной патологии» (Э. Дюркгейм) любые отклонения от заданной нормы расцениваются как ненормальные, патологичные, девиантные и способствуют развитию аномии в обществе [13]. Такой нормой в нашем обществе следует считать ведение здорового образа жизни и стремление к нему. Например, исследователь Л.В. Колпина предлагает рассматривать здоровье как «функцию живого организма, обеспечивающую его адекватное взаимодействие с окружающей средой и отражающую позитивные аспекты этого взаимодействия» [14].

Итак, по нашему мнению, социальное здоровье представляет собой интегральную характеристику состояния, условий и результатов реализации потребностей социальных субъектов в саморазвитии и самоактуализации,

создаваемых в процессе социального взаимодействия, посредством развития социальных связей и социальных отношений. Здесь необходимо выделить несколько важных позиций.

Во-первых, согласно данному определению, социальное здоровье как интегральное понятие может быть оценено через объективные и субъективные индикаторы. В первом случае ими выступают конкретные нормативы и социальные стандарты, обеспечивающие высокий уровень реализации потребностей социальных субъектов; во втором случае – субъективная оценка условий и результатов их реализации.

Во-вторых, социальное здоровье обусловлено комплексом факторов также объективного и субъективного характера. Воздействие на данные факторы, следовательно, и является задачей управления социальным здоровьем.

В-третьих, оценка социального здоровья – как объективная, так и субъективная представляет собой динамичную переменную и обусловлена социальным субъектом, который является носителем социального здоровья. Так, при оценке социального здоровья личности может быть получен один результат (показатель), при оценке социального здоровья конкретной социальной группы – другой результат, при оценке социального здоровья населения страны – третий результат.

В-четвертых, социальное здоровье является объектом социального управления, поскольку оно социально конструируемо.

В-пятых, понятие «уровень социального здоровья населения» достаточно условно, поскольку обусловлено временным, географическим, социокультурным контекстом. В этой связи, применительно к конкретному социальному и исследовательскому контексту, необходимо создание нормативной модели социального здоровья населения из набора характеристик, оптимально соответствующих развитию социальной системы в данный конкретный период времени, а также инструментальной модели, состоящей из комплекса индикаторов и показателей, позволяющих фиксировать уровень данного соответствия.

В-шестых, при оценке состояния социального здоровья населения важен ценностный контекст, задающий ориентиры формирования потребностей в саморазвитии и самоактуализации социальных субъектов. При низком уровне развития таких потребностей, соответственно, занижается и шкала оценки, в противном случае компаративный анализ может быть недостоверным.

Практически крайне сложно учесть данный фактор, в связи с чем особую значимость приобретает валидность исследовательского инструментария, а также сам процесс операционализации понятия.

В процессе нашего исследования мы выделяем две структуры понятия «социальное здоровье»: уровневую и компонентную. Уровневая позволяет зафиксировать состояние сформированности и развития социального здоровья населения региона через соотношение понятий «потребности – реализация». Компонентная структура позволяет видеть реализуемость потребностей социального субъекта в саморазвитии и самоактуализации через призму различных сфер его жизнедеятельности.

Итак, уровневая структура (уровневая модель) социального здоровья предполагает вычленение трех основных уровней: адаптационные возможности, самореализационные возможности, самоактуализационные возможности. Их взаимодействие восходит от низшего к высшему: адаптация – самореализация – самоактуализация.

Компонентная модель социального здоровья населения может быть обозначена через соотношение различных полей, в которых взаимодействует и развивается социальный субъект. В качестве компонентов социального здоровья мы выделяем:

- социально-экономический (условия и результаты реализации потребностей населения в социально-экономическом поле); социально-экономический компонент предполагает возможности и способность участия населения в системе распределения экономических статусов и ролей, а также получения экономических выгод и благ посредством выполнения своих экономических функций через конструирование социально-экономического пространства на основе выстраивания коммуникаций;

- профессионально-трудовой компонент (условия и результаты реализации потребностей населения в сфере профессионального развития, профессионально-трудовой деятельности); профессионально-трудовой компонент представляет возможности и способность самореализации социального субъекта в области профессионально-трудовой деятельности посредством конструирования профессионально-трудовых связей и отношений;

- физический компонент (условия и результаты реализации потребностей населения в области физического развития); предполагает возможности и способности населения как социального субъекта посредством формирования и развития социальных коммуникаций реализовывать свой физический потенциал, развивать психическое и физическое здоровье;

- интеллектуально-творческий компонент (условия и результаты реализации потребностей населения в интеллектуально-творческом развитии); предполагает наличие способностей и возможностей населения в творческом саморазвитии, развитии интеллектуального потенциала через установление и развитие социально-коммуникативного пространства;

– духовно-нравственный компонент (условия и результаты реализации потребностей населения в области развития духовно-нравственных отношений); содержит в себе потенциал для нравственно-этического, духовного саморазвития и самоактуализации социального субъекта через выстраивание социальных связей и отношений;

– общественно-политический компонент (условия и результаты реализации потребностей населения в общественно-политической активности, в политическом поле, в принесении общественной пользы); предполагает конструирование социальным субъектом коммуникаций для самореализации в политике, общественной жизни (например, в экологической, культурной, волонтерской и других видах деятельности) (Рис. 1).



Рис.1. Компонентная модель социального здоровья населения

Каждый из выделенных компонентов имеет вполне четкие критерии и показатели в условно заданном контексте. Выделенные модели (как уровневая, так и компонентная) нуждаются в операционализации.

Итак, нами рассмотрено понятие «социальное здоровье населения», проанализированы основные подходы к его интерпретации. По результатам проведенного анализа возможно заключить, что социологическая интерпретация социального здоровья позволяет фиксировать условия и результаты реализации потребностей населения в саморазвитии и самоактуализации в различных сферах жизнедеятельности, посредством конструирования социальных связей и отношений и соотнести их с интересами развития социальной системы.

Список литературы

1. Актуальные проблемы исследования социального здоровья: Опыт социолого-философского анализа / под. ред. Р.А. Зобова, А.А. Козлова. СПб.: Химиздат, 2004. С. 88-100.

2. Москвич А.С. Социальное здоровье молодежи как фактор социально-экономического развития региона (на примере Хабаровского края): Автореф. ... канд. социол. наук: 22.00.04. Хабаровск, 2008. 30 с.; Курашкина Е.В. Социально-управленческий механизм формирования социального здоровья учащихся: автореф... канд. социол. наук: 22.00.08. М., 2011. 26 с.
3. Тарасенко Т.Н. Здоровьеразвивающие и здоровьесберегающие технологии в социально-педагогической практике [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.rusnauka.com/ESPR_2006/Ecologia/6_tarasenko%20t.n..doc.htm; Берендеева А.Б. Предмет исследования – благополучие населения. – 2006 [Электронный ресурс] / А.Б. Берендеева. Режим доступа: http://ecsocman.hse.ru/data/734/767/1219/Sotsis_5_06_p127-133.pdf; Приступа Е.Н. Междисциплинарное теоретическое обоснование понятия «социальное здоровье» личности ребенка // Социальная политика и социология. 2007. № 2. С. 124.
4. Данный термин впервые был введен Ч. МакИнтаром в 1895 г. См.: Краткий словарь по социологии. М., 1989. С. 376.
5. Парсонс Т. О социальных системах. М.: Академический проспект, 2002. 832 с.; Goffman, A. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. – Touchstone, 1986. 168 p.; Freidson, E. The organization of medical practice and patient behavior // Am J Public Health. 1961. №51. P. 43-52.
6. Иванов В.Н. Исследованию проблем здравоохранения – социологический подход / В.Н. Иванов, В.М. Лупандин // Коммунист Украины. 1984. № 11. С. 72-77.
7. Добронравов Н. Социология медицины // Философская энциклопедия. М., 1970. Т. 5. С. 98.
8. Фуко М. Слова и вещи. М.: А-сад, 1994. 408 с.; Дридзе Т. Две новые парадигмы для социального познания и социальной практики // Россия: трансформирующееся общество. М.: Канон-Пресс-Ц, 2001. С. 222-242; Изуткин Д.А. Философия взаимосвязи образа жизни и здоровья: монография / Д.А. Изуткин. Н.Новгород: Изд-во ННГУ им. Лобачевского, 2005. 203 с.; Дмитриева Е.В. Социология здоровья: методологические подходы и коммуникационные программы. М.: Центр, 2002.
9. Киреева Н.Н. Междисциплинарное исследование социального здоровья человека / Н.Н. Киреева, А.И. Анисимова // Учёные записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. 2010. Вып. 2. Т.14. С. 83.
10. Гатило В.Л. Социальное здоровье студенческой молодежи: подходы к определению / В.Л. Гатило, Т.В. Городова // Современные проблемы науки и образования. 2015. №1. С. 56 (С. 55-62).
11. Парсонс Т. Система современных обществ. Пер, с англ. Л.А. Седова и А.Д. Ковалева. Под ред. М.С. Ковалевой. М.: Аспект Пресс, 1998; Луман Н. Введение в системную теорию. Пер. с нем. К. Тимофеева. М.: Издательство "Логос", 2007.

12. Колпина Р.В. К вопросу об определении понятия «социальное здоровье» / Р.В. Колпина, И.Н. Сербай // Среднерусский вестник общественных наук. 2011. №1. С. 52.

13. Дюркгейм Э. Социология. М.: Канон, 1995. 349 с.

14. Колпина Л.В. Социальное здоровье: нормативная модель и реальность // Среднерусский вестник общественных наук. 2009. №3. С. 54 (С. 53-59)

ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ ПРАКТИКИ КАК РЕСУРС ПОТЕНЦИАЛА ЗДОРОВЬЯ РОССИЯН WELLNESS PRACTICES AS A RESOURCE OF HEALTH POTENTIAL OF RUSSIANS

О.И. Иванов

Санкт-Петербургский государственный университет, г. Санкт-Петербург

O.I. Ivanov

Saint Petersburg University, Saint Petersburg

По мнению автора, формирование развитых систем потребностей, способностей и готовностей индивидов и общностей осваивать и использовать оздоровительные практики – реальный путь к сокращению социальных неравенств в здоровье. Движение в этом направлении может привести к значительному увеличению количества граждан России, способных самостоятельно решать задачи по укреплению своего здоровья в ситуациях, которые не требуют экстренной профессиональной помощи.

The formation of developed systems of needs, abilities and willingness of individuals and communities to learn and use wellness practices is a real way to reduce social inequalities in health. Movement in this direction can lead to a significant increase in the number of Russian citizens who are able to independently solve problems to improve their health in situations that do not require emergency professional assistance.

Ключевые слова потенциал здоровья; институциональная среда потенциала здоровья; роль институтов здравоохранения и образования в формировании активного отношения населения к своему здоровью; системы потребностей, способностей и готовностей индивидов и общностей осваивать и использовать оздоровительные практики

Keywords health potential population; institutional environment of population health potential; the role of public health and education institutions in shaping an active attitude of the population towards their health; directions of transformation of the institutional environment of the population health potential; systems of needs, abilities and willingness of individuals and communities to master and use wellness practices

С нашей точки зрения, у потенциала здоровья как социального свойства индивидов и общностей три источника и три составных части: потребности, способности и готовности индивидов и общностей в течение долгих лет практическими действиями поддерживать хорошее здоровье (физическое и психическое) и работоспособность. Для нас потенциал здоровья – сформированная во взаимодействии с социальной средой система потребностей, способностей и готовностей индивидов и общностей следить за состоянием своего здоровья, своевременно получать необходимые знания об его укреплении, а также полученные на основе применения оздоровительных практик разнообразные свойства, которые в совокупности обеспечивают хорошее здоровье и хорошую работоспособность [1].

И западные, и отечественные ученые единодушно подчеркивают, что социально-экономический статус индивида оказывается значимым фактором в социальных неравенствах в здоровье. В то же время, по нашему мнению, значение этого и других социальных факторов можно снизить, если носители потенциала здоровья будут иметь развитые потребности, способности и готовности осваивать и использовать оздоровительные практики и им будет обеспечен равный доступ к их освоению. В этом случае следует ожидать, что социальные неравенства в здоровье уменьшатся. Формирование развитых систем потребностей, способностей и готовностей индивидов и общностей осваивать и использовать оздоровительные практики – реальный путь к сокращению социальных неравенств в здоровье. Движение в этом направлении может привести к значительному увеличению количества граждан России, способных самостоятельно решать задачи по укреплению своего здоровья в ситуациях, которые не требуют экстренной профессиональной помощи.

Но практика показывает, что далеко не все индивиды и общности могут и желают использовать укрепляющие и сберегающие здоровье практики. В связи с этим возникает необходимость научного обоснования и разработки дополнительных мероприятий, которые могут способствовать активизации оздоровительной деятельности россиян. В докладе обосновывается новое направление политики формирования и развития у граждан России активного отношения к своему здоровью на основе создания и использования устойчивых систем потребностей, способностей и готовностей индивидов и общностей осваивать и использовать различные оздоровительные практики.

Сегодня основные российские институты здравоохранения и образования не участвуют в формировании систем потребностей, способностей и готовностей индивидов и общностей укреплять и сохранять свое здоровье на основе освоения и использования оздоровительных практик. Представляется

необходимым эти институты задействовать в работе в указанном направлении. Тем более что для этого созрели все необходимые условия.

В последние годы правительство России стало больше внимания уделять вопросам укрепления здоровья населения. В частности, в 2017 г. в России утвердили паспорт приоритетного проекта «Формирование здорового образа жизни». Он направлен на увеличение числа граждан, ответственно относящихся к своему здоровью и ведущих здоровый образ жизни, в том числе тех, кто систематически занимается физической культурой и спортом, снижение потребления табака, совершенствование законодательства в области рекламы, связанного с алкоголем, табаком, нерациональным питанием [2].

Подготовлен проект «Стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года» [3]. Многие положения этого документа подвергаются критике, но в нем и немало полезных и реализуемых предложений. Мы выбрали из этого документа лишь те предложения, которые можно дополнить мероприятиями, направленными на формирование систем потребностей, способностей и готовностей индивидов и общностей осваивать и использовать оздоровительные практики.

Мы предлагаем:

В учебнике «Основы безопасности жизнедеятельности» (ОБЖ) для 5-11 классов средней школы предусмотреть рассмотрение вопроса об оздоровительных практиках. В средних и высших учебных заведениях ввести на факультативной основе курсы об оздоровительных практиках. В учебных пособиях для преподавателей ОБЖ в 5-11 классах средней школы по указанному разделу также создать раздел об оздоровительных практиках. Организовать для всех желающих онлайн обучение оздоровительным практикам. При подготовке в медицинских колледжах средних медицинских работников для работы в отделениях и кабинетах медицинской профилактики, в центрах здоровья, в том числе центров здоровья для детей, давать знания об оздоровительных практиках. Внедрить в практику работы врачей поликлиник меры по повышению грамотности граждан в вопросах состояния их здоровья и профилактики заболеваний, включая индивидуальное информирование пациентов об оздоровительных практиках. Можно создать в крупных и средних городах центры освоения и использования оздоровительных практик. Целесообразно создать общероссийский информационный портал по оздоровительным практикам, где будет размещаться информация о различных заболеваниях и об оздоровительных практиках, которые рекомендуются для лечения этих заболеваний. Там же можно будет найти сведения о том, где и кто поможет освоить эти практики. На наш взгляд, реализация этих предложений

может способствовать повышению качества потенциала здоровья россиян: молодежи, работающего населения, старшего поколения.

Наши предложения соответствуют основным принципам новой модели 4 П здравоохранения, в особенности ее принципу партисипативности, который означает активное включение человека в процесс укрепления и поддержания своего здоровья и принятие на себя ответственности за свое здоровье.

В целях активизации оздоровительной деятельности населения и релевантных социальных институтов автор предлагает определить 2020 г. (или другой год) годом здоровья в России.

Список литературы

1. Иванов О.И. (2013) Человеческий потенциал (формирование, развитие, использование). Санкт-Петербург: Скифия-принт. 336 с.
2. Паспорт приоритетного проекта «Формирование здорового образа жизни». <https://docplayer.ru/51273402-Pasport-prioritetnogo-proekta-formirovanie-zdor...> (дата обращения 20.11.2018)
3. Проект «Стратегия формирования здорового образа жизни...» https://www.gnicpm.ru/UserFiles/Strategy_draft_26062017.pdf (дата обращения 20.11.2018)

СУБЪЕКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЕГО СВЯЗЬ С ЛИЧНОСТНЫМИ РЕСУРСАМИ SUBJECTIVE HEALTH AND ITS RELATIONSHIP TO PERSONAL RESOURCES

А.А. Лебедева, В.Ю. Костенко
*Национальный исследовательский университет
«Высшая школа экономики», г. Москва*
A.A. Lebedev, V.Y. Kostenko
*National Research University
«Higher School of Economics», Moscow*

Субъективное здоровье признается важным показателем оценки общего здоровья. Понятие зарекомендовало себя вследствие обнаруженных корреляций с показателем смертности. Субъективное здоровье тесно связано с понятием психологического благополучия в психологических исследованиях. Однако критика этого направления исследований не получила концептуального ответа. Перспективно исследование имплицитной теории здоровья и привлечение к анализу потенциала современной психологии личности.

Subjective health is an important indicator of general health. The concept attracted global attention as the result of studies, where self-reported health was

associated with mortality. Subjective health and subjective well-being are closely related in psychological research. However, researchers still failed conceptually respond to criticism in this field. The study of the implicit theory of health and the appeal of modern personality psychology of personality is promising.

Ключевые слова: субъективное здоровье, субъективное благополучие, имплицитная теория здоровья, личностные ресурсы

Keywords: subjective health, subjective well-being, implicit health theory, personality resources

В клинических исследованиях качества жизни, связанного со здоровьем, субъективные измерения обычно используются для оценки состояния пациента после лечения и служат мерой эффективности реабилитационных процедур [1]. *Самооценка состояния здоровья* (Self-assessed Health Status) – это показатель того, как человек оценивает свое здоровье (например, как отличное / очень хорошее / хорошее / удовлетворительное или плохое). Принятая ВОЗ, эта субъективная мера здоровья входит в различные индексы оценки здоровья* как показатель, хорошо себя зарекомендовавший. Интерес к самооценке здоровья возрастает с конца 1990-х гг. в связи с тем, что этот показатель в целом ряде исследований предсказывал смертность лучше, чем текущее объективное состояние здоровья [2; 3; 4; 5].

Более современные академические исследования все чаще обращаются к понятию *субъективного здоровья* (*Subjective Health*), под которым понимается индивидуальное ощущение собственного здоровья в данный момент времени [6]. Как правило, термины «субъективное здоровье» и «самооценка здоровья» используются как синонимы. Появление же дискурса субъективного здоровья связывают с изменениями в традиционном понимании здравоохранения и медицинских услуг. Кардинальные изменения в паттернах болезни и здоровья привели к тому, что вопросы о том, является ли человек больным или здоровым постепенно обособляются от объективных показателей и все чаще отдаются на откуп субъективному восприятию человеком своих симптомов, как требующих или не требующих профессионального внимания. Например, некоторые пожилые люди при наличии патологических процессов в организме воспринимают себя здоровыми и приписывают проблемы с самочувствием наступающей старости. В связи с этим субъективные оценки здоровья стали центральной переменной геронтологических исследований [7; 8]. Таким

* Например, она используется в числе переменных оценки здоровья: Программа "Здоровые люди-2020" в США: см. <https://www.healthypeople.gov/2020/about/foundation-health-measures/General-Health-Status#1>; Программа «Здоровье и развитие детей и подростков» в странах Европы: <https://gateway.euro.who.int/ru/datasets/hbhc/> и др.

образом, наука столкнулась с концептуальными трудностями определения здоровья как на индивидуальном уровне, так и на уровне населения, поскольку появилось множество факторов превращения «не больного» человека в «больного», и наоборот [9].

К особой области исследований относятся работы, объединяющие понятия субъективного здоровья и субъективного благополучия. Наиболее признанным является подход, включающий субъективное здоровье в структуру субъективного благополучия. Вместе с тем, как отмечает Э. Динер, множество политических решений все еще опираются на другие индикаторы здоровья, такие как продолжительность жизни, уровень смертности, заболеваемость и т.п., а самооценка здоровья игнорируется и исключается из повестки дня государственной политики в области здравоохранения [10]. На практике решения, основанные только на «объективных» показателях, могут противоречить реальным потребностям и ожиданиям населения.

Однако само понимание субъективного здоровья, по всей видимости, развивается несущественно. Несмотря на многочисленные эмпирические исследования, проведенные за последние 20 лет, не удастся обнаружить явного концептуального прироста в данной области. Например, теории, объясняющие качество взаимоотношений между субъективным благополучием и здоровьем, как правило, сводятся к следующему объяснению: оценка жизненных обстоятельств зависит от уровня удовлетворенности потребностей, который варьируется у отдельных индивидов и социальных групп [11]. Такой подход критикуется как чрезмерно гедонистический.

В то время как понимание субъективного здоровья обросло материалами эмпирических исследований, которые требуют отдельного изучения, инструменты его измерения остались неизменными. Критика единственного вопроса, «Как Вы оцениваете свое здоровье?», используемого для исследования субъективного здоровья, в основном связана с неясными критериями и эталонами, на которые опирается респондент при ответе. Так, человек может опираться на личный опыт болезни, стремится дать социально желательный ответ и др. Несмотря на то, что традиционный инструмент оценки субъективного здоровья предоставляет интересные данные, дальнейший анализ может упускать компоненты Я-концепции здоровья, потенциально предсказывающие физическое функционирование [12]. Иными словами, данная исследовательская проблема требует проведения качественного исследования имплицитной теории концепта «здоровье».

Кроме того, различные эталоны, на которые опирается человек в оценке своего здоровья, могут быть обусловлены дефицитом или, наоборот, достаточностью ресурсов личности. Исследования Л.А. Александровой,

А.А. Лебедевой, Д.А. Леонтьева показывают, что ограничение возможностей здоровья (инвалидность) имеет не только негативные последствия, но и может выступать как условие возможности раскрытия потенциала личности [см. 13; 14]. В работе Т.Ю. Ивановой обсуждается, что личностные ресурсы могут выступать не только как предикторы, но и как модераторы (т.е. определять направление или силу связи между переменными) или медиаторы (т.е. являться посредниками, организующими связь между внешними условиями и благополучием человека). Иначе говоря, некоторые особенности личности, относящиеся к классу ресурсов, вмешиваются в то, как внешние обстоятельства (в т.ч. объективное здоровье) влияют на субъективное здоровье и благополучие.

В докладе будут представлены результаты качественного и количественного исследований, направленных на изучение имплицитных и эксплицитных представлений о здоровье (физическом, психическом и психологическом), а также личностных ресурсов в их связи с субъективной оценкой здоровья.

Список литературы

1. Лебедева А.А. Теоретические подходы и методологические проблемы изучения качества жизни в науках о человеке // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2012. Т. 9. № 2. С. 3-19.
2. Mossey J.M., Shapiro E. Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly // American Journal of Public Health. 1982. Vol. 72(8). P. 800-808.
3. Idler E. L., Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies // Journal of Health and Social Behavior. 1997. Vol. 38(1). P. 21-37.
4. Müters S., Lampert T., Maschewsky-Schneider U. Subjektive Gesundheit als Prädiktor für Mortalität [Subjective health as predictor for mortality]. // Gesundheitswesen. 2005. Vol. 67(2). P. 129-136.
5. Hirve S., Juvekar S., Sambhudas S., Lele P., Blomstedt Y., Wall S., ... Ng, N. Does self-rated health predict death in adults aged 50 years and above in India? Evidence from a rural population under health and demographic surveillance. // International journal of epidemiology. 2012. Vol. 41(6). P. 1719-1728.
6. Johnston D.W., Propper C., & Shields M.A. Comparing Subjective and Objective Measures of Health: Evidence from Hypertension for the Income // Journal of Health Economics. 2009. Vol. 28(3). P. 540-552.
7. Cutler S.J., Grams A.E. Correlates of self-reported everyday memory problems // Journal of Gerontology. 1988. Vol. 43(3). P. 82-90.
8. Menec V.H., Chipperfield J.G. The interactive effect of perceived control and functional status on health and mortality among young-old and old-old adults // The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences. 1997. Vol. 52(3). P. 118-126.

9. Hunt S.M., McEwen J. The development of a subjective health indicator // *Sociology of Health & Illness*. 1980. Vol. 2(3). С. 231-246.

10. Diener E., Lucas R., Schimmack U., & Helliwell J. (2009). *Well-Being for Public Policy*. Oxford: Oxford University Press.

11. Gataūlinas A., Banceviča M. Subjective health and subjective well-being (the case of EU countries) // *Advances in Applied Sociology*. 2014. Vol. 4(9). P. 212.

12. Werntz A.J., Green J.S. & Teachman B.A. Implicit health associations across the adult lifespan: [Electronic resource] // *Psychology & Health*. 2017. URL: <http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2017.1341514>.

13. Лебедева А.А. Субъективное благополучие лиц с ограниченными возможностями здоровья: Дисс. ... канд. психол. наук: 19.00.01. М., 2012.

14. Александрова Л.А., Леонтьев Д.А. Ограниченные возможности здоровья как источник позитивного развития // Сб. *Жизнеспособность человека: индивидуальные, профессиональные и социальные аспекты* / Под ред. А.В. Махнача и Л.Г. Дикой. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2016. С. 676-690.

**СОЦИАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ ПОКОЛЕНИЙ В КОНТЕКСТЕ ВЛИЯНИЯ
ИНФОРМАЦИОННОГО ПРОСТРАНСТВА
(К ВОПРОСУ КОНФЛИКТА «ОТЦОВ И ДЕТЕЙ»)
SOCIAL HEALTH OF GENERATIONS IN THE CONTEXT OF THE
INFLUENCE OF THE INFORMATION SPACE
(TO THE ISSUE OF THE CONFLICT OF "FATHERS AND CHILDREN")**

А.Б. Лымарь

Высшая Школа Социально-Экономическая в Гданьске, Польша

A.B. Lymar

Higher Social-Economic School in Gdansk, Poland

Оценка уровня социального здоровья возможна в контексте анализа состояния диалога поколений и качества информационного пространства.

Assessing the level of social health is possible in the context of analyzing the state of the dialogue of generations and the quality of the information space.

Ключевые слова: социальное здоровье, диалог поколений, информационное пространство

Keywords: social health, intergenerational dialogue, information space

Социальное здоровье как феномен, вызывающий внимание исследователей, обладает особенностью, которая выделяет его среди многих других явлений. Речь о том, что вопрос о состоянии социального здоровья общества чаще активизируется в периоды, которые либо связаны с обострением социального бытия и различных общественно-значимых процессов, либо с

периодами относительной стабильности, позволяющей обратиться к данной теме в сугубо научных интересах. Социальное здоровье не обладает стандартными определениями и качествами, позволяющими объективно его оценивать. Скорее можно полагать, что социальное здоровье определяется степенью опасности, которую несет в себе поведение индивидуумов и групп по отношению к общим представлениям о стабильности в обществе, о социальном спокойствии. Можно говорить об отсутствии такого рода социальной активности, которая обращает на себя внимание, требует дополнительных усилий (и средств) для проведения анализа складывающейся ситуации, для преодоления возможных проблем. Проводимый автором на протяжении последних пяти лет анализ феномена социального здоровья на примере рассмотрения информационного пространства и коммуникации между поколениями в Польше позволил сформулировать несколько замечаний по данному вопросу.

1. Многократно исследовалось социальное здоровье на примере разных поколений. Это, впрочем, не привело к тому, что удалось бы выработать механизмы распространения и критерии оценки, предпочтительные (удобные) для власти, общества или индивида. Традиционно под социальным здоровьем принято воспринимать наличие определяемых устоев, их принятие/соблюдение большинством, отсутствие/смягчение условий и предпосылок для их изменения. В целом, социальное здоровье поколения определяется укоренившимся в течение одного-двух десятилетий образом массового мышления, основанного и обоснованного доступным и актуальным социальным опытом поколения, а также конкретными факторами (идейно-политическими, культурными, экономическими). Эти факторы влияют на оценки общего и индивидуального состояния, определяют приоритеты в выборе задач и механизмов их решения.

2. Следует заметить, что социальное здоровье как явление не может быть оценено ни положительно, ни отрицательно, а возможное отношение к его состоянию ограничивается не только рамками эпохи (активного состояния в жизни поколения), но и целями таковой оценки. К целям такой оценки могут относиться: желание общественного блага (как оно понимается на данный момент), интересы общественной безопасности (в зависимости от принятой концепции такой безопасности), прогнозирование социальных процессов в различных целях (например, определение уровня общественной лояльности). Возможность оценки состояния и качества социального здоровья поддается в основном исторической оценке эпохи, представляемой конкретным поколением.

3. Учитывая сказанное выше, неизбежно встает вопрос о другом достаточно активно рассматриваемом явлении, а именно – диалоге поколений. Ошибочное мнение, что диалог поколений основывается на трансляции опыта (прежде всего, социального, включая знания о культуре и мире) от старшего поколения к младшему, уже не раз приводило к тупиковой ситуации межпоколенного конфликта. Нет ни одного известного исторического примера, когда бы опыт и убеждения, понятия и их интерпретации в полной мере были бы восприняты молодым поколением. Даже в самых сложных случаях, к которым, например, можно отнести периоды идеологического диктата, автократии или тоталитаризма, опыт старшего поколения доходил до следующего поколения в модифицированном виде. Модификация не обязательно означала, что молодёжь произвела что-то лучшее, более полезное или менее вредное, но всегда производилось нечто новое. Со временем это новое также становилось продуктом трансляции на следующее поколение, устаревающим и требующим обновления.

4. Таким образом, мы подошли к тому, что социальное здоровье как явление может рассматриваться как на примере а) трёх-четырёх, б) одного-двух или с) одного поколения. В зависимости от выбора анализируемой группы можно подойти к попытке выбора критериев оценки. Прежде всего, анализ может проводиться на основе средств и способов презентации (самопрезентации) социального здоровья рассматриваемой группы. Такая презентация связана с внутренним и внешним информационным оформлением. Помимо этого возможна оценка 1) соответствия состояния социального здоровья ожиданиям власти или остального общества, 2) с восприятием и самооценкой этого состояния, 3) с ценностной оценкой этого состояния в контексте решения задач диалога поколений (если таковые задачи обладают необходимой степенью значимости для потенциальных участников диалога).

5. Социальное здоровье рассматривается в качестве абстрактного фактора в информационном обмене между различными группами, сферами, интересами. Заметим, что дать однозначную оценку качества социального здоровья практически не представляется возможным, если эта оценка не делается в экстремальных или переходных ситуациях. Чаще мысли и претензии к социальному здоровью обращены в контексте проявления отклонений от привычного, устоявшегося течения бытия.

6. Информационное пространство одновременно формирует и отражает определяемый образ социального здоровья в обществе. Здесь можно рассматривать два основных аспекта – технический и содержательный.

7. Технический аспект обеспечивает степень доступности и распространения информации. Современные способы трансляции информации

оказывают влияние на её содержание, но это влияние больше стилистическое и количественное. Скорость производства и передачи информации позволяет экономить на подробностях, концентрируя внимание на сути или её принимаемой интерпретации. Возрастные (поколенческие) привычки в восприятии и потреблении текстовой информации определяют объемы текстового материала, наличие или отрицание дополнительных аргументов и сведений. Случайное или излишне активное столкновение с новыми формами формирования информационного пространства может вызвать шок (близкий к культурному шоку) и отторжение. В такой ситуации социальное здоровье оказывается в состоянии напряжения, паники или восприятия угрозы, что может стать побудительным мотивом для межпоколенческого конфликта, самоизоляции поколения, прерывания диалога. В то же время попытки предъявить молодому поколению требования придерживаться традиций в социальной коммуникации, пренебрегая технологическими возможностями современности, вызывают во многом аналогичные реакции. Таким образом, на технологическом уровне говорить о едином положительном социальном здоровье различных поколений представляется нецелесообразным.

8. Содержательный аспект информационного пространства связан с конкретными интерпретациями и оценками эпохи, с укоренившейся традицией на уровне различных возрастных и социальных групп, со степенью влияния этой традиции. Содержание во многом определяется описанными реальными достижениями, сформулированными целями, задачами, приоритетами. Информационный обмен между поколениями осуществляется при явном доминировании старшей возрастной группы над младшей, так как институты образования и культуры в силу естественных причин более принадлежат именно старшим поколениям. Такое доминирование отнюдь не гарантирует отсутствия желания присоединить к содержанию дополнительные значимые для поколения понятия и ценности, включая разного рода традиции и предубеждения, а нередко и мифы. Вызванное интуицией молодого поколения сомнение в безусловности качества получаемой информации также может вызвать напряженность и желание опровергнуть содержание. В такой ситуации говорить о здоровом (конструктивном или полезном) диалоге поколений также не приходится, как и о совместном социальном здоровье.

9. Многочисленные примеры свидетельствуют, что нередко диалог между поколениями становится менее напряженным при общении через одно-два поколения (с внуками-правнуками). Например, этот феномен отчетливо проявляется в оценке отдельных страниц истории или идеологии, когда для внуков-правнуков содержание информационного пространства прошлого не

является чем-то связанным с собственным пережитым опытом. Старшее поколение может успешно транслировать через поколения традиции и предубеждения, не опасаясь доказательного опровержения. Складывается ощущение консенсуса и совместного (межпоколенного) благополучного состояния социального здоровья. Однако не следует забывать, что между упомянутыми поколениями располагаются поколения, находящиеся в конфликте со старшим и одновременно выдвигающие свои требования к младшему.

10. Известно, что всеобщее социальное здоровье возможно лишь как идеальный проект для безликих, ограниченных обществ, часто находящихся под прессом диктатуры, доминирования одной идеологии или традиции, использующей на протяжении длительного периода однотипные способы интерпретации понятий, придерживающиеся стереотипов и стандартизированных ценностных приоритетов. В данной ситуации мобильное и гибкое информационное пространство обладает большими ресурсами для поддержания жизненности в обществе, обеспечивая возможность возникновения дискуссии и конфликта, вариативность принимаемых решений, разнообразие интерпретаций и оценок. Собственно, процесс активного взаимодействия, совместного поиска и взаимной терпимости способствует формированию приемлемого образа социального здоровья в краткосрочной или более длительной перспективе.

**ЙОДДЕФИЦИТНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ –
ГЛОБАЛЬНАЯ ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА
IODINE DEFICIENCY DISEASES OF THE POPULATION –
A GLOBAL ENVIRONMENTAL PROBLEM**

Н.А. Матвеева, Е.О. Максименко, М.В. Ашина
*Приволжский исследовательский медицинский университет,
г. Нижний Новгород*
N.A. Matveeva, E.O. Maximenko, M.V. Ashina
*Privolzhsky research medical university,
Nizhny Novgorod*

Существует глобальная недостаточность эссенциального нутриента – йода в земной коре. Это проявляется недостаточной миграцией его по биологическим цепочкам и нарушением функции щитовидной железы. Формируются йоддефицитные заболевания (ЙДЗ) у детей и взрослых на всех континентах Земли. Доказана высокая эффективность первичной профилактики

ЙДЗ путем дозированного ежедневного употребления йодированной соли на эндемичных территориях.

There is a global deficiency of iodine as an essential nutrient. This is manifested by insufficient migration of iodine to the biological circuits and thyroid dysfunction. Iodine deficiency diseases are formed in children and adults in all continents of the Earth. High efficiency of primary prophylaxis has been proven by daily optimum intake of iodized salt.

Ключевые слова: эндемический зоб, йоддефицитные заболевания (ЙДЗ), эндемичные территории, скоркарты, профилактика, суточные нормы потребления йода, йодированная соль (ЙС)

Keywords: endemic goiter, iodine deficiency diseases (IDD), endemic regions, scorecards, prophylaxis, daily iodine intake, iodized salt (IS)

Эндемический зоб как тяжелое заболевание с нарушениями функций щитовидной железы и кретинизмом был известен с древних времен на многих территориях земного шара, чаще географически связанных с горными возвышенностями и водными акваториями: реки, моря и океаны. К началу XX столетия вопросы этиологии, патогенеза и профилактики зоба стали особо актуальными в медицине. Научно было доказано, что основной причиной возникновения эндемического зоба является недостаточное и неравномерное содержание йода в почвах земной коры, и обосновано положение об «эндемичных территориях».

Согласно «Международной классификации болезней – 10», зоб включен в IV Класс «Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ». Рекомендовано новое название большому перечню заболеваний этого класса – йоддефицитные заболевания (ЙДЗ) – патологические состояния у населения из-за дефицита йода в организме на эндемичных территориях.

Диапазон ЙДЗ проявляется на всех этапах онтогенеза: внутриутробный период, дети, подростки и взрослые. Последствия йодного дефицита на ранних этапах онтогенеза определяют формирование ЙДЗ у взрослого населения. Резолюция Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) утвердила высокую медико-социальную значимость недостаточности йода в питании населения земного шара. Научно обоснованы международные возрастные суточные нормы потребления йода для взрослых, детей, а также специфические нормы для беременных и кормящих женщин.

В течение XX столетия эпидемиологические исследования в России свидетельствовали: на 28 административных территориях выявлен йодный дефицит легкой и средней тяжести, в некоторых удаленных регионах страны

обнаружены тяжелые проявления йодного дефицита, вплоть до случаев кретинизма; йодный дефицит более выражен в восточной части страны, чем в ее западной части; спорадический характер мероприятий по профилактике йодного дефицита [1].

В Нижегородской (Горьковской) области научные исследования по ЙДЗ (зобная болезнь) начались в 40-60 гг. XX столетия. В 1962 г. по систематизированной информации Областного эндокринно-методического центра впервые была составлена «зобная карта» с разделением районов на три категории: тяжелая, средней тяжести эндемия и легкая. Углубленное эпидемиологическое гигиеническое исследование по распространенности и профилактике зобной болезни, выполненное профессором Л.А. Пальмовой (1971 г.), позволило составить картограмму территории области по тяжести эндемического зоба [2]. Массовые лечебно-профилактические мероприятия в 60-80-е гг. XX века с использованием йодированной соли в стране и области позволили снизить распространенность зоба. Однако после свертывания активной масштабной профилактики в 90-е гг. зафиксировано значительное увеличение ЙДЗ.

На основании полученных данных последовало Постановление Правительства РФ № 1119 1999 г. «О мерах по профилактике заболеваний, связанных с дефицитом йода». В качестве основного массового метода профилактики ЙДЗ было рекомендовано широкое использование йодированной соли, что отвечает рекомендациям ВОЗ.

В начале XXI столетия была разработана Нижегородская программа по преодолению йоддефицита на основе новых международных стандартов диагностики (йодурия, волюметрия у школьников допубертатного периода, неонатальный скрининг на врожденный гипотиреоз). Реализация программы специалистами Нижегородского тиреодологического центра (зав. к.м.н. Н.И. Тарасова), эндокринологов и гигиенистов НижГМА (Л.Г. Стронгин, Н.А. Матвеева и др.) завершилась современной диагностикой всех районов Нижегородской области по уровню выраженности йодного дефицита. Кластерный анализ на основе критериев ВОЗ позволил диагностировать Нижегородскую область как регион преимущественно легкой степени выраженности йодного дефицита. Семь из 48 районов области являются территориями со средней тяжестью йодного дефицита, что определило дальнейшую тактику лечебно-профилактической деятельности [3].

В начале XXI столетия утвержден международный перечень диагнозов ЙДЗ, а также новые критерии диагностики йодной обеспеченности организма. Согласно этим требованиям, специалисты Глобальной сети по йоду-«Iodine global network» опубликовали схематические глобальные графические карты

(Global Scorecard) по обеспеченности йодом приоритетных групп населения согласно критериям диагностики ЙДЗ ВОЗ (2017 г.). Опубликованные данные свидетельствуют о серьезных проблемах по ЙДЗ на всех континентах земли. Эта информация должна ориентировать государственные структуры на кардинальные усилия по снижению заболеваемости, инвалидности и смертности населения во многих странах [4].

Предпочтительной стратегией профилактики йодного дефицита, внедренной в 120 странах мира, является йодирование соли (ЙС), поскольку она является продуктом ежедневного употребления в домашних хозяйствах. Обогащение соли йодатом калия не изменяет её органолептические и потребительские свойства. Доказана эффективность обогащения йодом других продуктов массового использования (хлеб, молочные продукты, яйца). В питании населения целесообразно использовать морепродукты, поскольку природный йод не инициирует аутоиммунные процессы в щитовидной железе человека. В нашей стране утверждены нормы суточного потребления йода в сутки для детей всех возрастных групп, подростков, взрослых, беременных и кормящих женщин.

Одним из показателей обеспеченности йодом населения является число домашних хозяйств, в которых йодированная соль (ЙС) используется в обязательном порядке. Законодательно закреплено производство и потребление ЙС в 108 странах мира [4]. Йодная недостаточность считается ликвидированной, если число домашних хозяйств, использующих ЙС, составляет не менее 90%. Актуальной является проблема профилактики ЙДЗ в организованных коллективах, в частности в образовательных организациях (дошкольные, школы, средние и высшие организации).

Анкетный опрос репрезентативной группы студентов ПИМУ показал, что ежедневно употребляют йодированную соль только 34%, 27% – редко и не используют в питании – 39% респондентов. Йодсодержащие продукты (ламинария, морепродукты, фасоль, чеснок и др.) используют в питании 78% студентов. Выявлены статистически достоверные гендерные различия: девушки ежедневно используют ЙС в питании в 2 раза чаще, чем юноши. Количество студентов, не использующих ЙС и йодсодержащие продукты, существенно не различается [5]. С целью профилактики ЙДЗ необходимо централизованное снабжение столовых ВУЗов йодированной солью, что не менее актуально для всех образовательных организаций.

Наличие многочисленных факторов риска окружающей среды, ассоциированных с йодом, определяет необходимость решения многокомпонентного загрязнения природной среды, устранения социально-экономического

неравенства, в том числе повышения микронутриентной адекватности рациона питания населения.

Список литературы

1. Дефицит йода — угроза здоровью и развитию детей России: Национальный доклад / И.И. Дедов [и др.]. М., 2006. 124 с.
2. Пальмова Л.А. Содержание йода во внешней среде в некоторых районах г. Горького и Горьковской области и заболеваемость эндемическим зобом // Вопросы распространения, клиники, терапии и профилактики важнейших эндокринных заболеваний. Горький. 1959. С. 21-24.
3. Strongin L.G. Schoolchildren's physical and mental development on the territories of slight iodine deficiency categorized according to its degree by using a computer-aided cluster analysis / L. Strongin, N. Tarasova, N. Matveeva // European Journal of Clinical Investigation – 2008. Vol. 38 (Suppl.1). P. 1-21.
4. Герасимов Г.А. Обзор возможных стратегий профилактики йодного дефицита в странах Юго-Восточной Европы и Центральной Азии: 2009-2016 / Г.А.Герасимов [и др.] // Клин. и экспер. тиреоидология. 2017. Т. 13. № 4. С. 16-22.
5. Синичкина А.А. Оценка обеспеченности йодом студентов с целью профилактики заболеваний щитовидной железы / А.А. Синичкина, Е.О. Максименко // Сборник тезисов V Всероссийской конференции молодых ученых и студентов с международным участием «VOLGAVEDSCIENCE». – Нижний Новгород: Изд-во ПИМУ, 2019. С. 710-711.

К ВОПРОСУ О НЕГАТИВНОМ ВЛИЯНИИ НАРКОМАНИИ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА ON THE QUESTION OF THE NEGATIVE IMPACT OF DRUG ADDICTION ON HUMAN HEALTH

Л.Р. Романовская, М.А. Лиходедов
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н. И. Лобачевского*
Ж.К. Илизабализа
Deep Block Smart Contract, г. Париж, Франция
L.R. Romanovskaya, M.A. Likhodedov
Lobachevsky University
J.K. Illyzabaliza
Deep Block Smart Contract, Paris, France

Научная статья посвящена анализу последствий употребления наркотических веществ, влиянию их на организм и повседневную жизнь человека.

The scientific article is devoted to the analysis of the consequences of drug use, their impact on the body and everyday life.

Ключевые слова: наркозависимость, здоровье человека, деградация, смерть
Keywords: drug addiction, human health, degradation, death

Проблема наркозависимости в современном российском обществе, да и в других странах, стоит весьма остро. Исследователи анализируют различные аспекты данной проблемы: причины наркозависимости (социальные, психологические), пути преодоления этих причин, направления реабилитации. Мы хотели бы обратить внимание на негативные последствия систематического употребления наркотических средств, которые неизбежно наступают и подрывают здоровье человека.

Как показывает официальная статистика, около 200 млн. человек в мире употребляют наркотические вещества, а это 5% всего населения нашей планеты. Причем, ежегодно возраст тех, кто впервые попробовал наркотики, уменьшается. Если несколько лет назад это были люди в возрасте 16-17 лет, то сегодня начинают пробовать наркотические вещества дети 13-14 лет. Возрастает количество женщин, которые употребляют наркотики. Следует отметить, что существует ещё и неофициальная статистка, согласно которой людей, употребляющих наркотические вещества, еще больше.

В феврале 2009 г. руководитель Федеральной службы по контролю по обороту наркотиков сообщил, что в России ежедневно от употребления наркотиков умирают 80 человек, более 250 человек становятся наркозависимыми [1]. В 2009 г. в ООН был обнародован доклад, где заявлялось, что Россия занимает 1-е место в мире по потреблению афганского героина, и что количество умирающих от наркотиков людей (от 30 тысяч до 40 тысяч человек ежегодно) превышает общие потери Советской Армии за 7 лет афганской кампании. «Российская Федерация, будучи самым большим национальным героиновым рынком, потребляет более 20% героиновой продукции из Афганистана, но при этом перехватывает весьма скудные 4% от всего потока, достигающего ее территории», – отмечалось в докладе экспертов ООН [2].

Приведём данные медицинского учёта, которые ежегодно публикует Министерство здравоохранения.

Если в 1992 г. наркоманов в стране было почти 36 тыс. человек, то в последующие года их численность неуклонно увеличивается. В 1996 г. наркоманов насчитывается уже более 76 тыс. человек. Всего за 4 года количество наркоманов в России возросло более чем в два раза.[3] В 1999 г., на

пороге начала нового тысячелетия, Новый год, будучи наркозависимыми, встретили 210 тыс. человек. Через год их стало более 370 тыс. человек. В 2008 г. официально зарегистрированы около 550 тыс. наркозависимых разных возрастов. Подходя ближе к настоящему времени, статистика Минздрава указывает уже около 800 тыс. человек. Но нельзя забывать, что это – количество официально стоящих на учете наркоманов. Большая же их часть не встает на учет. Главный нарколог Минздрава РФ Евгений Брюн на пресс-конференции в декабре 2017 г. сообщил, что около четырех миллионов человек в России употребляют наркотики. Точного количества наркоманов в России, наверное, не знает никто, но это в любом случае огромное количество людей, которые ставят крест на своей жизни, ведь жизнь наркомана, как правило, очень коротка. От первой дозы до смерти проходит максимум 7 лет. Весь смысл существования сводится к поиску наркотиков и переживанию ломок, последние 1-2 года проходят в безуспешных попытках вылечиться. С более серьезными наркотиками продолжительность периода приема сокращается вдвое. Сидящие на ЛСД люди покупают наркотики около 4 лет, героинщики и зависимые от крэка – меньше года. Эти люди теряют способность вести нормальную жизнь, радоваться, любить и, конечно же, иметь семью. Они входят в группу риска по ряду опасных заболеваний (например, ВИЧ), многие заканчивают жизнь самоубийством.

Борьба с наркоманией, торговлей наркотиками, профилактика употребления наркотических средств и реабилитация наркоманов проводятся в России на государственном уровне.

Борьбу с незаконным оборотом наркотических средств осуществляет Федеральная служба РФ по контролю за оборотом наркотиков, которая взаимодействует с другими органами, такими как Таможенная служба (так как в основном из-за границы идет трафик наркотиков на нашу территорию) и ФСБ. В числе мер противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту можно назвать два основных направления: меры по ограничению распространения наркотиков; антинаркотическая пропаганда, обеспечиваемая средствами массовой информации и социальными институтами.

Необходимо отметить, что наркомания – это негативное социальное явление. Наркоманы не только медленно убивают себя, но и могут быть опасны для общества. В чем это проявляется:

1. Зависимость приводит их к аморальному поведению, жестокости, потери координации движений и совершению непредсказуемых действий. Они очень опасны за рулем автомобилей и могут запросто убить даже самого близкого им человека.

2. Зависимые личности часто совершают кражи и другие преступления в целях добычи средств для приобретения наркотика.

3. Они становятся носителями заразных заболеваний, таких как гепатит, ВИЧ.

4. Дети у наркоманов рождаются с физическими, психическими и другими патологическими отклонениями.

5. Наркоманы пытаются склонить к употреблению наркотиков и других людей, причем как можно большее их количество.

«Согласно данным, представленным во Всемирном докладе о наркотиках 2018 г., наркорынки продолжают расти, а производство кокаина и опиума достигает рекордных уровней. Это создает комплексные проблемы сразу по нескольким направлениям», – заявил глава УНП ООН (Управление ООН по наркотикам и преступности) Юрий Федотов. Он также подчеркнул, что: «Управление полно решимости работать с партнёрами из разных стран для оказания поддержки и для создания комплексных, сбалансированных и интегрированных подходов в борьбе с наркоманией и в достижении Целей устойчивого развития» [4].

Самым опасным последствием употребления наркотиков является психологическая и особенно физическая зависимость, когда человек оказывается неспособен самостоятельно отказаться от приема наркотических средств. Наркотическая зависимость может сформироваться за несколько месяцев, и процесс деградации личности наступает в 20 раз быстрее, чем при алкоголизме.

Когда по какой-либо причине возникает период воздержания от наркотика, у наркозависимого развивается тяжелейшее состояние абстиненции, которое может толкнуть его к самоубийству. В некоторых случаях смерть может наступить от передозировки наркотика.

Из-за того, что наркоманы часто пользуются нестерильными шприцами и иглами, а также одним шприцом вводят наркотик несколько человек, у них бывают различные воспалительные процессы, заражение крови, заболевания гепатитом и СПИДом. Самой многочисленной группой людей, больных ВИЧ-инфекцией, являются наркозависимые.

По этим причинам наркоманы рано уходят из жизни, часто не доживая до 30-35 лет.

Если человеку специалистами поставлен диагноз наркозависимость, то вылечить его практически невозможно. Результатом лечения наркозависимого может быть только ремиссия (светлый промежуток в жизни больного наркоманией, когда он может обходиться без наркотика). Чтобы добиться ремиссии требуется сильное желание самого больного человека и очень

длительное лечение. Продолжительность сроков ремиссии варьируется в широких пределах (от нескольких месяцев, до нескольких лет).

Продолжительное употребление наркотиков приводит к нарушению всех функциональных систем человеческого организма.

Влияние наркотиков на сердце. Больше всего разрушительное влияние наркотических препаратов сказывается на сердечно-сосудистой системе. При приеме опиатов угнетаются центры регуляции деятельности сердца и сосудов. Как результат, у наркомана начинает снижаться артериальное давление, пульс становится реже. В организм человека не поступает достаточного количества кислорода, и у него наступает состояние гипоксии. В состоянии гипоксии нарушаются метаболические процессы в сердечной мышце, вызывая ее дистрофию. Сердце начинает работать с перебоями и не может обеспечить организм достаточным количеством кислорода.

Влияние наркотиков на легкие. При курении якобы «безобидной» марихуаны, которая курится без фильтра, в легкие курильщика попадает в четыре раза больше различных смол и сажи, чем при курении обычных сигарет. Исследования показали, что «хронический бронхит курильщика» при курении марихуаны развивается значительно быстрее, кроме того, возникает высокий риск заболевания раком легких. Очень часто наркоманы для сооружения «косяка» используют любую подручную бумагу, в том числе и газеты. Но известно, что типографская краска в своем составе содержит большое количество свинца, который приводит к отравлению организма.

Влияние на печень, кости и мозг: происходит отравление токсинами, что влечет воспаление тканей, провоцирует цирроз: при регулярном приеме наркотиков клетки печени массово отмирают. Постепенно печень полностью перестает очищать кровь. Токсины не выводятся, накапливаются и приводят к смерти. Токсичные вещества и недостаток питания разрушают весь скелет. Костные ткани гниют и деформируются, их плотность снижается. Человек с трудом передвигается, сутулится, легко ломает конечности, в его воспаленных костях возникают злокачественные опухоли. Токсины и кислородное голодание убивают клетки мозга, происходит деградация, ухудшение памяти. Передозировка может вызвать частичную или полную потерю памяти. Сложности в концентрации – отравление токсинами и мысли о новой дозе не дают человеку сконцентрироваться, мешают работе и учебе. Нарушается работа речевого центра, наркозависимый разговаривает невнятно и бессвязно. Мозг перестает вырабатывать гормоны радости, и без допинга человек постоянно находится в подавленном состоянии, ощущает грусть и безысходность

Влияние наркотиков на организм подростка. Самым ужасным проявлением наркомании является детская и подростковая наркомания. У детей

и подростков зависимость от наркотических веществ возникает намного быстрее, чем у взрослых, а разрушительное действие выражается намного сильнее. У подростков, которые употребляют наркотики, возникает слабоумие, а риск психических заболеваний возрастает в несколько раз. При этом моральная деградация и разрушение личности происходит намного быстрее. Воздействие наркотических препаратов значительно замедляют физическое развитие организма подростка. Наркоманы-подростки явно отстают от своих сверстников по росту и весу [5].

Наркозависимые как правило быстро теряют свою работу, перестают быть полноценными членами общества. При наркотической зависимости развивается бесплодие, это относится к обоим полам. Если женщина беременеет, есть высокий риск невынашивания плода, задержки развития, внутриутробных патологий.

Мы лишь кратко описали, какое негативное, разрушительное воздействие оказывает наркозависимость на организм человека и его жизнь. Приведенные данные могут быть использованы в рамках проведения профилактических бесед антинаркотической тематики со школьниками и студентами.

Список литературы

1. Ежедневно в России от наркотиков гибнут 80 человек // РИА «Новости» от 12 февраля 2009. // <https://ria.ru/20090212/161898045.html>
2. Минздрав подсчитал количество наркоманов в России. // <https://rustelegraph.ru/news/2017-12-13/Minzdrav-podschital-kolichestvo-narkomanov-v-Rossii-77827>
3. Стрижак Н.Л. Психология и педагогика. Учебное пособие. – М.:МГИУ, 2000. С. 316.
4. Всемирный доклад о наркотиках 2018: опиоидный кризис, растущий уровень употребления рецептурных препаратов, рекордные уровни производства кокаина и героина // https://www.unodc.org/unodc/ru/frontpage/2018/June/world-drug-report-2018_-opioid-crisis--prescription-drug-abuse-expands-cocaine-and-opium-hit-record-highs.html
5. Влияние наркотиков на организм человека. // <https://vrednye.ru/narkotiki/vliyanie-na-organizm-cheloveka.html>

**ДИНАМИКА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ
УВЕЛИЧЕНИЯ РОЖДАЕМОСТИ В РОССИИ
REPRODUCTIVE HEALTH DYNAMICS AND PROSPECTS FOR
INCREASING FERTILITY IN RUSSIA**

Н.Е. Русанова

*Институт социально-экономических проблем народонаселения РАН,
г. Москва*

N.E. Rusanova

*Institute of Socio-economic Problems of Population, RAS,
Moscow*

Повышение рождаемости как цель Национального проекта «Демография» зависит, в частности, от репродуктивного здоровья, которое не должно препятствовать зачатию и рождению здорового потомства. Репродуктивное регулирование на уровне государства привело к снижению негативного влияния половых инфекций и послеабортных осложнений и способствует повышению рождаемости за счет лечения бесплодия методами ВРТ.

The increase in fertility as a goal of the National project "Demography" depends, in particular, on reproductive health, which should not prevent the conception and birth of healthy children. Reproductive regulation at the state level has reduced the negative impact of sexual infections and post-abortion complications, and contributes to the increase in fertility through the treatment of infertility by assisted reproductive technologies.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, заболевания, передаваемые половым путем, бесплодие, вспомогательные репродуктивные технологии

Keywords: reproductive health, sexually transmitted diseases, infertility, assisted reproductive technologies

Одной из главных целей Национального проекта «Демография» на 2019-2024 гг. является увеличение суммарного коэффициента рождаемости (СКР) до 1,7 (в 2018 г. этот показатель составил 1,6) [1]. Фактически речь идет о необходимости изменить существующий тренд снижения рождаемости, повернув его, если не в сторону повышения, то хотя бы стабилизации на уровне простого воспроизводства населения. Рождаемость сегодня формируется под влиянием социально-экономических факторов, однако ее физиологические ресурсы зависят от репродуктивного здоровья населения, особенно находящегося в возрасте активной репродуктивности (20-39 лет). Состояние репродуктивного здоровья определяет способность к зачатию, вынашиванию и рождению здорового ребенка, которая может снижаться в результате функциональных нарушений репродуктивной функции и заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП), и повышаться благодаря внедрению в

практику общественного здравоохранения эффективных методов лечения бесплодия, ведущая роль среди которых отводится в настоящее время вспомогательным репродуктивным технологиям (ВРТ).

Учет потенциальных потерь рождаемости из-за репродуктивных нарушений различного происхождения сложен, однако точно известно, что еще столетие назад 10% всех браков в России были бесплодны абсолютно и не имели перспектив рождения в них детей, 35% – относительно, то есть требовали медицинского вмешательства в процесс зачатия и вынашивания ребенка; статистика конкретных лечебных учреждений отмечала, что до трети всех обратившихся либо предъявляли жалобы на бесплодие, либо имели бесплодие в анамнезе, причем чаще всего в возрасте максимальной биологической способности к зачатию [2, с. 238]. Росту бесплодия способствовали ставшие общедоступными в 1920 г. аборты, осложнения после которых провоцировали заболевания половой сферы почти у 2/3 обратившихся; такое же влияние оказывали ЗППП, особенно гонорея, отмечавшаяся у каждой четвертой бесплодной женщины [3, с. 184]. Долгое время проблема бесплодия локализовалась на уровне личности и была актуальной лишь для пациентов и врачей. Многодетность, ощутимый естественный прирост населения, неотделенное от супружества сексуальное поведение, детоориентированные религиозные традиции способствовали тому, что расширять репродуктивные возможности общества за счет снижения доли бесплодия не было необходимости, так как рождаемость оставалась достаточно высокой.

ВРТ как методы коррекции репродуктивной функции внедрялись в российскую клиническую практику с 1995 г., когда уровень зафиксированного бесплодия превысил критичные, по оценке Всемирной организации здравоохранения, 15%. К этому времени многолетняя борьба с ЗППП принесла плоды, сформировав не только устойчивую тенденцию к снижению, сохраняющуюся до настоящего времени (табл. 1), но и сделав общедоступными методы лечения, восстанавливающие нормальную репродуктивную функцию. Противоположную тенденцию за этот период продемонстрировал ВИЧ, где заболеваемость выросла в 2,5 раза [*рассчитано по*: 4, с. 43], однако на фоне его распространения успешно разрабатывались методы, позволяющие иметь здоровых детей дискордантным и ВИЧ-позитивным парам.

Постепенное изменение приоритетов государственного репродуктивного регулирования с ограничительного на стимулирующее, итогом которого стало финансирование ВРТ за счет средств обязательного медицинского страхования (ОМС), привело к тому, что их вклад в ежегодную рождаемость вырос почти в 40 раз, достигнув, как минимум, почти 2% от общего числа новорожденных в 2017 г. За 1995-2015 гг. соотношение между числом абортов и количеством

проведенных циклов ВРТ снизилась почти в сто раз (с 749,7 аборт на цикл ВРТ до 7,57), что позволило появиться на свет более 160 тыс. новорожденным; рост числа рождений, произошедших после ВРТ (ЭКО-рождений), существенно превышал аналогичный показатель для «естественных рождений»: СКР вырос на 23,9%, доля ЭКО-рождений — в 3,8 раза, общее число родившихся — на 15,3%, число «естественных рождений» — на 13.9% [рассчитано по: 5].

Таблица 1.

Заболеваемость основными ЗППП в возрасте 18-39 лет (зарегистрировано пациентов с диагнозами «сифилис» и «гонококковая инфекция», установленными впервые в жизни, %)

	2005 г.	2010 г.	2016 г.
мужчины	100	63.62	23.63
женщины	100	61.63	20.76

Источник. *Рассчитано по:* [4, с. 42-43]

Таким образом, репродуктивное здоровье россиян формируют сегодня несколько разнонаправленных тенденций. ЗППП и послеабортные осложнения, которые в течение определенного времени были одними из главных факторов ухудшения репродуктивных возможностей рождаемости, снижают свое негативное влияние, но распространение эндокринного бесплодия, генетических нарушений, ВИЧ и прочих патологий, требующих ВРТ, растет. Весь процесс, связанный с зачатием и рождением здорового ребенка, все больше медиализируется, что ставит перспективы увеличения рождаемости в России в зависимость от государственной политики охраны здоровья матери и ребенка.

Список литературы

1. Паспорт Национального проекта Демография <https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https://storage.strategy24.ru/files/project/201903/1a7235fcbec380b8fb4fcd1de9bfc474.doc>.
2. Шустер-Кадыш М.А. К вопросу об этиологии и лечении бесплодия. // Труды 7 Всесоюзного съезда гинекологов и акушеров. Л. 1927. С. 238.
3. Шорохова А. Бесплодие узбекской женщины. Пути изучения и некоторые мероприятия профилактического и терапевтического характера. // Гинекол. и акуш. 1930. №2. С. 184.
4. Здравоохранение России 2017 http://www.gks.ru/free_doc/doc_2017/zdrav17.pdf
5. Регистр центров ВРТ России. Отчет за 2016 год. http://rahr.ru/d_registr_otchet/RegistrART2016.pdf.

**ПРОБЛЕМЫ ЭКОЛОГИИ И ЗДОРОВЬЕ МЕСТНОГО
НАСЕЛЕНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ НЕФТЕЮГАНСКОГО РАЙОНА
ЮГРЫ: ОБЩЕСТВЕННЫЙ ВЗГЛЯД**
**ENVIRONMENTAL PROBLEMS AND HEALTH OF THE LOCAL
POPULATION IN THE OIL-YUGRA DISTRICT OF THE SOUTH:
PUBLIC OPINION**

С.Х. Хакназаров
*Обско-угорский институт прикладных исследований и разработок,
г. Ханты-Мансийск*
S.H. Haknazarov
*Ob-ugric institute of applied researches and development,
Khanty-Mansiysk*

Рассматривается вопрос о проблемах экологии и здоровья местного населения Нефтеюганского района Югры, об основных факторах (в т.ч. экологических), влияющих на здоровье местного населения. Обобщаются и анализируются взгляды респондентов по результатам социологических исследований, проведенных в 2015 г. и ранее на территории выбранного района по обозначенной тематике.

The issues of ecology and health of the local population of Nefteyugansk district of Yugra, the main factors (including environmental factors) affecting the health of the local population are considered. The article summarizes and analyzes the views of respondents on the results of sociological surveys conducted in 2015 and earlier on the territory of the selected district on the specified topic.

Ключевые слова: экологическое состояние, здоровье, респонденты, Нефтеюганский район

Keywords: environmental condition, health, respondents, Nefteyugansk district

Проблемы здоровья коренных народов Севера (КНС) и экологии в современных условиях были и остаются актуальной. Касаясь проблемы экологического характера, отметим, что загрязнение атмосферного воздуха на территории Нефтеюганского района определяется преимущественно местными источниками и в малой степени атмосферными переносами из других районов. Основными причинами загрязнения атмосферного воздуха являются: промышленные выбросы от предприятий, сжигание попутного нефтяного газа на факелах, испарение легких фракций углеводородов с поверхности аварийных разливов нефти, шламовых амбаров, резервуаров хранения нефти, а также выхлопные газы автотранспорта.

Как следует из данных информационного бюллетеня... [1], самая высокая аварийность нефтепродуктов отмечается на месторождениях ООО «РН

Юганскнефтегаз» (2712 случаев), ОАО «Томск-нефть» (1273 случаев) и ОАО «Самотлорнефтегаз» (809 случаев), что составило 87.4% всех зарегистрированных аварий на нефтепромыслах Югры. Нефтеюганский, Нижневартовский и Сургутский районы наиболее подвержены загрязнению нефтью и минерализованной водой, на долю которых приходится 5341 (или более 97.4%) зарегистрированных аварий.

Проблеме здоровья коренных народов Севера посвящено много исследовательских работ. Например, крупный исследователь по проблемам здоровья КНС В.И. Хаснулин [2], отвечая на вопрос, «*Чем объяснить нарастающее ухудшение уровня здоровья коренного населения Сибири в последнее десятилетие?*», отмечает, что именно жители Сибири имеют эволюционно выработанные механизмы выживания в неблагоприятных климатогеографических условиях этих регионов. Снижение устойчивости к заболеваниям у коренных жителей Сибири обусловлено, прежде всего, негативным действием социально обусловленного стресса. По мнению многих специалистов, малочисленные народы на большинстве территорий Сибири оказались сегодня одной из самых незащищенных групп населения. Среди главных причин такого положения: тяжелые бытовые условия, недостаточный учет этнического своеобразия коренных народностей, их традиций и обычаев.

Следует отметить, что здоровье населения – это интегральный показатель, который отражает комплексное воздействие на человека социальных, экономических, экологических, наследственных факторов. Воздействие неблагоприятных факторов окружающей человека среды приводит к изменению функционального состояния органов в системе организма, к повышению уровня заболеваемости, увеличению числа инвалидов, преждевременному старению и сокращению продолжительности жизни людей [3].

В 2015 г. сотрудниками Обско-угорского института прикладных исследований и разработок (г. Ханты-Мансийск) с целью изучения современного экологического и социально-экономического положения коренных народов Севера Югры (в т.ч. Нефтеюганского района) были проведены этносоциологические исследования* в местах их компактного проживания.

В опросах 2015 г. приняли участие 73 респондента. Из них: мужчины 21.9%, женщины 78.1%. Среди них: КМНС (ханты) – 33 (45.2%), русские и другие – 40 (54.8%). Место жительства респондентов – Нефтеюганский район: п. Салым (19.2%), с. Чеускино (26%), с. Лемпино (54.8%).

* Автором и организатором исследований является автор статьи.

В аспекте рассматриваемой темы немаловажной является оценка респондентами экологического состояния региона.

В частности, большинство респондентов (52%), отвечая на вопрос: *«Как Вы оцениваете состояние окружающей природной среды Вашего района?»*, отметили как неудовлетворительное. А 38.4% респондентов состояние окружающей природной среды своего района считают удовлетворительной. Затруднились ответить на данный вопрос 9.6% респондентов района.

Чтобы выяснить причины неудовлетворительной оценки респондентов, нами был поставлен вопрос такого характера: *«А если неудовлетворительно, то почему?»*. Ответы респондентов распределились следующим образом: происходит загрязнение рек и водоемов (46.6%), высыхают и вырубаются леса (39,7%), уменьшается численность животных, дичи и рыбы (38.4%), происходит загрязнение атмосферного воздуха (30.1%), выводятся из оборота огромные территории угодий и оленепастбищ (16.4%). 31.5% респондентов затруднились ответить на данный вопрос.

Отвечая на вопрос: *«Достаточно ли, по Вашему мнению, чист воздух в Вашем населенном пункте?»*, большинство респондентов (52.1%) ответили, что воздух немного загрязнен. Полагают, что воздух в их населенном пункте совершенно чистый – 21.9% и очень загрязненный – 20.5% респондентов района.

При ответе на вопрос: *«Как Вы считаете, чистая ли вода в ближайшем водоеме (реке)?»*, значительное большинство респондентов (56.2%) ответили «нет». 30.1% респондентов ответили, что скорее нет, чем да. Скорее да, чем нет, считают лишь 11% респондентов.

Отвечая на вопрос: *«Что является главным виновником неблагоприятной экологической обстановки в Вашем населенном пункте (районе)?»*, респонденты в качестве главных виновников неблагоприятной экологической обстановки в их населенных пунктах (районе) отметили следующее: 1) загрязнения, приносимыми атмосферными осадками и ветром из других районов округа (28.8%); 2) местные предприятия (23.3%); 3) местная автодорога (20.5%).

В ходе исследований нам было интересно узнать взгляды местных жителей о причинах (в т.ч. экологических), влияющих на проблеме здоровья местного населения.

Отвечая на вопрос: *«Как Вы думаете, существует ли связь между Вашим здоровьем (здоровьем Ваших детей) и состоянием окружающей среды?»*, утвердительно сказали, что да, безусловно, существует связь. Отметили, что да, может быть – 28.8% респондентов. Нет, вряд ли и нет сказали 1.4% и 4.1% респондентов соответственно.

Большинство респондентов, отвечая на вопрос: «*Как Вы думаете, что в большей степени влияет на здоровье местного населения?*», на первое место поставили проблему плохого качества воды (66.1%). На втором и третьем местах респонденты отметили проблему пьянства и алкоголизма (61.3%) и загрязненного воздуха, почвы, воды (45.2%). Далее (по убыванию) респонденты отметили проблему: низкого качества медицинского обслуживания (45.2%), низкого качества продуктов питания (40.3%), нехватки денег на медикаменты (45.2%), безработицы (отсутствия источника дохода) – 43.5% и стрессы на работе (17.7%).

По результатам предыдущего опроса (2012 г.), отвечая на этот же вопрос, большинство респондентов (57.4%) на первое место ставили проблему пьянства и алкоголизма. А на второе и третье места – проблемы плохого качества воды (50%) и загрязнение воздуха, почвы, воды (48.1%) [4].

Отвечая вопрос, «*Как, на Ваш взгляд, изменилось состояние здоровья северян за последние несколько лет, после перехода России к рынку?*», были получены следующие ответы: стало лучше – 3.4%, стало хуже – 74.2%, не изменилось – 13.6%, затруднялись ответить – 8.8% [5].

В заключение отметим, что взгляды респондентов Нефтеюганского района по выше рассмотренным вопросам практически совпадают (за исключением небольших расхождений) с мнениями респондентов из других районов округа, где были проведены мониторинговые исследования.

Для снижения влияния негативных факторов на здоровье местного населения можно рекомендовать в первую очередь:

- организовать качественное медицинское обслуживание коренных народов Севера в труднодоступных районах их проживания;
- контролировать качество медицинского обслуживания в районах проживания коренных народов Севера;
- проводить экологический мониторинг в районах проживания коренных народов Севера.

Список литературы

1. Информационный бюллетень «О состоянии окружающей среды Ханты-Мансийского автономного округа – Югры в 2006-2007 гг., Ханты-Мансийск, 2008. 112 с.

2. Хаснулин В.И. Медико-демографические аспекты сохранения северных народов // Материалы Междунар. Науч. конф. «Сохранение традиционной культуры коренных малочисленных народов Севера и проблема устойчивого развития. М., 2004. С. 138-145.

3. Окружающая среда и здоровье человека / Российский национальный комитет содействия программе ООН по окружающей среде. URL: <http://www.unepcom.ru/globenv/15.html> (дата обращения: 23.05.2013).

4. Хакназаров С.Х. Факторные аспекты здоровье коренных народов Севера Ненецкого района Югры: социосравнительный анализ // Социология медицины: векторы научного поиска. Сб. статей очередной III Всероссийской науч.-практ. конф. С международным участием, проводимой 29-30,10,2015 под эгидой НИИ социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования ГБОУ ВПО «Первый МГУ им. И.М. Сеченова» Минздрава РФ. М.: Издательство Перо, 2015. С. 193-196.

5. Харамзин Т.Г. Здоровье обских угров в зеркале общественного мнения // Медико-социальные проблемы коренных малочисленных народов Севера. Ханты-Мансийск, 2005. С. 92-94.

ГЕНДЕРНЫЙ ДИСПАРИТЕТ ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЕЖИ В РОССИИ **THE GENDER DISPARITY OF THE HEALTH** **OF YOUNG PEOPLE IN RUSSIA**

З.А. Хоткина

*Институт социально-экономических проблем народонаселения РАН,
г. Москва*

Z.A. Khotkina

*Institute of Socio-economic Problems of Population, RAS,
Moscow*

Гендерный диспаритет здоровья как разница между показателями заболеваемости и смертности в пользу женщин составляет в России 300%, то есть смертность молодых россиян в настоящее время в три раза выше, чем россиянок. Предпринят анализ факторов и причин данного явления, а также социальной политики, направленной на снижение сверхсмертности молодых мужчин.

The gender disparity of health, as the difference between morbidity and mortality in favor of women, is 300% in Russia, i.e. the mortality rate of young Russian men is currently three times higher than that of Russian women. An attempt is made to analyze the factors and causes of this phenomenon, as well as social policy aimed at reducing the supermortality of young men.

Ключевые слова: здоровье молодежи, гендерный диспаритет, факторы и группы риска, социальная политика

Keywords: youth health, gender disparity, risk factors and groups, social policy

Здоровье молодежи относится к числу проблем, где использование гендерного подхода является необходимым условием анализа и исследования.

Дело в том, что гендерный диспаритет здоровья российской молодежи как разница между показателями заболеваемости и смертности в пользу женщин измеряется не процентами, а разами! Сравнение коэффициентов смертности молодых (15-29 лет) мужчин и женщин показывает, что в 2016 г. россияне умерло *в три раза больше*, чем россиянок. В этих условиях среднестатистические данные о здоровье молодежи без разбивки по полу являются не информативными и не отражают остроты проблем со здоровьем молодых мужчин. *Актуальность* темы здоровья современной молодежи состоит в том, что в настоящее время в эту социально-демографическую группу входит малочисленное поколение, родившихся в основном в 90-х гг. (1990-2004 гг.), которое необходимо сохранить, минимизировав его физические и социальные потери и создав условия для реализации его потенциала. По официальным данным Росстата на 1 января 2019 г., динамика численности молодежных когорт такова: 2002 г. – 34,9 млн. человек, 2010 г. – 32,5, а 2019 г. только 24,3 млн. человек. За последние 17 лет численность молодежи сократилась более чем на 10 млн. человек, что крайне негативно может сказаться на социально-экономическом и инновационном развитии страны [2]. Это первое поколение российской молодежи, полностью состоящее из рожденных в новой пореформенной России, отличается не только своей малочисленностью, но также тем, что их социализация проходила в сложный для страны социально-экономический и культурно-политический период, когда старые правила и нормы советского периода были отринуты, а новые еще не появились, поэтому многие из этого поколения остались без ясных социальных ориентиров. Крушение прежнего мировоззрения и несформированность нового, а также возникшая ситуация неопределенности и социально-экономического неравенства породили среди молодежи этого поколения нигилизм, аномию и оппортунистическое поведение, что негативно отразилось на показателях её здоровья.

Современный подход к проблеме здоровья населения отражен в Уставе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), где записано, что «Здоровье – это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов». В контексте данной темы ключевые слова здесь – *социальное благополучие*, понимаемое в широком смысле как удовлетворенность жизнью. Нами предпринята попытка проанализировать причины и факторы социального *неблагополучия* молодых российских мужчин, которые приводят к значительному гендерному диспаритету в показателях здоровья и смертности.

Таблица 1.

**Коэффициенты смертности молодежи
в возрасте 15-29 лет по причинам смерти в России в 2016 г.
(число умерших на 100 000 населения соответствующего пола и возраста)**

	Мужчины	Женщины	Гендерный диспаритет в пользу женщин
Всего умерших от всех причин, в том числе от:	196,9	66,4	в 3 раза
Инфекций, из них	12,3	9,8	25.5%
Туберкулеза	3,5	1,6	в 2,2 раза
Злокачественных новообразований	6,6	6,1	0,8%
Болезней системы кровообращения	18,8	6,9	в 2,7 раза
Болезней органов дыхания	4,3	2,3	почти в 2 раза
Болезней органов пищеварения	7,1	3,8	почти в 2 раза
Болезней мочеполовой системы	0,6	0,6	<i>одинаково</i>
От внешних причин, из них:	128,2	28,0	в 4,5 раза
случайных отравлений алкоголем	3,7	0,7	в 5,3 раза
самоубийств	27,2	4,5	в 6 раз
убийств	7,6	2,2	в 3,5 раза
транспортных несчастных случаев	29,4	8,2	в 3,5 раза

Источник: рассчитано автором по данным статистического сборника [3].

Из таблицы 1 видно, что по большинству *заболеваний*, заканчивающихся летальным исходом, коэффициенты смертности молодых мужчин более чем вдвое выше, чем у женщин. Это касается болезней системы кровообращения (в 2,7 раза), органов дыхания и пищеварения (в 2 раза), а также туберкулеза (в 2,2 раза). Однако самый непоправимый ущерб населению нашей страны наносит преждевременная смертность молодежи от *внешних причин*: три четверти молодых мужчин (65,1%) и почти половина женщин (42,2%) уходят из жизни из-за самоубийств, убийств и отравлений алкоголем, а также гибнут в дорожно-транспортных происшествиях (ДТП). Здесь гендерный диспаритет уже не здоровья, а именно смертности российской молодежи наиболее высок (4,5 раза)! А от самоубийств и случайных отравлений алкоголем и того больше – в 5-6 раз! Я считаю, что высокая смертность от самоубийств и алкогольных

отравлений – это наиболее яркое свидетельство социального *неблагополучия* молодых российских мужчин. В соответствии с позицией ВОЗ, смертность от внешних причин относится к числу *предотвратимых состояний*, то есть при соответствующих условиях и усилиях государства ее можно, если не избежать, то хотя бы значительно сократить. В России смертность в результате внешних причин одна из самых высоких в мире и является преимущественно молодежной проблемой.

Острота проблемы сверхсмертности российских мужчин молодого и трудоспособного возраста особенно наглядно видна при сравнительном анализе вероятности смерти российских мужчин с аналогичными показателями других стран (таблица 2).

Таблица 2.

Вероятность смерти мужчин в возрасте от 15 до 60 лет в некоторых странах в 2015 г. (На 1000 мужчин данного возраста)

страны	Сколько мужчин 15 лет из каждой 1000 человек <i>не</i> доживут до 60 лет (<i>вероятность смерти</i>)
Швейцария	61
Германия	87
Китай	98
США	128
Бразилия	191
Индия	216
Украина	283
Россия	325
Чад	378

Данные ВОЗ [4], приведенные в таблице 2, показывают, что из каждой тысячи 15-летних швейцарцев, немцев и китайцев доживут до 60-ти лет более 90%, а из каждой тысячи россиян – только 67.5%, то есть каждый третий российский мальчик-подросток вероятно не доживет до пенсии. Эти данные свидетельствуют, что природой заложен высокий потенциал здоровья молодежи, однако не во всех странах созданы условия для его реализации.

Заболеваемость и смертность населения принято связывать с *рисками для здоровья*, которые ВОЗ определяет как «факторы, повышающие вероятность неблагоприятных последствий для здоровья». В число глобальных факторов риска ВОЗ включает следующие: высокое кровяное давление, пониженная масса тела, *небезопасный секс*, потребление *табака и алкоголя*, небезопасная вода, санитария и *гигиена* [5]. Половина из этих риск-факторов (выделенных курсивом) характерны для поведения российской молодежи. Такие важные *поведенческие факторы риска* для здоровья, как злоупотребление алкоголем,

курение и наркомания, имеют ярко выраженный гендерный характер, поскольку статистика свидетельствует, что пьют российские мужчины в три раза больше, чем женщины, а умирают от отравлений алкоголем *в пять раз* чаще женщин (см. табл.1). Курение как один из важнейших факторов риска для здоровья распространено в 2,3 раза, а наркомания в три раза больше среди мужчин, чем женщин [6].

Наряду с социальными факторами риска специалисты выделяют *социальные группы риска*, в том числе молодежные, в которых вероятность воздействия негативных факторов на здоровье наиболее высока: «Для всех групп риска детей и молодежи характерно ухудшение здоровья» [7]. На некоторых, наиболее характерных для молодежи социальных группах риска, стоит остановиться подробнее. Используя гендерный подход к их анализу, мы попытались ответить на важный в контексте данной темы вопрос: почему в социальных группах риска молодых мужчин больше, чем женщин? Это, в свою очередь, может дать ключ к пониманию причин социального *неблагополучия* мужчин в российском обществе и их высокой смертности. Молодежные группы риска (МГР), прежде всего, ассоциируются с девиантным поведением подростков, которые состоят на учете в правоохранительных органах или отбывают наказание в исправительных колониях. По данным Г.А. Ключарева и его коллег, изучавших проблемы МГР, среди подростков в возрасте 14-18 лет, находящихся в колониях, юноши составляют 92.9%, а девушки лишь 7.1% [7]. Статистика показывает, что среди лиц, совершивших *преступления*, около *половины* приходится на молодёжь в возрасте до 30 лет [3]. Гендерная диспропорция между мужчинами и женщинами, отбывающими наказания в местах лишения свободы, сохраняется и во взрослом возрасте. По данным World Prison Brief, в среднем лишь 7% всего тюремного населения в мире составляют женщины (в России – 8%). Это явление давно известно в науке и получило название «гендерный разрыв в преступности» (gender gap in crime), но его причины до сих пор остаются дискуссионным вопросом [8].

Безусловно, в группу риска по здоровью входят безработные, поскольку установлено, что «Нарушение обмена веществ, онкологические заболевания и психические расстройства встречаются среди безработных значительно чаще, чем у других социальных групп. Случаев наркозависимости и алкоголизма также больше среди неработающих людей» [9]. По данным Росстата за 2017 г., общий коэффициент безработицы в РФ составлял 5.2%, а среди молодежи почти в три раза выше (14.7%) [10]. Следовательно, безработица и связанное с ней ухудшение здоровья – это преимущественно молодежная проблема. В «Стратегии развития молодежи Российской Федерации на период до 2025 года» отмечено, что «в регионах с выраженной молодежной безработицей

наблюдается рост националистических и ксенофобских настроений, экстремистских проявлений, маргинализация и криминализация молодежной среды» [11]. И эти проблемы также преимущественно касаются молодых мужчин.

Однако социальные риски для здоровья включают не только поведенческие факторы, но также другие детерминанты, негативное влияние которых на здоровье и смертность научно доказаны. Например, к социальным группам риска относят работающих в тяжелых и вредных для здоровья условиях труда, военнослужащих. Преобладание мужчин в этих социальных группах риска связано не с их склонностью к рисковому поведению, а обусловлено российским законодательством, то есть государственной социальной политикой. Например, по данным комплексного наблюдения условий жизни населения 2016 г., опасной работой в возрасте 16-29 лет мужчин было занято в 3,5 раза больше, чем женщин [3].

Гендерный подход к анализу статистики и научной литературы показал, что поведенческие факторы риска для здоровья более характерны для мужчин так же, как и в большинстве молодежных группах риска преобладают мужчины. Это можно рассматривать как одну из главных причин существования гендерного диспаритета здоровья российской молодежи, который приводит к сверхсмертности молодых мужчин. Хотя следует учитывать, что к гендерному диспаритету здоровья приводят не только поведенческие факторы риска и не во всем виновата молодежь.

Позиция Минздрава РФ по поводу *причин* сверхсмертности российских мужчин была изложена министром Вероникой Скворцовой в ее многочисленных интервью в связи с началом реализации в 2019 г. национального проекта «Здравоохранение» (*авторская ремарка: почему не «Здоровье»?*). Глава ведомства заявила, что «На данный момент, около 70% смертей мужчин трудоспособного возраста в РФ связаны с алкоголем». Для решения этой проблемы ею было предложено предпринять «усилия по изменению отношения к алкоголю молодых мужчин» [12]. В качестве ожидаемых результатов реализации национального проекта «Здравоохранение» указано «Снижение смертности населения трудоспособного возраста с 473,4 в 2017 г. до 350 случаев на 100 тыс. населения в 2024 г. (на 26%)», но среди мероприятий нацпроекта нет ни одного, направленного на достижение этой цели [13]. Это связано с тем, что среди восьми федеральных проектов, входящих в нацпроект, для которых разработаны мероприятия и выделены средства для снижения показателей смертности населения, значатся «Борьба с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями, а также развитие детского здравоохранения» [13], но нет проекта и мероприятий по «снижению смертности населения

трудоспособного возраста». Это вызывает не только недоумение, но и озабоченность возможностью выполнения целевых показателей Указа Президента 2018 г. и нацпроекта «Здравоохранение».

Безусловно, нельзя не согласиться с мнением Минздрава РФ, что пьянство в нашей стране остается серьезной проблемой, поскольку уносит здоровье и жизни российских мужчин, в том числе молодых. Вместе с тем у современной молодежи вошли в моду фитнес, спорт и вообще здоровый образ жизни без сигарет и алкоголя. В России в 2012 г. было принято антиалкогольное законодательство, которое привело к значительному (почти двукратному) сокращению потребления алкоголя на душу населения, что позволило увеличить среднюю продолжительность жизни как мужчин, как и женщин. Эти успехи отмечены в докладе ВОЗ, где зафиксировано снижение потребления алкоголя в России в 2016 г. по сравнению с 2003 г. на 43% [14]. Однако, как было показано выше, несмотря на определенные успехи, проблема высокой смертности молодых россиян от алкоголизма остается актуальной. Возникает вопрос: ведь не от хорошей жизни наши мужчины пьют горькую? При такой постановке вопроса становится очевидным, что алкоголизм можно рассматривать не только как причину (позиция Минздрава РФ), но и как следствие. Это *следствие* неблагополучия российских молодых мужчин, которое обусловлено отсутствием достаточного количества достойных рабочих мест для молодежи (безработица) и низкими зарплатами, которых не хватает на более культурные формы досуга, чем пьянство; низкого уровня (бедность) и качества жизни (благополучие) населения вообще; низкого уровня эффективности российской системы здравоохранения, которая в 2016 г. заняла последнее (55-е место) среди стран, в которых средняя продолжительность жизни населения превышает 70 лет [15]. Кроме того, существуют серьезные ментальные барьеры на пути к социальному и индивидуальному благополучию молодых россиян, которые связаны с глубоко укорененными и широко распространенными в России гендерными стереотипами «маскулинности». Завышенные ожидания успешности мужчин, которые навязывают эти стереотипы, в условиях, когда для многих их реализация затруднена (из-за бедности семей, низких зарплат, безработицы и др.), приводят к распространению среди молодых мужчин «мачизма» и «компенсаторной мужественности» (антигерой), с присущими им рискованное поведение, пьянством, насилием, агрессивностью. Список социальных барьеров, стоящих на пути повышения благополучия молодых россиян и снижения их смертности, может быть продолжен (социализация, семейное воспитание, состояние системы образования), но необходимо понять, что же требуется сделать для улучшения ситуации со здоровьем молодежи. Ответственность за здоровье

лежит не только на самих людях (необходимость соблюдения самосохранительного поведения, здорового образа жизни), но и на государстве и обществе, которые должны создавать соответствующие условия для повышения качества жизни населения. Среди первоочередных мер, которые могут способствовать сокращению гендерного диспаритета здоровья и сохранения малочисленного поколения сегодняшней молодежи, могут быть названы следующие:

- повышать уровень образования и качество человеческого капитала молодежи и особенно мужчин;
- вести активную работу (через систему образования и СМИ), направленную на пересмотр и устранение устаревших гендерных стереотипов;
- повышать эффективность российского здравоохранения и перестраивать систему его показателей и мероприятий путем усиления внимания не только к больным, но и к сохранению здоровья здоровых людей;
- необходимо отходить от количественных показателей развития и благосостояния страны: цель должна быть не удвоение ВВП, а улучшение качественных параметров жизни населения (снижение неравенства, повышение заработной платы, рост удовлетворенности людей жизнью).

Специалистами Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) доказано, что удовлетворенность жизнью в *два раза выше* у 20% наиболее обеспеченных по сравнению с наименее обеспеченными, а у людей, имеющих высокий уровень удовлетворенности жизнью, в *четыре раза* повышается вероятность иметь хорошее здоровье [16]. Поэтому главной целью социальной, демографической, образовательной, культурной, национальной и других политик в России должно быть «сбережение народа» и повышение качества его жизни.

Список литературы

1. Указ Президента РФ от 7 мая 2018 г. N 204 "О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» [Электронный ресурс]. Режим доступа: "<http://www.garant.ru/hotlaw/federal/1195467/#ixzz5F2ROyoX5>
2. Распределение населения по возрастным группам. [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/#
3. Молодежь в Содружестве Независимых Государств: статистический портрет. /Статкомитет СНГ, ЮНФПА. М. 2018. [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.cisstat.org/rus/2018_youth_sbornik_rus.pdf

4. WHO. Global Health Observatory Data Repository. [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App_Main/view_indicator.aspx?iid=64>
5. Глобальные факторы риска для здоровья. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.who.int/publications/list/2015/global-health-risks/ru/>.
6. Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака. Страновой отчет РФ 2009. [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://www.who.int/tobacco/surveillance/ru_tfi_gatsrussian_countryreport.pdf
7. Ключарев Г.А., Пахомова Е.И., Трофимова И.Н. Совершенство-вание работы с молодежью группы риска в Российской Федерации. М.: Центр социологических исследований Минобрнауки РФ. [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.socioprognoz.ru/files/File/publ/2011_06/Klucherev_deviacia.pdf
8. Кнорре А., Кудрявцев В. Как тюрьма уравнивает женщин и мужчин. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.enforce.spb.ru/chronicle/news/7197-aleksej-knorre-vladimir-kudryavtsev-vedomosti-extra-jus-kak-tyurma-uravnivaet-zhenshchin-i-muzhchin>
9. Исследование: Безработица вредит здоровью. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.dw.com/ru/исследование-безработица-вредит-здоровью/a-5245677>
10. Рабочая сила, занятость и безработица в России (по результатам выборочных обследований рабочей силы). 2018: Стат.сб./Росстат. М., 2018. [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2018/rab_sila18.pdf
11. Стратегии развития молодежи Российской Федерации на период до 2025 года. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://fadm.gov.ru/mediafiles/documents/document/98/ae/98aeadb5-7771-4e5b-a8ee-6e732c5d5e84.pdf>
12. Скворцова назвала главную причину смерти мужчин в России. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://tass.ru/obschestvo/6089480>
13. Национальный проект «Здравоохранение». [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://docviewer.yandex.ru>
14. В ВОЗ заявили о снижении потребления алкоголя в России на 43%. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://ru.rt.com/>
15. Россия стала последней в рейтинге эффективности здравоохранения. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.rbc.ru/society/29/09/2016/57ecd9499a79476f9328bb8f>
16. Новая мера благополучия человека. (Доклад ОЭСР). [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://oecd.ru.org/life.html>

**ОТЧУЖДЕНИЕ КАК БОЛЕЗНЬ:
ФИЛОСОФСКИЕ И КОНКРЕТНО-НАУЧНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ
ALIENATION AS A DISEASE: PHILOSOPHICAL
AND SPECIFICALLY SCIENTIFIC ASPECTS OF THE PROBLEM**

Е.Д. Шетулова
*Нижегородский государственный
технический университет им. Р.Е. Алексеева, г. Нижний Новгород*
E.D. Shetulova
*Nizhny Novgorod State Technical University named after R.E. Alexeev,
Nizhny Novgorod*

Цель материала – в компаративном анализе философского и конкретно-научного подходов к изучению отчуждения как болезни. Основной вывод работы сводится к двум положениям. Философия создает методологические основания исследования отчуждения. Социальные и гуманитарные науки (социология, политология, экономическая теория, психология) предоставляют феноменологию процессов отчуждения.

The purpose of the article lies in a comparative analysis of philosophical and specifically scientific approaches to the study of alienation as a disease. The main conclusions of the work boil down to two points. Philosophy creates a methodological basis for the study of alienation. Social and humanities sciences (sociology, political science, economic theory, psychology) provide a phenomenology of the processes of alienation.

Ключевые слова: отчуждение, междисциплинарность, гуманизм, психотравма, невроз

Keywords: alienation, intersubjectivity, humanism, psychotrauma, neurosis

Одной из давних и характерных в плане философской репрезентативности проблем является проблема отчуждения. Её основные интерпретации хорошо известны. Первая – отчуждение есть любое опредмечивание человеческой деятельности (глобальная трактовка). Вторая – отчуждение есть овеществление субъекта (социально-экономическая трактовка). Третья – отчуждение есть психическое состояние человека (психологическая трактовка) [1, с. 254-264]. Однако, в условиях развития современного знания ясно, что сугубо философские интерпретации не могут исчерпать проблему отчуждения. Правомерно, что с определённого момента её полноценный анализ вполне проявил себя и в конкретно-научной сфере. Исследования отчуждения присутствуют в социологии, политологии, экономической теории, психологии, частично в истории [2-5].

Этот конкретно-научный анализ феномена отчуждения выявляет ряд новых аспектов в понимании проблемы, что наряду с её философским познанием позволяет более углублённо рассматривать явление отчуждения. Среди аспектов, получивших междисциплинарную трактовку, прежде всего следует назвать истолкование отчуждения как болезни.

Теоретико-методологической основой исследования отчуждения как болезни выступает психологическая трактовка отчуждения, обладающая гуманистическим и экзистенциальным смыслом. Одно из своих классических выражений она имеет в философии Э. Фромма. Э. Фромм, среди прочего, непосредственно рассматривает вопросы здорового и больного общества, здорового и больного индивида (в духовном и душевном смысле), формулируя, в конечном счёте, понимание отчуждения как болезни личности, придавая ей немаловажное значение. В частности, он пишет «Отчуждение как болезнь личности можно считать сердцевинной психопатологии современного человека» [6, с. 320].

Примеры отчуждения как психопатологии Фромм, основываясь на теориях К. Маркса и З. Фрейда, видит, в первую очередь, в феномене перенесения, когда человек, ввиду ощущения внутренней пустоты и бессилия, не позволяющего ему чувствовать себя субъектом, «выбирает объект, на который проецирует собственные человеческие качества» и подчиняется ему [6, с. 319]. Другой пример отчуждения как болезни личности – это отчуждение надежды, когда будущее превращается в некоего идола и обожествляется история, что, в частности, ярко прослеживается во взглядах М. Робеспьера [6, с. 320].

Следствием же отчуждения является любой невроз, характеризующийся тем, что любая человеческая страсть, обособляясь от целостной личности, становится доминирующей, превращается в повелителя человека, в идола. Человек, в результате, отчуждён от самого себя, что превращает его в раба одной из частей самого себя [6, с. 320].

Важным в методологическом смысле замечанием Фромма является следующее положение. Отчуждение есть патологическое явление. Но это явление внутренне присуще человеческому развитию, оно *необходимо* (в этом пункте Фромм подчёркивает своё внутренне единство с взглядами Гегеля и Маркса). Отчуждение есть предпосылка того, что внешний мир, другой человек становится объектом. А это, в свою очередь, означает, что чуждость мира или другого предполагает возможность охвата мира мыслью, превращение его в собственный мир или любовь, когда чужой перестаёт быть чужим [6, с. 320-321].

Социология, экономическая теория, политология, занимаясь вопросами отчуждения и эксплуатации труда, отчуждения власти (М. Вебер, Р. Блаунер), тоже выходят на вопрос об отчуждении как болезни. Обезличивание отношений в современном обществе – это обезличивание человека, лишение его инициативы и обезволивание. Для человека подобного рода система отнюдь небезболезненна, ибо она меняет характер индивида в сторону возрастания черт конформизма и формирования апатичного отношения к чему бы то ни было, что, в конечном счёте, ведёт к невротизации и, в последнее время, психотизации личности [7, с. 549].

В плане общего дальнейшего исследования в рамках социологии проблемы отчуждения как болезни его цель, видимо, заключается в применении методов этой науки к определению природы тех «абстрактных сил» (отчуждающих сущностей), что подчиняют себе психику индивида, будь то кланы, бюрократизированные институты управления (трактовка Н.С. Шадрина) [8, с. 144].

Но особенное значение и концептуализацию, разумеется, исследование отчуждения как болезни имеет в психологии (учтём при этом, что само понятие «отчуждение» в работах психологов используется редко). По мнению Н.С. Шадрина, в современной психологии сложились две парадигмы отчуждения. Первая – культурно-историческая психология (А.Н. Леонтьев, Д.А. Леонтьев, Е.Н. Осин). Вторая – гуманистическая школа психологии (экзистенциализм) [8, с. 145]. Их сравнение позволяет констатировать, что первая парадигма акцентирует внимание на социальном и историческом аспектах функционирования отчуждения и его снятия, а вторая, напротив, на индивидуальном аспекте, допускающем возможность преодоления отчуждения в индивидуальной практике. Впрочем, сегодня имеет место синтез той и другой парадигмы [8, с. 148].

В контексте первой парадигмы основное проявление отчуждения в психологической сфере заключено в том, что личность чувствует себя отчуждённой от мира, этот мир кажется ей чуждым, осознание своего бытия в мире остаётся для такой личности недоступным. Это и ведёт к психическим болезням. В контексте второй парадигмы отчуждение связывается с характеристиками личностного бытия современного человека, а именно с ничто, страхом, заботой, тревогой, бессмысленностью, тошнотой, абсурдом, самоубийством, одиночеством, безысходностью [9, с. 14].

Вне зависимости от акцента на социальном или индивидуальном факторе как основном в формировании психологического отчуждения, подчёркивается: «Личность ... пережив состояния бессилия, бессмысленности, дезорганизации,

изоляции, самоотчуждения, может прийти к окончательному распаду, выражаемому в деперсонализации, дереализации, шизофрении и т. п.» [9, с. 62].

Соответственно, важно найти пути выхода из психопатологических состояний. Д.М. Зиновьева полагает, что базисный момент здесь заключён в субъективном отношении личности к психотравмирующей ситуации. В связи с этим, она отмечает: «Патогенной является лишь та ситуация, которая характеризуется ее неразрешимостью для данной личности, вводя личность в состояние кризиса» [9, с. 63].

Компаративный анализ философского и конкретно-научного подходов к изучению отчуждения как болезни позволяет сделать следующий основной вывод. Философия создаёт теоретико-методологическое основание исследования отчуждения, в том числе, как психологического феномена. Конкретные науки предоставляют фактографию, феноменологию процессов отчуждения в соответствующей области действительности.

Список литературы

1. Кон И.С. Социология личности / И.С. Кон. М.: Политиздат, 1967. 383 с.
2. Вебер М. Бюрократия // Личность. Культура. Общество. 2007. Вып. 3 (37). С. 18-36.
3. Blaunner R. Alienation and Freedom: The Factory Worker and his Industry / R. Blaunner. Chicago, L., 1964.
4. Зиневич А. Болезни сознания: Эжен Минковский об экзистенциальном отчуждении // Экзистенциальная традиция: философия, психология, психотерапия. 2017. № 2 (30).
5. Шетулова Е.Д. Отчуждение в пространстве человеческой истории // Преподаватель – XXI век. 2009. № 3. С. 312-316.
6. Фромм Э. Из плена иллюзий. Как я столкнулся с Марксом и Фрейдом // Э. Фромм. Душа человека. М.: Республика, 1992. С. 299-374.
7. Хрусталева Е.М. Философские проблемы медицины // Философия естественных наук. М.: Академический проект; Фонд «Мир», 2006. С. 475-550.
8. Шадрин Н.С. О парадигмах анализа феномена отчуждения в современной психологии // Методология и история психологии. 2010. Т. 5. Вып. 3. С. 141-153.
9. Зиновьева Д.М. Психология отчуждения: монография / Д.М. Зиновьева. Волгоград: Изд-во ГОУ ВПО «Волгоградская академия государственной службы», 2005. 172 с.

**ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ГЕРМАНИИ: СОСТОЯНИЕ,
ПРОБЛЕМЫ, ПУТИ РЕШЕНИЯ**
**THE HEALTH OF CHILDREN AND ADOLESCENTS IN GERMANY:
STATE, PROBLEMS, SOLUTIONS**

Д.А. Шпилев

*Нижегородская академия МВД России,
Национальный исследовательский*

Нижегородский университет им. Н.И. Лобачевского

D.A. Shpilev

*Nizhny Novgorod Academy of the Russian Ministry of Internal Affairs,
Lobachevsky University*

Представлены и рассмотрены основные факторы, оказывающие негативное влияние на здоровье детей и подростков в Германии: неправильное питание, различия в социальных статусах семей, аллергические заболевания, избыточный вес и малоподвижный образ жизни, высокий уровень бытового травматизма и психических расстройств, избыточное потребление информационного контента из СМИ и Интернета. Отмечено снижение потребления алкоголя, табака и наркотических средств немецкими детьми и подростками.

The main factors that negatively affect the health of children and adolescents in Germany are presented and considered: malnutrition, differences in the social status of families, allergic diseases, overweight and a sedentary lifestyle, a high level of domestic injuries and mental disorders, excessive consumption of information content from the media and the Internet. A decrease in the consumption of alcohol, tobacco and drugs by German children and adolescents was noted.

Ключевые слова: здоровье, заболевание, дети и подростки, Германия, мониторинг, психологическая устойчивость, неправильное питание, вредные привычки, ожирение, спорт, несчастный случай

Keywords: health, disease, children and adolescents, Germany, monitoring, psychological stability, malnutrition, bad habits, obesity, sport, accident

Ответ на вопрос, насколько здоровым является население той или иной страны, крайне важен и служит индикатором качества работы не только большого количества ведомств и организаций, но и всей политики в сфере здравоохранения и социальной защиты как внутри отдельно взятой страны, так и за ее пределами. В Германии на предмет качества здоровья традиционно анализируются (и сравниваются) показатели таких групп населения, как дети и подростки, мужчины и женщины, работающие и безработные, пенсионеры. При этом в расчет принимается множество параметров, например, соотношение

физического и психического здоровья, риски и угрозы для здоровья, шансы на сохранение здоровья, социальный статус, место проживания [1].

В свою очередь, официальные отчеты о здоровье населения в Германии, в первую очередь, фокусируются на явлениях, создающих проблемы для всей системы здравоохранения. К таким явлениям относятся:

- старение общества (то есть, доля в нем пожилых людей, которая рассчитывается как в абсолютном выражении на соответствующий момент времени, так и в виде прогноза на ближайшие десятилетия);
- социально обусловленное неравенство в отношении здоровья;
- спектр заболеваний и уровень смертности;
- распределение факторов риска по категориям населения;
- профилактика заболеваний;
- виды ухода за больными.

Немецкие ученые отмечают, что в последние годы фиксируется серьезный рост неинфекционных хронических заболеваний, таких как сердечно-сосудистые заболевания, рак, диабет, болезни легких и заболеваний костно-мышечной системы. Подобные заболевания вносят значительный вклад в потерю качества и продолжительности жизни, их причины тесно связаны с условиями жизни, поведением в отношении своего здоровья и социальным статусом. Создание условий, способствующих укреплению здоровья во всех возрастных когортах, начиная с детских дошкольных учреждений, а также обеспечение качества жизни, соответствующего возрасту, является задачей всего общества, которая может быть решена только комплексно, путем сотрудничества всех заинтересованных инстанций.

В этой связи особенно важным для каждого отдельного человека является этап детства и взросления, так как модель позитивного поведения в отношении своего здоровья закладывается в самом раннем возрасте. Именно в кругу семьи, друзей, детском саду и школе происходит усвоение компетенций, обеспечивающих впоследствии долгую и здоровую жизнь. И, наоборот, инфекционные заболевания, психические расстройства, аллергии, несчастные случаи, сидячий образ жизни и неправильное питание приводят в дальнейшем к серьезным проблемам со здоровьем и преждевременной смерти.

В первую очередь, по мнению немецких специалистов, в детском саду и начальной школе необходимо формировать у детей так называемую психологическую устойчивость (*Resilienz* – дословно «упругость»), то есть, способность к динамической адаптации и развитию. Противоположностью психологической устойчивости является психологическая уязвимость (*Vulnerabilität*). Дети и подростки, обладающие психологической устойчи-

востью, не только имеют хорошую успеваемость, но и лучше справляются со сложными жизненными ситуациями, менее подвержены воздействию всевозможных факторов стресса, в том числе, и в пубертатном периоде [2].

Важным фактором, влияющим на здоровье детей и подростков, является правильное питание. Во-первых, организм ребенка растет и развивается, и потребность в питательных веществах в зависимости от массы тела очень высока. Во-вторых, усвоенные в детском возрасте привычки в еде (положительные или отрицательные) сохраняются до самого зрелого возраста. В Германии, по данным врачей, только дети в возрасте до двух лет едят рекомендуемое количество фруктов. В дальнейшем большинство детей и подростков потребляют значительно больше максимально допустимого количества конфет, сладких (или подслащенных) газированных напитков (лимонадов) и выпечки. При этом в их меню слишком мало рыбы, а также растительной пищи, такой как фрукты, овощи, хлеб, крупы и картофель. В результате, у 22% детей и подростков фиксируется расстройство пищевого поведения, у 15% – избыточный вес (в комплекте с ожирением), у 6% – тяжелый избыточный вес (ожирение).

Достаточно серьезной проблемой у немецких детей и подростков являются аллергические заболевания. У 26% были обнаружены детская и подростковая бронхиальная астма, сенной насморк, экзема. Важно отметить, что наиболее часто аллергии проявляются в период полового созревания. Без должного лечения детские и подростковые болезни могут перейти во взрослую жизнь.

Еще одним значимым фактором, оказывающим влияние на здоровье немецких детей и подростков, является социальный статус их семей. Так, дети и подростки из семей с низким социальным статусом ведут малоподвижный образ жизни, они более тучные, делают меньше физических упражнений, поэтому имеют больше проблем со здоровьем. Их питание значительно хуже по сравнению с детьми из семей с более высоким социальным статусом. Дети из небогатых семей потребляют меньше фруктов, овощей, цельного зерна и сырой пищи, но больше сладких газированных напитков, кондитерских изделий, колбас, мяса и фаст-фуда. Немецкие ученые отмечают, что различия в физической активности и привычках питания, обусловленные различным социальным статусом семей, сохраняются до самой старости. Кроме того, социальный статус также влияет на профилактику различных заболеваний, начиная с детского сада и школы. Так, например, семьи с низким социальным статусом наиболее часто отказываются от прививок против кори и столбняка [3].

Что касается вредных привычек, то в последние годы у немецких подростков фиксируется снижение потребление алкоголя, табака и наркотических средств. Так, если в 90-е гг. курили около 30% подростков, то сейчас это количество снизилось до 15%. В целом, дети и подростки ведут более здоровый образ жизни, чем их сверстники 20 лет назад, однако на первый план вышли новые угрозы: психические расстройства, ожирение и излишнее потребление контента из СМИ. Например, более 60% детей и подростков регулярно проводят перед телевизором больше двух часов в день, а 36% – более четырех часов [4]. Вследствие этого более 80% немецких подростков являются домоседами, что означает, что они проводят в активном движении менее 60 минут в день [5]. Только четверть детей и подростков регулярно занимаются спортом [6].

В заключении следует остановиться еще на одной проблеме: достаточно высоком уровне травматизма у детей и подростков. 14% девочек и 17% мальчиков ежегодно получают, как минимум, одну травму, которая требует обращения к врачу или госпитализации. У детей в возрасте от 1 до 4 лет несчастный случай является второй по частоте причиной госпитализации. А в возрасте от 5 до 19 лет – основной причиной. В качестве положительного момента необходимо отметить значительное снижение в последние годы количества несчастных случаев со смертельным исходом. 85% несчастных случаев с детьми в возрасте от 1 до 2 лет происходят дома. 61% несчастных случаев среди детей и подростков происходят дома или во время досуговых мероприятий. 24% несчастных случаев приходится на образовательные и воспитательные учреждения, 8% несчастных случаев произошли по пути в школу. Так, в 2013 г. по дороге в школу было убито 112 225 детей и подростков [7].

Таким образом, немецкие специалисты проводят регулярный мониторинг уровня здоровья всех возрастных когорт населения, в том числе, детей и подростков, поскольку именно в этом возрасте во многом определяется отношение человека к своему здоровью, закладываются положительные поведенческие паттерны по поддержанию здорового образа жизни, а значит, и долголетия. Подобный положительный опыт мониторинга состояния здоровья населения с последующим обсуждением полученных результатов в СМИ и сети Интернет следует перенять и нам.

Список литературы

1. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2016) Gesundheit in Deutschland – die wichtigsten Entwicklungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam

getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsGiD/2015/kurzfassung_gesundheit_in_deutschland.pdf%3F__blob%3DpublicationFile. – Загл. с экрана.

2. „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS). Режим доступа: <https://www.kiggs-studie.de/deutsch/home.html>. – Загл. с экрана.

3. Der soziale Stand ist entscheidend. Режим доступа: https://www.deutschlandfunk.de/studie-zur-kindergesundheit-in-deutschland-der-soziale.709.de.html?dram:article_id=345749. – Загл. с экрана.

4. Kinder in Deutschland sind überraschend fit. Режим доступа: <https://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/kiggs-studie-kindern-in-deutschland-geht-es-gut-a-933529.html>. – Загл. с экрана.

5. 80 Prozent der Jugendlichen sind Sportmuffel. Режим доступа: <https://www.welt.de/gesundheit/article114363742/80-Prozent-der-Jugendlichen-sind-Sportmuffel.html>. – Загл. с экрана.

6. Deutschlands Jugend ist sportlich und raucht weniger. Режим доступа: <https://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2014-06/kiggs-studie-gesundheit-kinder-jugendliche-deutschland>. – Загл. с экрана.

7. So geht es Jugendlichen in Deutschland gesundheitlich. Режим доступа: https://www.t-online.de/gesundheit/kindergesundheit/id_69938898/kiggs-jugendliche-in-deutschland-rauchen-deutlich-weniger.html. – Загл. с экрана.

ГОРЛОВОЕ ПЕНИЕ (ТОЙУК) И ХОМУСОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ

THROAT SINGING (TUUK) AND KHOMUSOTHERAPY AS A METHOD OF REHABILITATION FOR CHILDREN WITH SPEECH RETARDATION

А.В. Эверстова, Д.Н. Афанасьева, С.Н. Аржакова
Поликлиника №1, г. Якутск

A.V. Everstova, D.N. Afanasyeva, S.N. Arzhakova
Polyclinic No. 1, Yakutsk

Обосновываются разработанные авторами методики восстановительного лечения детей с задержкой речевого развития посредством занятий видами якутской музыкальной культуры – горловым пением и игрой на хомусе. Достигается лечебный восстановительный эффект.

The authors justify the rehabilitation methods for treatment of children with delayed speech development using Yakut musical culture such as throat singing and playing on the *khomus* (jaw's harp). A therapeutic recovery effect is achieved.

Ключевые слова: Хомусотерапия, горловое пение, тойук, задержка речевого развития, музыкотерапия

Keywords: khomus-therapy, throat singing, toyuk, delayed speech development, music therapy

Цель статьи – рассмотреть возможности лечения детей с задержкой речевого развития и с психологическими нарушениями посредством хомусотерапии и горлового пения (тойукотерапии).

Музыкотерапия представляет собой метод, использующий музыку в качестве средства психологической коррекции состояния ребенка в желательном направлении развития [1]. Исследования В.М. Бехтерева, И.М. Гриневой, И.М. Догеля, И.Н. Тарханова выявили положительное влияние музыки на различные системы организма человека [2].

Хомусотерапия является разновидностью музыкотерапии. Хомус – инструмент, широко распространенный по всему миру. Таинство его состоит в том, что он представляет единое целое с дыхательно-голосовым аппаратом человека [3].

В центре детского восстановительного лечения ГБУ РС(Я) «Поликлиника №1» г. Якутска используются хомусотерапия и тойукотерапия. Занятия проводятся в кабинете релаксации в виде прослушивания записей звучания хомуса или тойука в живом исполнении работниками центра. Группы детей по 4-5 человек удобно устраиваются в мягких модулях, пуфиках и в течение 15-20 минут прослушивают записи звучания хомуса, специально подобранной композицией.

Алгысчытом (алгыс-благословение), хомусистом-импровизатором, автором-мелодистом Уйгулааной-Саха Сирэ Габышевой создана специальная композиция для хомуса, обладающая лечебными, гармонизирующими звуками. Лечебное влияние этой методики основано на частотном колебании звуков, связанных с отдельными органами, системами организма. Звуковые вибрации, исходящие от хомуса, несут человеку исцеляющую и обновляющую энергию и энергетической чистки ауры [4].

Звукотерапия — метод лечения звуком. Звук имеет не только эмоциональное воздействие, он создает в организме человека биорезонанс. Звучание определенных музыкальных инструментов используется в звукотерапии для восстановления психологического состояния человека, а некоторые из них способствуют оздоровлению органов, настраивая весь организм на исцеление. В настоящее время с помощью вокало-терапии успешно борются с расстройствами психики: апатией, депрессией, неврозами, фобиями и даже с шизофренией. Эту методику назначают людям, страдающим

различными заболеваниями дыхательных путей, так как пение развивает легкие, увеличивая их объем.

Горловое пение (тойук) в нашем отделении проводится по методике Г.Г. Федоровой – старшего преподавателя кафедры фольклора и культуры ИЯКН СВ РФ, отличника культуры РС(Я), заслуженного работника культуры РС(Я) [5]. Тойук – это ведущий жанр песенного фольклора якутов. Тойук – это песнь радости, счастья, поэтому в нем чувствуется раздолье природы, полнота чувств воспевающего природу тойуксута.

Разучивание традиционного якутского пения тойук сопровождается дыхательными упражнениями, подвижными играми в такт звукам национального инструмента джага, прослушиванием и подражанием звукам природы, заучиванием ритмических стихов, регулирующих дыхание и речевое поведение ребенка. Тойук могут петь только те, кто правильно дышит, может задержать дыхание надолго. Правильное дыхание развивается у тех, кто много бывает на свежем воздухе.

Выделяется 2 типа дыхания:

1. Непроизвольное, глубокое
2. Произвольное.

При пении тойук нужно вдыхать быстро и неглубоко, но выдыхать медленно, не спеша. У исполнителей якутских народных песен обычно наблюдается диафрагмальное дыхание, из-за этого звук голоса получается более широкий и сильный. Также при вдохе большую роль играет согласованная работа губ, горла, ротовой полости.

Горло и нос должны быть чистыми, здоровыми. Фальцетные призвуки кылысах, отличающие народную манеру пения якутов, должны звучать где-то далеко внутри, их нельзя извлекать из глотки и носа. Ребенок должен сам хорошо слышать свой кылысах. Для этого в одной единой системе должны слаженно работать и слух, и голос, и дыхание.

Перед тем, как начать обучение, необходимо ознакомить обучающихся с якутским фольклором, образцами народной поэзии. Необходимо объяснить им, насколько большое значение имеет природа для каждого якута, рассказать про тесную связь человека с окружающей природой, ее влиянии на мысли человека.

Разучивание запева тойук «дьиэ-буо» делается вдох через нос, начало запева «дьэ» протягивается довольно продолжительно: «дьоо-бо-о». Затем тоже протяжно пропеваётся «буо», далее: «дьэ-ээ-оо-бо-оо-оо», «буо-оо-оо-бо-оо-оо», «дьо-бо-о, буо-бо-бо-бо!». Запев тойука у каждого певца своеобразный, отличный от других, поэтому руководитель, как правило, обучает своей манере запева.

Обучение по методике Тойук позволяет детям с задержкой речевого развития усваивать правила использования плавности речевого высказывания, детям с дислалией, дизартрией, ринолалией и алалией помогает нормализовать голос, интонационную выразительность речи в целом, способствует правильному программированию речевого высказывания. Методика позволяет выработать сильный, плавный, удлинённый выдох, сформировать целенаправленную воздушную струю, чтобы ребёнок мог более быстро освоить труднопроизносимые звуки с помощью диафрагмальной мышцы, а также развитию координаторных отношений между двумя функциями: дыханием и движениями туловища или конечностей. Методика способствует: укреплению мышц, регуляцию дыхательного ритма, улучшению кровоснабжения органов дыхания, расслаблению органов речи, что приводит к снятию спазма, зажимов. Особое внимание необходимо обратить на следующие условия: активное внимание ребёнка привлекается к фазе вдоха; вдох осуществляется в момент физической нагрузки; все упражнения проводятся в комфортном для детей темпе и ритме. У детей с нарушениями речи при углублённом дыхании легко возникает гипервентиляция. Учитывая эту особенность, разработана методика дозированных «быстрых вдохов», которые осуществляются через нос. Прохождение воздуха через носовые ходы сопровождается наибольшим шумом и примыканием ноздрей к носовой перегородке.

Проводится обучение 12 детей. Нами разработаны методики обучения детей тойук детей 3-6 лет и детей 7-17 лет с нарушениями речи.

По результатам проведенной работы можем заключить, что виброакустическая помощь хомуса и тойукотерапии эффективны не только при задержке речевого развития, но в целом для восстановительных процессов организма ребенка.

Список литературы

1. Медведева Е.А. Музыкальное воспитание детей с проблемами в развитии и коррекционная ритмика: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений. М.: Издательский центр «Академия», 2002. 224 с.
2. Глазунова Л.И. Коррекция психоэмоционального состояния человека средствами музыки. Учебно-метод. пособие. Белгород: БелГУ. 2004. 116 с.
3. Шишигин С.С. Играйте на хомусе. Покровск: ИЦ «Покровск». 2003. 21 с.
4. Алексеев И.Е. Школа игры на якутском хомусе.// Варган(хомус) и его музыка. Якутск: Кн.издат-во, 1991 г. С. 28-43.
5. Федорова Г.Г. Обучение традиционному якутскому пению тойук. (Туойарга үөрэтии). Якутск, 2016. С. 43-61.

ВЫСТУПЛЕНИЯ

ЧЕЛОВЕЧЕСКАЯ ТЕЛЕСНОСТЬ: ОРГАНИЧЕСКОЕ И НЕОРГАНИЧЕСКОЕ, ЕСТЕСТВЕННОЕ И ИСКУССТВЕННОЕ **HUMAN BODY: ORGANIC AND NON-ORGANIC, NATURAL AND ARTIFICIAL**

А.М. Бекарев, Г.С. Пак
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный им. Н.И. Лобачевского*
A.M. Bekarev, G.S. Pak
Lobachevsky University

Человеческая телесность рассматривается в русле оппозиции тела и личности («я»). Оспариваются многие стереотипы о том, что индивиды обладают собственным телом. Рассматривается особая зона искусственного, которая является скорее противоестественной, нежели естественной. Хотя и границы естественного во многом размыты и неясны.

Human body is considered in sphere of opposition of body and sole («Me»). It is disputed some stereotypes, that individuals are the owners of their bodies. It is observed special sone of artificial things which are anti natural things<, not natural at all. But the boundaries of artificial things are unclear and blurred phenomenons.

Ключевые слова: тело, естественное, искусственное, противоестественное, экстракорпоральное оплодотворение

Keywords: body, natural thing, anti natural thing, IVF (in vitro fertilization)

Дано мне тело...

Это Осип Мандельштам писал: «Дано мне тело – что мне делать с ним, таким единым и таким моим?» Мы не согласны с поэтом по всем трем позициям. Во-первых, не дано мне тело. Это «я» ему дан как удобный инструмент для управления. Правда, кто такой «я», мы не знаем. Мы знаем другое. Если захочет тело есть, «я» будет искать пищу, захочет оно спать, «я» будет искать ложе и место для ночлега. Этот «я» ему служит. Он будто «раб» лампы Алладина. Особенно во время телесных страданий и болезней. И «я» не везде может управлять телом. Оно («я») не знает, как управлять кровоснабжением организма. И оно не может задержать дыхание надолго.

Не я что-то делаю с телом, оно делает со мной. Часто заставляет искать искусственные органы, чтобы ему – телу – было комфортно и уютно, несмотря на то, что «я» испытываю дискомфорт. Мы сомневаемся и в том, что тело едино и единственно. Карл Прибрам не мог обнаружить источник памяти в мозге (и, стало быть, в теле). Он предположил, что источник памяти где-то вне тела и

потому сориентировался на голографическую модель вселенной. Простые ощущения больного с искусственным органом свидетельствуют о том, что в теле появился «другой», едва ли доказывают то, что тело не едино. Мы не говорим об астральных или ментальных сущностях, двойниках, близнецах и других прибабасах. Но сдается нам, что индивид не наделен единственным и единым телом – он часто нуждается в других телах (составляющих, например, коллектив).

Не уверены и в правах собственности человека на тело («таким моим»). Возможно, тело неповторимо и уникально. Но оно болезненно и смертно. Состояния болезни и смерти неподконтрольны индивиду. Они могут быть подконтрольны Богу или Природе, но, думаем, и они не обладатели. В поисках бессмертия человек готов стать постчеловеком, заменив собственное тело на искусственные элементы. Элементы кажутся долговечными. Но вечных вещей в посюстороннем мире нет. Про потусторонний мир мы ничего не знаем.

Искусственное, естественное и...противоестественное

Когда-то давно, возможно, в детстве, мы думали, что человек от природы очень слабое существо – ни зубов, ни когтей, поглощать может только после термической обработки. Короче говоря, человек от природы может только «ползать и сосать». Сейчас мы думаем иначе, поскольку область естественного определена неважно. Трудно провести демаркацию между органическим и неорганическим. И нефть, и уголь, и свободная вода, и ракушечный песок едва ли могли появиться без органики. Тем не менее, многое из природы получило название «неорганического» тела человека. Точно так же трудно определить, что относится к зоне естественного или к зоне искусственного. Есть вещи, которые оказываются по ту сторону и того, и другого, но получившие название искусственного. Однако, есть вещи искусственного происхождения, но едва ли они естественны. Они, скорее, противоестественны. Таковы табак и алкоголь. Думаем, что к противоестественным явлениям относится и искусственное оплодотворение. В природе есть пустоцветы, но их почему-то не относят к болезненным явлениям. У нас бесплодие почему-то считается заболеванием. В природе бесплодие вполне обычное явление.

Искусственное оплодотворение...

Если выражение «рождение ребенка из пробирки» вызывает улыбку, то экстракорпоральное оплодотворение стало незаметно фактом повседневности. Не утихают дискуссии о том, каким появится на свет младенец? Будет ли он здоров, как дети, родившиеся естественным путем? Чаше всего медицина этого не может гарантировать, хотя бы по той простой причине, что к технологии ЭКО прибегают люди, которые не способны к продолжению рода естественным путем и, как правило, далеко не в молодом возрасте. Даже когда

медики предупреждают родителей, что искусственно зачатый малыш не проживет более 5-7 лет, желание иметь собственно ребенка пересиливает все доводы разума. Причем не только в этих случаях будущие родители уповают на русское «авось». Как-нибудь, пронесет – такой подход представлен в повседневности далеко не единичными случаями. Аномалии в развитии плода диагностируются сегодня на ранних стадиях беременности, но многие согласны на рождение больного ребенка. Что это? Русское «авось» или не вполне естественное желание, затмевающее разум?

В результате общественных дискуссий по поводу ЭКО появилась серия статей по поводу правды и вымысла об ЭКО. Обращаем внимание, что в текстах фигурирует понятие «правды», а не «истины». «Правда» есть повседневный аналог «истины». Свой дискурс и мы будем строить в рамках того символического универсума, о котором когда-то рассуждали П. Бергер и Т. Лукман в «Социологии знания». Соотношение правды и вымысла об ЭКО можно представить в виде следующей логической схемы. Вымысел: дети, зачатые путем ЭКО, рождаются больными. Правда: да, это так, но они находятся под постоянным наблюдением врачей. Вымысел: процедура ЭКО вредна для женского здоровья. Правда: да вредна, но при правильном врачебном подходе большинства вредных последствий можно избежать. И дальше по такому же сценарию... Как видно из приведенных примеров, вымысел является правдой с определенными оговорками.

Но главный миф об ЭКО, который будоражит общественное сознание, связан с широко распространенным мнением, что «дети из пробирки» будут не способны к естественному продолжению рода. Если это предрассудок, то каковы причины его живучести? Первый ребенок «из пробирки» появился в далеком 1978 г., как сообщается в «Медицинской энциклопедии», наука уже располагает конкретными фактами, которые почему-то не вошли в состав символического универсума нашего современника. Замалчивание фактов – это весьма красноречивый факт.

Экстракорпоральное оплодотворение как современная медицинская технология вне всяких сомнений менее биорациональна, чем продолжение человеческого рода естественным путем, менее рациональна с позиций социальности, более экономически затратна. Перечень без труда может быть продолжен. Но технология ЭКО биорациональна с позиций понимания жизни как болезни и её исцеления. Болезнь – бесплодие, ЭКО – в современных условиях рассматривается медиками как эффективный способ борьбы с бесплодием. Бесплодие есть такая болезнь, когда ничего не болит. Эта болезнь вызвана физиологическим состоянием организма, но причиняет она боль душевную, которая выражается в страстном желании иметь собственных детей.

«Страсть – это всякое желание, возникающее в нашей душе помимо нашей воли», – учил Декарт. «Учитесь властвовать собой!» – призывал Онегин Татьяну Ларину. Страсти должны находиться под контролем разума, но на то они и страсти, что способны вырываться из его пут. Иметь больному человеку своего, но больного ребенка – это ни биологически, ни социально не рационально. Но как больной он имеет право на лечение собственной болезни. В цивилизованном обществе поступки и проблемы людей оцениваются с позиций гуманизма. В случае конфликта гуманизма и рациональности мы стоим на стороне гуманизма...

В заключение приведем слова Парацельса, которые привёл В. Розанов в «Сумерках просвещения»: «...После сорокадневного брожения в закрытой колбе вещество оживляется и двигается, что легко видеть. Оно принимает форму, отчасти подобную человеческой, но совершенно прозрачную и еще без corpus. После того его нужно кормить *argano sanguinis humani* в продолжение сорока недель и держать постоянно при одинаковой теплоте *ventris equini*; тогда выйдет совершенно живое человеческое дитя, со всеми членами, какие бывают у всякого другого дитяти, рожденного женщиной, но только гораздо меньшей величины; такое дитя мы называем *Homunculum*» [1, с. 4].

И совсем в заключение приведем слова Ф. Ницше: «Я родился посмертно» [2]. Поиски биологического бессмертия тщетны. Но они упорны. Возможно, эти поиски связаны с созданием искусственного человека, который победит естество путем замены естественного на искусственное. Но это искусственное будет скорее противоестественным. Отнюдь не биорациональным...

Список литературы

1. Розанов В.В. Сумерки просвещения. М.: Педагогика, 1990. 624 с.
2. Ницше. Так говорил Заратустра / Перевод Д. Борзаковского. М.: Издание М. В. Клюкина, 1900. Т. I. (Собрание сочинений).
3. Князева Е.Н. Познающее тело и движущийся ум: концептуальный поворот в эпистемологии // Эпистемология сегодня. Идеи, проблемы, дискуссии: монография / Под ред. чл-корр. И.Т. Касавина и Н.Н. Ворониной. – Н. Новгород: Изд-во Нижегородского госуниверситета им. Н.И. Лобачевского, 2018. С. 339-350.
4. Гегель Г.В.Ф. Энциклопедия философских наук. Том 2. Философия природы. М.: Мысль, 1975. 695 с.

**КИБЕРСТАЛКИНГ КАК УГРОЗА БЕЗОПАСНОСТИ
СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА**
**KIBERSTALKING AS THE SAFETY HAZARD
OF INTERCOMMUNAL STOCK COMPANY**

А.А. Бессчетнова
*Саратовский национальный исследовательский
государственный университет им. Н.Г. Чернышевского, г. Саратов*
A.A. Besschetnova
Saratov State University named after N.G. Chernyshevsky, Saratov

Рассматривается проблема киберсталкинга как формы деструктивного поведения в современном обществе; дано определение понятия «киберсталкинг». На основе анализа отечественной и зарубежной литературы выделены виды киберсталкинга; приведены рекомендации по защите от киберпреступлений.

The article is devoted to the problem of cyberstalking as a form of destructive behavior in modern society; the definition of the concept of "cyberstalking" is given; based on the analysis of domestic and foreign literature, the types of cyberstalking are identified; recommendations for protection against cybercrime are given.

Ключевые слова: киберсталкинг, Интернет, киберпреступление, информационно-коммуникационные технологии

Keywords: cyberstalking, Internet, cybercrime, information and communication technologies

В научной литературе XXI столетию присвоено наименование «информационного века» за открытие новых горизонтов и возможностей в сфере информационно-коммуникационных технологий, усовершенствование Глобальной Сети Интернет, феномен «информационного взрыва». Однако намеренное аномальное использование интернет-ресурсов влечет за собой ряд негативных, а в некоторых случаях смертельных последствий, способствует возникновению киберпреступлений.

В современном мире большое распространение получил такой вид кибер-агрессии, как киберсталкинг (англ. stalk – «преследовать», «выслеживать»), который представляет собой причинение умышленного и многократного вреда жертве, а также членам ее семьи (преследование, запугивание, террор, рассылка сообщений с угрозами) с помощью компьютеров, сотовых телефонов и других электронных устройств [1].

На основе анализа и систематизации отечественного и зарубежного опыта, в частности, работы Л. Макфарлейна и П. Бокюза «Исследование хищнического поведения в киберпространстве: типологии киберсталкеров»

(“An Exploration of Predatory Behaviour in Cyberspace: Toward a Typology of Cyberstalkers”) (пер. автора), можно выстроить следующую классификацию типов киберсталкеров [1]:

Мстительный киберсталкер (vindictive cyberstalker) – действует, движимый желанием возмездия за фактическое или предполагаемое оскорбление или унижение, преследуя свою жертву с конкретным намерением причинить ей страдания, вызвать страх за свою жизнь и безопасность. Данный тип отличается особой жестокостью и в большинстве случаев осуществляет свое намерение в автономном режиме.

Сдержанный киберсталкер (composed cyberstalker) – терроризирует своих жертв с целью причинения им постоянного неудобства, эмоционального напряжения, раздражения, не пытаясь установить с ними прямого контакта.

Интимный киберсталкер (Intimate cyberstalker) – предпринимает настойчивые и неоднократные попытки добиться взаимного чувства и/или привлечь внимание объекта своей страсти, используя электронную почту, веб-дискуссионные группы, электронные сайты знакомств. Данный тип киберсталкера можно условно разделить на две подгруппы: 1) «бывшие близкие», то есть те, кто активно пытается возобновить общение с человеком, с которым ранее имел близкие отношения или тесное знакомство, несмотря на отсутствие такого желания у оппонента; 2) «влюбленные» – стремятся стремительно развить межличностные отношения, установить тесный контакт с жертвой, не соблюдая при этом социальные правила, регулирующие процесс ухаживания, а в случае получения отказа, начинают активно преследовать жертву.

Коллективные киберсталкеры (collective cyberstalkers) – представляют собой группу из нескольких человек, которые осуществляют травлю с целью сбора информации для дискредитации жертвы при помощи угроз, рассылки спама, взлома почты, кражи личных данных, запугивания мультимедийными файлами.

Ряд исследований, проведенных за рубежом, показывает широкую распространенность и общественную опасность киберсталкинга как социального феномена. Например, по статистическим данным, в США 7,5 млн людей ежегодно страдают от навязчивого преследования; в 70% случаев жертва и преступник живут в разных штатах; 67% жертв киберсталкинга одиноки, 31% женаты; 61% женщин и 44% мужчин преследуются своими бывшими сожителями; чаще всего от кибертравли страдают люди в возрасте от 18 до 29 лет; более 30 % кибератак начинаются в социальных сетях, в частности на Facebook, или по электронной почте; 41% жертв получают письма, сообщения, звонки с нежелательным контентом примерно один раз в неделю [2, с. 179].

Подводя итог, считаем необходимым обратить внимание на разработанные Министерством юстиции США меры защиты от киберсталкинга, а именно: незамедлительно выдвинуть киберсталкеру требование о прекращении кибератак; сохранять все электронные сообщения, видеоматериалы, содержащие угрозы, в качестве доказательства; сделать их резервные копии; связаться с Интернет-провайдером и сообщить ему о поступающих киберугрозах; обратиться с заявлением в полицию; вести детальный учет контактов с Интернет-провайдером и сотрудниками правоохранительных органов [3].

Список литературы

1. McFarlane L., Vocij P. An Exploration of Predatory Behaviour in Cyberspace: Toward a Typology of Cyberstalkers [Электронный ресурс]: [сайт]. – URL: <https://firstmonday.org/ojs/index.php/fm/article/view/1076/996> (дата обращения: 06.04.2019). – Загл. с экрана. – Яз. англ.
2. Барышева К.А. Преследование как новый вид уголовно-наказуемого деяния // Пробелы в российском законодательстве. 2016. № 8. С. 178-182.
3. Cyberstalking, a New Crime: Evaluating the Effectiveness of Current State and Federal Laws [Электронный ресурс]: [сайт]. – URL: <https://scholarship.law.missouri.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://search.yahoo.com/&httpsredir=1&article=3985&context=mlr> (дата обращение: 06.04.19). – Загл. с экрана. – Яз. англ.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ КАК ЭЛЕМЕНТ ЗДОРОВЬЯ НАЦИИ DENTAL HEALTH AS AN ELEMENT OF THE NATION'S HEALTH

А.Ю. Богдашкина
*Приволжский исследовательский медицинский университет,
г. Нижний Новгород*
A.Yu. Bogdashkina
*Privolzhsky research medical university,
Nizhny Novgorod*

Распространенность кариеса, его осложнений, заболеваний пародонта очень высока. С заболеваниями стоматологического профиля встречается почти 100% населения. Стоматологическое здоровье является важной составляющей здоровья в целом и оказывает влияние на качество жизни.

The prevalence of caries, its complications, periodontal disease is very high. With diseases of dental profile meets almost 100% of the population. Dental health is an important component of health in General and has an impact on the quality of life.

Ключевые слова: общественное здоровье, стоматология, заболеваемость, права пациента, факторы, влияющие на здоровье человека

Keywords: public health, dentistry, morbidity, patient rights, factors affecting human health

По определению ВОЗ, здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов [1]. Здоровье человека – очень важный критерий, который определяет качество жизни. Со здоровья отдельного человека начинается здоровье или нездоровье общества [2]. Важным элементом здоровья в целом является стоматологическое здоровье.

Весьма полную характеристику стоматологического здоровья дал Ю.Л. Образцов. Он определил его как «совокупность эстетических, клинических, морфологических и функциональных критериев зубочелюстной системы, обеспечивающих психологическое, эмоциональное, социальное и физическое благополучие человека» [3].

Распространенность кариеса, его осложнений, заболеваний пародонта очень высока. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), во всем мире у 60-90% детей школьного возраста и почти у 100% взрослых людей имеется зубной кариес. Тяжелый пародонтит, который может приводить к выпадению зубов, обнаруживается у 15-20% людей среднего возраста (35-44 года). В глобальных масштабах примерно у 30% людей в возрасте 65-74 лет отсутствуют естественные зубы [4].

Пациенты часто недооценивают значимость здоровья полости рта, несвоевременно обращаются за стоматологической помощью, и, как результат, данные патологии приводят к потере зубов у большей части населения. В зависимости от локализации дефекта у пациентов возникают различные негативные последствия. Например, если дефект располагается в переднем отделе зубного ряда, у пациента нарушается речевая функция, эстетика. Люди с такой проблемой испытывают стеснительность, эмоциональное перенапряжение при общении с другими людьми. В результате этого человек не всегда может устроиться на ту работу, на которую он хочет и в которой он бы достиг больших успехов. И из-за этого работодатели недосчитываются ценных сотрудников.

При дефектах бокового отдела зубного ряда нарушается процесс жевания, пища поступает на следующий этап пищеварения недостаточно переработанной. У людей с полной потерей зубов, помимо нарушения жевания, меняется внешность за счет уменьшения нижней трети лица, они перестают

нравиться самим себе, они стараются избегать регулярного общения с близкими людьми.

Нарушение механической обработки может дать начало заболеваниям желудочно-кишечного тракта, спровоцировать обострение уже имеющихся заболеваний. Вследствие этого люди чаще обращаются за медицинской помощью, много времени вынуждены проводить в лечебных учреждениях, не могут работать в полную силу.

Наличие в полости рта хронического воспаления отрицательно сказывается на организме. В формировании соматической патологии важная роль принадлежит одонтогенной инфекции. Периодонтальные патогены и их продукты, а также воспалительные медиаторы, производящиеся в периодонтальной ткани, могут попадать в кровоток, вызывая системные эффекты и / или способствовать развитию системных заболеваний. На основе этого механизма хронический пародонтит был предложен в качестве фактора риска не только сердечно-сосудистых заболеваний, связанных с атеросклерозом, но и бактериального эндокардита, ревматоидного артрита, респираторных заболеваний, преждевременных родов, невынашивания беременности, рождения маловесных детей [5]. Возникновение данных заболеваний в раннем возрасте из-за наличия хронического одонтогенного воспаления, быстрое прогрессирование, присоединение тяжелых осложнений приводят к инвалидизации трудоспособного населения.

В последнее время возросло количество бытовых травм, травм в результате ДТП. При повреждениях челюстно-лицевой области второе место занимают переломы средней зоны лица, 20-25% случаев приходится на переломы скуловой кости и дуги. Изолированные переломы глазницы встречаются в 35-40% случаев, причем до 70% орбитальных переломов сочетаются с различными повреждениями глазного яблока и тканей, его окружающих [6]. При травмах такого характера сильно меняется внешность и вместо физического дефекта на первый план выходят нарушения душевного и социального благополучия. Пациентам необходима длительная реабилитация, не каждый сможет вернуться к полноценной и привычной жизни. Лечение и реабилитация таких пациентов требует больших затрат со стороны государства и пациента.

Для предотвращения развития многих стоматологических заболеваний необходимо вводить понятие о здоровом образе жизни с раннего детства. Формирование здорового образа жизни – важное звено первичной профилактики основных стоматологических заболеваний, поэтому в стоматологии детского возраста много внимания уделяется гигиене полости рта, общесоматическому статусу здоровья, уровню стоматологического

просвещения детей и их родителей и правильному подбору предметов и средств гигиены полости рта с учетом возраста ребенка [7]. Знания, навыки и полезные привычки, которые ребенок получает в детстве, в основном в возрасте четырех-шести лет, остаются с ним на всю жизнь, поэтому значимость правильного и своевременного гигиенического воспитания с раннего возраста огромна [8].

Задача врача-стоматолога – уменьшить влияние заболеваний стоматологического и челюстно-лицевого происхождения на общее здоровье и психосоциальное благополучие. Врач-стоматолог воздействует лишь на часть организма человека, но это часть его общей анатомии. Нельзя не признать, что при рассмотрении какой-либо части целого мы всегда ориентируемся на это целое. Стоматологию невозможно изолировать от общей медицины и других ее разделов, ведь стоматологическое лечение способно вызвать изменения состояния всего организма, а не только зубов. Признаем мы это или нет, даже небольшое вмешательство может сказаться на физическом и психологическом статусе человека. Способность изменить чью-то жизнь – это огромная ответственность, и это нельзя недооценивать [9].

Здоровье – одна из главных ценностей общества, это значит, что в стране должна быть создана идеология и пропаганда здорового образа жизни. Практически здоровый человек намного легче справляется с ежедневной работой, нагрузками, стрессом, критическими ситуациями. Для поддержания здоровья, и в частности стоматологического, необходимо регулярное просвещение и лечебно-профилактические мероприятия с раннего детства.

Список литературы

1. Всемирная организация здравоохранения // [Электронный ресурс] // URL: <https://www.who.int/ru/about/who-we-are/constitution/> (Дата обращения: 29.08.19).
2. Багновская Н.М. Здоровье отдельного человека – социально значимый фактор здоровья нации // Здоровье и образование, 2017. Том 19, №1. С. 130-132.
3. Свистунова Е.Г., Проценко А.С., Абишев Р.Э. Медико-социальное содержание стоматологического здоровья и его место в системе оощественного здравоохранения // Современная медицина: актуальные вопросы: сб. ст. по матер. XIV междунар. науч.-практ. конф. – Новосибирск: СибАК, 2013.
4. Всемирная организация здравоохранения // [Электронный ресурс] // URL: <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/ru/> (Дата обращения: 29.08.2019).

5. Наумов В.Н., Туркина С.В., Маслак Е.Е. Взаимосвязь стоматологических и соматических заболеваний: обзор литературы // Волгоградский научно-медицинский журнал, 2016. №2. С. 25-28.

6. Хомутичкина Н.Е. Анализ осложнений хирургического лечения переломов нижней стенки глазницы // Научный посыл высшей школы – реальные достижения практического здравоохранения: сборник научных трудов. – Нижний Новгород: Ремедиум Поволжье, 2018. №1. С. 278-291.

7. Косюга С.Ю., Лекомцева О.В. Роль стоматологического просвещения в профилактике стоматологических заболеваний у школьников 14 лет // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований, 2018. №5. С. 113-118.

8. Архипова О.В., Олейничук В.С., Боженко В.С. Игровая форма обучения в гигиеническом воспитании дошкольников / Актуальные проблемы профилактической стоматологии» Материалы международной научно-практической конференции студентов 18.04.2017 г. М., 2017. С. 14-15.

9. Джеймс Е. Карлсон. Физиологическая окклюзия. Midwest Press, 2009. С. 4.

К ВОПРОСУ О РИСКЕ ЗДОРОВЬЮ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК ПРИ ОРГАНИЗОВАННОМ ПИТАНИИ TO THE QUESTION OF THE RISK OF HEALTH PHYSICAL LOADING UNDER THE ORGANIZED FOOD

Е.С. Богомолова, Р.С. Рахманов, Р.Ш. Хайров
*Приволжский исследовательский медицинский университет,
г. Нижний Новгород*

E.S. Bogomolova, R.S. Rakhmanov, R.Sh. Khairov
*Privolzhsky Research Medical University,
Nizhny Novgorod*

Оценили риск здоровью спортсменов, играющих в хоккей с шайбой, при питании, несбалансированном по макронутриентам и микронутриентам.

Биохимические показатели белкового обмена указывали на повышенный их катаболизм; перетренированность; недостаточное восстановление организма после отдыха и развитие физического утомления; возможность микротравмирования мышц. Усиление энергетических процессов обеспечивалось мобилизацией липидов. Дислипидемия является важнейшим фактором сердечно-сосудистого риска.

They estimated the risk to the health of athletes playing hockey with a puck when eating unbalanced by macronutrients and micronutrients.

Biochemical indicators of protein metabolism indicated an increased catabolism; overtraining; inadequate recovery of the body after rest and the development of physical fatigue; the possibility of microtrauma muscles.

Enhancement of energy processes was provided by the mobilization of lipids. Dyslipidemia is the most important factor of cardiovascular risk.

Ключевые слова: физические нагрузки, хоккеисты, питание, риск здоровью

Keywords: physical activity, hockey players, nutrition, health risk

Исследованиями, проведенными среди профессиональных хоккеистов, доказано, что независимо от того, насколько талантлив спортсмен, существует необходимость всесторонней поддержки спортсмена, включая правильно подобранную диету [1-3]. В этой связи работа по совершенствованию организации спортивного питания представляется важной и своевременной.

Цель работы – оценить риск здоровью спортсменов, профессионально играющих в хоккей с шайбой, при организованном питании.

Объект исследования – хоккеисты, играющие в хоккей с шайбой в Континентальной хоккейной лиге (n=39), рацион питания (n=6).

До 80,0% времени хоккейного сезона они проводили за пределами домашнего региона. В это время питание было организованным, порционированным. С использованием метода анализа меню-раскладок оценили потребление пищевых веществ и энергии за сутки (рассчитывали среднюю величину на человека). По биохимическим показателям крови оценили метаболограмму (обмен белков, жиров и углеводов) и риск здоровью по ним. Отбор проб крови проводили в сезоне игр через 2,5 мес., 4 мес. и 6 мес.

Калорийность рациона достигала $6693,6 \pm 18,6$ ккал/сутки, т.е. соответствовала для спортсменов, специализирующихся в игровых видах спорта: от 5953,2 до 6494,4 ккал/сутки. Энергетическая ценность завтрака составляла – $1789,1 \pm 14,4$ ккал, обеда – $2020,5 \pm 34,4$ ккал, ужина – $2244,7 \pm 28,9$ ккал (соответственно их доли - 29,6%, 33,4% и 37,1%), т.е. калорийность обеда была меньше рекомендуемой при трехразовом питании (35–40%), а ужина – больше нормы (20–25%).

Масса белков составила $300,9 \pm 1,1$ г (норма 216,5-234,5 г), жиров – $234,1 \pm 0,7$ г (180,4-198,4 г) и $710,4 \pm 3,7$ г углеводов (865,9-938,1 г). Отношение содержания белков, жиров и углеводов достигало 19,9:34,8:46,9% при норме 18:28:54%. Животных белков было – 61,2%, растительных – 38,8% (должное соотношение – 60:40), т.е. доля животных белков незначительно превалировала над растительными. Доля животных жиров от общего количества потребляемых жиров достигала 64,9%, что было в пределах норматива – 65-80%, растительных – 35,1% (20-35%).

Витамина А было 5035,0 мкг (норматив 3000-3600 мкг), В₁ 6,0±0,047мг (30-3,9 мг), В₂ – 8,2±0,036 мг (3,9- 4,4 мг), В₆ – 4,2±0,02 мг (5-8 мг), РР – 148,2±0,6 мг (30– 35 мг), С – 287,6±1,7 мг (180-220 мг).

Натрия в рационе было 5995,5±20,0 мг (норма 7000-8000 мг), калия – 5468,6±19,5 мг (4500-5000 мг), кальция – 962,4±3,3 мг (1200-1800 мг), фосфора – 2518,6±7,7 мг (1500-2250 мг), магния – 300,7±1,1 мг (450-650 мг), железа – 8,2±0,05 мг (25-30 мг).

Такое питание обуславливало особенности метаболизма пищевых веществ хоккеистов. Наиболее выраженные изменения белкового обмена были определены к 4-му месяцу игр. В этот период в сыворотке крови уровень мочевины, характеризующий катаболизм белка, был больше на 31,2% (p=0,001), чем на первом этапе исследования. По средним значениям достигая 8,2±0,30ммоль/л, он у 76% обследованных лиц превышал референтные границы.

Креатинин, который по сравнению с исходной величиной становился больше на 31,4% и у 28% хоккеистов был выше нормы. Мочевая кислота также была больше на 23,1% (p=0,001) по сравнению с прошлым этапом исследования; у 40% – превышала верхнюю границу нормы.

Показатели, определенные к шестому месяцу игр, свидетельствовали об уменьшении потребления белка: средний уровень ОБ был ниже исходного значения на 7,4% (p=0,001). Уровень мочевины не различался от исходной величины, а доля лиц с повышенными значениями оказалась меньше в 1,8 раза по сравнению с исходной (13,3% против 24%). Креатинин крови был выше исходной величины только на 13,3%, и лишь у незначительной части хоккеистов превышала норму (у 6,7%). Мочевая кислота также снизилась до исходных значений. Вероятно, это было обусловлено снижением интенсивности нагрузок на организм. Данное мнение подтверждалось динамикой уровней кортизола. Его максимальное нарастание было отмечено также к 4-му мес. игр; он на 37,2% был выше референтной границы, а через 6 месяцев игр – лишь на 18,2%. Доли лиц, у которых они выходили за норму, на этих этапах наблюдения составляли 95,8% и 84,6%.

Показатели углеводного обмена находились в пределах референтных границ. Уровни глюкозы в исходном состоянии и к четвертому месяцу игр были наиболее, а на этапах 2,5 и 6 мес. игр – наименее высокими. При этом относительно величины, определенной ко второму с половиной месяцу игр, уровень глюкозы к 4-му месяцу достоверно возрастал на 8,7% (p=0,004), а к концу исследования от показателя, определенного на первом этапе исследования, не отличался. Амилаза крови во все периоды наблюдения находилась в границах 52,44-54,4 г/л.

Состояние липидного обмена характеризовалось тем, что уровень общего холестерина (ОХ) нарастал к 4-му месяцу игр, выходя за границы нормы, и составлял $5,36 \pm 0,13$ ммоль/л. Он относительно показателя, определенного ко второму с половиной мес. игр, возрос на 9,1% ($p=0,017$); к шестому мес. наблюдения ОХ был в пределах нормы. По этапам наблюдения выявлялись лица с погранично высоким уровнем ОХ: в начале исследования игр их доля достигала 29,6%, ко второму этапу – 56,0% и к концу наблюдений – 20,0%. Липопротеиды высокой плотности (ХС-ЛПВП) во все периоды наблюдения были ниже референтных границ, по этапам наблюдения не имели различий: 1,46-1,35 ммоль/л. Доли лиц с низким уровнем (ХС-ЛПВП) по этапам наблюдения возрастали, соответственно 66,7%, 68,0% и 86,7%. Липопротеиды низкой плотности (ХС-ЛПНП), наоборот, через 2,5 и 4 мес. игр превышали границы нормы, достигая $3,45 \pm 0,1$ ммоль/л; к шестому месяцу – несколько ниже верхней границы нормы. Наиболее значимая доля лиц с превышающим норму уровнем выявлялась через 2,5 мес. игр – у 63,0%; к 4-му мес. – у 56,0%, к 6-му мес. – у 26,7% обследованных лиц. Триглицериды были в норме, но к концу наблюдения их уровень относительно величины, определенной на первом этапе исследования, стал ниже на 27,2% – с $0,89 \pm 0,04$ ммоль/л до $0,65 \pm 0,05$ ммоль/л ($p=0,003$).

Таким образом, отмечена несбалансированность по Б:Ж:У за счет превышения первых двух компонентов и недостатка третьего, а также по их соотношению. Имелся избыток всех витаминов, за исключением витамина В₆, недоставало кальция, натрия, магния, железа, в то же время отмечено превышение фосфора.

Данные белкового обмена указывали на то, что высокие энергетические потребности организма обеспечивались повышенным катаболизмом белка; перетренированность [4]; недостаточность восстановления организма после игр и периода отдыха и развития физического утомления [5]; возможность микротравмирования мышц [6].

Для усиления энергетических процессов организма идет мобилизация липидов и жирных кислот. С другой стороны, дислипидемия – важнейший фактор сердечно-сосудистого риска [7].

Список литературы

1. Медведев И.Б., Тарасов Б.А., Алехнович А.В. Организация спортивного питания в Континентальной хоккейной лиг // Спортивная медицина: наука и практика. 2013. № 3. С. 46-49.
2. Сорокин А.А., Комолов И.С., Д.Б. Никитюк. Биологически активные вещества и специализированные добавки в спорте. М.: ТВТ Дивизион, 2017. 96 с.

3. David Y. Ice Hockey Nutrition and Training — How Players Meet Their Goals in the Pros. / Yeager, David // Today's Dietitian. 2011. Vol. 13. P. 40.

4. Changes in blood biochemical markers before, during, and after a 2 – day ultramarathon / K. Arakawa, A. Hosono, K. Shibata [et al.] // Open. Access. J. Sports. Med. 2016. Vol. 7. P. 43-50.

5. Цветков С.А., Соколова Ф.М., Олисов Д.Г. Лабораторный мониторинг состояния организма у спортсменов // Ученые записки университета Лесгафта. 2013. № 6 (100). С. 159-163.

6. Biomarkers of physical activity and exercise / G. Palacios, R. Pedrero-Chamizo, N. Palacios, [et al.] / Nutr. Hosp. 2015. Vol. 31. Suppl. 3. P. 237-244.

7. Борисова О.Л., Викулова А.Д. Состояние гуморального иммунитета, активация сосудистого эндотелия и агрегация тромбоцитов у спортсменов // Ярославский педагогический вестник. 2011. Т. 3, № 2. С. 82-86.

ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА В УСЛОВИЯХ РАЗВИТИЯ БИМЕДИЦИНЫ И ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ*

HUMAN HEALTH IN THE CONTEXT OF THE DEVELOPMENT OF BIOMEDICINE AND DIGITAL TECHNOLOGIES

Е.С. Богомяккова, Е.А. Орех
*Санкт-Петербургский государственный университет,
г. Санкт-Петербург*

E.S. Bogomyakova, E.A. Orekh
*St. Petersburg State University,
St. Petersburg*

Здоровье населения является важным показателем социального развития. Однако, для оценки современного положения дел чаще всего используются традиционные представления о здоровье и болезни и не учитываются социальные изменения, а также актуальные трансформации самой медицинской системы. Ставится вопрос о необходимости дополнения существующих представлений о здоровье и благополучии человека в контексте развития биотехнологий и проникновения цифровых технологий в практики лечения и заботы о здоровье.

Public health is an important indicator of social development. However, traditional ideas about health and disease are most often used for assessment of the current state of affairs. Also, social changes, as well as relevant transformations of the medical system itself are not taken into account. We raised the question about the need to complement existing perceptions of human health and well-being in the context of the development of biotechnology and the penetration of digital technologies in the practice of treatment and health care.

* Публикация подготовлена в рамках гранта Российского научного фонда (проект №18-18-00132).

Ключевые слова: здоровье, биомедицина, биотехнологии, цифровые технологии, социальные индикаторы, дополненная реальность.

Keywords: Health, biomedicine, biotechnology, digital technologies, social indicators, augmented reality.

Здоровье человека в современном мире является одним из ключевых факторов национальной безопасности и социально-экономического развития. Официально принятое и наиболее распространенное определение здоровья предложено ВОЗ. Согласно ему, здоровье рассматривается как состояние полного физического, психологического и социального благополучия. Однако и анализ индикаторов социального развития, и публикаций по проблемам здоровья позволяет заключить, что здоровье, прежде всего, понимается физиологически, а именно как отсутствие болезней. За рамками внимания часто остаются вопросы социального благополучия, которые, в свою очередь, оказываются детерминированными более широкими социальными изменениями. Как правило, в качестве социальных детерминант хорошего самочувствия видят либо эффективность/успешность взаимодействия человека с институтом здравоохранения, либо следование ценностям здорового образа жизни и выполнение соответствующих практик. Однако, в последние десятилетия меняются как формы и способы коммуникации в системе «врач – пациент», так и представления о сути и сущности здорового образа жизни. В фокусе нашего внимания оказываются вызовы социологическому пониманию здоровья и его социальных детерминант, спровоцированные развитием биомедицинского знания и инновационных медицинских технологий, с одной стороны, а с другой – активным проникновением цифровых технологий в практики лечения и заботы о здоровье.

Во-первых, в результате колоссального развития биомедицины представления о том, что считать здоровьем и болезнью, трансформировались существенным образом. XXI век называют «веком биологии», или «молекулярным веком», поскольку именно человеческое тело и здоровье становятся главными объектами технологического вмешательства. На место симптомов как основных показателей болезни приходит оценка уровня ее риска, который может быть измерен новейшими медицинскими тестами, в том числе основанными на генетическом знании. Возможности изменять человеческое тело делают его незаконченным объектом, открытым к модификации. В итоге, здоровье человека, его благополучие становятся не просто биологической данностью, но и полем выбора, ответственности, прав и обязанностей. Специфический биомедицинский стиль мышления активно

проникает в публичный дискурс, а радикальные изменения в биомедицинских практиках диагностики и терапии способствуют появлению новых типов пациентов – «patients-in-waiting» [1] – не имеющих клинических проявлений болезни, однако обладающих наследственной предрасположенностью к тем или иным заболеваниям, и новых практик заботы о здоровье и теле. Возникающие различия и разрывы в доступе к биомедицинским технологиям (вспомогательные репродуктивные технологии, геномная диагностика) влекут формирование медицинского туризма и усиливают существующие неравенства. В результате сегодня социальный статус человека характеризуют не только уровень дохода или наличие позиции во власти, но и особенности его физиологии и здоровья, а также риски различных заболеваний. Мы полагаем, что классические представления о здоровом образе жизни, понимаемом как отказ от вредных привычек (алкоголь, никотин), занятия спортом и соблюдение диеты, должны быть дополнены с учетом социальных последствий развития биотехнологий.

Во-вторых, цифровые технологии активно проникают в практики сохранения и поддержания здоровья. Прежде всего, речь идет о развитии телемедицины и цифрового здравоохранения, которые меняют способы идентификации человека в роли пациента. Поскольку «телемедицина является одним из важных шагов на пути к глобальной системе здравоохранения, существующей независимо от географических расстояний» [2], пациентам не только предстоит взять больший объем ответственности за свое здоровье, чем это было в условиях господства «конвенциональной медицины» [3], но и быть вовлеченными в новые онлайн-практики коммуникаций, овладеть цифровой грамотностью. В России с 1 января 2018 г. вступил в силу закон о телемедицине, предполагающей оказание медицинских услуг при помощи электронных средств связи как для экстренных, так и для плановых случаев, на бесплатной и коммерческой основе [4]. Развитие телемедицины является частью более широких трансформаций медицинской системы, а именно перехода к медицине 4П – персонализированной, предиктивной, профилактической и партисипативной. Мы становимся свидетелями возникновения новых форм взаимодействия между врачом и пациентом и новых представлений о самосохранительном поведении.

В то же время в условиях виртуализации общества здравоохранение перестает быть единственным институтом, от которого зависит благополучие человека в связи со здоровьем. Речь может идти о сетях взаимопомощи, формировании онлайн-групп пациентов со сходными заболеваниями, в которых индивид находит поддержку и основания собственного хорошего самочувствия. Отсюда, возможность участия в подобных формах

коммуникации – рассказать свою историю болезни, поделиться опытом выздоровления или жизни с хроническим недугом, спросить совета – может расцениваться как важный элемент благополучия человека. С одной стороны, подобные формы взаимодействия являются проявлением типичной для современности практики шеринга (sharing), с другой – речь идет о новом понимании жизни с заболеванием, об опыте пациентов в условиях «общества ремиссии» [5].

Нужно отметить и еще один момент – распространение технологий для контроля за своим состоянием (self-tracking technologies): шагомеров, фитнес-трекеров, мобильных приложений. Использование подобных гаджетов имеет многочисленные социальные аспекты [6], которые вносят вклад в изменение понимания здоровья и болезни, а также практик, связанных с заботой о собственном самочувствии. В целом, в области медицины и сохранения здоровья мы находимся в условиях перехода к дополненной реальности, предполагающей сочетание и взаимопроникновение виртуальной и физической/тактильной реальностей. Здоровье предполагает не только отсутствие физических ограничений, но и насыщенный виртуально-телесный опыт, который вносит вклад в благополучие человека и позволяет преодолевать физические ограничения.

Таким образом, мы видим, что традиционные представления о здоровье и болезни, которые часто кладутся в основу разработки программ социального развития, мониторингов здоровья и здравоохранения, оказываются недостаточными и должны быть дополнены с учетом тенденций актуальных социальных изменений и трансформаций современной медицины.

Список литературы

1. Fujimura J.H. The Practices and Politics of Producing Meaning in the Human Genome Project // *Sociology of Science Yearbook*. 1999. № 21 (1). P. 49-87.
2. Войнилов Ю., Полякова В. Мое тело — моя крепость: общественное мнение о биомедицинских технологиях // *Социология власти*. 2016. №1. С. 185-207.
3. Михель Д.В. Медицинская антропология: исследуя опыт болезни и системы врачевания: монография. Саратов: Саратов.гос.техн.ун-т, 2015. 320 с.
4. Федеральный закон от 29 июля 2017 г. N 242-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья».
5. Лехциер В.Л. Болезнь: опыт, нарратив, надежда. Очерк социальных и гуманитарных исследований медицины / Виталий Лехциер. Вильнюс: Lognivo literaturos namai, 2018. 312 с. (Conditio humana).

6. Ним Е.Г. Селф-трекинг как практика квантификации телесности: концептуальные контуры // Антропологический форум. 2018. № 3. С. 171-192.

**ТЕЗАУРУСЫ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕНИЯМИ ПО СЛУХУ:
ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЕКТА
THESAURUS OF CHILDREN WITH HEARING IMPAIRMENTS:
EXPERIENCE IN IMPLEMENTING AN EDUCATIONAL PROJECT**

Л.В. Вандышева

*Самарский национальный исследовательский
университет им. академика С.П. Королёва, г. Самара*

L.V.Vandyшева

*Samara National Research University
named after academician SP Korolev, Samara*

Отражены результаты образовательного проекта в отношении детей с ограниченными возможностями здоровья. Выявлены тезаурусы этих детей в тематическом поле «личность и общество». Тезаурусы отражают индивидуальные знания и картину мира, которая формируется в процессе обучения.

The article reflects the results of the educational project for children with disabilities. Identified thesauri of these children in the thematic field "personality and society." Thesauri reflect the correlate with individual knowledge and picture of the world, which is formed in the learning process.

Ключевые слова: тезаурус, дети с ограниченными возможностями здоровья, образовательный проект, качества личности, общество

Keywords: thesaurus, children with disabilities, educational project, personality traits, society

Методологическую основу нашей работы составил тезаурусный подход, разработанный и развитый в научных работах Вал.А. Лукова и Вл.А. Лукова [1]. Тезаурус понимается как такая организация информации у индивида, которая теснейшим образом связана с его местом в обществе и в микро- и макросоциальном пространстве [2]. Базовый принцип заявленного подхода заключается в признании активности субъекта в качестве решающего фактора, который в перспективе определяет содержание и формы социальной жизни. Однако глубина понимания личностью сути того или иного явления зависит не столько от количества имеющейся информации, «сколько от духовно-нравственной зрелости и интеллектуального потенциала личности» [3].

Мы представим результаты, полученные в ходе реализации гранта, выделенного Фондом Президентских грантов на проект № 18-2-009094 «Учимся защищать себя сами». Отразим проектный компонент, реализованный

автором, – занятия по темам «Личность и ее слагаемые» (беседы), «Личность и общество» (практикумы) проводились с обучающимися ГБОУ школы-интерната № 4 г. Самары, ГБОУ школы-интерната № 117 г. Самары и ГБОУ школы-интерната № 5 г. Тольятти с декабря 2018 г. по январь 2019 г. Возраст обучающихся – от 15 до 19 лет. На занятиях в ГБОУ школы-интерната № 4 присутствовало 24 обучающихся (18 юношей и 6 девушек); в ГБОУ школы-интерната № 117 была собрана группа обучающихся в составе 33 человек (17 юношей, 16 девушек); в ГБОУ школы-интерната № 5 г. Тольятти – 22 обучающихся (14 юношей, 8 девушек). Кроме этого на занятиях присутствовало 12 человек – учителей и сурдопереводчиков.

Перед началом проведения беседы обучающимся предложили заполнить анкету. Представим полученные результаты. Ответы опрошенных приводим без изменений орфографии обучающихся.

Ответы на первый вопрос: «Что такое личность?» сводились к пониманию личности как образу человека или самого себя: *«человек и способы самовыражения», «когда человек держит себя в секрете, не кому не рассказывая», «человек который может индивидуальность», «человек, который может самовыражаться».*

В перечне качеств личности (вопрос: «Какие качества должны быть у личности»?) «лидировали» доброта, общительность, наличие у личности образования («образованность»), а также такие духовные качества, как: нравственность, верность, стремление к идеалу, готовность помочь другим.

Перечень ответов на вопрос: «Какие качества должны быть у личности?» свелся к доброте (91%), готовности помочь (26%), трудолюбию (24%), общительности (22%), способности к творчеству (5%), индивидуальности (1%).

Таким образом, большинство опрошенных в качестве базовых качеств личности выделяют, определяющие нравственную составляющую личности. Эти качества помогают личности взаимодействовать с окружающими в обществе.

При ответе на вопрос: «Что такое общество?» обучающимися из тольяттинской школы-интерната были выдвинуты следующие ответы: «много людей» (56%), «круг людей, с которыми можно общаться» (44%). Понимание общества в большинстве ответов сводится к узкому пониманию общества как сообщества, в котором проходит повседневная жизни. Это «общество» составляют родители, близкие люди, друзья, учителя, одноклассники. В качестве общества выступали трудовые коллективы: многие опрошенные были ориентированы на получение образования и работы.

При ответе на вопрос, «Благодаря чему развивается общество?», обучающиеся выделили: человека (34%) и наличие у него положительных

качеств («человек становится общительным, помогает другим»), законы (27%), науку (19%), традиции (15%). Затруднились с ответом 15% опрошенных обучающихся. Это данные анализа результатов опроса обучающихся в тольяттинской школе-интернате. На данный вопрос обучающиеся школы-интерната № 4 ответили: «человек» (46%), «промышленность» (34%), «наука» (10%). Обучающиеся школы-интерната № 117 также выделили в первую очередь человека (53%).

Таким образом, представления обучающихся о роли личности в развитии общества сводятся к признанию личностного потенциала как основного. Именно личность проявляет себя в научной, производственной и иной деятельности, и это является основанием для развития общества.

Результаты непосредственного общения с целевой аудиторией следующие:

– Не все участники беседы были готовы публично признать себя личностью. С одной стороны, это было проявлением скромности тех, кто не поднял руку как знак согласия при ответе на вопрос: «Кто считает себя личностью»? С другой стороны, это был показатель требовательности отвечающих к себе: к личности предъявляются особые требования и, действительно, личностью, а тем более великой личностью, могут называться не все. В ходе беседы утвердилось во мнении, что каждый человек, в котором есть самоуважение, может назвать себя личностью.

– В комментариях такого качества, как свобода личности участники беседы допускали возможность проявления свободы в творчестве, в выборе работы. В качестве примера приведем комментарий участника беседы, который занимался спортом: человек не свободен, пока он не достигнет конкретного спортивного результата. Если он станет, например, чемпионом, получит денежный гонорар, то лишь после этого он станет действительно свободным. Этот пример одни сочли как правильный, другие участники беседы оспорили. Комментарий стал поводом для дискуссии на занятии.

– Новым для многих участников беседы стало слово «созидание» как производство какого-то нового продукта, сотворение чего-либо в разных сферах жизнедеятельности.

– Духовность личности понималась обучающимися как проявление душевности человека, его доброго расположения к другим людям, окружающему миру, желании помочь другим. Обучающиеся предложили качества, которые позволяют раскрыть суть духовности: доброта, ответственность, верность. Эти качества в основном называли девушки. Юноши указали на такие качества, как чувство юмора, харизма, брутальность.

В ходе обсуждения выяснили, что перечисленные юношами качества являются в большей степени внешним проявлением.

– Интегрированность личности в общество. Во время беседы выяснили, что «интеграция» означает объединение. Указывалось, что личность должна определить свое место в обществе, то есть выбрать, какое, например, образование она хочет получить и на какую работу затем устроиться; где она хочет проживать и так далее. Характерно, что примеры, связанные с выбором профессии, чтобы материально обеспечивать себя и свою семью, чаще всего приводили юноши. Девушки отмечали, что получение образования нужно для последующего трудоустройства. При этом они не делали акцента на материальной составляющей профессии, то есть зарплата не обозначалась как главное требование при выборе профессии.

Тезаурус участников образовательного проекта складывается на основе их жизненного опыта, тех знаний, которые они получают в школе. Ограничения по слуху, особенности психического здоровья определенным образом влияют на когнитивное освоение мира. Однако в полилоге происходит прояснение смысла того или иного явления, возникает ощущение сопричастности к социальным практикам. Понимание как отнесение к ценности [4] соотносится у обучающихся с индивидуальным знанием и картиной мира, которая формируется в процессе обучения, то есть комбинирование разных знаний приводит в конечном счете к конструированию представлений о личности, о себе и своем месте в обществе.

Список литературы

1. Луков Вал.А., Луков Вл.А. Методология тезаурусного подхода: стратегия понимания // Знание. Понимание. Умение. 2014. № 1. С. 18-35.
2. Луков Вал.А., Луков Вл.А. Тезаурусный подход в гуманитарных науках // Знание. Понимание. Умение. 2004. № 1. С. 96.
3. Ильинский И.М. Прошлое в Настоящем: Избранное. М.: Изд-во Моск. Гуманит. Ун-та. 2011. С. 185.
4. Ивин А.А. Ценности и понимание// Вопросы философии. 1987. № 8. С. 31-43.

**МОБИЛЬНОЕ СОЦИОМЕДИЦИНСКОЕ ПРИЛОЖЕНИЕ
ДЛЯ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН
SOCIOMEDICAL MOBILE APP FOR PREGRAVIDARY LEAD-UP
OF YOUNG WOMEN**

Е.Ю. Васильева, О.Ю. Колесниченко, М.Б. Шматова
*Первый Московский государственный медицинский
университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), г. Москва*
E.Yu. Vasilyeva, O.Yu. Kolesnichenko, M.B. Shmatova
I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

Здоровье человека закладывается задолго до его рождения, начиная с прегравидарной подготовки будущей матери. Для охвата наибольшего числа женщин репродуктивного возраста профилактическими мероприятиями необходимо социальное воздействие с использованием современных ИТ-технологий – мобильного приложения с дополненной реальностью. Актуальной проблемой является широко распространенный дефицит фолиевой кислоты, что стало ключевой темой разрабатываемого мобильного приложения «ЯМамаКвест».

Human health is formed long before the birth, starting with the pregravidary preparation of a future mother. The social preventive measures with modern Information Technology (mobile application and augmented reality) are required to reach the largest number of reproductive age women. The topical problem is the widespread folic acid deficiency that has become the key narrative of developed mobile application «I'mMotherQuest».

Ключевые слова: охрана материнства и детства, мобильное приложение, дополненная реальность, прегравидарная подготовка, фолиевая кислота

Keywords: maternal and newborn health, mobile application, augmented reality, pregravidary preparation, folic acid

Здоровье человека закладывается задолго до его рождения – помимо генных мутаций, имеющих у отца и матери, а также влияния вредных привычек и факторов окружающей среды на репродуктивное здоровье родителей, существенную роль играет состояние организма матери во время беременности. Одинаково пристальное внимание к здоровью беременной необходимо уделять как в самом начале срока беременности (акушерского и эмбрионального), так и в перинатальный период (точнее, в антенатальный, с 22 недели беременности). Решающее значение имеет прегравидарная подготовка – профилактические и, при необходимости, лечебные мероприятия до беременности, направленные на обеспечение благоприятных условий для зачатия, вынашивания и рождения здорового ребенка.

Коэффициент перинатальной смертности в России за последние 30 лет снизился в два раза, но все еще остается выше, чем в странах Евросоюза [1]. При этом врожденные аномалии становятся причинами смерти новорожденных в 4 раза чаще, занимая долю около 21% случаев младенческой смертности [1]. В последние годы усилены меры по охвату как можно большего количества женщин мероприятиями прегравидарной подготовки и профилактики аномалий развития плода.

На Конгрессе «ИТ в медицине» среди главных задач Минздрава по созданию цифрового контура здравоохранения была обозначена задача разработать ИТ-сервисы для снижения материнской и младенческой смертности [2]. Без социального воздействия на женщин репродуктивного возраста с использованием ИТ-технологий усилий только в рамках цифровой медицины будет недостаточно. Важность социологического подхода к вопросам общественного здоровья обозначена в Таллиннской хартии «Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния» [3]. Необходимо формировать социально-медицинскую культуру, чтобы женщина сама принимала активное участие в обеспечении успешной беременности. Через социализацию и формирование культуры происходит становление общепринятых ценностей, правил жизни [4]. Социальное воздействие, усиленное ИТ-технологиями, будет распространяться не только на отдельных женщин в каждом конкретном случае, а со временем сформирует новые общественные ценности по обязательной подготовке к беременности.

По данным Всемирного Экономического Форума [5], мобильные приложения уже активно используются во всех отраслях экономики, особенно они популярны в сферах здравоохранения и туризма (рис. 1). А дополненная реальность пока еще находится на пороге внедрения. Разрабатываемое нами мобильное приложение относится как к медицине, так и к медицинскому туризму, и будет содержать технологии дополненной реальности (специальный контент).

Среди проблем, которые гинекологи относят к преимущественно социальным, можно выделить авитаминоз [6; 7]. Дефицит фолиевой кислоты (витамин В9) у россиян распространен до 100% случаев. Для плода фолиевая кислота важна на самом раннем сроке развития, когда женщина может еще не знать о беременности [8]. Как следствие материнского дефицита фолиевой кислоты, у плода происходит недоразвитие структур нервной системы [8]. В России ежегодно погибают до 300 новорожденных, имеющих дефект нервной трубки из-за дефицита фолиевой кислоты у матери во время беременности [8].

По данным хорватской аналитической платформы Mediatoolkit.com (рис. 2), мировая (англоязычная и русскоязычная) аудитория соцсетей связывает в

обсуждениях фолиевую кислоту с темой беременности. Как показано на рисунке, в обсуждении темы фолиевой кислоты часто встречаются слова *беременность, здоровье, витамины*.

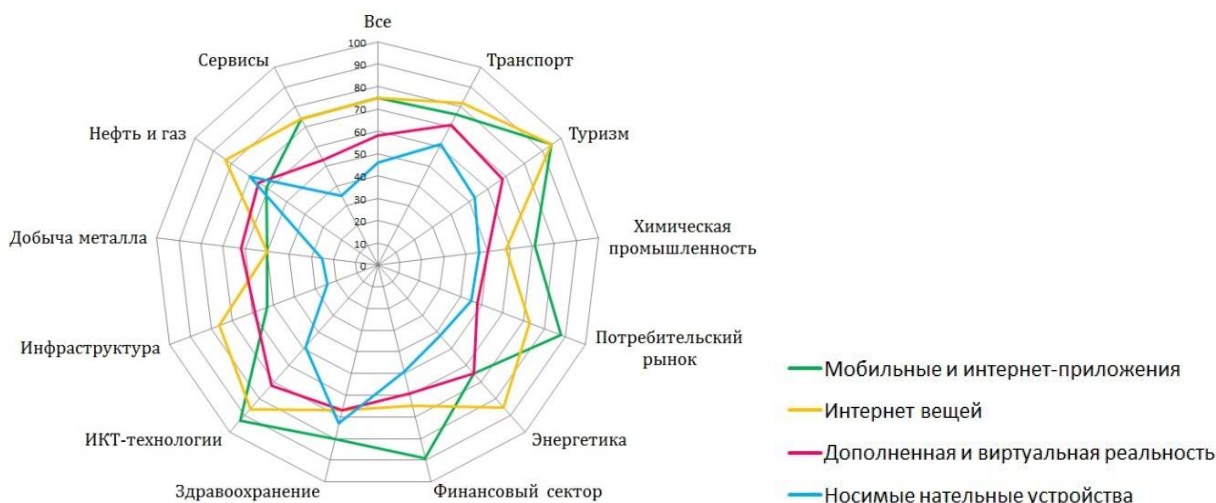


Рисунок 1. Сравнение диффузии новых цифровых технологий в разные области экономики по версии World Economic Forum [5]

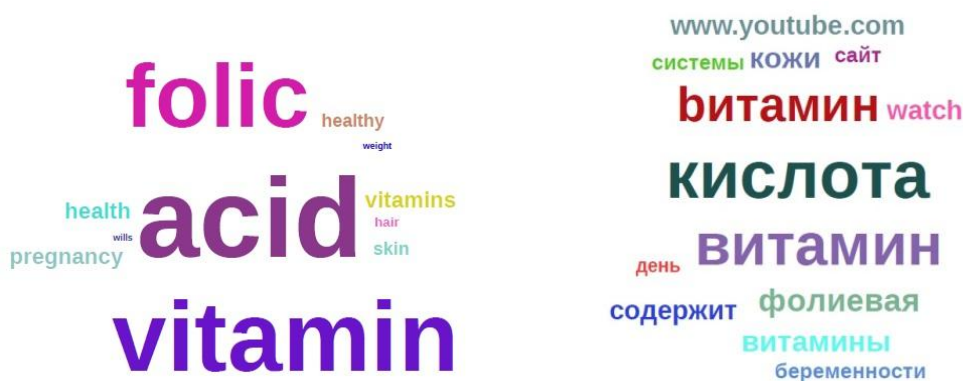


Рисунок 2. Облако тегов (взвешенный список связанных слов), на английском языке (слева) и русском языке (справа), построенное с помощью аналитической платформы Mediatoolkit.com по результатам анализа открытых текстов из Интернета, блогов и форумов, соцсетей Twitter, Instagram, Facebook, VKontakte, Youtube. Мониторируемый период – май 2019 г. Поиск по главному ключевому слову *фолиевая кислота / folic acid*



Рисунок 3. Звенья (примеры) логической схемы мобильного приложения «ЯМамаКвест», маршрут прогулки по территории вокруг Клиники Снегирева и по Скверу на Девичьем поле

Облако ключевых слов строилось автоматически по запросу только *фолиевой кислоты / folic acid* по всему Интернету и мировым соцсетям. Обнаруженная связь с темой беременности показывает, с одной стороны, важность этого витамина для вынашивания ребенка, а с другой стороны, заметное продвижение идеи профилактики аномалий развития плода с помощью данного витамина среди женщин мировой аудитории. Информирование женщин репродуктивного возраста о необходимости профилактически принимать фолиевую кислоту должно быть повсеместным и постоянным. Это возможно осуществить при использовании специального мобильного приложения с дополненной реальностью, которое в игровой форме будет привлекать внимание пользовательницы. Мобильное приложение (рис. 3) может предоставлять женщине необходимую информацию о тактике действий

и приеме препаратов, формировать маршрут посещений врачей, строить индивидуальный сценарий подготовки к беременности и план ведения беременности. Для практической реализации социального мобильного приложения разрабатывается проект «ЯМамаКвест».

Список литературы

1. Улумбекова Г.Э., Калашникова А.В., Мокляченко А.В. Показатели здоровья детей и подростков в России и мощности педиатрической службы // Вестник ВШОУЗ «ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение», 2016. № 3-4. С. 18-33.
2. Зарубина Т.В. Пленарный доклад «ЕГИСЗ: состояние, проблемы и перспективы» / Конгресс «ИТ в медицине», Москва, октябрь, 2018 г. URL: <https://itmcongress.ru/itm2018/agenda/>.
3. Системы здравоохранения – здоровье – благосостояние: Европейская министерская конференция ВОЗ по системам здравоохранения / ВОЗ, Таллинн, Эстония, 2009.
4. Решетников А.В. Социологическая теория общества и личности // Журнал «Социология медицины», № 1, 2004. С. 3-15.
5. The Future of Jobs Report. World Economic Forum, 2018. P. 147.
6. Ших Е.В. Пленарный доклад «Новое о фолатах. Особенности новых форм фолатов – позиция клинического фармаколога» / I Научно-практическая конференция «Коморбидность в амбулаторно-поликлинической практике врача», Москва, 2019.
7. Ших Е.В. Рациональная витаминотерапия беременных // РМЖ. № 1, 2006. С 18.
8. Ших Е.В., Махова А.А. Преимущества проведения коррекции фолатного статуса с использованием витаминно-минерального комплекса, содержащего метафолин // Трудный пациент, 2013. URL: <http://t-pasient.ru/tag/фолиевая-кислота/>.

**ЗАВИСИМОСТЬ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН
ОТ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ
(ПО РЕЗУЛЬТАТАМ RLMS-HSE 2006-2017 гг.)
DEPENDENCE OF WOMEN'S HEALTH STATUS
ON REPRODUCTIVE BEHAVIOR
(ACCORDING TO THE RESULTS OF RLMS-HSE 2006-2017)**

Г.Л. Воронин
*Федеральный научно-исследовательский социологический центр РАН,
Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*
С.А. Ключева
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*
G.L. Voronin
*Federal Center of Theoretical and Applied Sociology
of the Russian Academy of Sciences,
Lobachevsky University*
S.A. Klyueva
Lobachevsky University

Дано описание основных документов, определяющих семейную политику России, рассмотрены основные индикаторы репродуктивного поведения, а также негативные и позитивные последствия беременности и родов для женского организма.

The article describes the main documents that determine the family policy of Russia, the main indicators of reproductive behavior, as well as the negative and positive consequences of pregnancy and childbirth for the female body.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, добровольная бездетность, аборт, демография, семейная политика, социология, здоровьесбережение

Keywords: reproductive health, voluntary childlessness, abortion, demography, family policy, sociology, health care

Одним из главных направлений семейной политики Российской Федерации является здоровьесбережение, особенно это касается женщин репродуктивного возраста. Основными документами, утверждающими это направление, являются федеральные проекты «Укрепление общественного здоровья» [1] и «Спорт – норма жизни» [2].

В рамках этих проектов государство планирует увеличение доли людей, ведущих здоровый образ жизни. Для достижения вышеупомянутой цели, необходимо решить следующие задачи: уменьшение продажи табачной продукции и алкоголя, решение демографической проблемы, повышение качества медицинского обслуживания, вовлечение населения в активные

занятия физической культурой и спортом, привлечение высококвалифицированных специалистов в сферу оздоровления и спорта, введение новых ГОСТов по производству продуктов питания и контролю их качества, увеличение информации в СМИ, направленной на повышение мотивации граждан к ведению здорового образа жизни.

Репродуктивное поведение женщин – важнейший фактор, влияющий на преодоление демографического кризиса в стране. Именно от женщин репродуктивного возраста и их поведения зависят очень многие показатели демографической ситуации государства, такие как рождаемость, естественный прирост, младенческая и детская смертность, количество выкидышей и аборттов. Как беременность и роды влияют на здоровье женщины? Именно сравнение состояния здоровья рожавших и нерожавших женщин – есть главная тема нашего исследования.

«Репродуктивное поведение – это система действий и отношений, опосредующих рождение детей или отказ от деторождения в браке или вне брака». Индикаторами репродуктивного поведения женщин считается роль контрацепции и аборттов в динамике уровня рождаемости, социальный характер потребности в детях, причины сокращения потребности в детях, установки, ориентации и ожидания молодежи, связанные в количеством желаемых детей [3, с. 105].

От ведения половой жизни, беременности и родов женщину может отталкивать страх, связанный с получением различных серьезных венерических болезней, а также осложнения, которые могут возникнуть после родов (разрыв мышц таза, лишний вес). Более того, согласно данным WHO [4], каждый день на планете от родов погибают 830 женщин. Конечно, этот показатель во многом обусловлен ситуацией в слаборазвитых странах, где медицинская помощь зачастую бывает недоступна. Но, с другой стороны, этот показатель может говорить о том, что роды очень опасны для женского организма. Такие показатели статистики могут повлиять на решение женщины рожать детей. По данным Росстата, в 2018 г. в результате осложнения беременности, родов и послеродового периода умерло 147 женщин. Медики утверждают, что естественные роды влекут за собой больше негативных последствий, чем кесарево сечение [5].

Анализ данных RMLMS-HSE 2006-2017 гг. показывает, что показатели здоровья женщин старше 40 лет, имеющих и не имеющих своих родных детей, имеют статистически значимые различия. В частности, мы можем говорить, что женщины рожавшие детей, в возрасте после 40 лет чаще заявляют о наличии у них хронических заболеваний почек (8,2% против 6,1%, хи-квадрат = 5,08, при $p < 0,05$) и печени (9,1% против 6,9%, хи-квадрат = 4,95, при $p < 0,05$). Но в то

же время, нами выявлено, что женщины, не имевшие своих родных детей, после 40 лет чаще страдают от хронических заболеваний легких (9,6% против 5,5%, хи-квадрат = 55,98, при $p < 0,001$). По другим видам хронических заболеваний (сердце, желудочно-кишечный тракт, позвоночник) различий у женщин, имеющих и не имевших своих родных детей, после достижения ими сорокалетнего возраста выявлено не было. Сравнение уровня инвалидизации женщин после достижения ими 40-летнего возраста, по критерию рождения ребенка, показывает, что уровень инвалидности выше в группе женщин, у которых не было своих родных детей (не рожавших женщин). Этот показатель составляет 13,2% против 4,1%, хи-квадрат = 155,69, при $p < 0,001$.

Согласно мнению медицинских работников, у нерожавших женщин более высокий риск заболевания раком шейки матки и молочных желез. Это связано с тем, что они больше подвержены воздействию гормона эстрогены, который вызывает рост опухоли. Более того, увеличение риска заболевания напрямую зависит от возраста, в котором беременеет и рождает: по статистике, у женщин, рожавших после 30, риск заболевания в 3 раза выше, чем у тех, у кого беременность была в более раннем возрасте [6].

Гормоны, вырабатываемые в период беременности, способствуют снижению уровня холестерина, нормализуют давление, укрепляют кости, тонизируют мышечные ткани и кожные покровы. Клетки кожи будут более напитаны полезными веществами, получаемыми из пищи и увлажнены за счет более медленного процесса переваривания и распределения этих веществ между матерью и ребенком. Во время беременности женщина получает защиту от заболевания раком молочных желез, яичников или шейки матки. Стоит отметить, что за счет увеличения объема циркулируемой крови в организме женщины, кожа и волосы лучше снабжаются кровью, что «дарит» им более здоровый и молодой вид, омолаживает [5].

И самое главное положительное влияние беременности на женщину – это ее психологическое состояние. Раскрытие женственности и осознание, что скоро станет матерью, очень благотворно влияет на женщину. Хотя при этом, в социальном самочувствии женщин, имеющих и не имеющих родных детей, преодолевших планку в 40 лет и выше, различий выявлено не было [6].

Таким образом, беременность, безусловно, имеет негативные последствия для здоровья женского организма, но не стоит забывать про положительное влияние подготовки к материнству. Стоит отметить, что риск онкологических заболеваний «женских» органов (молочные железы, яичники) выше у нерожавших женщин, а также с каждым годом уменьшается шансы у женщины забеременеть и выносить без осложнений здорового ребёнка. При принятии решения о рождении детей или принятии «childfree» или «откладывание на

потом» беременности стоит помнить, что материнство – главная роль и функция каждой женщины. Благодаря материнству женщина может реализовать себя, стать счастливее и здоровее!

Список литературы

1. Национальный проект «Демография», ФП «Укрепление общественного здоровья» / Доступ через < <https://rosmintrud.ru/ministry/programms/demography/4> > / [Обращение к документу 12.06.19].
2. Национальный проект «Демография», ФП «Спорт – норма жизни» / Доступ через < <https://rosmintrud.ru/ministry/programms/demography/5> > / [Обращение к документу 12.06.19].
3. Шелехов И.Л. Репродуктивное поведение российских женщин / И.Л. Шелехов, Е.Н. Скрипачева // Вестник ТГПУ. Томск: Томский государственный педагогический университет, 2009. №2. С. 104-107.
4. Беременность и репродуктивное здоровье. Всемирная организация здравоохранения / Доступ через <<https://www.who.int>> / [Обращение к документу 14.06.19].
5. Махова А. Беременность и онкология / А. Махова // / Доступ через <<https://snob.ru>> / [Обращение к документу 18.06.19].
6. Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ-ВШЭ (RLMS-HSE)», проводимый Национальным исследовательским университетом "Высшая школа экономики" и ООО «Демоскоп» при участии Центра народонаселения Университета Северной Каролины в Чапел Хилле и Института социологии Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН. (Сайты обследования RLMS-HSE: <http://www.cpc.unc.edu/projects/rlms> и <http://www.hse.ru/rlms>)».

ФЕНОМЕН ПРОГРАММ ПОДДЕРЖКИ ПАЦИЕНТОВ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ PATIENT SUPPORT PROGRAMMES IN THE HEALTH SYSTEM: INSTITUTIONAL LEVEL

Е.И. Ганеева
ООО «МедКоннект», г. Москва
E.I. Ganeeva
LLC «MedConnect», Moscow

Рассматривается феномен Программ поддержки пациентов, который получает все большее распространение в России. Программы, зарождаясь как коммерческие инициативы, с развитием приобретают черты институционального явления: берут на себя исполнение нарушенной функции института здравоохранения в лекарственном обеспечении и диагностике, в

обучении медицинских кадров и инфраструктурной поддержке, становясь новым институциональным элементом здравоохранения.

The article is focused on the phenomenon of Patient Support Programs, that is becoming more widespread in Russia. Emerging as commercial initiatives the Programs acquire the features of an institutional phenomenon: they assume the disrupted function of the healthcare institute in drug supply and diagnostics, in medical education and technical support, becoming a new institutional element of healthcare.

Ключевые слова: программы поддержки пациентов, социальный институт, система здравоохранения

Keywords: patient support programs, social institute, healthcare system.

Такой феномен, как Программы поддержки пациентов, появился в системе здравоохранения России не так давно. Фактически, ориентированные на нужды пациентов программы стали запускаться только в последние десять лет, при этом в большинстве случаев они являлись коммерческой инициативой ведущих международных фармацевтических компаний («big pharma»), а в своей имплементации такие программы были узконаправленными, оказывающими сервисное сопровождение и помощь небольшой группе пациентов по поводу конкретного заболевания. Данный тренд пришел в Россию из Европы и Соединенных штатов, где программы как элемент системы здравоохранения функционируют уже более 30 лет и где так же, как в России, первопричиной развития пациентских программ стало, с одной стороны, желание фармацевтического бизнеса усилить свои коммерческие позиции, а с другой стороны, запуск программ был обусловлен пробелами и несовершенством государственной системы здравоохранения [1]. С течением времени ситуация стала меняться, программы стали расширяться, превращаясь из небольшой коммерческой инициативы в более масштабные программы с более широким охватом аудитории, вовлекая разных участников системы здравоохранения и в некоторых случаях получая государственную поддержку. Сейчас можно говорить, что программы поддержки пациентов в России постепенно институтируются и включаются в структуру здравоохранения как ее обязательный элемент, при этом в ближайшее время стоит ожидать наращивания присутствия пациентских программ и усиления их роли в системе здравоохранения [2].

Общепринятого определения программ поддержки пациентов не существует, как не существует и общепризнанных классификаций пациентских программ. Провайдеры программ (то есть исполнители и организаторы таких программ) дают свои трактовки, фармпроизводители – свои [3]. В широком

смысле, можно предложить следующее определение: программа поддержки пациентов – это система сервисного сопровождения пациентов на всем пути его движения от постановки диагноза и назначения терапии до ее окончания или определенного исхода для улучшения/сохранения качества жизни пациентов и их родственников.

Пусковым механизмом каждой программы являются неудовлетворенные потребности пациентского и/или врачебного сообщества, связанные с диагностикой заболевания, ходом лечения, исходами терапии и влиянием всех этих этапов и самого заболевания на привычный жизненный уклад, на качество жизни пациентов и их родственников, на изменение их социальных ролей и статусов. Неудовлетворенные потребности, в свою очередь, очерчивают цели пациентских программ, ставят в фокус конкретное заболевание или состояние, ориентируют на конкретный портрет пациентов, определяют приоритетный набор сервисов для пациентов и их родственников в рамках программ. С нашей точки зрения, перечисленные параметры и должны лежать в основе классификации программ поддержки пациентов: выделение типов программ должно основываться на сочетании и комбинации 1) целей программы, 2) нозологической группы программы 3) портрета пациента с его характеристиками и особенностями течения заболевания и 4) набора сервисов для закрытия неудовлетворенных потребностей. Классификация и выделение типов программ поддержки пациентов есть попытка стандартизации программ, и она принципиально важна по двум взаимосвязанным причинам. Во-первых, наличие типологии программ с определенным набором сервисов позволит минимизировать вероятность ошибок в наполнении программы не теми сервисами, то есть сервисами, не способными ответить на основные потребности пациентов и врачей. Это, в свою очередь, позволит в некоторой степени гарантировать эффективность программ поддержки пациентов. Во-вторых, пациентские программы с установленной и апробированной целевой эффективностью могут далее рассматриваться как тактическое средство в решении государственных задач в области здравоохранения. Другими словами, отработанные на практике стандарты программ могут включаться в виде подпрограмм в целевые государственные программы в области здравоохранения. В данной статье мы не ставим цели провести классификационный анализ и построить типологию программ. Здесь мы лишь хотим подчеркнуть принципиальную важность классификации и типологизации программ поддержки пациентов с последующей апробацией на практике выделенных типов программ. При этом обязательной частью типологизации должно стать определение, закрепление и регулярное измерение целевых показателей успешности каждого типа программ. Только на основании доказательной базы

эффективности разных типов программ возможно последующее их масштабирование и включение в государственные программы.

Как уже было отмечено, программы становятся ответом на неудовлетворенные потребности пациентов и врачей, возникновение которых обусловлено целым комплексом причин. Тем не менее, можно отметить один наиболее существенный фактор их появления – это нарушения в функционировании института здравоохранения, которые проявляются, в первую очередь, в 1) ограниченной доступности медицинской помощи для населения, 2) недостаточном уровне образования и компетенций медицинских кадров, 3) слабой развитости медицинской инфраструктуры, 4) низком уровне информатизации системы здравоохранения. Это провоцирует возникновение потребности, например, в доступе к лекарственному обеспечению (особенно в доступе к новым дорогостоящим препаратам). В ответ формируются программы поддержки пациентов с дисконтными сервисами, программы раннего доступа препаратов на рынок, программы юридической помощи пациентам в доступе к лекарственной терапии. В ответ на потребность быстрой постановки диагноза и своевременного старта терапии запускаются программы с телемедициной, в рамках которых пациенты из отдаленных регионов со слабой инфраструктурой могут получить оперативно консультации профильных медицинских экспертов из ведущих федеральных учреждений страны. Отсутствие компетентного среднего персонала и оснащенности учреждений на местах способствуют запуску программ лабораторной диагностики с привлечением коммерческих лабораторных сетей и государственных лабораторий при федеральных медицинских центрах. Такие программы поддержки пациентов фактически берут на себя функции, с которыми не справляется институт здравоохранения. Однако оставаясь не признанными со стороны самого социального института, эти программы являются лишь инструментом решения конкретной проблемы в пространственно-временном интервале «здесь и сейчас», тогда как в случае легализации и признания институтом здравоохранения самой проблемы и программы как способа устранения данной проблемы, программы поддержки пациентов приобретают статус институциональных и рассматриваются как элемент системы здравоохранения. С этой точки зрения, феномен пациентских программ заключается:

1) во вхождении данного явления извне в структуру социального института в качестве его нового;

2) в провоцировании постепенных изменений в структуре института и восстановлении нарушенного функционирования.

Наиболее ярким примером такого процесса было открытие кабинетов генно-инженерно-биологической терапии (ГИБП-терапии) в регионах РФ, которое запускалось как частная инициатива одной из фармацевтических компаний по созданию технологической медицинской базы для возможности проведения пациентам новой инфузионной терапии инновационным препаратом [4]. Впоследствии инициатива получила поддержку государства. Сегодня все открытые кабинеты являются государственными учреждениями здравоохранения и активно используются в рутинной медицинской практике.

Данный пример иллюстрирует суть феномена программ поддержки пациентов, если его рассматривать на институциональном уровне, а именно – восполнение утраченной / нарушенной функции социального института и включение в качестве нового элемента в систему здравоохранения.

Однако это не единственная функция данного явления, программы поддержки пациентов следует рассматривать шире на разных уровнях и в разных проявлениях. В частности, программы поддержки пациентов могут рассматриваться с точки зрения социально-экономического взаимодействия нескольких хозяйствующих субъектов, поскольку по сути своей они являются формой государственно-частного партнерства (на этапе реализации в качестве коммерческой инициативы, признаваемой государством). На личностном уровне, являясь ответом на потребности пациентов и врачей, программы становятся формой персональной медико-социальной помощи и социально-психологической защиты. В то же время программы поддержки пациентов представляют собой модель решения проблем здравоохранения в рамках пациент-ориентированной парадигмы. Особенность феномена программ поддержки пациентов – в многогранности выполняемых социальных функций, каждая из которых требует отдельного анализа.

Список литературы

1. The challenge of patient adherence / Leslie R Martin, Summer L Williams, Kelly B Haskard, M Robin DiMatteo // *Ther Clin Risk Manag.* 2005. № 1(3): 189-199 p. Published online 2005 Sep. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov> – режим доступа <http://www.patients.ru/kongress/biblioteka-kongressa/ix-vserossiyskiy-kongress-patsientov-rezoliutsiia> (дата обращения 02.09.2019).

2. Резолюция IX всероссийского конгресса пациентов «Взаимодействие власти и пациентского сообщества как основа построения пациент-ориентированного здравоохранения в Российской Федерации» Россия, Москва, 28-30 ноября 2018 г.: Всероссийский союз пациентов <http://www.patients.ru>. Москва, 2019. режим доступа <http://www.patients.ru/kongress/biblioteka->

kongressa/ix-vserossiyskiy-kongress-patsientov-rezoliutsiia (дата обращения 02.09.2019).

3. Кодекс надлежащей практики AIPM 2019(Code of Practice): Association of International Pharmaceutical Manufactures (Ассоциация международных фармацевтических производителей) www.aipm.org. Москва, 2019. – режим доступа <http://aipm.org/etics/> (дата обращения 02.09.2019).

4. Перспективы лечения пациентов с аутоиммунными заболеваниями: Материалы Саммита MSD Центров антицитокиновой терапии, Россия, Московская обл., 14.05.2016 // НИ+MED. Высокие технологии в медицине. – 2016. №2. С. 66-69.

**ВЛИЯНИЕ РЕЛИГИОЗНЫХ ПОСТОВ НА ПСИХИЧЕСКОЕ
И ФИЗИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА
THE INFLUENCE OF RELIGIOUS FASTS
ON THE MENTAL AND PHYSICAL HEALTH**

А. Гасем
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского
г. Алжир, Алжир*

Б.А. Иммаева
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*

*A. Gasem
Lobachevsky University, Algeria, Algeria
B.A. Immaeva
Lobachevsky University*

Посвящено определению влияния религиозных постов (мусульманского и православного) на психическое и физическое состояние здоровья человека.

This article is devoted to determining the influence of religious fasts (Muslim and Orthodox) on the mental and physical state of human health.

Ключевые слова: религия, пост, православие, ислам, психическое и физическое здоровье

Keywords: religion, fasting, Orthodoxy, Islam, mental and physical health

На территории российского государства проживают представители практически всех мировых религий. Российская Федерация, являясь светским государством, не выделяет ни одну из существующих в стране религий в качестве официальной и конституционно гарантирует «равенство прав и свобод человека и гражданина независимо от вероисповедания» [1]. Более того, различными законами страны предоставляются необходимые для граждан

права, связанные с выполнением определенных религиозных действий. Так, например, в соответствии со статьей 19 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», пациент может рассчитывать «на допуск к нему священнослужителя», а в определенных случаях и «на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, если это не нарушает внутренний распорядок медицинской организации» [2].

Согласно самым последним данным Федеральной службы государственной статистики (Росстата), которые представлены в сборнике о социально-экономическом положении России в 2018 г., наибольшее число религиозных организаций, зарегистрированных на территории России, составляют организации Русской православной церкви и Ислама. Такая статистика позволяет сделать вывод, что христианство (преимущественно православие) и мусульманство являются самыми многочисленными и распространенными религиями среди граждан страны [3].

Каждая из религий подразумевает выполнение определенных ритуальных обязанностей-норм, которые являются «столпами» религии. Так, например, в исламе и православии присутствуют сходные культовые предписания (соблюдение поста, чтение молитв, паломничество). Безусловно, такие обязательные правила имеют свое индивидуальное наполнение в зависимости от конкретно рассматриваемого вероучения.

Среди множества обязательных религиозных элементов одним из важнейших является пост. Пост – это не просто время воздержания от приема пищи либо период, в течение которого из рациона исключаются определенные продукты. Прежде всего, пост – это отказ от всего того, что может вставать между человеком и Богом. Истинный смысл выполняемых человеком ограничений кроется в таинстве самоанализа, внимательного пересмотра своей жизни, пребывании наедине с Богом, искоренении страстей, очищении плоти и духа.

Сегодня ислам, православие и буддизм занимают позицию наиболее исповедуемых религий в нашей стране, что объясняется территориальными и историческими особенностями развития России, а также подтверждается соответствующими статистическими данными. Рассмотрим виды и особенности соблюдения постов в православии и в исламе. Отметим степень воздействия такого религиозного обычая на психическое состояние личности и на физические показатели здоровья.

Большое значение Православная Церковь придает постам, которые принято делить на однодневные и многодневные. К однодневным постам относится среда и пятница – еженедельно, кроме особых случаев. Больших многодневных постов в русском православии четыре. Это, в первую очередь,

Великий пост, время которого зависит от переходящего праздника Пасхи, и поэтому он не имеет устойчивых календарных дат, но продолжительность его вместе со Страстной седмицей всегда 49 дней. Также установлен *Петров пост* (святых апостолов Петра и Павла) в честь проповеднических трудов и мученической смерти учеников Иисуса Христа. *Успенский пост* – в честь Божией Матери. *Рождественский пост* – приготовление верующих к празднику Рождества (второй Пасхи).

Священное писание мусульман – Коран содержит указание, что тем, кто уверовал в существование только одного Бога – Аллаха, предписано соблюдение поста [4, 2:183]. Рамадан (араб. رمضان) является месяцем обязательного для всех мусульман поста (саума), продолжительностью в 30 дней. Соблюдать пост нужно предписанное количество дней, однако, если человек болен, либо по существенной, уважительной причине не может воздержаться от приема пищи, ему необходимо восполнить пропущенные дни поста в другое время. Кроме того, от соблюдения мусульманского поста могут быть освобождены, например, беременные женщины и кормящие матери, путешественники, пожилые люди.

Мусульманский пост существенно отличается от других религиозных постов тем, что ислам категорически запрещает прием пищи в дневное время суток – от восхода до захода солнца. Однако в темное время суток разрешается принимать пищу без особых ограничений. Средняя продолжительность отказа от пищи, составляющая 12 часов, по мере удаления от экватора может быть увеличена. Однако мусульманам, живущим в таких районах, разрешается соблюдать пост в соответствии со временем, установленным в Мекке.

Как в мусульманстве, так и в православии период соблюдения поста считается особым. От верующего требуется как можно больше времени посвящать общению с Богом, молитвам, благочестивым размышлениям, чтению священных писаний и религиозных сочинений. Считается, что добрые поступки, пожертвования, милостыни, сделанные в священные дни (месяцы), особо почитаются Богом. Время поста должно способствовать очищению души постящегося, его мыслей, сознания и наставлению на праведный путь.

С психологической точки зрения, пост является внутренней аскезой, своеобразным воспитанием души и духа. Он помогает справиться человеку с его внутренними распрями и прийти к освобождению от греховного.

Религиозные посты определенным образом влияют и на физическое здоровье. В этом отношении можно рассмотреть несколько аспектов – как само воздержание от приема пищи либо частичный отказ от употребления определенных продуктов, так и выполнение сопутствующих установленных

обрядов. Например, выполнение «земных поклонов», совершение ежедневных намазов (молитв) и др.

Протоирей Андрей Ткачев в своих ответах «молодым о посте и не только» утверждает, что, если женщина вынашивает ребенка и, соответственно, «не может воздерживаться в еде, то ничто не мешает ей больше времени проводить в молитвах, помогать нуждающимся и изучать Библию» [5]. Такой же позиции придерживаются и в исламе.

Можем сделать вывод, что соблюдение религиозных канонов, а именно постов – мусульманского и православного, безусловно, определенным образом воздействуют на организм человека в психическом и физическом аспекте.

Пост как средство очищения души и разума действительно может оказывать благотворное влияние, но при условии учета физических возможностей человека.

Список литературы

1. "Конституция Российской Федерации" (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 N 6-ФКЗ, от 30.12.2008 N 7-ФКЗ, от 05.02.2014 N 2-ФКЗ, от 21.07.2014 N 11-ФКЗ) // СПС КонсультантПлюс.

2. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 29.05.2019) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // СПС КонсультантПлюс.

3. Россия в цифрах. 2019: Крат. стат. сб./Росстат- М., 2019. 549 с.

4. Коран, 2:183.

5. Собрание проповедей протоиерея Андрея Ткачева // Православие.ru. Режим доступа: <https://pravoslavie.ru/57960.html> (дата обращения: 20.09.2019).

НАРКОТИЧЕСКАЯ АДДИКЦИЯ МОЛОДЕЖИ (НА ПРИМЕРЕ МАЛОГО ГОРОДА) YOUTH DRUG ADDICTION (EVIDENCE FROM TOWN)

Е.В. Глушкова

Ивановский государственный университет, г. Иваново

E.V. Glushkova

Ivanovo State University, Ivanovo

На основе результатов социологического исследования рассматривается проблема наркотической аддикции молодежи в малом городе.

The article deals with problem of youth drug addiction in town, it's based on sociological research.

Ключевые слова: молодежь, наркотическая аддикция
Keywords: young people, drug addiction

Молодежная наркомания – общепризнанная социальная проблема, острота которой, к сожалению, неуклонно возрастает. Следствия наркотизации в молодежной среде ощущаются во всех сферах общественной жизни, причем эти следствия имеют как непосредственно медицинский, так и социальный, правовой и экономический характер.

С целью изучения особенностей наркотической аддикции молодежи малого города нами было проведено социологическое исследование, объектом которого стали употребляющие наркотические вещества молодые люди, проживающие в городе Кохме Ивановской области. Выборочная совокупность (40 человек) была сформирована методом «снежного кома».

Анализ социально-демографических характеристик показал, что среди опрошенных 67.5% мужчин и 32.5% женщин. Модальная возрастная группа – 23-25 лет. Большинство респондентов не состоят в браке (82.5%) и не имеют детей (55%). 52.5% опрошенных являются рабочими, 32.5% – безработными, оставшаяся часть – учащиеся высших и средних профессиональных учебных заведений. По уровню образования опрошенных имеем следующее распределение: среднее общее – 12.5%, среднее профессиональное – 67.5%, неполное высшее – 20%. Основными источниками дохода респондентов является заработная плата (50%), периодические заработки и помощь родителей (по 20%). При оценке своего материального положения половина молодежи отметила вариант «с трудом свожу концы с концами».

Анализ особенностей ситуации первого опыта употребления наркотических веществ показал, что у 47.5% опрошенных это произошло в возрасте до 14 лет, у 45% – в 15-17 лет, у 7.5% – в 18-20 лет; раньше «дебютируют» представители мужского пола. Структура мотивов первого приобщения к наркотикам довольна типична для подростковой наркомании: любопытство – 25%, от нечего делать – 20%, чтобы быть как все, желание новых ощущений – по 17.5%, желание стать старше – 10%, назло взрослым, неудачи в личной жизни – по 5%. Юношами чаще движут любопытство, мотивы быть как все и стать взрослее, девушками – скука, желание новых ощущений и протест. Впервые молодые люди попробовали наркотические вещества на улице, во дворе, в подъезде – 42.5% (чаще юноши); в гостях у друзей, знакомых – 35% (чаще девушки); в ночных клубах, на дискотеках – 15%; у себя дома, в учебном заведении, на отдыхе в другом городе – по 2.5%. Среди видов наркотиков, которые опрошенным первый раз довелось

употребить, на первом месте по распространенности оказались опиаты, на втором – психостимуляторы, на третьем – каннабиоиды.

На вопрос о том, что предрасполагает человека к дальнейшему употреблению наркотических веществ, респонденты ответили следующим образом: уже невозможно остановиться – 72.5%, подверженность влиянию друзей, знакомых – 55%, неблагоприятные отношения в семье – 50%, отсутствие внутренних принципов, морали – 47.5%, низкий уровень образования, интеллекта – 27.5%, отсутствие жизненной перспективы – 17.5%, отвержение со стороны ближайшего социального окружения – 10%.

Анализ наркотической аддикции молодежи в сегодняшней ситуации показал, что среди видов наркотиков, употребляемых опрошенными, на первом месте по популярности стоят опиаты (чаще у лиц мужского пола), на втором – каннабиоиды (чаще у лиц женского пола), на третьем – психостимуляторы. Распределение респондентов по частоте употребления наркотических веществ обусловлено типом принимаемых препаратов и выглядит следующим образом: несколько раз в день – 7.5%; один раз в день – 15%; несколько раз в неделю – 42.5%; один раз в неделю – 12.5%; один раз в месяц – 20%; реже одного раза в месяц – 2.5%. Чаще употребляют наркотики (опиатные) опрошенные мужского пола. Основными каналами приобретения этих веществ являются знакомые/друзья (57.5%), определенные точки на улицах (17.5%), определенные точки по адресам (15%), ночные клубы, дискотеки – 10%.

Анализ состояния здоровья респондентов показал, что они оценивают его хорошо, удовлетворительно и плохо (30%, 65% и 5% соответственно), с возрастом показатели закономерно ухудшаются.

Выявлен довольно типичный факт наркотизации: в качестве возможных стимулов для отказа от употребления наркотических веществ респонденты указали собственное желание, любимого человека, ребенка/детей и желание сохранить собственное здоровье, при этом подавляющее большинство из них пока не готовы отказаться от наркотиков или затруднились с ответом.

Среди типичных характерологических черт аддиктивного от наркотических веществ человека респонденты отметили следующие: общительный, активный, ненадежный, бедный, слабый, смелый.

Условия жизнедеятельности опрошенных не способствуют избавлению от наркотической аддикции. Анализ социального окружения молодых наркоманов показал, что у 17.5% респондентов среди их друзей практически все употребляют наркотические вещества, у 32.5% – значительная часть, у 37.5% – половина, только у 12.5% – немного. Досуг опрошенных носит преимущественно пассивный гедонистический характер: в свободное время встречаются с друзьями – 72.2%; смотрят телевизор – 70%; проводят время за

компьютером/в интернете, слушают музыку – по 35%, проводят время на улице, в подъезде – 25%, посещают ночные клубы, рестораны/кафе/бары – по 22.5%, читают – 15%.

67.5% молодых людей проживают с родителями, при этом отношения с ними оцениваются опрошенными преимущественно как нейтральные и конфликтные (42.5% и 40% соответственно). У 75% опрошенных родственники знают об их пагубном пристрастии, у 17.5% – догадываются, у остальных 12.5% – не знают.

Подводя итог, можно с уверенностью сделать вывод, что исследованная нами ситуация наркотической аддикции молодежи в малом городе довольно типична и в целом мало отличается от общей ситуации молодежной наркотизации в регионе, поскольку обусловлена территориальной близостью к областному центру, и в стране.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛИЧНЫХ РЕСУРСОВ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНОГО В ПРЕОДОЛЕНИИ ТРУДНЫХ ЖИЗНЕННЫХ СИТУАЦИЙ USING THE PERSONAL RESOURCES OF THE MENTALLY ILL TO OVERCOME DIFFICULT LIFE SITUATIONS

И.С. Гришков

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

I.S. Grishkov

Lobachevsky University

Изложены основные подходы к использованию ресурсов психически больных лиц в преодолении их трудных жизненных ситуациях, а также основные проблемы, возникающие при этом.

The thesis show the main approach for using mental patient's resources for overcoming difficult situations in their lives and, furthermore, the main problem that arises in such cases.

Ключевые слова: психическое расстройство, ресурсность, ресурсный подход, здоровье, социальная работа

Keywords: mental disorder, resource, resource approach, health, social work

Согласно данным Федеральной государственной службе статистики, за 2017 г. в нашей стране было зарегистрировано 59,3 тысячи человек с впервые установленным диагнозом психическое расстройство (для сравнения, 2016 – 86,9, 2015 – 87,3, 2014 – 73,5)[1]. Эти цифры, несомненно, являются довольно внушительными – особенно принимая во внимание, что любой больной

психическим расстройством является потенциально опасным для общества. И, естественно, они являются клиентами социальной работе.

В социальной работе существует множество подходов к решению проблем клиента, один из них – ресурсный. Он заключается в использовании личного потенциала клиента – здоровья, материальных ресурсов, социальных связей с целью его успешной адаптации к новым условиям. Немаловажное место в этом списке занимает здоровье – именно за счет использования и развития этого ресурса человек наиболее эффективно адаптируется к трудной ситуации и продолжает функционировать в социуме [2]. Но, говоря о ресурсах психически больных людей, именно здоровье является тем, чего им не хватает для возвращения в социум.

На мой взгляд, ресурсный подход всё-таки может быть применим к такой категории лиц, как психически больные, однако с небольшими оговорками. Во-первых, следует понимать, что пока медицина не может дать точного ответа на вопрос о полном излечении психически больного. А, следовательно, и о полном его возвращении к нормальной жизни речи идти не может. Однако, за счет проведения различных оздоровительных мероприятий с данной категорией лиц можно добиться улучшения их психоэмоционального состояния. Помимо здоровья, они могут обладать и материальными ресурсами (пенсии, личные накопления и различные социальные выплаты), которые они тоже могут использовать в процессе своей адаптации.

Возможно, в работе с больными, страдающими психическими заболеваниями, на основе ресурсного подхода есть смысл заключать социальный контракт с родственниками (если таковые имеются и готовы участвовать в реабилитации). То есть – выделять средства (различными пособиями и выплатами) с целью развития личного потенциала больных.

Список литературы

1. Заболеваемость населения социально-значимыми болезнями // Федеральная служба государственной статистики, 2017 г. <https://docviewer.yandex.ru/view/0/> (дата обращения 01.10.2019 г.)

2. Романычев И.С. Ресурсный подход в социальной работе: к вопросу о социологическом осмыслении // Общество. Среда. Развитие (Terra Humana). 2012. № 3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/resursnyy-podhod-v-sotsialnoy-rabote-k-voprosu-o-sotsiologicheskom-osmyslenii> (дата обращения: 01.10.2019).

**ЗДОРОВЬЕ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ
БЛАГОПОЛУЧИЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ**
HEALTH AS AN INDICATOR OF WELL-BEING AND QUALITY OF LIFE

С.В. Егорова, С.Ю. Папанин
*Самарский национальный исследовательский университет
им. академика С.П. Королева, г. Самара*
S.V. Egorova, S.Yu. Papanin
*Samara National Research University
named by academician S.P. Korolev, Samara*

Анализируется здоровье как показатель благополучия и качества жизни человека. Представлено толкование понятий «благополучие» и «качество жизни», выделены их элементы. Обозначены смыслы, вкладываемые в здоровье.

Health is analyzed as an indicator of well-being and quality of human life. The interpretation of the concepts of «well-being» and «quality of life», highlighted their elements. Marked meanings to invest in health.

Ключевые слова: благополучие, качество жизни, здоровье
Keywords: well-being, quality of life, health

Благополучие и качество жизни людей – важнейший индикатор состояния общества. Благополучие – это конструкт, представляющий собой взаимосвязь физических, культурных, психологических, социальных, экономических и духовных факторов.

Благополучие, согласно Оксфордскому словарю английского языка, определяется как «состояние комфорта, здоровья или счастья». В качестве элементов благополучия американские исследователи выделяют следующие сферы жизни человека:

- физическое благополучие (состояние здоровья);
- профессиональное благополучие (профессия или работа, призвание, карьера);
- финансовое благополучие (удовлетворённость уровнем жизни);
- социальное благополучие (ближайшее окружение и социальные отношения);
- благополучие в среде проживания (ощущение безопасности) [1].

Появление категории «качество жизни» связывают с именем американского экономиста Д. Гэлбрейта и публикацией в 1960 г. его работы «Общество изобилия».

В 1961 г. Организация Объединённых Наций (ООН) предложила выделять следующие показатели качества жизни: жилищные условия,

занятость, здоровье, образование, одежду, потребление продуктов питания, права человека, рекреацию, свободное время, социальное обеспечение, условия труда.

Исследователи А.Е. Балобанов и С.В. Голубев акцентируют внимание на существовании объективного и субъективного подходов в определении качества жизни. По их мнению, «большее распространение имеет объективный подход, в рамках которого измерение качества жизни осуществляется на основе статистической информации». Однако они отмечают, что «в 1970-х г. доминировала концепция «ощущаемого качества жизни», «субъективных показателей качества жизни». «В данной концепции качество жизни связывалось с достигнутым обществом уровнем благосостояния, субъективным восприятием индивидуального благополучия жизни в целом и отдельных её областях. Для измерения субъективного качества жизни исследователи применяли цепочку «обладание – отношение – существование», что предполагало наличие удовлетворённости материальным положением, межличностными отношениями и уровнем самооценки» [2].

Международная организация труда (МОТ) в 1970 г., разработав концепцию «базовых потребностей», предложила правительствам всех стран акцентировать внимание на удовлетворении основных потребностей большинства населения. Именно тогда была осуществлена попытка разработки системы универсальных показателей качества жизни, которая учитывала объективные характеристики жизни и субъективное восприятие условий жизни. В соответствии с упомянутой концепцией были выделены следующие направления развития: здоровье, развитие личности путём обучения, занятость и качество трудовой жизни, свободное время и досуг, экономическое положение личности, социальное окружение, обеспечение безопасности и правосудия, участие в общественной жизни.

В ноябре 1979 г. Резолюцией Генеральной Ассамблеи 34/58 ООН включила понятие здоровье в документ, посвящённый развитию цивилизации. Здоровье стало рассматриваться мерой социально-культурного развития и показателем благополучия и качества жизни людей.

По определению Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), качество жизни – это степень восприятия отдельными людьми или группами людей того, что их потребности удовлетворяются, а необходимые для достижения благополучия и самореализации возможности предоставляются.

Всероссийский центр изучения общественного мнения (ВЦИОМ) совместно с концерном Bayer «Bayer Барометр» ежегодно проводит опрос населения о качестве жизни. По данным 2018 г., сводный индекс удовлетворённости россиян качеством жизни составил 62 пункта из 100

возможных. В российский «Топ-6 составляющих качества жизни» попали: здоровье, безопасность, стабильный заработок, экология, качество и доступность продуктов питания, доступность медицинской помощи. Показатель «здоровье» по пятибалльной шкале набрал – 4,69 балла и возглавил рейтинг составляющих качества жизни.

Устав Всемирной Организации Здравоохранения определяет здоровье как состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов.

Действительно, в понятии «здоровье» заключено великое множество смысловых оттенков. Одна из трудностей при оперировании этим понятием состоит в том, что в нем объединены совершенно разные смыслы. Во-первых, это некоторое описание факта и характеристика реального положения дел. Во-вторых, здоровье – некоторая норма, тогда как болезнь – отклонение от нормы, нарушение должного порядка явлений. В-третьих, нередко под здоровьем понимается некое идеальное, а не просто нормальное состояние, то есть нечто воспринимаемое нами как ценность.

Значимы результаты нашего собственного эмпирического исследования. Методом контент-анализа нами были проанализированы 697 поздравительных сообщений в социальных сетях, связанных с празднованием дня рождения. Смысловыми единицами выступили пожелания, упомянутые в поздравительных сообщениях. В качестве единиц счета были определены часто повторяющиеся пожелания: счастье, здоровье, любовь, исполнение желаний, удача, самое наилучшее, успех, радость, верные друзья, благополучие.

Результаты исследования представлены в диаграмме:

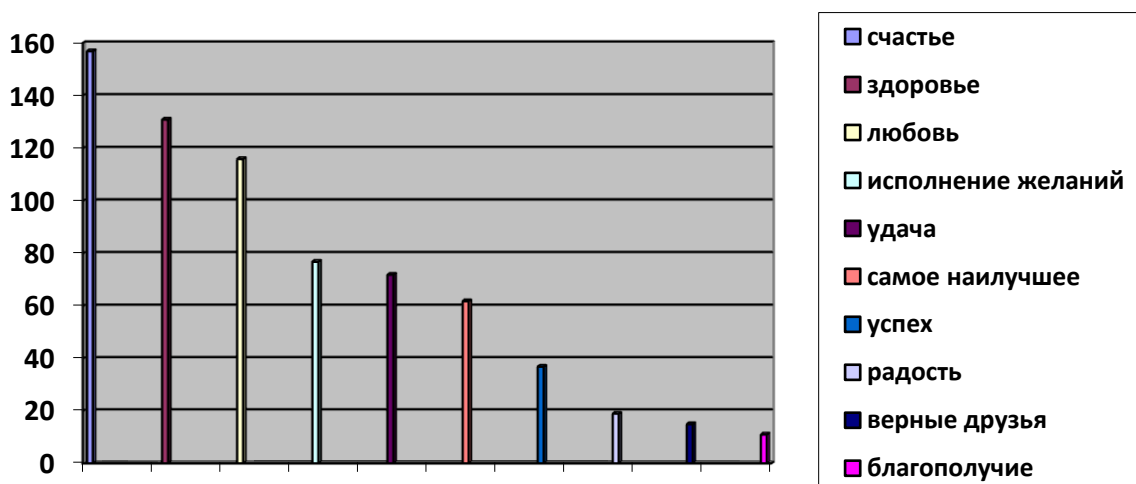


Диаграмма 1. Представленность пожеланий в поздравительных сообщениях

Как показал анализ, в пожеланиях лидирует счастье, здоровье и любовь. Счастье и здоровье, как показал теоретический анализ, напрямую связаны с благополучием и качеством жизни и являются приоритетным в пожеланиях.

Подытоживая сказанное, обратим внимание на следующее обстоятельство. Если традиционно «здоровье» осмысливалось, прежде всего, в ряду таких категорий, как недомогание, боль, болезнь, лечение, медицина, то сегодня этот контекст не единственный. Все более значимым становится иной смысловой ряд, в котором здоровье сопрягается с такими понятиями, как возможности и ресурсы человека, его жизненный мир, показатель благополучия и качества жизни.

Список литературы

1. Rath T., Harter J. Wellbeing: the five essential elements. New York: GALLUP PRESS, 2010. 232 p.

2. Балобанов А.Е., Голубев С.В. Качество жизни – ключевой параметр современной стратегии мирового города // Доклады участников юбилейного X Общероссийского форума стратегического планирования. Санкт-Петербург, 17-18 октября 2011 г. – СПб.: Леонтьевский центр, 2012.

СОЦИАЛЬНЫЙ КАПИТАЛ В УПРАВЛЕНИИ ИНДИВИДУАЛЬНЫМ ФИЗИЧЕСКИМ ЗДОРОВЬЕМ **SOCIAL CAPITAL IN INDIVIDUAL PHYSICAL HEALTH MANAGEMENT**

С.Ю. Елисеева
*Пермский государственный
Национальный исследовательский университет, г. Пермь*
S.Yu. Eliseeva
Perm State National Research University, Perm

На основе результатов исследования выявлены стратегии индивидов при решении задач сохранения или восстановления физического здоровья. Описаны ситуации вовлечения социального капитала в рамках данных стратегий. Установлены причины и основания вовлечения социального капитала. Показана структура значимости социальных сетей при оказании помощи в решении вопросов индивидуального физического здоровья.

Based on the results of the study, the strategies of individuals have been identified in solving problems of maintaining or restoring physical health. The situations of involvement of social capital in the framework of these strategies are described. The reasons and grounds for the involvement of social capital are established. The structure of the importance of social networks in providing assistance in solving issues of individual physical health is shown.

Ключевые слова: социальный капитал, индивидуальное физическое здоровье, доверие, нормы реципрокности, социальные сети

Keywords: social capital, individual physical health, trust, norms of reciprocity, social networks

Всемирная организация здравоохранения ключевую роль в формировании здоровья индивида отводит социальным факторам [1]. Применительно к индивидуальному здоровью в основном обсуждают самосохранительное поведение и уровень стрессорной нагрузки [2]. При этом фактически вне зоны внимания исследователей остаются такие важные факторы здоровья человека, как микросреда, социальные связи и интеракции, нормы, транслируемые референтными группами. А ведь именно социальные взаимоотношения и нормы создают условия, в которых формируется отношение индивида к своему здоровью, закладываются и легитимируются модели поведения в сфере здоровья. Лишь в начале 1990-х гг. социологи и эпидемиологи начинают говорить о том, что социальный капитал играет значимую роль в формировании здоровья [3, 4]. Анализ литературы показал, что связь социального капитала и здоровья установлена, но слабо проанализирована, то есть отсутствует комплексное понимание механизмов этой связи, в частности в России. Исследований в данной области крайне мало.

Цель – выявить стратегии управления индивидуальным физическим здоровьем и описать ситуации вовлечения социального капитала в рамках данных стратегий на примере работников системы профессионального образования г. Пермь. Исследование проводилось в качественной традиции методом глубинного интервью с применением методике социального атома [5], базирующейся на социометрическом подходе Я. Морено. Способ отбора информантов (n=12 человек) – критериальный (критерии отбора: пол, возраст, воспитание в полной семье). Анализ интервью проводился через обоснованную теорию. Исследование базировалось на медико-социологическом подходе к физическому здоровью (Е.В. Дмитриева, И.В. Журавлева) и ресурсном подходе к социальному капиталу (P. Bourdieu).

Результаты интервью позволили выделить четыре стратегии, используемые индивидами для управления своим физическим здоровьем, которые классифицируются на основе 1) субъективной оценки индивида критичности состояния своего физического здоровья и 2) наличия опыта индивида в решении данных задач (см. Табл.).

Стратегии можно проранжировать от обращения к официальной медицине до обращения к социальным сетям. Если информант оценивает

состояние своего здоровья как критичное, при этом впервые сталкивается с такой задачей, он обращается только к официальной медицине: *«если дело касается таких моментов, я иду к специалисту»*. Если же ситуация состояния здоровья критичная, но более-менее знакомая, то индивид обращается к знакомым врачам или к прошлому опыту обращения к врачам: *«имею определённые знакомства в медицинской сфере», «я помнила, что какие-то такие похожие на эти я когда-то пила <...> по совету врача»*. Если состояние здоровья оценивается индивидом как некритичное, то при наличии опыта индивид прибегает к самолечению (*«опыт жизненный, я сама знаю, что мне помогает»*), при отсутствии опыта – обращается к своему социальному окружению (*«мама лечит»*).

Таблица.

Стратегии индивидов при решении задач сохранения или восстановления физического здоровья

	Критичное состояние здоровья	Некритичное состояние здоровья
Отсутствие опыта	1 Обращение к официальной медицине	4 <i>Обращение к своему социальному окружению*</i>
Наличие опыта	2 <i>Обращение к знакомым врачам*, использование прошлого опыта обращения к официальной медицине</i>	3 Самолечение

* вовлечение разных социальных сетей как компонента социального капитала

Социальный капитал вовлекается в силу наличия следующих барьеров: 1) ограничение восприятия деятельности врача исключительно до лечения заболеваний (*«Думаю, что врачам просто не до этого. Ему бы расправиться с теми, кто болен на самом деле какими-нибудь заболеваниями. А профилактическую работу, мне кажется, им вообще некогда вести»*), 2) сложный бюрократический аппарат обращения и обслуживания в медицинском учреждении (*«процесса обращения в структуру здравоохранения: очередь, восседания»*), 3) повышение риска здоровью при обращении в поликлинику (*«Мне кажется проще, что я день пролежу дома и приду в себя, чем с кучей больных людей, которые тоже кашляют, переносят болезнь»*). Третья стратегия применяется чаще в тех случаях, когда социализация индивида проходила в «медицинской среде», когда кто-то из родителей или оба являются врачами, (*«у меня вообще все специфично, я родилась в этой среде и выросла в этом»*). Это обстоятельство обуславливает использование индивидом чаще всего третьей стратегии – самолечения.

Социальные сети как компонент социального капитала вовлекаются при реализации второй и четвертой стратегий, которые базируются на основе норм реципрокности и доверия. Нормы реципрокности позволяют индивидам рассчитывать на помощь со стороны окружающих их людей: *«она (соседка-врач) всегда готова помочь, как и я, взаимно, по-соседски»*. Доверие определяется через несколько индикаторов. Во-первых, социальный статус индивида – компетентность человека в медицинской сфере: *«я внушаем на должности в медицинской сфере»*. Во-вторых, если у человека есть опыт в медицинской сфере: 1) *«с врачами советовалась»*; 2) *«она лечит моих детей, поддерживает их здоровье»*. В-третьих, это уровень тесноты и длительности контактов: *«очень давно знакомы, доверяем друг другу в этом отношении», «семья – самое близкое окружение»*. Кроме этого, доверие в решении задач, связанных с физическим здоровьем, основывается на сходстве медицинских показаний, например, к применению препаратов: *«у нас у всех этот момент совпадает»* или к лечению: *«я советовался у тех, кто делал лазерную коррекцию»*. Несмотря на то, что других показателей доверия между индивидами не наблюдается: *«она со мной в отделе работала. Даже не она, а у нее сестра, она лазерную коррекцию делала»*. Полученные результаты согласуются с выводами американских исследователей: люди с высоким уровнем доверия гораздо чаще сообщают об улучшении здоровья, а люди с низким уровнем доверия, напротив, об ухудшении здоровья [6].

С помощью методики социального атома была визуализирована оценка значимости и структура социальных сетей, вовлекаемых для управления индивидуальным физическим здоровьем: 1) ближний круг («интимная зона»), в которую входят: родители, жена и медицинский круг (знакомые, имеющие медицинское образование), 2) резервный круг – дети, другие родственники, друзья и 3) дальний круг – коллеги и знакомые. Критериями определения структуры социальных сетей являются компетентность в медицинской сфере и близость контактов.

Исходя из результатов исследования можно сделать вывод, что в ситуации болезни индивиды вовлекают социальный капитал с однодневной задержкой, т.к. в течение некоторого времени они пытаются лечиться самостоятельно. В первую очередь индивид обращается к медицинскому кругу. Если индивид не имеет медицинского круга, он задействует «цепи социальных отношений» при поиске учреждений и специалистов в сфере медицины. Ввиду стрессогенной ситуации болезни больному человеку, как и при поддержании здоровья, требуется психологическая или организационная поддержки, запрос на которые поступает людям, с которыми индивид живет вместе. Также социальный

капитал используется больными с целью сохранения собственной успешности. Стоит отметить, что индивиды не обращаются к социальным сетям за материальной поддержкой (только в редких случаях сети сами предоставляют эту помощь), то есть индивиды материально ответственны за свое здоровье.

Проведенное исследование показало, что значимым потенциалом в управлении здоровьем обладает социальный капитал. Неформальным связям, особенно если они интегрируют людей с медицинским образованием, индивиды доверяют больше, чем официальной медицине. Социальные сети являются важным источником информации о здоровье, не только дополняющим, но и замещающим иные каналы получения информации. Таким образом, управление индивидуальным здоровьем населения возможно через социальный капитал. Этот вопрос актуален для последующих исследований в данной области.

Список литературы

1. World conference on social determinants of health: meeting report, Rio de Janeiro, Brazil, 19-21 October 2011 // Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения. URL: https://www.who.int/sdhconference/resources/Conference_Report.pdf?ua=1 (дата обращения: 22.05.2019)

2. Журавлева И.В. Социальные факторы ухудшения здоровья населения // Россия – трансформирующееся общество / Под редакцией В.А. Ядова. М.: Издательство «КАНОН-пресс-Ц», 2001. С. 506-519.

3. Kawachi I., Kennedy B.P., Glass R. Social capital and self-rated health: a contextual analysis // American journal of public health. 1999. Vol. 89, № 8. P. 1187-1193.

4. Русинова Н.Л., Панова Л.В., Сафронов В.В. Здоровье и социальный капитал (опыт исследования в Санкт-Петербурге) // Социологические исследования. 2010. № 1. С. 87-100.

5. Протасенко Л.Ю. Психология межличностных отношений: типы структур социального атома // Научно-технические ведомости Санкт-Петербургского государственного политехнического университета. Гуманитарные и общественные науки. 2011. № 3. С. 132-135.

6. Campos-Matos I., Subramanian S.V., Kawachi I. The «Dark Side» of Social Capital: Trust and Self-rated Health in European Countries // European Journal of Public Health. 016. № 26. P. 90-95.

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ СРЕДИ
ПОДРОСТКОВ: ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ
И ДИНАМИКА ЗА 20 ЛЕТ**
**PREVALENCE OF DRUG USE AMONG ADOLESCENTS: IMPACT
OF SOCIAL FACTORS AND DYNAMICS OVER 20 YEARS**

Л.Ю. Иванова

*Федеральный научно-исследовательский социологический центр РАН,
г. Москва*

L.Y. Ivanova

*Federal Center of Theoretical and Applied Sociology
of the Russian Academy of Sciences, Moscow*

Рассматриваются некоторые социальные факторы, влияющие на употребление подростками наркотиков (по данным опроса 2017 г.). Сравниваются данные двух опросов об употреблении наркотических веществ. В 1996 г. опрошено 1004 подростка, в 2017 г. – 974 подростка. Сделан вывод о сокращении за последние 20 лет распространенности употребления наркотиков среди подростков.

Discusses some social factors that influence young people to start using drugs (according to the survey of 2017). Compare the satellite data of the two surveys [1996 (respondents 1004 teenager) and 2017. (respondents 974 teenager)] about the use of drugs. It is concluded that the prevalence of drug use among adolescents has decreased over the past 20 years

Ключевые слова: подростки, наркотики, опрос, профессиональная принадлежность родителей

Keywords: adolescents, drugs, mass surveys, parents' education and profession, dynamics of drug use

1. Наиболее опасным для начала употребления наркотиков является подростковый возраст (ранний 12-14 лет и поздний 14-17 лет) [1]. Как отмечают специалисты, для этого возраста характерно эпизодическое злоупотребление наркотиков без зависимости от этих веществ, подростки экспериментируют с самыми различными средствами – от алкоголя и ингалянтов до курения гашиша и приема галлюциногенов. С возрастом у большинства из них это проходит, но у части подростков эпизодическое злоупотребление приобретает форму систематического с последующим формированием психической и физической зависимости. Именно из них в дальнейшем и формируется основной контингент потребителей наркотиков [2].

2. Употребление подростками наркотических веществ является угрозой для общественного здоровья, т.к. чревато формированием зависимости от этих веществ. Кроме того, наркопотребители нередко являются и распространителями наркотиков. В нашей стране самые высокие показатели зарегистрированной заболеваемости наркоманией среди подростков 15-17 лет

фиксируются в 2000 г., затем последовало резкое снижение к 2003 г., далее умеренное снижение, но в 2013 г. эта тенденция прервалась, в 2014-2015 г. рост заболеваемости ускорился и «в расчете на 100 тысяч человек в возрасте 15-17 лет первичная заболеваемость наркоманией возросла с 3,4 в 2012 г. до 9,1 в 2015 г.» [3]. В 2016 г. этот показатель снизился до 5,4 [4, с. 77], т.е. стойкой тенденции на снижение зарегистрированной заболеваемости наркоманией пока не наблюдается, хотя в 2016 г. этот показатель оказался меньше, чем в 2005 г., когда он составил 10,8 [4, с. 77]. Наркозависимые, обращающиеся в сферу коммерческой медицины, гарантирующей конфиденциальность, не отражаются в госстатистике. Специалисты отмечают, что «отсутствие оперативной, глубоко структурированной и в достаточной степени достоверной информации о наркотизации детей, подростков и молодежи затрудняет целенаправленную профилактику наркотизации среди этой особо уязвимой группы населения страны» [5].

3. В 2017 г. сектором социальных проблем здоровья ФНИСЦ РАН было повторено исследование «Здоровье подростков и окружающая среда», проведенное в 1996 г., в котором, в частности, были получены данные об употреблении подростками наркотических веществ и влияющих на него социальных факторов. Отбор городов и учебных заведений был многоступенчатым с применением квотной и случайной выборок. Применялся метод анкетирования. Обработка и анализ полученных данных осуществлялись в пакете SPSS v23. При 95% уровне доверия к результатам опроса статистическая ошибка выборки составила 1,98. Использовался дескриптивный анализ. В 1996 г. опрошено 1004 подростка в трех регионах РФ, в 2017 г. – опрошено 974 подростка в 4-х регионах РФ.

4. В 2017 г. 2,8% подростков (1,7% девушек и 4,7% юношей) указали, что пробовали наркотические вещества. С возрастом увеличивается доля респондентов, употреблявших наркотики (различия статистически значимые $p < 0,05$). Среди девушек 14 лет экспериментировали с этими веществами 1.6%, среди 15-летних – 2.7%, среди 16-летних – 1.9%, среди тех, кто старше 16-ти лет – 5.3%; среди юношей 13 лет – 4.9%, 14 лет – таких не оказалось, 15 лет – 6.9%, 16 лет – 6.6%, старше 16 лет – 15.4%. Сравнивался опыт наркопотребления подростков из семей с различной профессиональной принадлежностью отца и матери [предприниматель, бизнесмен/бизнеследи; руководитель, специалист с высшим образованием; служащий(ая) со средним образованием; рабочий(ая), домохозяйка]. Доля подростков, потреблявших наркотики, в семьях, где отец является служащим со средним образованием, составила 6.5%, рабочий – 2.9%, руководитель, специалист с высшим образованием – 0.8% предприниматель – 0% (различия статистически значимые $p < 0,05$).

5. Доля наркопотребителей значительно больше среди курящих подростков (1,7 – «никогда» не курил, 3.8% – «пробовал курить, но сейчас не курю», 4.5% – «курю время от времени», 10.9% – «курю регулярно»; различия статистически значимые $p < 0,05$). Это не случайно, учитывая, что, так называемые, легкие наркотики преимущественно курят, а препараты конопли

являются наиболее предпочитаемым наркотиком среди российских подростков и молодежи [5]. В подгруппе подростков, употребляющих спиртное, показатель наркопотребления выше, чем среди тех, кто не пьет алкогольные напитки (6% против 1.5%; различия статистически значимые $p < 0,05$).

6. Среди экспериментирующих с наркотиками нет подростков с самооценкой здоровья «удовлетворительное» и «очень плохое». Эти вещества пробовали подростки выше оценивающие свое здоровье. С наркотиками знакомы 2.5% подростков, которые указали, что заботятся о своем здоровье, и 3.8% которые не заботятся о нем (статистически значимых различий между категориями респондентов заботящихся и не заботящихся о своем здоровье по показателю наркопотребления не выявлено).

7. У подростков, пробовавших наркотики, есть напряжения в отношениях с родителями. В частности, они значительно чаще отмечали, что родители ожидают от них слишком много. Из них полностью согласились с этим мнением 32%, тогда как среди тех, кто никогда не употреблял наркотики, только 15.4% (различия статистически значимые $p < 0,05$).

8. Массивы респондентов 1996 и 2017 гг. различаются по возрасту, поэтому раздельно сравнивались ответы наиболее многочисленных подгрупп 15-ти, 16-тилетних подростков. По данным 1996 г. употребляли наркотики среди 15-тилетних 12.5% девушек и 9.1% юношей, в 2017 г. соответственно 2.7 и 6.9%; среди 16-тилетних в 1996 г. – 9.5% девушек и 11% юношей, в 2017 соответственно 1.9 и 6.6%. Таким образом, за 20 лет в этих возрастах как среди девушек, так и среди юношей доля знакомых с наркотиками сократилась, особенно среди 15-тилетних.

9. Подводя итоги, отметим, что работа по первичной профилактике употребления наркотиков должна начинаться в образовательных учреждениях до возраста первых проб этих веществ, и она провидится. Тем не менее, по данным опроса, после 16-ти лет существенно увеличивается доля респондентов, особенно юношей, пробовавших наркотики. На экспериментирование респондентов с этими веществами влияет социальный статус семьи и взаимоотношения с родителями, а также опыт употребления легальных психоактивных веществ (табак и алкоголь). Такой показатель отношения к здоровью как забота о нем мало влияет на пробы наркотиков. Как уже отмечалось, употребление наркотических веществ начинается с «легких наркотиков». Вероятно, подростки, которые полагают, что заботятся о здоровье и тем не менее, употребляют наркотические вещества, считают, что последние не оказывают влияния на их здоровье.

Самоотчеты в вопросе о потреблении наркотиков не дают полной картины, но являются важным источником информации, особенно когда речь идет о сравнительных исследованиях. Сопоставление результатов опросов 1996 и 2017 гг. подростков 15-ти и 16-ти лет показало сокращение доли экспериментировавших с наркотиками в этих возрастах, как среди девушек, так и среди юношей.

Список литературы

1. Всемирный доклад о наркотиках 2018: опиоидный кризис, растущий уровень употребления рецептурных препаратов, рекордные уровни производства кокаина и героина. URL: https://www.unodc.org/unodc/ru/frontpage/2018/June/world-drug-report-2018_-opioid-crisis--prescription-drug-abuse-expands-cocaine-and-opium-hit-record-highs.html [Дата посещения 24.06.2019].
2. Кошкина Е.А. (полностью опубликовано в журнале "Психиатрия и психофармакотерапия". Том 04/N 3/2002). Демоскоп №117-118, 16-29 июня 2003 г. // URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2003/0117/analit02.php> [Дата посещения 24.06.2019].
2. В 2015 г. продолжала снижаться заболеваемость населения России алкоголизмом и наркоманией, однако заболеваемость подростков наркоманией возросла/ Демоскоп №721-722, 20 марта- 2 апреля 2017 URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2017/0721/barom04.php> [Дата посещения 24.06.2019].
3. Здоровоохранение в России. 2017: Стат.сб./Росстат. М. 2017. 170 с. URL: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2017/zdrav17.pdf [Дата посещения 24.06.2019].
4. Михайлова Ю.В., Абрамов А.Ю., Цыбульская И.С., Шикина И.Б., Халиуллин Н.И., Низамова Э.Р. 2014. Наркотизация детей, подростков и молодежи России // Социальные аспекты здоровья населения. Электронный научный журнал. №3 (37) URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/572/30/lang,ru/> [Дата посещения 24.06.2019].
5. Егоров А., Софронов А. (Опубликовано в книге: "Вопросы психического здоровья детей и подростков", 2009. Т. 9. 1. С. 22-34.). Демоскоп. № 427-428, 21 июня-31 июля 2010. // URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2010/0427/analit01.php> [Дата посещения 1.05.2019].

ЗДОРОВЬЕ РОССИЙСКИХ ПОДРОСТКОВ В XXI ВЕКЕ HEALTH OF RUSSIAN TEENAGERS IN THE 21ST CENTURY

Г.А. Ивахненко
Федеральный научно-исследовательский социологический центр РАН,
г. Москва

G.A. Ivakhnenko
Federal Center of Theoretical and Applied Sociology
of the Russian Academy of Sciences, Moscow

Рассматривается проблема употребления подростками психоактивных веществ, психического здоровья подростков, их репродуктивное поведение, влияние компьютерной зависимости на их самочувствие, использование здоровьесберегающих технологий в современных учебных заведениях.

Исследование осуществлялось социологическим методом неформализованного субъективного анализа 50 научных документов на эту тему, опубликованных после 2000 г.

The range of problems of the article included the use of psychoactive substances among adolescents, mental health adolescent reproductive behaviour, the influence of computer addiction on their State of health, use of health technologies modern educational institutions, etc. The study was carried out by the sociological method, an unstructured approach to subjective analysis of 50 scientific papers on this topic, published after the year 2000.

Ключевые слова: здоровье, подростки, здоровый образ жизни, подростковая среда, исследование

Keywords: health, teens, healthy lifestyle, teenager Wednesday, study

По мнению современных ученых, именно подростки являются одной из наиболее уязвимых групп населения по влиянию риск-факторов XXI века на состояние их здоровья и социального благополучия (А.А. Баранов, В.Р. Кучма, А.М. Куликов, В.П. Медведев, В.Ю. Альбицкий, Я.А. Лещенко, Н.В. Полунина, Л.П. Чичерин).

Одной из актуальных тем, которую поднимают отечественные исследователи на протяжении последних лет, является значительное ухудшение показателей, характеризующих заболеваемость детей подросткового возраста. Полученные данные свидетельствуют, что последние 20 лет среди этой возрастной категории произошел рост распространенности морфофункциональных отклонений и хронических заболеваний по всем классам болезней (А.А. Баранов, Г.Г. Онищенко, В.Ю. Альбицкий, А.А. Модестов, И.Г. Зорина и др.).

Значительный рост показателей выявлен по частоте новообразований, болезни крови и иммунной системы, системы кровообращения, органов пищеварения, костно – мышечной системы, мочеполовой системы, по частоте последствий воздействия на здоровье подростков внешних причин (А.А. Баранов, Г.Г. Онищенко).

В структуре заболеваемости подростков 15-17 лет в 2016 г. первое место по распространенности среди недугов занимали болезни органов дыхания, второе – травмы и отравления, третье – болезни органов пищеварения, четвертое – болезни глаз, пятое – болезни мочеполовой системы. В период 2005-2016 гг. рост заболеваемости в этой возрастной группе составил 23,1%, что в 7 раз больше, чем среди детей до 14 лет включительно. В 2005 г. ФСГС было зафиксировано 111451,9 случаев заболеваний на 100 000 человек, а в 2016 г. уже 137273,8 [1, с. 163].

Уровень некоторых перечисленных классов болезней в подростковой группе 15-17-летних имеет стойкую тенденцию роста. В период с 2005 по 2016 гг. страдающих ожирением стало больше на 153,6%, сахарным диабетом на 98%, онкологией на 50,3%, легочными недугами на 32,6%, болезнями глаз на 34,9%, болезнями нервной системы на 25,9%, перенесших травмы и отравление на 43,6% [1; с. 162-163].

Такой рост заболеваний среди подростков школьного возраста ученые объясняют стрессогенными факторами; недостатком физической активности учащихся; перегруженностью учебных программ; несоблюдением элементарных гигиенических требований к организации учебного процесса; неправильной организацией питания учащихся в школе; недостаточным уровнем гигиенических и психологических знаний педагогов; низким уровнем культуры здоровья учащихся и их родителей, склонностью части подростков к вредным привычкам.

Авторами научных трудов отмечается ухудшение репродуктивного здоровья подростков старшего школьного возраста (А.А. Баранов, В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева, А.Г. Ильин, Е.В. Уварова).

Этой теме посвящены многочисленные исследования. В работах Е.В. Уварова, Д.И. Тарусиной, Ю.В. Бояркиной показано, что для современных подростков характерно ранее начало половой жизни (средний возраст 16 лет).

При изучении подросткового здоровья все чаще поднимается вопрос о ВИЧ–инфицированных лицах в этой возрастной категории (Г.Г. Онищенко, М.П. Киргуева, С.Г. Ахмерова, Э.Т. Терегулова).

В структуре заболеваемости современных подростков одно из ведущих ранговых мест занимают психические расстройства и расстройства поведения (Ж.В. Гудинова, Е.И. Талькова, Б.Д. Менделевич).

Психическое здоровье подростков тесно связано с их суицидальным поведением. В России, как и во многих европейских странах, эта проблема стала весьма актуальной. Россия входит в число государств с наиболее неблагоприятной суицидологической обстановкой.

Глубокий интерес у современных исследователей вызывает тема употребления подростками психоактивных веществ (алкоголь, табакокурение, наркомания, таксикомания). Ученые убедительно показывают в своих трудах, насколько отрицательно сказывается на здоровье подрастающего поколения массивное воздействие личностных факторов риска медико-социального генеза, которые, ослабляя организм, значительно усиливают вероятность возникновения патологии и переход ее в хроническую стадию (М.К. Горшков, Ф.Э. Шереги, Б.В. Дмитриевский) [2; 3; 4].

По данным ряда исследователей, несмотря на предпринимаемые обществом усилия, распространенность поведенческих факторов риска в подростковой среде не только не уменьшается, но и имеет тенденцию к росту (М.Ю. Абросимова, В.Ю. Альбицкий, Ю.А. Галлямова).

По мнению других исследователей, в последние несколько лет, наоборот, отмечаются положительные тенденции в рисковом поведении подростков и молодежи. Так, анализ данных Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (RLMS – HSE) 2 (1994-2016), проведенный В.В. Радаевым, показал увеличение тяги к здоровому образу жизни у «миллениалов» (поколение, вступившее в период взросления в 2000-е гг.). Они, по мнению автора, меньше употребляют алкоголь и реже подвержены табакокурению, чем старшие поколения [5].

Сегодня в России все более актуальными становятся исследования по изучению влияния компьютерной зависимости на здоровье подростков. В коллективной монографии, выпущенной в 2016 г., группа отечественных исследователей Л.П. Чичерин, Р.Я. Нагаев, О.В. Щепин, С.Г. Ахмерова обращают внимание на то, какой значительный вред психическому здоровью и безопасности подростков наносит киберзапугивание – новая форма насилия, происходящая в виртуальном пространстве, связанная с использованием личной информации о подростке, его близких [6].

Одним из приоритетных направлений современных исследований является тема охраны здоровья детского и подросткового населения страны.

Основополагающим понятием современного научного знания в области сохранения здоровья субъектов образовательного процесса является термин «здоровьесберегающие технологии» (ЗТ), который появился в научном и педагогическом лексиконе в последние несколько лет.

По мнению большинства авторов, наиболее проработанной и удачной является классификация ЗТ, предложенная профессором Н.К. Смирновым [7].

Самыми распространенными в современных учебных заведениях являются технологии обеспечения безопасности жизнедеятельности, медико-гигиенические и физкультурно-оздоровительные.

Экологические ЗТ, по мнению ученых и специалистов в области педагогики, еще не получили должной оценки и в настоящее время слабо задействованы в учебном процессе [1, с. 165].

Образовательные ЗТ (ОБЖ и валеология) в российских учебных заведениях преподаются далеко не повсеместно [8].

Помимо российской нормативно-правовой базы и документов ВОЗ, способствующих развитию подростковой медицины, основой для формирования эффективной отечественной системы охраны здоровья детей и

подростков должно стать углубленное научное изучение медико-социальных особенностей формирования здоровья и образа жизни этих категории населения.

Список литературы

1. Особенности модернизации социальной структуры российского общества: [монография]. [Электронный ресурс] / [З.Т. Голенкова и др.]. – Электрон. текст. дан (объем 2,32 Мб). – М.: ФНИСЦ РАН, 2018. 200 с. // Официальный портал ФНИСЦ РАН: (веб-сайт). URL: http://www.isras.ru/index.php?page_id=1198&id=6805 (дата посещения 25.04.2019).

2. Горшков М.К. Молодежь России: социологический портрет [электронный ресурс] / М.К. Горшков, Ф.Э. Шереги. 2-е изд., доп. и испр. – М.: Институт социологии РАН, 2010, 888 с. URL: <http://www.isras.ru/publ.html?id=1822> (дата посещения 25.04.2019).

3. Дмитриевский Б.В. Медико-социальные аспекты распространенности среди подростков злоупотребления психоактивными веществами: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33/ Дмитриевский Борис Владиславович. Рязань, 2003, 24 с.

4. Шереги Ф.Э. Алкоголизация молодежи: состояние и тенденции [Электронный ресурс] / Ф.Э. Шереги ; Центр социального прогнозирования и маркетинга. 2012 URL: <http://www.socioprognoz.ru/files/File/2012alco2.pdf> (дата посещения 19.03.2019 г.).

5. Радаев В.В. Миллениалы на фоне предшествующих поколений: эмпирический анализ // Социологические исследования, 2018. №3. С. 15-33.

6. Чичерин Л.П., Нагаев Р.Я., Щепин О.В., Ахмерова С.Г. Состояние здоровья и образ жизни современных подростков: тенденции, проблемы, пути решения: [Текст] научное издание/ Л.П. Чичерин, Р.Я. Нагаев, О.В. Щепин, С.Г. Ахмерова. Уфа, Изд-во ООО «АИНСИ», 2016.

7. Смирнов Н.К. Здоровьесберегающие образовательные технологии в работе учителя и школы. М.: АРКТИ, 2003.

8. Новикова А.В. Здоровьесберегающие технологии в условиях современной образовательной системы / Сб. статей Всероссийской научно-практической конференции, Ч. IV. Белгород: ГОУ ВПО «Белгородский государственный технологический университет им. В.Г. Шухова», 2008.

**ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СТРЕССА
И СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ
STRESS AND BURNOUT SYNDROME AS DISTURBING HEALTH
FACTORS IN PRESENT WORLD**

О.А. Исаченкова, И.Ю. Фомина, И.В. Колесниченко
*Городская поликлиника №1, клиника «Александрия»,
г. Н. Новгород*

O.A. Isachenkova, I.Y. Fomina, I.V. Kolesnichenko
City polyclinic № 1, Clinic «Alexandria», Nizhny Novgorod

Освещается важная проблема распространенности стресса и синдрома выгорания в современном мире, которые вызывают массу неблагоприятных последствий, в том числе психосоматические заболевания. Одним из важных факторов в развитии этих состояний является снижение ресурсов стрессоустойчивости, которые включают эмоционально-телесную компетентность, рациональные ментальные установки, конструктивные копинг-стратегии. Одним из эффективных методов профилактики и коррекции синдрома выгорания являются Балинтовские группы.

The article discusses the important problem of the prevalence of stress and burnout syndrome in the present world, which case a lot of adverse effects, including psychosomatic disorders. One of the main factors in the development of these conditions is the reduction of stress resistance resources, which include emotional-bodily competence, rational mental attitudes, constructive coping strategies and others. One of the effective methods for the prevention and correction of burnout syndrome is Balint training.

Ключевые слова: стресс, синдром выгорания, психосоматические расстройства, ресурсы стрессоустойчивости, Балинтовские группы

Keywords: stress, burnout syndrome, psychosomatic disorders, stress resistance resources, Balint groups

Стресс и синдром эмоционального выгорания (СЭВ) являются серьезными проблемами современного общества. Это связано с такими факторами, как быстрый ритм жизни, высокая социально-экономическая напряженность в обществе, большие нагрузки в профессиональной деятельности, размывание нравственных ценностей. Синдром эмоционального выгорания развивается на фоне профессионального стресса и наблюдается наиболее часто у работников помогающих профессий (медики, педагоги, социальные работники). Исследователи, изучающие эту проблему, выделяют в структуре СЭВ три основных параметра, которые характеризуют психо-эмоциональные и профессиональные аспекты этой проблемы. Во-первых, это

эмоциональное истощение, которое характеризуется снижением настроения, тревогой, беспокойством, пессимистическим ощущением действительности, повышенным чувством вины. Нередко именно эмоциональное истощение является причиной различной психосоматической патологии. Во-вторых, деперсонализация, характеризующаяся изменением личностных качеств с развитием мнительности, враждебности, бездушия, цинизма. И наконец, профессиональная редукция, характеризующаяся снижением мотивации к работе, чувством неспособности справляться с возникающими трудными ситуациями и снижением профессиональных достижений [1; 2].

Особые опасения вызывает активное распространение СЭВ среди медицинских работников, основной профессиональной обязанностью которых является оказание помощи другим людям. В структуре заболеваемости медицинских работников психосоматические расстройства, развивающиеся в результате хронического стресса, стали занимать лидирующие позиции, отодвигая другие болезни, связанные с такими профессиональными вредностями, как контакт с инфекцией, медикаментами, ионизацией. Так, на первое место выходят нервно-психические и психосоматические заболевания: тревожное расстройство, депрессия, ожирение, сахарный диабет, заболевания сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия, ИБС, аритмии), нарушения желудочно-кишечного тракта, хронические болевые расстройства [3; 4; 5]. Основным патофизиологическим механизмом развития психосоматической патологии является формирование очага возбуждения в ЦНС с активацией вегетативных и нейромедиаторных центров в гипоталамусе и стволе головного мозга, с последующей стимуляцией тиреоидной системы, метаболических процессов, окислительного стресса, иммунных процессов. Они впервые были описаны канадским патологом Г. Селье, который и предложил термин «стресс» для обозначения реакции организма на чрезвычайные раздражители [6].

Согласно современным концепциям, на развитие психосоматической патологии влияют несколько факторов, а именно внешние стрессогенные воздействия, биологическая предрасположенность, а также внутренние психологические проблемы, влияющие на процессы саморегуляции и стрессоустойчивости человека. К ним относятся, в первую очередь, низкий уровень эмоционально-телесной компетентности, крайним проявлением которой является так называемая «алекситимия», препятствующая осознанию эмоционального и телесного состояния человека. Предрасполагающими факторами её развития являются неблагоприятные условия раннего детства в виде психотравмирующих ситуаций и эмоционально-дефицитарных отношений со значимыми людьми, в первую очередь с матерью [7]. В 90-х гг. прошлого

столетия сформировалось понятие эмоционального интеллекта (ЭИ), под которым понимается группа эмоционально-телесных и ментальных способностей, помогающих осознанию собственных эмоций и эмоций окружающих. На основании проведенных исследований авторы этой концепции доказали, что люди, обладающие высоко развитым ЭИ, отличаются не только хорошим здоровьем, но и более успешной адаптацией в обществе [8].

Важную роль в снижении стрессоустойчивости и развитии психосоматической патологии играют нарушения в когнитивно-поведенческой и мотивационной сферах жизнедеятельности: неадекватный уровень самооценки, иррациональные ментальные установки, низкая поисковая активность, формирующие неконструктивные копинг-стратегии совладания со стрессом, а также такие личностные факторы как мотивация, степень удовлетворенности профессией, способность к целеполаганию. Так, для медицинских работников, наиболее подверженных СЭВ, характерно наличие таких установок, как перфекционизм, принятие на себя апостольской роли спасателя, а также отрицание проблем, связанных с личным здоровьем [9; 10].

К основным психосоматическим расстройствам относятся психосоматические реакции, функциональные нейро-вегетативные нарушения, проявляющиеся в виде головных болей, бессонницы, аритмии, нарушении пищевого поведения, различных парестезий, а также психосоматические заболевания. К последним относятся классические психосоматозы, такие как гипертоническая болезнь, бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка и 12 перст. кишки, тиреотоксикоз, ревматоидный артрит, нейродермит, язвенный колит, выделенные ещё в середине прошлого века американским исследователем Ф. Александером и получившие название «Чикагской семерки», а также сахарный диабет, онкологические, аутоиммунные и многие другие болезни, в патогенезе которых важную роль играет психострессирующий фактор [11; 12].

Таким образом, в основе развития СЭВ лежит длительный эмоциональный стресс, который связан как с внешними, так и с внутренними психологическими проблемами человека. Поэтому очень важно стремиться к оптимизации условий труда, а также помогать людям эффективно справляться со стрессовыми ситуациями, повышая их личностную компетентность. С этой целью желательно организовывать в учреждениях кабинеты психологической разгрузки, на базе которых проводить различные мероприятия, включающие аутогенную тренировку, тренинги по повышению стрессоустойчивости и другие психотерапевтические занятия. Одним из эффективных методов профилактики и коррекции синдрома выгорания являются Балинтовские группы, получившие свое название по имени английского врача и

исследователя Михаэла Балинта. Работа в Балинговской группе направлена на повышение компетентности в профессиональном межличностном общении, расширении представлений лечебного процесса с учетом личности пациента, психопрофилактику участников группы, основанную на проработке сложных случаев в ситуации коллегиальной поддержки. К началу 90-х гг. Балинговские группы получили широкое распространение во всем мире не только среди медицинских работников. Они используются в практической деятельности и подготовке педагогов, социальных работников, полицейских и др. специалистов в различных странах Европы и мира [13].

Список литературы

1. Maslach C., Shaufelli W.B., Leiter M.P. Job Burnout /Annual Review of Psychology. 2001. Vol. 52. P. 397-422.
2. Водопьянова Н.Е. Синдром выгорания: Диагностика и профилактика. СПб. 2005. 336 с.
3. Березин И.И., Тупикова Д.С., Сучков В.В. Тенденция изменения профессиональных заболеваний у медицинских работников и их профилактика // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. Т. 16. №5(2). 2014. С. 769-772.
4. Косарев В.В., Бабанов С.А. Состояние здоровья и качество жизни медицинских работников // Медицинский альманах. 2010. №3 (12). С. 18-21.
5. Ларина В.Н., Глибко К.В., Купор Н.М. Состояние здоровья и заболеваемость медицинских работников // Лечебное дело, 2018. №4. С. 18-24.
6. Селье Г. Стресс без дистресса. М., 1992 г. 109 с.
7. Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б. Концепции алекситимии (обзор зарубежных исследований) // Социальная и клиническая психиатрия. 2003. №1. С. 128-145.
8. Гоулман Д. Эмоциональный интеллект (пер с англ.), М., 2009 г. 478 с.
9. Винокур В.А. Профессиональное выгорание и состояние здоровья медицинских работников, СПб, 2007. 32 с.
10. Эмоциональное выгорание у медицинских работников как предпосылка астенизации и психосоматической патологии / Балахонов А.В., Белов В.Г., Пятибрат Е.Д., Пятибрат А.О. // Вестник Санкт-Петербургского университета. Сер. 11. 2009. Вып. 3. С. 57-71.
11. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина, М., Медицина, 1999. 376 с.
12. Сандомирский М.Е. Психосоматика и телесная психотерапия, М., 2005. 589 с.
13. Балинговский групповой тренинг (теория и применение) / Под руководством Б. Василевски, Л. Энгел., М., 2018 г. 308 с.

**ВЗАИМОСВЯЗЬ САМОСОХРАНИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ
И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ***
**THE RELATIONSHIP BETWEEN SELF-PRESERVATION
AND REPRODUCTIVE HEALTH**

В.М. Карпова

Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова

V.M. Karpova

Lomonosov Moscow State University

Представлены результаты первичного анализа взаимосвязи самосохранительного поведения и репродуктивной истории женщин, оцениваемой при помощи исследования исходов беременности. Показано уменьшение доли женщин, переживших выкидыш и рождение ребенка путем кесарева сечения, среди тех, кто говорит о внимании к собственному здоровью и приверженности нормам ЗОЖ.

The article presents the results of a primary analysis investigating the relationship between self-preservation behavior and the reproductive history of women, assessed by the study of pregnancy outcomes. A decrease in the proportion of women who have had a miscarriage and having a child born by cesarean section among those who speak of attention to their own health and adherence to healthy lifestyles is shown.

Ключевые слова: самосохранительное поведение, репродуктивное здоровье, исходы беременности, репродуктивная история

Keywords: self-preserving behavior, reproductive health, pregnancy outcomes, reproductive history

Репродуктивное здоровье российских женщин является одной из актуальных тем современной медицины и демографии, так как улучшение здоровья потенциальных матерей и повышение вероятности рождения живого здорового ребенка в результате каждой беременности тесно связаны с важной задачей демографического развития России – повышения уровня рождаемости.

Многочисленные исследования репродуктивного здоровья и исходов беременности в большинстве случаев носят медицинский характер и в качестве факторов, влияющих на будущее беременности, рассматриваются различные медицинские нарушения и способы терапии [1; 2]. Достаточно новым, но активно развивающимся является и направление, изучающее взаимосвязь исходов беременности с психологическими характеристиками женщины и ее

* Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта «Межрегиональные исследования жизненных ценностей и нетранзитивности семейно-детных ориентаций женщин, мужчин и семейных пар на основе сквозного анализа сопоставимых данных (1976 - 2020 гг.)» №18-011-01037.

актуальным психологический состоянием [3]. В ходе данного типа исследований выявлена и обоснована связь нарушений репродуктивной функции у женщин и мужчин с психологической неготовностью к родительству, искажением онтогенеза родительской сферы, причем проявления нарушения репродуктивной функции могут носить как физиологический, так и психологический и поведенческий характер.

Однако еще одним важным направлением исследований является изучение социальной обусловленности поведения женщин до и во время беременности и влияние этого поведения на исход беременности. Так, ориентация женщин на позитивное направление самосохранительного поведения может оказать положительное влияние не только на их состояние здоровья [4], но и на развитие беременности и вероятность рождения здорового ребенка.

Одновременное изучение и соотношение практик самосохранительного поведения и репродуктивной истории женщин может послужить основой для разработки концепции и пропаганды практик здорового образа жизни, с фокусом на их влиянии на исходы беременностей и репродуктивное поведение в целом. Важно отметить, что в рамках изучения данной взаимосвязи необходимо рассматривать не только влияние непосредственного поведения респондентов на их будущее репродуктивное здоровье, но и их ценностных ориентаций, оценки своего здоровья и стремления к его сохранению и улучшению, так как даже наличие внутренней психологической настроенности и мотивации к ЗОЖ уже может оказывать положительное влияние на более внимательное отношение к своему здоровью и течению беременности, в случае если она наступает.

Первые шаги на пути данного исследования представлены в данной работе. Для первичного анализа взаимосвязи репродуктивного здоровья и самосохранительного поведения женщины были использованы данные межрегионального исследования жизненных ценностей и нетранзитивности семейно-детных ориентаций женщин, мужчин и семейных пар, проведенного под руководством кафедры социологии семьи и демографии социологического факультета МГУ им. М.В. Ломоносова. В рамках данного исследования блок вопросов о самосохранительном поведении и отношении к здоровью и здоровому образу жизни был соотнесен с репродуктивной историей женщин, всей совокупностью исходов беременности.

В связи с ограниченностью выборочной совокупности женщин, имевших хотя бы одну беременность (135 ответов), первичный анализ проводился только в виде описательных статистик, и поиск статистически значимых отличий осуществлялся с помощью критерия Хи-квадрат и z-статистики для сравнения

распределений ответов в группах респондентов. В дальнейшем, в рамках продолжения исследования и увеличения выборочной совокупности предполагается также проведение более сложного регрессионного анализа, позволяющего, в том числе, учесть влияние ковариат.

Сравнение исходов беременности проводилось в зависимости от фактической практики здорового образа жизни (частота занятий спортом, регулярность заботы о здоровье), а также в зависимости от самооценки активности самосохранительного поведения (ведет ли респондент здоровый образ жизни) и важности здоровья в индивидуальной системе ценностей.

Анализ результатов показал, что среди респондентов, более редко заботящихся о своем здоровье, повышается доля рождений с помощью кесарева сечения (от 32% среди тех, кто «постоянно заботится о своем здоровье» до 83% среди тех, кто «никогда не заботится») и выкидышей (с 12% до 33% соответственно), что сопровождается значительным снижением доли рождений естественным путем (с 17% среди тех, кто «никогда не заботится», до 61% среди тех, кто «постоянно заботится»).

Также статистически значимые отличия в истории беременности были замечены для женщин, по-разному оценивающих свое поведение, с точки зрения ведения здорового образа жизни. Среди тех, кто считают, что заботятся о своем здоровье и ведут здоровый образ жизни, реже случаются выкидыши (10% по сравнению с 29%, отличия статистически значимы), а также несколько реже беременность заканчивается рождением ребенка путем кесарева сечения (39% по сравнению с 47%).

Даже на небольшой выборке представленного пилотного исследования было выявлено, что курение оказывает негативное влияние на репродуктивное здоровье и среди курящих выше доля тех, у кого беременность закончилась выкидышем или родами с помощью кесарева сечения, в то время как среди некурящих существенно чаще встречаются роды естественным путем.

Проведенный первичный анализ позволяет сформировать основную гипотезу о наличии взаимосвязи отношения с собственному здоровью, заботы о нем, самосохранительного поведения в целом с исходами беременности и репродуктивной историей женщины. Однако стоит отметить, что на данном разведывательном этапе исследования взаимосвязь отмечалась в первую очередь с частотой медицинских последствий (выкидышей, рождения при помощи кесарева сечения), но не с частотой искусственных аборт, которые оказались практически одинаково распределены во всех сравниваемых группах респондентов. Таким образом можно выдвинуть вторую гипотезу для дальнейшего исследования о противоречивости самосохранительного поведения женщин, которые даже в случае приверженности здоровому образу

жизни и высокой ценности здоровья не отказываются от искусственных абортов.

Список литературы

1. Скрыбина В.В. Факторы риска развития неблагоприятных перинатальных исходов и влияние на них назначаемых беременным лекарственных средств // Пермский медицинский журнал. 2014. №6.
2. Курманбаев Т.Е. Ретроспективное исследование исходов беременности и родов у женщин, перенесших преэклампсию // Практическая медицина. 2017. №1 (102).
3. Филиппова Г.Г. Психология материнства: учебное пособие для академического бакалавриата. 2-е изд., испр. и доп. М.: Издательство Юрайт, 2018.
4. Новоселова Е.Н. Основные факторы продолжительности жизни жителей мегаполиса (на примере Москвы) // Вестник Московского университета. Серия 18. Социология и политология. 2016. №2.

ЗДОРОВЬЕ ВОСПИТАТЕЛЕЙ ДЕТСКИХ САДОВ И УЧИТЕЛЯМИ ОБЩЕГО ОБРАЗОВАНИЯ КАК ЗНАЧИМОЕ СОСТАВЛЯЮЩЕЕ УСЛОВИЙ И СПЕЦИФИКИ ТРУДА

HEALTH OF KINDERGARTEN TEACHERS AND TEACHERS OF GENERAL EDUCATION AS A SIGNIFICANT COMPONENT OF THE CONDITIONS AND SPECIFICS OF WORK

Е.М. Колесникова

*Федеральный научно-исследовательский социологический центр РАН,
г. Москва*

E.M. Kolesnikova

*Federal Center of Theoretical and Applied Sociology
of the Russian Academy of Sciences, Moscow*

Даётся анализ оценки воспитателями детских садов и учителями общеобразовательных школ определенных аспектов условий труда, связанных с психологическим здоровьем работников. Результаты исследования позволяют утверждать, что воспитатели и учителя сходны в оценках определенных условий труда и той поддержки, которая им необходима, в частности, объединяет педагогов проблема эмоциональной нагрузки.

The article is devoted to analysis of evaluation of kindergarten teachers and teachers of secondary schools of some aspects of working conditions. The results of the study allow us to approve that teachers have similarities in the assessments of working conditions and the support that they need, all teachers dissatisfied by the emotional stress.

Ключевые слова: социология профессий, социология образования, воспитатель, дошкольное образование, учитель, школа

Keywords: Sociology of professions, sociology of education, preschool teachers, preschool education, teacher, school

Вопросы профессионального здоровья и трудового долголетия педагогических работников приобретают особую значимость в контексте длительного реформирования общего образования в России и сложившегося сегодня дисбаланса профессиональных групп учителей и воспитателей, с точки зрения возраста и стажа. Условия труда, способствующие поддержанию здоровья работников и снижению профессиональных рисков, особенно важны для создания возможностей самореализации специалистов, их длительной и продуктивной занятости, для самочувствия педагога. Обязательства государства в сфере здоровья работников как основного работодателя педагогических работников дошкольного и школьного образования не могут ограничиваться медицинскими профессиональными осмотрами и услугами обязательного медицинского страхования, а должны включать систему мер по реализации здоровьесберегающих технологий.

Полевая часть исследования была выполнена в Самарской области с учетом соблюдения квот выборки по значимому статистическому показателю группы (возраст). Опрос был проведен в период между январем и маем 2016 г. Для анализа было отобрано 276 анкет воспитателей и 362 анкеты учителей.

В целом педагоги не отмечают чрезмерной загруженности своего рабочего дня. В частности, переполненность классов/групп учениками/воспитанниками не была расценена как крайне острая проблема. В то же время воспитатели детских садов в большей мере, чем школьные учителя, столкнулись с проблемой увеличения количества детей в группах и несколько более озабочены этим вопросом. Увеличение ученических коллективов ведет к тому, что преподаватели утрачивают возможность обеспечить в действительности индивидуальный подход, а также адаптировать учебную программу к индивидуальным потребностям ребенка, именно поэтому количество детей в классе/группе относится к разряду наиболее значимых показателей качества школьной системы в целом и условий труда педагога.

Педагоги единодушны в недовольстве количеством «бумажной работы». Рост продолжительности рабочего времени педагогических работников за счет «административной/бюрократической» составляющей имеет такие негативные последствия, как разочарование, недовольство и уход из профессии, а ее

сокращение повышает удовлетворенность работой и снижает риск профессионального выгорания.

Весьма показательно, что несмотря на удовлетворенность состоянием своего здоровья большинства воспитателей и значительной доли учителей, крайне актуальной остается для педагогов проблема эмоционального переутомления. Одной из задач исследования был краткий анализ представлений учителей и воспитателей об уровне эмоционального здоровья в сопоставлении с другими профессиями. В анкете задавался вопрос, позволяющий косвенно оценить уровень эмоциональной нагрузки, характерной для педагогической профессии: указание профессий, сопоставимых с профессией респондента по уровням ответственности, стресса, эмоционального выгорания (истощения). В нашем исследовании респонденты уравнивали показатели ответственности, стресса, эмоционального выгорания педагогов с профессиями, занимающими высшие строки рейтингов сложности условий труда. В наибольшей мере сопоставимыми с педагогическим трудом по степени ответственности были отмечены позиции «врача», то есть профессии, являющейся классическим примером сочетания позитивной общественной миссии с такими сложными аспектами труда, как повседневное принятие решений, касающихся жизни и смерти пациента, ответственности за манипуляции его здоровьем и лечением, обязательств, связанных с ошибками. Педагоги посчитали, что по уровню стресса их труд наиболее соизмерим с «профессиями с высоким риском для жизни и здоровья». Несмотря на большое обобщение, допущенное нами при формировании данной группы профессий, все они характеризуются экстремальными условиями труда, а в большинстве случаев сочетаются с дефицитом позитивных впечатлений (например, пожарный, работник МЧС, спасатель, полицейский, дрессировщик). По уровню эмоционального выгорания педагоги чаще всего сравнивали себя с «творческими профессиями» или посчитали свой труд уникальным – «педагогами». Проблемам профессиональной деформации в образовании посвящено множество исследований, но хотелось бы отметить, что большинство из них обращает внимание на неблагоприятные аспекты условий труда, стимулирующие развитие психологического дискомфорта, раздражения и деморализации.

Здоровье педагога формально относится к важным аспектам политики государства в сфере образования и занятости, но в действительности уступает по приоритетам показателям академической успеваемости учащихся и прочим критериям оценки. Развитие системы поддержки эмоционального и физического здоровья педагогических работников на государственном, региональном уровнях и в конкретных образовательных организациях,

разработка мер профилактики стрессов и реабилитации профессиональных заболеваний – необходимые условия для развития системы образования, привлечения в нее и удержания в профессии молодых и наиболее успешных работников.

Список литературы

1. Колесникова Е.М., Митрохина Е.В. Воспитатели и учителя об условиях труда и организационной поддержке // Вестник Института социологии. № 20. 2017 г. С. 13-34.

HEALTHCARE MANAGEMENT В ОТЕЧЕСТВЕННЫХ И ЗАРУБЕЖНЫХ КОМПАНИЯХ **HEALTH MANAGEMENT IN DOMESTIC AND FOREIGN COMPANIES**

Н.М. Кузнецова, Е.А. Волкова
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*
N.M. Kuznetsova, E.A. Volkova
Lobachevsky University

Здоровье является ключевой составляющей успешного развития и трудовой деятельности человека. Управление здоровьем персонала выступает превентивной мерой, позволяющей решать возникающие проблемы в компании, формируя историю привлекательного и успешного бренда.

Health is an important part of a person's successful development and work. Healthcare management is a preventive measure that allows solving problems in the company, forming the history of an attractive and successful brand.

Ключевые слова: здоровье, компания, персонал, управление здоровьем персонала, экономическая эффективность, развитие

Keywords: Health, personnel, company, healthcare management, economic efficiency, development

Компании заинтересованы в здоровых сотрудниках, способных не только выполнять большой объем работы разного качества, но и генерировать новые идеи для развития организации. Здоровый сотрудник – успешный и эффективный работник. Понимание этого утверждения как сотрудником, так и руководителем – ключ к успеху любого предприятия.

По оценкам Академии медицинских наук и Минздравсоцразвития России, по причине болезней наша экономика теряет около 1,4% ВВП, или 23-24 млрд долл. США в год. Прямые экономические потери российских компаний из-за

болезней сотрудников составляют около 23-24 млрд долл. США, скрытые убытки – не менее 70-75 млрд долл. США [1].

Концепция Healthcare management (управление здоровьем персонала) представляет собой комплекс мер, направленных на поддержание и сохранение здоровья персонала. Данное направление родилось в 70-е гг. XX в. в США и к 90-м гг. охватило Западную Европу.

Более 90% предприятий англоязычных стран, имеющих в своем кадровом составе свыше 1000 сотрудников, так или иначе применяют различные комплексы по управлению здоровьем своих работников. С 2006 г. отечественные компании в той или иной степени пытаются реализовать программы по управлению здоровьем персонала и пропаганде здорового образа жизни среди своих сотрудников [2].

Инструментарий системы должен включать в себя не только контролирующие и наблюдательные функции за состоянием здоровья персонала, но и дополнительные мероприятия, направленные на формирование культуры здорового образа жизни и ответственного отношения к своему здоровью. Сюда можно отнести фитнес-консультации, добровольное медицинское страхование, включающее расширенный пакет услуг и обслуживание членов семьи, сопровождение трудовой деятельности корпоративными психологами, коучами, занятия в спортзалах, программы по борьбе с курением, контролем веса [3]. Возможности компании в данном направлении ограничены лишь бюджетом, но, как показывает практика, вложения в эти программы всегда окупаемы.

Забота о здоровье персонала, выступающая спорадически выстроенной разовой акцией, не принесет руководству дивидендов. Человек может быть адептом здорового образа жизни, но не принимать существующие меры по управлению здоровьем в его компании, ощущая не заботу, а посягательство на личную свободу. Чтобы мотивировать сотрудников заниматься своим здоровьем, необходимо связать карьерный рост и экономическое благополучие с состоянием здоровья [4].

Программы по управлению здоровьем персонала имеют разные направленности, задачи, финансовую поддержку, но одну цель – сохранение здоровья и благополучия сотрудников, как физического, так и психологического.

Правительство Японии уделяет большое внимание исследованиям в области развития и поддержания здоровья человека. Компания Cells Power Japan создала инновационную модель Japan Health Management System (JHM-System) – персонифицированную оздоровительную программу, работающую на основе определения показателей функциональной дееспособности организма и

его резервов, что позволяет иметь индивидуальный подход к здоровью каждого сотрудника.

Компания Volkswagen считает, что способ защитить здоровье трудовых ресурсов позволяет повысить экономическую эффективность. Девиз: «Если Вы ожидаете качественную работу от сотрудников, Вы должны хорошо защитить их здоровье» [5].

Избыточный вес, гиподинамия приводят ко многим заболеваниям как опорно-двигательного аппарата, так и сердечно-сосудистой системы. В компании Майкрософт сотрудникам предлагают программу корректировки веса. Программа занимает длительное время и предусматривает диетическое питание, оздоровительные процедуры, занятия с диетологом, психотерапевтом, фитнес-тренером. Более 70% стоимости программы оплачивает организация. По пути Майкрософт пошли некоторые российские компании – Ростелеком, Альфа-Банк, Сбербанк, предлагающие сотрудникам разнообразное сбалансированное здоровое питание и возможность поддержания мышечного тонуса в собственных оборудованных спортивных залах. В Nestle Россия новым сотрудникам объясняют принципы формирования основ правильного пищевого поведения. В компании Coca-Cola выделена зона для активного и пассивного отдыха сотрудников, начиная от мягких пуфов, заканчивая столами для настольного тенниса и зоной мини-футбола.

В компании British Petroleum офисным сотрудникам дарят шагомеры. Персонал часто начинает соревноваться между собой, образуя отделами целые команды, что в свою очередь способствует укреплению коммуникативных связей между сотрудниками, также вовлекая в эту нехитрую спортивную деятельность членов своей семьи. Выкладывая в социальных сетях результаты своей активной и увлекательной корпоративной жизни, где работа приносит не только стресс, но и удовольствие, сотрудники выступают амбассадорами компаний, привлекая соискателей, желающих работать в такой организации, где забота о человеке ставится на первое место.

В компании Росбанк новая система кондиционирования в зоне open office позволила снизить численность заболевших ОРВИ и количество больничных по сравнению с предыдущими годами, что в свою очередь дало возможность организации выплатить премии работникам за счет экономии фонда оплаты труда.

«Новое – хорошо забытое старое». Руководствуясь данной пословицей, в одной из московских компаний ввели производственную гимнастику. Каждый сотрудник, включая руководство, по очереди предлагает свой мини комплекс при проведении спортивной паузы. Автор лучших упражнений по результатам общего ежеквартального голосования получает корзину с фруктами.

Принятая еще в советское время система предварительных и периодических медицинских осмотров, действует и в настоящее время. Особенно активно она применяется в образовательных организациях, государственных и муниципальных службах, отраслях с вредным производством. Предварительные осмотры направлены на выявление несоответствий по состоянию здоровья занимать ту или иную должность, периодические – на мониторинг выявления приобретенных или развития имеющихся заболеваний в той или иной области трудовой деятельности. Приказ №302н от 12.04.2011 г. регламентирует порядок и периодичность данных видов осмотров [6]. Эти мероприятия могут выступать одной из составляющих системы управления здоровьем персонала, правда не для всех категорий сотрудников (офисные работники не подлежат обязательному осмотру), что несколько снижает их эффективность.

Только при наличии выстроенной концепции о здоровье персонала и включения в корпоративную культуру компании, являющейся ее социальным клеем, возможно формирование качественно нового корпуса сотрудников, обладающих высокой лояльностью к компании и готовых совершенствоваться вместе и для нее.

Здоровье человека выступает важнейшим ресурсом развития и успешности как отдельного сотрудника, так и компании в целом. Таким образом, управление здоровьем персонала можно рассматривать как один из инструментов повышения экономической эффективности организации посредством стимулирования работников к трудовой деятельности и сокращению издержек в процессе производства.

Список литературы

1. Линевская Н. Как заботиться о здоровье сотрудников, увеличивая работоспособность // Генеральный директор. 2016. №4. С. 32-33.

2. Рудина Л. Зачем нужен Health management, или управление здоровьем// Кадровая служба и управление персоналом предприятия. 2014. № 8. [Электронный ресурс]. URL: <https://base.garant.ru/57515350/> (дата обращения 01.09.2019)

3. Имашева З.З., Терентьева В.В. Healthcare management как новая технология в области HR-менеджмента // Актуальные вопросы управления в социальных и экономических системах. Уфа, 2017. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=36383079&> (дата обращения 11.09.2019)

4. Беловешкин А. Управление здоровьем персонала // Директор по персоналу. 2014. №4. С. 20-21.

5. Маркеева Б.Э. Особенности менеджмента в современных немецких компаниях // Экономика и менеджмент инновационных технологий. 2014. № 3. Ч. 2 [Электронный ресурс]. URL: <http://ekonomika.snauka.ru/2014/03/3898> (дата обращения: 07.09.2019).

6. Приказ Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 N 302н (ред. от 06.02.2018) "Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда" [Электронный ресурс]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_120902/ (дата обращения 20.09.2019)

**ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИИ БАЛАНСА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО
ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА**
**ASSESSMENT OF BALANCE FUNCTION OF SCHOOL AGED CHILDREN
WITH HEARING IMPAIRMENT**

Е.И. Лобакова

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

E.I. Libakova

Lobachevsky University

Нарушение слуха оказывает существенное влияние на моторное развитие ребенка, в том числе и на функцию постурального баланса. Для оценки способности поддерживать равновесие применяются клинические тесты, комплексные шкалы и инструментальные методы. Представлен обзор неинструментальных (функциональных) методов оценки различных компонентов постурального баланса, которые могут применяться детям с нарушением слуха для оценки эффективности реабилитационных мероприятий.

Hearing impairment has a significant impact on the motor development of the child, including the function of postural balance. Clinical tests, integrated scales, and instrumental methods are used to assess the ability to maintain balance. This paper provides an overview of non-instrumental (functional) methods for assessing various components of the postural balance, which can be used in children with hearing impairment to assess the effectiveness of physical rehabilitation.

Ключевые слова: постуральный баланс, нарушение слуха, методы оценки
Keywords: postural balance, hearing impairments, assessment methods

Баланс – это способность поддерживать равновесие, располагая центр тяжести над основанием опоры [1]. Центр тяжести – это центр массы тела, и он

изменяется в соответствии с изменениями в положениях и движениях сегментов тела. Баланс нарушается, когда часть системы управления работает неправильно, например, если вестибулярный аппарат поврежден или если ЦНС неправильно интегрирует информацию. В случае с детьми с нарушением слуха, поскольку слуховые сигналы участвуют в регуляции движений, разнообразные нарушения развития детей появляются не только по причине недостаточного восприятия слуховых раздражителей, но и в результате нарушений вестибулярного анализатора и речевого развития [2].

Формы постурального контроля

Согласно современному общепринятому определению, постуральный контроль – это регуляция положения тела в пространстве. Данная регуляция состоит из двух компонентов: 1) постуральной ориентации, под которой подразумевается способность поддерживать соответствующую взаимосвязь между отдельными сегментами тела и между телом и окружающим пространством; 2) постуральной устойчивости, которая означает способность поддерживать положение тела и особенно центра давления тела внутри границ площади опоры. Оба эти компонента тесно взаимосвязаны, поскольку любое изменение ориентации мгновенно влечет за собой смещение центра тяжести, тогда как коррекция положения центра тяжести достигается в основном перемещением сегментов тела относительно друг друга, то есть посредством изменения позы.

Постуральный контроль спокойного стояния (регуляция позы) осуществляется, прежде всего, антигравитационной мускулатурой (мышцами-разгибателями позвоночного столба, тазобедренных и коленных суставов), а также рефlekсами на растяжение мышц передней и задней поверхности голени. Но наиболее значимыми фактором для регуляции позы являются проприоцепция и импульсация от рецепторов вестибулярного аппарата [1].

Реактивный (или адаптивный) постуральный контроль представляет собой автоматическое изменение позы в ответ на нарушение равновесия. Это происходит при внезапной смене направления движения, при неожиданном столкновении с препятствием. В этот момент центр давления тела смещается к границе площади опоры, что вызывает реальную угрозу падения. Реактивный контроль заключается в восстановлении безопасного положения центра давления за счет изменения позы [2]. Реактивный постуральный контроль имеет более сложную организацию, так как сохранение равновесия в данном случае зависит, прежде всего, от выбора позной стратегии [3].

Преднастройка (изменение) позы (предшествующая произвольному движению). Основным фактором, определяющим включение позной преднастройки, является наличие у человека двигательного опыта или

представлений о способе выполнения данного движения. Позная преднастройка является формой опережения, а реактивный позный контроль – формой обратной связи.

Произвольный позный (постуральный) контроль имеет место в усложненных условиях сохранения постурального равновесия, например, при необходимости преодолевать какое-либо препятствие при ограничении сенсорной информации. Это наиболее сложная, сознательно управляемая форма контроля, так как она предполагает наличие смысловой программы действия. Наиболее часто эта форма контроля запускается зрительным сигналом об изменении или усложнении условий для сохранения равновесия.

Функциональная оценка постурального баланса

Постуральный баланс может быть оценен с применением простых клинических (функциональных) тестов (например, проба Ромберга, «тест на функциональную досягаемость», тест «встань и пойдти» на время), комплексных шкал (например, «Шкала баланса Берга», «Динамический индекс походки») или инструментальных методов исследования (стабилометрия, компьютеризированная динамическая постурография) [4]. Каждый метод имеет свои преимущества, ограничения и недостатки. Однако неоспоримым преимуществом функциональных тестов является их простота, быстрота выполнения, достаточно высокая надежность и чувствительность к динамике измеряемого параметра в ходе лечения, реабилитации и занятий АФК.

Оценка динамического (проактивного баланса) – педиатрический тест на дотягивание (функциональную досягаемость)

Функциональный тест досягаемости оценивает динамический баланс. Тест выполняется в положении стоя. Пациент должен простоять не менее 30 с. без потери равновесия, чтобы выполнить тест, а также поднять руку до уровня плеча. Обследуемый должен максимально дотянуться вперед вытянутой рукой, не делая шагов вперед, не вставая на носки и не сгибая туловище. Регистрируется длина, на которую тянется пациент. Отличным считается результат, если пациент может уверенно потянуться вперед более чем на 25 см. Указанный тест хорошо подходит для администрирования и поэтому полезен в качестве инструмента скрининга, который демонстрируется его обычным использованием.

Исследование статического баланс: Ромберг тест и модифицированный тест Ромберга

Тест на положение одной ноги оценивает способность поддерживать равновесие, стоя на одной ноге с открытыми глазами, а затем с закрытыми глазами, что значительно снижает их опорную базу. Этот тест более чувствителен для оценки нормального баланса. При оценке пробы Ромберга, в

первую очередь, необходимо наблюдать за отклонением туловища пациента. При поражении вестибулярного анализатора и нарушении проприоцептивной чувствительности отклонение с закрытыми глазами значительно усиливается. При одностороннем поражении вестибулярного анализатора четко выявляется тенденция к отклонению туловища в одну сторону, а именно в сторону пораженного лабиринта [4], у детей с поражением срединных отделов ствола или мозжечка отмечается преимущественно отклонение туловища назад, однако при одностороннем центральном поражении мозжечка или ствола также будет характерно отклонение преимущественно в одну сторону, а именно в сторону локализации поражения.

Оценка динамического баланса и вестибулярных функций: тест ходьбы Фукуды-Унтербергера

Тест проводится для дифференциальной диагностики причин головокружения. Сам тест проводится следующим образом: пациент должен закрыть глаза, потом он вытягивает руки кпереди, после чего начинает шагать на месте, поднимая при этом колени достаточно высоко. Таким образом делается 50-60 шагов. Тест Фукуды оценивается по степени отклонения от первоначальной позиции.

Выводы

Данные современной литературы свидетельствуют, что комплексное применение неинструментальных (функциональных) методов даёт возможность проводить раннюю диагностику постурального баланса и его нарушений. При выборе теста для оценки баланса следует учитывать нагрузку, которую он возлагает на пациента.

Список литературы

1. Ахмадеева Л. Р., Харисова Э. М. Объективная оценка постуральной функции и профилактика падений (обзор) // Саратовский научно-медицинский журнал 2016; 12 (2): 250-253.
2. Browne J., O'Hare N.: A Review of the Different Methods for Assessing Standing Balance. *Physiotherapy*, September, 2001. Vol. 87. No.9. P. 489-495.
3. Грибанов А. В., Шерстенникова А. К. Физиологические механизмы регуляции постурального баланса человека // Вестник Северного (Арктического) федерального университета. Серия: Медико-биологические науки 2013; (4): 20-29).
4. Гороховский С.С., Кубряк О.В. Метрологическое обеспечение стабилметрических исследований // Медицинская техника. 2014 №4 С. 22-24.

**УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПОЛУЧАТЕЛЕЙ УСЛОВИЯМИ
ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ
(НА ПРИМЕРЕ ОТДЕЛЕНИЙ НАДОМНОГО СОЦИАЛЬНОГО
ОБСЛУЖИВАНИЯ ГАУСО «КЦСОН»)
SATISFACTION OF RECIPIENTS OF SOCIAL-MEDICAL SERVICES
(FOR EXAMPLE, DEPARTMENTS
OF HOME-BASED SOCIAL SERVICES SADSC)**

М.Н. Максимова, Л.Ф. Айметдинова
*Казанский государственный медицинский университет Минздрава России,
г. Казань*
V.N. Maximova, L.F. Aimetdinova
Kazan State Medical University of the Russian Ministry of Health, Kazan

Проведён анализ удовлетворённости получателями социально-медицинских услуг, предоставляемых гражданам пожилого возраста и инвалидам отделением надомного социального обслуживания в трёх сельских Комплексных центрах социального обслуживания населения.

The analysis of recipient's satisfaction of social-medical services provided to elderly citizens and people with disabilities at home social services in three rural Integrated centers for social services.

Ключевые слова: социально-медицинские услуги; социально-бытовые услуги; удовлетворённость получателей социально-медицинских услуг; граждане пожилого возраста и инвалиды

Keywords: social-medical services; social welfare services; satisfaction of recipients of social and medical services; senior citizens and persons with disabilities

Объект исследования: социально-медицинские услуги, предоставляемые гражданам пожилого возраста и инвалидам отделением надомного социального обслуживания Комплексного центра социального обслуживания населения (ОНСО КЦСОН). Предмет исследования: удовлетворенность граждан пожилого возраста и инвалидов условиями предоставления социально-медицинских услуг ОНСО КЦСОН. Цель исследования: изучить и проанализировать удовлетворённость граждан условиями предоставления социальных услуг ОНСО ГАУСО «КЦСОН «Забота» в Дрожжановском муниципальном районе, «Гармония» в Буинском муниципальном районе и «Рассвет» в Апастовском муниципальном районе».

С каждым годом растёт численность получателей социальных услуг на селе. В 2018 г. в ОНСО КЦСОН «Рассвет» Апастовского района социальные услуги на дому получили 235 граждан пожилого возраста и инвалидов (снижение на 0.6% по сравнению с 2017 г. (238 чел.) и рост на 0.8% с 2016 г.

(231 чел.). В ОНСО КЦСОН «Гармония» Буинского района социальные услуги предоставлялись 483 получателям социальных услуг (рост на 4.8% по сравнению с 2017 г. (443 чел.) и на 6.4% с 2016 г. (425 чел.). В ОНСО КЦСОН «Забота» Дрожжановского района в 2018 г. было обслужено 312 чел. (рост на 2.5% по сравнению с 2017 г. (284 чел.) и на 3.7% по сравнению с 2016 г. (270 чел.). Больше всего во всех трех ОНСО КЦСОН среди обслуживаемых на дому в 2018 г. граждан 80-89 лет, далее по убывающей 75-79 лет и 60-74 лет. Самая низкая численность клиентов 46-59 лет и 90-99 лет. Можно отметить тенденцию возрастания получателей с 2015 г. по 2018 г. среди всех возрастных групп, кроме 100 лет и старше. В трех ОНСО КЦСОН ежегодно наблюдается превышение женщин – получателей социальных услуг.

В ОНСО КЦСОН «Гармония» в 2018 г. было оказано 147 360 услуг, из них: социально-бытовые составляют 85.9%, социально-медицинские – 14.1%. В КЦСОН «Забота» предоставлено 116 711 услуг, из них: социально-бытовые – 85.5%, социально-медицинские – 14.5%. В КЦСОН «Рассвет» предоставлено 55 686 услуг, социально-бытовые – 64.2%, социально-медицинские – 35.8%. С 2015 по 2017 гг. количество оказанных социальных услуг увеличивается в целом и по видам. *Социально-медицинских услуг оказывается меньше, чем социально-бытовых.*

Основные причины популярности социальных услуг на дому:

- возраст (чем старше люди становятся, тем они больше нуждаются в посторонней помощи и уходе);
- состояние здоровья (у каждого получателя социальных услуг имеется какое-либо заболевание, в силу которого он не может удовлетворять свои основные жизненные потребности самостоятельно);
- одиночество (большинство из них живут отдельно от своих родственников, которые не могут за ними ухаживать, и постоянно нуждаются в живом общении и контакте);
- данная форма обслуживания позволяет им увеличить свое свободное время и энергию, потратить их на личные самостоятельные дела;
- привязанность к дому (нежелание жить в чужой обстановке – дом-интернат, любое другое стационарное учреждение);
- трудная жизненная ситуация (инвалидность, неспособность к самообслуживанию в связи с преклонным возрастом, болезнью, малообеспеченность);
- социальный патронаж, позволяющий выявить одиноких пожилых граждан и инвалидов, нуждающихся в социальном обслуживании на дому.

Снижение в свою очередь происходит из-за биологического фактора (смерть обслуживаемых); из-за ежегодного роста тарифов; в связи с тем, что в

зимнее время родственники забирают получателей социальных услуг под свою опеку, а в летнее время они возвращаются домой.

Новая причина снижения получателей социальных услуг – приемная семья для пожилых и инвалидов, которая составляет конкуренцию ОНСО КЦСОН. Получателей социальных услуг на дому забирают под опеку другие люди, которые должны осуществлять за ними уход и заботу, как родные люди и как социальные работники, получающие за это ежемесячную выплату (от 4 до 8 тыс. руб.) и 75% от пенсии подопечного. В Дрожжановском районе на начало 2019 г. в приемной семье состоят две бабушки, в Буинском и Апастовском районах такая семья одна.

Проведение независимой оценки качества условий оказания услуг организациями социального обслуживания осуществляется по показателям, характеризующим общие критерии оценки качества условий оказания услуг организациями социального обслуживания (*утв. Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 08.12.2014 г. № 995н «Об утверждении показателей, характеризующих общие критерии оценки качества оказания услуг организациями социального обслуживания»*):

открытость и доступность информации об организации социального обслуживания;

комфортность условий предоставления социальных услуг, в том числе время ожидания предоставления услуг;

доброжелательность, вежливость работников организации социального обслуживания;

удовлетворенность качеством условий оказания услуг;

доступность услуг для инвалидов.

Результаты анкетного опроса:

Мы провели количественное исследование – анкетирование получателей социальных услуг и сотрудников ОНСО КЦСОН. Было опрошено 130 человек. Проанкетированные клиенты относятся к следующим категориям: граждане пожилого возраста – 28 чел. (46.7%), инвалиды – 32 чел. (53.3%). На вопрос: «Давно ли Вы являетесь получателем социальных услуг?», ответы респондентов распределились следующим образом: среди опрошенных большое количество людей получают социальные услуги в течение 10 лет (21 чел.), 5 лет (18 чел.) и 1 года (10 чел.). Это говорит о том, что они уже умеют опыт в этой области и более подробно отвечают на вопросы.

Открытость, полнота и доступность информации об организации (учреждении). Все проанализированные ОНСО ГАУСО КЦСОН не имеют своего отдельного сайта, и вся информация о деятельности и предоставляемых ими услугах находится на сайте МТЗ и СЗ РТ в разделе «Комплексные центры

социального обслуживания населения (КЦСОН)». Получатели услуг не видят и не могут оценить деятельность каждого ОНСО КЦСОН отдельно. У большинства опрошенных клиентов отсутствует персональный компьютер, обеспечивающий доступ к сети «Интернет», в том числе они не умеют им пользоваться – 45 чел. (75%). Только один респондент имеет компьютер на дому и знает, как на нём работать. Остальные опрошенные клиенты (14 чел. – 23.3%) не ответили на данные вопросы.

На информационных стендах ОНСО КЦСОН представлена вся требуемая, обязательная информация. Основные недостатки информационных стендов: отсутствие информации о предоставлении социальных услуг на платной, частичной или бесплатной основе; отсутствие информации о льготных категориях, которые вправе получать социальные услуги бесплатно; информация не представлена на татарском языке; расположение информационного стенда не самое удачное. Гражданам пожилого возраста и инвалидам очень сложно смотреть на них (информация предоставлена не на зрительном полюсе, а немного повыше), при этом они загораживают путь остальным клиентам или сотрудникам.

На вопрос: «Чем Вы удовлетворены / не удовлетворены?» по информации об учреждении, получаемой от специалистов, 100% опрошенных ответили «всем удовлетворён».

Комфортность условий предоставления услуг, в т. ч. время ожидания предоставления услуг. Во всех трех ОНСО КЦСОН нет кулера с водой, а также нет возможности у клиентов записаться на получение услуг посредством ЕПГИМУ, так как у них нет доступа к сети «Интернет» (отсутствие персональных компьютеров). В Апастовском и Дрожжановском районах отсутствует общественный транспорт внутри райцентра, нет возможности доехать до КЦСОН. Комфортная зона отдыха не полностью создана в организациях: во всех трех КЦСОН отсутствуют столы, если кому-то из клиентов понадобится что-то записать, стулья имеются.

Удовлетворенность комфортностью условий предоставления социальных услуг 91.7% клиентов оценили очень высоко, как и время ожидания предоставления социальных услуг (70%). Однако имеется потребность обустройства организации необходимой мебелью, инвентарём, обеспечение водой, транспортом. Данную проблему необходимо устранить.

Большинство респондентов оценили доступность услуг для инвалидов в учреждениях по пятибалльной шкале на отлично и хорошо (58.3% и 38.3%).

На вопрос «Вы удовлетворены компетентностью (профессионализмом) социальных работников, предоставляющих Вам социальные услуги?»

респонденты ответили следующим образом – «полностью удовлетворен» – 56 чел. (93.3%), «чем-то да, чем-то нет» – 4 чел.

– Подавляющее большинство респондентов удовлетворено доброжелательностью и вежливостью работников организаций (учреждений);

– *опрошенные клиенты больше всего отмечают такие качества социального работника, как «с ответственностью подходит к любой работе, очень трудолюбивый человек, чистоплотная и делает начатое дело до конца»;*

– недостатков в работе социальных работников респонденты (100%) не выявили;

– *клиенты предложили свои варианты повышения доброжелательности и вежливости у социальных работников: постоянно улыбаться, повысить заработную плату, выдать путевки в санатории.*

Клиенты предложили свои варианты для улучшения и расширения доступности социальных услуг: снизить тарифы на платные услуги, обустроить доступную среду, увеличить количество работников.

На вопрос, «Какие из перечисленных социально-бытовых и социально-медицинских услуг нужны больше всего?», респонденты и сотрудники КЦСОН предоставили следующие ответы:

а) покупка за счет средств получателя социальных услуг и доставка продуктов питания, промышленных товаров, лекарств, медицинских изделий, книг, газет, журналов, билетов на культурно-досуговые мероприятия (24 чел. – 40%);

г) уборка жилых помещений (16 чел. – 26.7%);

д) мытье пола в жилом помещении (18 чел. – 30%);

е) вынос мусора и бытовых отходов (19 чел. – 31.7%);

а) измерение температуры тела и давления (23 чел. – 38.3%);

в) консультирование по социально-медицинским вопросам (10 чел. – 16.7%);

д) проведение медицинских процедур (закапывание капель, смазывание, постановка горчичников, компрессов, внутримышечное введение лекарственных средств, обработка и перевязка раневых поверхностей (10 чел. – 16.7%).

К ненужным социальным услугам клиенты и сотрудники ОНСО КЦСОН отнесли: сдачу в стирку белья, химчистку, ремонт вещей и обратную их доставку с оплатой за счет средств получателя социальных услуг, покупку за счет средств получателя социальных услуг топлива, топку печей, помощь в приеме пищи.

В составе штатных работников ОНСО КЦСОН «Забота» отсутствуют медицинские работники, в остальных КЦСОН они имеются. Функционал медицинских работников выполняют социальные работники, прошедшие

учебные курсы по оказанию первой помощи до оказания медицинской помощи. 100% социальных работников в 2018 г. в трех районных ОНКО КЦСОН прошли данное обучение. Однако они имеют право оказывать только ограниченный круг социально-медицинских услуг (измерение давления и температуры тела). При этом отметим, что оказание социально-медицинских услуг требует квалифицированных специалистов – медицинских сестер и соответствующей медицинской лицензии.

**ЗДОРОВЬЕ И ОСОБЕННОСТИ УПРАВЛЕНИЯ ПЕРСОНАЛОМ
ВАХТОВЫХ РАБОТНИКОВ НА СЕВЕРЕ**
**HEALTH AND PECULIARITIES OF PERSONNEL MANAGEMENT
SHIFT WORKERS IN THE NORTH**

А.В. Михайлова

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

A.V. Mikhailova

*M. K. Ammosov North-Eastern Federal University,
г. Yakutsk, Republic of Sakha (Yakutia)*

Дан анализ важности здоровья и особенностей управления персоналом, работающим вахтовым методом. На примере субъекта Российской Федерации проведено исследование. Результаты исследования показали особенности адаптационных процессов для категории работников-вахтовиков. Опираясь на результаты, разработаны практические рекомендации применения инструментов и технологий управления персоналом для здоровьесбережения, повышения эффективности и производительности труда.

Article is devoted to the analysis of importance of health and the features of human resource management working with a shift method. On the example of the territorial subject of the Russian Federation the research is conducted. Results of a research showed features of adaptation processes for category of workers-shift workers. Relying on results, the practical recommendations of use of tools and technologies of human resource management for health-saving, increase in efficiency and labor productivity are developed.

Ключевые слова: здоровье, здоровьесбережение, управление персоналом, работники-вахтовики, технологии и инструменты управления персоналом, трудовая адаптация, эффективность и качество труда

Keywords: health, health-saving, human resource management, shift workers, technologies and instruments of human resource management, labor adaptation, efficiency and quality of work

Российская Федерация сформулировала стратегию освоения северных территорий Арктики, строительство инфраструктурных объектов. Освоение месторождений полезных ископаемых в районах Крайнего Севера и Арктики является приоритетным направлением политики Российской Федерации. Районы Крайнего Севера и Арктики характеризуются экстремальными условиями, влияющими на здоровье человека на Севере. Особенности работников вахтовым методом связаны с влиянием условий труда на здоровье людей, на социально-психологический климат в организации.

Доктор социологических наук А.Н. Силин изучает на протяжении длительного периода времени труд вахтовиков, дислоцированных в Северо-Западной Сибири Российской Федерации. В ходе исследований за 40 лет А.Н. Силиным установлены «факторы негативного воздействия вахтовых режимов труда на здоровье, физическое и социальное самочувствие ведущих «двойную» и мобильную жизнь людей. Это необходимость длительного нахождения в замкнутом пространстве с незнакомыми людьми, различия в природных условиях мест проживания и работы (перепады давления, дефицит кислорода на Севере, световая аперриодичность, качество воды и пищи, морозы и гнус, отрыв от семьи), повышенные физические и эмоциональные нагрузки» [1, с. 109].

В настоящее время мало публикаций, обобщающих исследования, изучающие здоровье и здоровьесбережение работников-вахтовиков. Особенности труда, работающих вахтовым методом, заключаются в форме осуществления трудового процесса вне места постоянного проживания работников, когда не может быть обеспечено ежедневное их возвращение к месту постоянного проживания. Профессиональная деятельность специалистов вахтовых форм труда в условиях Крайнего Севера предъявляет повышенные требования к отбору и оценке здоровья работников, созданию условий для их физиологической, психологической и социально-психологической адаптации.

Цель исследования: анализ особенностей здоровьесбережения категории персонала, работающего вахтовым методом, и разработка рекомендаций по совершенствованию инструментов технологии управления персоналом, связанных с адаптацией вахтовиков леса.

Важной задачей здоровьесбережения в организации при привлечении кадров вахтовым методом является управление их трудовой адаптацией. Как отмечают исследователи Е. Прохорова, Ж. Белаш «она призвана способствовать покрытию потребностей организации в рабочей силе в необходимом качественном и количественном отношении для повышения их прибыльности и конкурентоспособности» [2, с. 63]. Действительно, вопросы адаптации требуют отдельного изучения.

Исследователь Т.А. Коврыгина резюмирует, что «Помимо климатических и географических факторов районов Крайнего Севера при вахтовом методе организации труда необходимо учитывать длительность вахтового периода, использование режимов труда с удлиненной рабочей сменой, слабость социального обеспечения (отсутствие развитой социальной инфраструктуры, вынужденное совместное проживание работников, ограничение круга общения и т. п.)» [3, с. 88].

Возможность человека адаптироваться к условиям Севера и дополнительным нагрузкам вахтового труда, при этом успешно выполнять профессиональные обязанности зависит как от физиологических особенностей организма, так и от психологических и социально-психологических качеств личности. Н.Н. Симонова отмечает «Учет климатических и производственных условий делает необходимой постановку на первый план в структуре профессионально важных качеств умение сохранить себя, свое здоровье и профессиональную пригодность» [4, с. 2].

Люди, работающие в экстремальных условиях Крайнего Севера, имеют разный адаптационный потенциал и в силу типологических особенностей ВНД, и благодаря своему жизненному опыту, образованию. Эти факторы необходимо учитывать не только в медико-биологических программах и технолого-организационных мероприятиях, таких как комплексная система медицинского обеспечения вахтового персонала в условиях Крайнего Севера или системы снижения аварийности и травматизма вахтового персонала нефтегазодобывающих предприятий (работы Е.В. Глебовой, М.В. Дулясовой, М.В. Ивановой), но и при разработке моделей психологического сопровождения вахтового труда, осуществляемого в условиях Крайнего Севера [5, с. 164].

Таким образом, наблюдаются противоречия между многочисленностью полученных научных данных по влиянию негативных факторов на организм работающих вахтовым методом в условиях Крайнего Севера и отсутствием системных обобщений и классификаций этих данных, между необходимостью повышения эффективности профессиональной деятельности вахтовых рабочих и исчерпанностью рекомендаций по поддержанию и восстановлению работоспособности. Эти противоречия могут разрешиться путем выявления индивидуальных стратегий социосредовой адаптации вахтовых рабочих, ориентированных на разные условия и отражающих специфику трудового поста. Для этого требуется систематизация многочисленных факторов негативного влияния в соответствии с разнообразными реакциями организма и психики на них.

Необходимо исходить из сущности влияния на вахтовых работников природных, производственных, физиологических и социально-

психологических факторов. Природный фактор характеризуется негативными астроклиматогеографическими компонентами воздействия на человеческий организм при работе в экстремальных природно-климатических условиях. Из этого следуют осложнения физиологического и социально-психологического характера, проявляющиеся в том, что непрерывная ритмическая адаптация /реадаптация работника оказывает деструктивное воздействие на адаптивные механизмы и способствует развитию напряжения, кумуляции напряжения и удлинения сроков адаптации.

Мы провели социологическое исследование, в котором приняли участие 34 работника СМУ АО «Сахатранснефтегаз», все они занимают должность вальщика леса 6го разряда. Они находились на вахте с 10 февраля по 10 апреля 2018 г. в Олекминском районе Республики Саха (Якутия). Среди них средний возраст работников составил 32 года (минимальный возраст – 19 лет, максимальный – 51 год; стаж работы вальщиком леса у всех разный, из тех, кого опросили, в первый раз ездили 9 человек, во второй раз – 13 человек, в третий раз – 9, в четвертый раз – 2, в пятый раз – 1 человек.

Проведенное исследование дезадаптации вальщиков леса в СМУ АО «Сахатранснефтегаз», по методике О.Н. Родиной, показало, что респонденты характеризуются выраженным уровнем дезадаптации. Средний показатель всех ответов опрошенных составил 66 баллов из максимальных 96. В основном, выражены такие показатели, как соматовегетативные нарушения, эмоциональные сдвиги и нарушение цикла сна. Для них оказались характерными снижение мотивации к деятельности, отдельные психические процессы и снижение активности.

Опросник для оценки уровня социально-психологической адаптации работника, разработанный Р.Х. Исмаиловым, показал, что в целом исследуемая группа характеризуется низким уровнем адаптации. Средний балл ответов респондентов составил 52 балла из 108.

Мы сделали выводы, что необходимо при формировании программы адаптации изучать психофизиологические особенности работников. Рекомендации по здоровьесбережению и использованию технологий управления персоналом (трудовая адаптация) для работников вахтовым методом:

1. Выявление физиологических, психофизиологических и психологических особенностей при приеме на работу вахтовым методом. На основании выявленных особенностей формирование бригад и графиков работы.
2. Управление стрессом работников, работающих вахтовым методом.
3. Формирование благоприятного социально-психологического климата, проведение тимбилдинг мероприятий.

4. При оценке труда и мотивации персонала учитывать характер трудовых функций и методы организации труда.

5. Проведение диагностики внутри бригад и учитывание программ трудовой адаптации, опираясь на результаты исследований.

Вахтовый метод работы широко используется и будет использоваться в России и за рубежом для освоения районов с неблагоприятными для проживания природно-климатическими условиями, а также мест, удаленных от промышленно развитых территорий. Для здоровьесбережения важно учитывать особенности технологий управления персоналом для работников-вахтовиков.

Список литературы

1. Силин А.Н. Социологические аспекты вахтового труда на территории Севера Западной Сибири // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции и прогноз. 2015. № 4. С. 109-123.

2. Прохорова Е., Белаш Ж. Процесс адаптации нельзя пускать на самотек // Управление персоналом. 2013. № 24. С. 63-64.

3. Коврыгина Т.А. Актуальные вопросы организации вахтового метода работы в условиях арктической зоны Российской Федерации (на примере Ямало-Ненецкого автономного округа) // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Экономика и менеджмент. 2016. №4. С. 88-93.

4. Симонова Н.Н. Адаптация к работе вахтовым методом в экстремальных условиях Крайнего Севера. Учеб. пособие. – Архангельск: ИД САФУ. 2014. С. 8.

5. Берестнева О.Г., Уразаев А.М. Биологические ритмы человека и их адаптационная динамика / О.Г. Берестнева, А.М. Уразаев, Г.Е. Шевелев // Современные проблемы науки и образования. 2014. №2. С. 163-170.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЁЖИ **THE STATE OF HEALTH OF STUDENT YOUTH**

С.В. Михайлова
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского,
Арзамасский филиал*
S.V. Mikhaylova
Lobachevsky University, Arzamas branch

Дана характеристика состояния здоровья современных студентов с применением различных методик, позволяющих получить полную информацию о функционировании организма. У большинства студентов

исследованные показатели соответствуют норме, а выявленные отклонения позволяют на ранних этапах и своевременно вводить профилактические мероприятия или лечить заболевания, что подтверждает значимость профилактических мероприятий по охране здоровья молодежи.

The article describes the state of health of modern students with the use of various techniques, allowing to obtain full-volume information about the functioning of the body. For the majority of students, the studied parameters correspond to the norm, and the revealed deviations allow early introduction of preventive measures or treatment of diseases, which confirms the importance of preventive measures for the protection of youth health.

Ключевые слова: охрана здоровья, студенты, методы оценки здоровья
Keywords: health, students, health assessment methods

Общеизвестно, что работу по преодолению негативных тенденций в динамике состояния здоровья и образа жизни студенческой молодежи следует осуществлять преимущественно на стадии первичной профилактики, которая ориентирована на раннее выявление лиц с рискованным поведением и принятие мер по оздоровлению их образа жизни [1].

В настоящее время разработано большое количество методов определения уровня здоровья, отражающих пределы адаптации и функциональные резервы, физическую и умственную работоспособность. Комплексная оценка уровня здоровья на основе различных подходов позволяет получить полнообъемную информацию о функционировании организма [2; 3].

Цель исследования – оценка состояния здоровья студентов с использованием различных методов.

Материалы и методы исследования

Исследование проведено по результатам профилактических медицинских обследований 1302 студентов (453 юноши и 849 девушек) 18-25 лет на базе Центра Здоровья г. Арзамаса, включающих: анкетирование; антропометрию; функциональное тестирование; исследование компонентного состава тела с применением биоимпедансного анализатора «Диамант»; определение лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ) с применением портативного периферического доплер-анализатора «Smart Dop 30 EX»; определение уровня общего холестерина и глюкозы в крови с применением экспресс-анализатора «CardioChek»; кардиоинтервалографию (определение показателей вариабельности ритма сердца, показателя активности регуляторных систем (ПАРС)); определение биологического возраста по методу В.П. Войтенко [4; 5; 6]. Исследование проводилось в рамках совместной научно-исследовательской деятельности Арзамасского филиала ННГУ с Центром здоровья по теме «Исследование физиологического статуса и профилактика нарушений

состояния здоровья студенческой молодежи в условиях современного образовательного процесса».

Результаты исследования

Самооценка здоровья студентов, проанализированная по результатам анкет «Субъективная оценка здоровья» [6], имеет высокие показатели. Они интересуются методами и способами сохранения и укрепления здоровья, приобщаются к принципам ведения здорового образа жизни. 36.6% студентов оценили его как «хорошее», 59.8% – «удовлетворительное», 3.6% – «плохое здоровье». Наиболее частые жалобы на нездоровье следующие: «Бывают такие периоды, когда из-за волнений теряется сон» – (64,6%); «Имеются недостатки телосложения» – (59.8%); «Влияет на самочувствие перемена погоды» – (57.8%); «Бывает одышка при быстрой ходьбе» – (57.8%).

Изучение показателей биологического возраста по методу В.П. Войтенко, которое характеризует функциональное состояние организма в целом, выявило, что у половины студентов он соответствует паспортному, а у 19.3% определен замедленный темп старения организма. Четверть молодежи имеют ускоренный темп старения и, соответственно, плохое здоровье, причем среди юношей на 2.5% больше с резко ускоренным темпом старения. Среди девушек показатели БВ более благоприятные – на 3.7 % больше с замедленным и на 3.6 % с резко замедленным темпом старения организма, чем среди юношей.

С целью изучения функционального состояния и степени напряженности регуляторных систем организма было проведено изучение ПАРС девушек и юношей. Полученные значения свидетельствуют, что у 45.5% студентов определено состояние умеренного и выраженного напряжения регуляторных систем (ПАРС=4-7). У 9.5% студентов диагностировано состояние перенапряжения регуляторных систем, для которого характерна недостаточность защитно-приспособительных механизмов, их неспособность обеспечить адекватную реакцию организма на воздействие факторов окружающей среды (ПАРС=8-10).

Применяемый в данной работе индекс массы тела (ИМТ) позволил оценить недостаток или избыток массы тела и определить степень ожирения [7]. У 68.6% студентов определено весо-ростовое соотношение, соответствующее нормальным значениям гармоничного физического развития. 7,2% молодежи имеют недостаточную массу тела, а 24.2% – избыточный вес. Гендерные различия характеризуются преобладанием в группе лиц с пониженной массой тела – девушек, а юношей – в группе с избыточной.

Используя данные анкет «Вопросник частоты питания» и показатели биоимпедансометрии, провели анализ показателей калорийности суточного рациона, основного обмена и процентного содержания общей воды (ОВ),

жировой (ЖМТ) и активной клеточной массы (АКМ) тела. У юношей средние значения АКМ, ОВ и основного обмена выше, чем у девушек на 9.19%, 5.47% и 343,1 ккал соответственно. Содержание жировой массы, наоборот, ниже, чем у девушек, на 9%. Сравнительный анализ биоимпедансных показателей среди студентов, имеющих различный темп биологического возраста, показал, что компонентный состав тела молодежи с хорошим здоровьем и замедленным темпом старения отличается более низкими средними значениями ЖМТ и более высокими значениями АКМ и ОВ.

В соответствии с требованиями ГУ НИИ питания РАМН, энергетическая потребность должна составлять для студентов 2585,0 ккал, студенток – 2434,5 ккал. По результатам анкет «Вопросник частоты питания» [8], определили калорийность суточного рациона студентов, среднее значение которой у юношей выше рекомендуемой на 124 ккал, а у девушек ниже на 41,4 ккал. Распределение студентов по калорийности питания показало, что у большинства студентов она соответствует норме (60.7% юношей и 58.2% девушек). Недостаточное количество калорий в рационе питания выявлено у 12.8% юношей и 28.5% девушек. Суточный рацион чрезмерной калорийности выявлен у 21.5% юношей и 13.3% девушек.

Показателем, позволяющим оценить адекватность артериального кровотока в нижних конечностях является ЛПИ, а наиболее информативными биохимическими параметрами, свидетельствующими о нарушениях физиологических процессов в организме, являются показатели уровня глюкозы и холестерина. Результаты свидетельствуют, что у большей численности студентов изучаемые параметры (ЛПИ, уровень глюкозы и холестерина) соответствуют норме. Наибольшая доля отклонений выявлена по анализам уровня холестерина – 16% студентов, среди которых 3.7% имеют значения ниже нормы, а 12.3% – выше нормы.

Заключение. У большинства студентов показатели здоровья соответствуют норме, а выявленные отклонения позволяют на ранних этапах и своевременно вводить профилактические мероприятия или лечить заболевания, что подтверждает значимость профилактических мероприятий по охране здоровья молодежи. Ведение мониторинга по многосторонним аспектам здоровья студенческой молодежи позволяет выявлять группы студентов с различным уровнем функциональной адаптации, разрабатывать и внедрять адресные рекомендации по организации образовательной и физкультурно-оздоровительной деятельности и систематизировать все данные о состоянии здоровья студентов в период их обучения в вузе.

Список литературы

1. Агаджанян Н.А. Здоровье студентов / Н.А. Агаджанян, В.П. Дегтярев, Е.И. Русанова. М.: Российский университет дружбы народов, 1997. 199 с.
2. Казин Э.М. Основы индивидуального здоровья человека: Введение в общую и прикладную валеологию / Э.М. Казин, Н.Г. Блинова, Н.А. Литвинова. М.: Гуманит.изд.центр ВЛАДОС, 2000. 192 с.
3. Михайлова С.В. Методы оценки и самоконтроля физического здоровья учащейся молодежи: учебно-методическое пособие / С.В. Михайлова, Ю.Г. Кузмичев, Н.В. Жулин. Арзамас: Арзамасский филиал ННГУ, 2017. 174 с.
4. Оказание медицинской помощи взрослому населению в Центрах здоровья. Методические рекомендации. М.: ФГБУ «ГНИЦПМ», 2012. 109 с.
5. Организация и функционирование центров здоровья. Учебное пособие. М.: ГОУ ВПО РГМУ, 2010. 60 с.
6. Войтенко, В.П. Здоровье здоровых: введение в сонологию / В.П. Войтенко. Киев: Здоровье, 1991. 246 с.
7. Биоимпедансное исследование состава тела населения России / С.Г. Руднев, Н.П. Соболева, С.А. Стерликов, Д.В. Николаев, О.А. Старунова, С.П. Черных, Т.А. Ерюкова, В.А. Колесников, О.А. Мельниченко, Е.Г. Пономарёва – М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2014. 493 с.
8. Мартинчик А.Н. Питание человека (Основы нутрициологии) / А.Н. Мартинчик, И.В. Маев, А.Б. Петухов. – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2002. 576 с.

САХА ЫНАГА КАК ФАКТОР ЗДОРОВЬЯ SAHAYNAGA COMO FACTOR DE SALUD

Э.А. Михайлова

*Финансово-экономический институт Северо-Восточного
Федерального университета им.М.К. Аммосова,
г. Якутск, Республика Саха (Якутия)*

E.A. Mikhailova

*North-Eastern Federal University,
Yakutsk, República de Saja (Yakutia)*

Выявляются связь между традиционным питанием и состоянием здоровья жителей Севера на примере разведения аборигенной породы скота – саха ынага. Автор предполагает, что ухудшение состояния здоровья якутов связано с угрожающим статусом аборигенного скота, упадком животноводства. Предлагает возродить аборигенный скот, что будет способствовать улучшению здоровья северян и качества их жизни.

The article is aimed at revealing the connection between traditional nutrition and the state of health of the inhabitants of the North by the example of breeding of

native breed of cattle - saha ynaga. The author suggests that the deterioration in the health of the Yakuts is associated with the threatening status of indigenous cattle, the decline of animal husbandry. It proposes to revive native cattle, which will contribute to improving the health of northerners and the quality of their life.

Ключевые слова: аборигенный якутский скот, здоровье, мясо-молочные продукты питания, животноводство, белково-липидное питание

Keywords: native Yakut cattle, health, meat and dairy foods, animal husbandry, protein-lipid nutrition

Здоровье людей, качество жизни и благополучие зависят от полноценного питания, потребления продуктов, в составе которых содержатся преимущественно натуральные компоненты почвы исконной среды обитания. Перефразируя известную истину, скажем: «Человек есть то, что он ест».

Испокон веков животноводство в Якутии являлось традиционной основой полноценного питания. В XIX веке якуты продвинули скотоводство до берегов Ледовитого океана. В 1917 г. в Якутии разводили 487490 голов аборигенного скота, что составляло 2,2 голов на 1 человека [1]. В настоящее время его численность составляет всего 1351 голову, в том числе 532 коровы. Иначе говоря, якутский аборигенный скот находится в «угрожающем статусе» [2].

После распада СССР за четверть века рыночных реформ сельское хозяйство Якутии перестало быть основой экономики и источником благосостояния сельских жителей. Больше всего пострадало животноводство, особенно выращивание крупного рогатого скота. Появляются поселения, где не разводят крупный рогатый скот. В настоящее время в Якутии работают около 4000 крестьянских (фермерских) хозяйств и 87 тыс. личных подсобных хозяйств, и именно на их долю приходится 83% всего поголовья скота [3].

Якутский аборигенный скот обладает уникальными питательными качествами. Благодаря особым пищевым и биологическим свойствам молока и мяса скота народной селекции якуты характеризовались феноменальной жизнеспособностью [4]. Так, по результатам исследования химического состава мяса аборигенного якутского скота было выявлено высокое содержание жирных полиненасыщенных кислот семейства Омега 3,6 и витамина Е. Высокое содержание жирных кислот в жире мяса аборигенных животных является биохимическим адаптивным признаком, приобретенным в ходе длительной эволюции. При длительном многовековом воздействии экстремальных условий Севера на организм у аборигенного якутского крупного рогатого скота и якутской лошади выработался ряд ценных эколого-физиологических адаптационных качеств, невосприимчивость и устойчивость к различным болезням (туберкулез, бруцеллез, лейкоз) [5].

Нарушение традиционного уклада жизни, формы хозяйствования, экологический дисбаланс среды обитания, переход от свойственного белково-липидного питания к европейскому углеводному (уменьшение потребления мяса, рыбы, то есть белка, увеличение в рационе сливочного масла) приводят к развитию иммунодефицитных изменений организма, в дальнейшем обуславливающих и ведущих к общей нетрудоспособности человека [6].

В настоящее время темп роста численности народа саха характеризуется замедленностью, наблюдаются отчуждение от занятий животноводством, недостаток в рационе мясо-молочных продуктов, изменение белково-липидного обмена веществ в организме саха, что вызывает ухудшение состояния здоровья подрастающего поколения.

Доктор биологических наук А.Ф. Абрамов за долгие годы исследований саха ынага пришел к выводу, что одним из приоритетных направлений социально-экономического развития республики должно стать восстановление поголовья и разведение якутского аборигенного крупного рогатого скота. Исследователь утверждает, что увеличение экологически чистой продукции якутского скота будет в дальнейшем способствовать укреплению здоровья и долголетия жителей северного края [6]. Кандидат сельскохозяйственных наук Д.В. Чомчоева, одна из подвижников восстановления поголовья якутского аборигенного скота, подчеркивает: «Якуты имеют молочно-мясной рацион питания и в былые годы славились продолжительностью жизни наравне с представителями народов, живущих на Кавказе. Рецепт их долголетия – натуральные продукты питания, которые сегодня становятся роскошью» [5]. А.И. Чомчоев – эколог и общественный деятель на собственном примере испытал целебные свойства молока и мяса якутского скота, исцелившись от последствий онкологии и радиоактивного облучения. Его рацион ежедневно включает молоко, сливки, а также кисломолочный якутский напиток – суорат, благотворно влияющий на систему пищеварения и иммунитет. Имея круглогодичное подворье, Чомчоевы ежедневно питаются продукцией саха ынага. Анатолий Игнатьевич был участником команды ликвидаторов последствий ядерного взрыва Чернобыльской АЭС. Руководитель республиканской общественной организации «Торут баай», журналист В.Н. Степанов уверен, что в деле повышения социального уровня и роста благосостояния населения, сохранения здоровья народов Севера необходимы содействие и поддержка со стороны правительства и руководителей республики. Восстановление поголовья якутского аборигенного крупного рогатого скота и лошадей, возвращение их в родные алаасы, реконструкция своего рода исторической справедливости, будет способствовать развитию конкурентоспособного пастбищного скотоводства на Крайнем Севере и в

будущем широкого производства высокодоходной органической продукции [6, там же].

На 21-я Российской агропромышленной выставке «Золотая осень – 2019» впервые приняли участие саханцы – корова с теленком, бык и лошади якутской породы, где оценили их достоинства. Они удостоены Золотой медали Министерства сельского хозяйства Российской Федерации.

Проблемы защиты здоровья населения северных территорий, сохранения и восстановления традиционных источников питания в виде аборигенной породы скота становятся актуальной повесткой продовольственной безопасности, здоровья человека и агробизнеса в суровых условиях Арктики.

Список литературы

1. Башарин Г.П. История животноводства в Якутии второй половины 19-нач. 20 века. Якутск, 1962. 128 с.
2. Абрамов А.Ф., Елисеева Л.И., Степанов В.Н. Якутское общество «Терют Баай» «Эколого-экономические основы разведения якутского скота»: – Монография; Якутск, 2019.
3. Медведева А. Агробизнес в северных широтах России – какие перспективы 18 сентября 2018 г. agroxhi.ru. [Дата обращения 10.09.2019].
4. Тырылгин М.А Истоки феноменальной жизнеспособности народа Саха.- Якутск: Бичик, 2000. 298 с.
5. Чомчоева Д.В. Сохранение и использование аборигенных животных Якутии как фактор долголетия. Рукопись.
6. Абрамов А.Ф. Прошлое и будущее якутской породы скота. Якутск, 2017. 44 с.

МЕДИЙНОЕ ЗАГРЯЗНЕНИЕ ЖИЗНЕННОГО ПРОСТРАНСТВА И ИНФОРМАЦИОННОЕ ЗДОРОВЬЕ СОВРЕМЕННОГО ЧЕЛОВЕКА MEDIA POLLUTION OF LIVING SPACE AND INFORMATION HEALTH OF A MODERN PERSON

А.К. Полянина
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*
A.K. Polyanina
Lobachevsky University

Рассматривается проблема воздействия медиа на жизнь и здоровье современного человека. Отмечается возрастание степени загрязнения окружающей социальной среды розничными медиасигналами и сообщениями, неподконтрольными воспринимающему субъекту, именуемое автором

медийным загрязнением. Обосновывается научный подход к определению феноменов, связанных с медийным загрязнением, и перспективные направления исследований в этой сфере.

The article raises the problem of the impact of media on the life and health of modern man. There is an increase in the degree of pollution of the social environment by retail media and messages beyond the control of the perceiving subject, referred to by the author as media pollution. The article substantiates the scientific approach to the definition of phenomena related to media pollution and promising areas of research in this area.

Ключевые слова: медиа, экология, информационная гигиена, информационная перегрузка, многозадачность

Keywords: media, ecology, information hygiene, information overload, multitasking

Проблема воздействия медиасферы на психическое и нравственное здоровье современного человека является ничем иным, как проблемой его информационной безопасности. А создание безопасных условий жизни отдельных социальных групп есть главная составляющая гуманного общества.

В зените глобального информационного взрыва, стремительных преобразований медиа, тотальной цифровизации социального пространства актуализируется круг проблем, связанных с обеспечением охраны тех аспектов здоровья, которые связаны с реакцией человека на медиасигнал и медиа-сообщение, понимаемое в широком смысле. Медиа в современном мире стало явлением тотальным, не имеющим границ времени и пространства (дискретным, диахромным, диатопным). Лавина сведений, данных, посылов и стимулов обрушивается на индивида независимо от его запросов на их получение и без учета возраста и готовности к расшифровке сообщения.

В концептуальном смысле, речь идёт о медийном загрязнении жизненного пространства современного человека и порождаемых им нарушениях здоровья. В настоящее время перед исследователями стоит задача выявления рискогенных факторов влияния такого типа загрязнения окружающей социальной среды на человека, в особенности на наиболее уязвимую социальную группу – детей. Эта задача включает поиск адаптивных стратегий, применимых в современных образовательных коллективах, разработку адекватного арсенала средств защиты от нежелательных и неосознаваемых воздействий медиасигнала; выработку тактики охраны границ личного информационного пространства, автономии, неприкосновенности когнитивной и эмоциональной сферы.

Реальное медиапотребление стало значительно расходиться с предыдущим опытом и обусловило появление проблемы информационной экологии,

изучающей закономерности влияния информации на человека, человеческие сообщества и человечество в целом; на здоровье как состояние психического, физического и социального благополучия. Задачей информационной экологии является выработка методов совершенствования информационной среды человека и, следовательно, разработка нормативов и стандартов информационной среды, а именно информационной гигиены как нового раздела профилактической медицины [1]. Информационная гигиена ориентирована на поиск гигиенических подходов для сохранения здоровья, в особенности детей и подростков, в новой доминирующей информационной среде, а также предупреждение отрицательного влияния информации на здоровье человека, социальных групп и населения в целом, профилактика заболеваний, связанных с информацией [2]. Предпринимаются попытки ввести в научный оборот понятие «информационного здоровья» как элемента социального благополучия [3].

Учёными давно наблюдаются негативные эффекты информационного загрязнения среды: информационная перегрузка, понимаемая как состояние, при котором набор информационных сигналов, характеризующихся избыточностью, противоречивостью и рассогласованностью, препятствует принятию оптимального решения [4], информационное ожорство (infobesity), информационная интоксикация (infoxication), информационная тревога (Information Anxiety). Основными факторами информационной перегрузки являются: большой объём данных, поставляемых в малый промежуток времени, и индивидуальные способности субъекта по переработке информации (или иначе, способность к многозадачности). Сегодня информационная перегрузка касается практически всех, кто погружён в новую медиасреду или находится в процессе погружения. Появляются новые синдромы – компьютерный синдром; аддикции – патологические зависимости, от телевидения до социальных сетей, интернет-зависимостей; депрессий, формируемых соцсетями; интернет-зависимых психозов, маний – сенсорные, связанные с интернетом, лудомании – зависимость от компьютерных игр; фобий – номофобия, боязнь остаться без связи; интернет-зависимых суицидов.

Учёные отмечают связь информационного ожорства (infobesity) и стресса, исследуется явление «инфоксикации» (infoxication, информационная интоксикация) в связи с искажением реальной картины мира и усилением стереотипизации сознания (снижение творческого потенциала, блокирование сомнения как источники творческого начала). Появление «информационной тревоги вследствие перегрузки данными, существенным различием между данными и информацией (необходимой для понимания, то есть полезными данными), информацией, «призванной уменьшить неопределённость». Близким

по значению к информационной перегрузке является также информационный взрыв, то есть чрезмерное количество информации. Использование термина «информационная перегрузка» имеет место при объяснении последствий превышения объёма входных данных пропускной способности системы, способности когнитивной обработки.

Исследователями предлагается множество путей решения проблемы медиазагрязнения. Это и развитие медиграмотности (медиаобразования) населения, и государственно-правовое регулирование информационной сферы, разработка дозиметрии объектов (сигналов-носителей или смыслов); приборов измерения, методов учёта, анализа и регистрации эффектов со стороны мозга. В качестве нового гигиенически значимого физического фактора изучаются информационные нагрузки и возникающие в этой связи умственные нагрузки [3].

Медиазагрязнение есть результат нарушения в использовании медиатехнологий, сбоя внутренних информационных фильтров. Перегруженность среды медиасигналами выражено таким количеством передаваемых сообщений, которое превышает биолого-физиологические и социальные возможности человека по их восприятию, в том числе в связи с ускорением движения медиатекста (ускорением информационных потоков). В результате качество информации падает, а количество растёт, возникает информационный мусор, хлам, отходы. В широком смысле «обостряется противоречие между обществом, производящим информацию и человеком, вынужденном потреблять информацию в избыточном количестве, в количестве, которое он не может воспринять и осознать в связи с ограниченными возможностями» [5]. Медийное загрязнение соотносится с информационной перегрузкой как причина и следствие. Однако такой тип загрязнения, может вызвать информационную перегрузку, а может и не вызвать в зависимости от объективных причин (параметры шума) и субъективных факторов (личных характеристик потребляющего субъекта) [6]. Медийное загрязнение характеризуется неосознанностью для воспринимающего субъекта и может не фокусировать в рамках определённого медиапотока, но состоит из множества пересекающихся, наслаивающихся друг на друга потоков (каскад медиастимулов), принуждающих человека к реагированию. Например, аудиореклама в торговых центрах или других досуговых площадках, проигрывание радио в домашних условиях параллельно с потреблением иной информации (например, чтения учебника), наружная реклама с использованием специальных эффектов, привлекающих внимание.

Современное развитие техносферы и медиаиндустрии влияет на негативные эффекты, в том числе нарушений здоровья как важнейшего

элемента индивидуального и социального благополучия. В связи с этим скорейшее решение проблем медийного загрязнения выступает фактором общественного развития.

Список литературы

1. Денисов Э.И. Роботы, искусственный интеллект, дополненная и виртуальная реальность: этические, правовые и гигиенические проблемы.// Гигиена и санитария. 2019.№ 98(1). С. 5-10.

2. Бухтияров И.В., Денисов Э.И., Еремин А.Л. (2014) Основы информационной гигиены: концепции и проблемы инноваций // Гигиена и санитария. 2014. С. 5-9.

3. Смирнов Ф.П. Информационное здоровье общества как объект государственной политики: канд.дис.соц.наук. Санкт-Петербург. 2007.

4. Gordon Peter. Information overload in the information age: a review of the literature from business administration, business psychology, and related disciplines with a bibliometric approach and framework development. Business Research. 2018.

5. Еляков А.Д. Информационная перегрузка людей // Социологические исследования. № 5. 2005. С. 114-121.

6. Полянина А.К., Андреева Ю.В. Информационный шум в пространстве развития ребёнка: концептуальное обоснование. Коммуникология. 2019. Т. 7. № 2. С. 109-121.

САМООЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И УРОВЕНЬ ОБРАЗОВАНИЯ ЖИТЕЛЕЙ ЕВРОПЕЙСКИХ СТРАН

SELF-ASSESSMENT OF THE HEALTH STATUS AND LEVEL OF EDUCATION OF EUROPEAN CITIZENS

В.А. Прохода

***Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова,
Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации,
г. Москва***

V.A. Prokhoda

***Lomonosov Moscow State University,
Financial university under the Government of Russian Federation,
Moscow***

Анализируются результаты межстранового социологического исследования. Выявлено, что россияне оценивают состояние здоровья хуже жителей большинства других европейских стран, что может свидетельствовать о наличии проблем в национальной системе здравоохранения. Констатируется наличие корреляционной зависимости между самооценкой состояния здоровья

и уровнем образования респондентов в большинстве стран-участниц проекта. Отмечается разноплановый характер выявленной зависимости.

It is analyzed the results of cross-country sociological research. It is revealed that Russians rate their health worse than residents of most European countries. This may indicate problems in the national health care system. It indicates a correlation between the self-assessment of health status and the level of education of the respondents in most of the project countries. The diverse nature of the revealed dependence is noted.

Ключевые слова: здоровье, состояние здоровья, самооценка состояния здоровья, здоровый образ жизни, образование, уровень образования, европейские страны, социологический опрос

Keywords: health, health status, self-esteem health, healthy lifestyle, education, level of education, European countries, sociological survey

Публикация базируется на данных предварительного релиза (Integrated Dataset EVS 2017. Data file Version 1.0.0.) пятой волны межстранового социологического исследования «Европейское исследование ценностей» (European Values Study – EVS), проведенного в 2017 г. «EVS» – проект, в рамках которого с 1981 г. проводится многолетнее сравнительное изучение убеждений, предпочтений, установок, ценностей населения европейских стран. Основные темы исследования касаются семьи, работы, окружающей среды, политики, религии, национальной идентичности. Очередная волна исследования проводится раз в девять лет (Россия участвует в «EVS» с 1999 г.). Опрашиваются респонденты в возрасте 18 лет и старше по репрезентирующей население страны случайной выборке. Метод сбора первичной социологической информации – формализованное личное интервью (face-to-face) длительностью около одного часа. В 2017 г. впервые ряд стран (Исландия, Германия, Нидерланды, Финляндия, Швейцария) осуществляли сбор данных в смешанном режиме с дополнительным использованием онлайн-опроса. В России опрос проведен ЦЕССИ (Институт сравнительных социальных исследований) в ноябре-декабре 2017 г., размер выборки – 1825 респондентов. В публикации анализируются данные по 16 странам. Армения и Грузия территориально расположены в Азии, однако в существенной мере интегрированы в европейское культурное и экономическое пространство, поэтому представлены в анализе.

Самооценка здоровья, ввиду ее относительности, может восприниматься скептически, однако важно учитывать, что существенная часть людей в повседневной жизни руководствуется не объективным знанием, а собственными представлениями и оценками [1]. При этом зачастую именно

состояние самочувствия респондента является основанием для обращения за медицинской помощью.

Для выявления самооценки состояния здоровья респондентам задавался вопрос: «Как Вы оцениваете состояние своего здоровья на сегодняшний день? По Вашему мнению, оно...». Предусматривался выбор ответа по шкале от «1» балла – «очень хорошее» до «5» баллов – «очень плохое». Население стран-участниц проекта оказалось весьма дифференцировано в оценке состояния здоровья. Лучше, чем у остальных опрошенных, самочувствие жителей Исландии (средний балл – 1,91; SD=0,93), Швейцарии (1,96; SD=0,81), Австрии (2,01; SD=0,81), Испании (2,02; SD=0,79), Нидерландов (2,04; SD=0,82). Такие данные позитивно характеризуют состояние системы здравоохранения в этих странах [2]. Средние баллы в большинстве стран-участниц проекта лишь немного превышают два балла. Хуже других респондентов оценивают состояние собственного здоровья жители Грузии (2,89; SD=1,01). Что же касается России, то по рассматриваемому показателю она, к сожалению, оказалась среди стран-аутсайдеров (средний балл – 2,56; SD=0,81). Хуже оценивают свое самочувствие только респонденты в Грузии и Беларуси (2,6; SD=0,79). В процентном распределении только 7.4% россиян констатируют наличие очень хорошего здоровья, при этом 40.4% жителей страны характеризуют свое самочувствие как хорошее, 41.4% считают его удовлетворительным, 9.3% – плохим и, наконец, 1.2% респондентов – очень плохим. Обращает на себя внимание, что в числе стран с низкой самооценкой населения оказались постсоветские государства.

Уровень образования респондентов измерялся в каждой стране в соответствии с категориями, принятыми в национальной образовательной системе. В EVS обеспечение сопоставимости данных по странам базируется на использовании Международной классификация образования (ES-ISCED), включающей семь уровней: I – «меньше базового среднего»; II – «базовое среднее»; IIIб – «высший уровень среднего, профессиональное, но без доступа к уровню V1»; IIIа – «высший уровень среднего общего»; IV – «среднее профессиональное»; V1 – «базовый уровень высшего образования»; V2 – «высший уровень высшего» [3].

Проведенный корреляционный анализ показал, что во всех странах-участницах проекта имеет место обратная статистически значимая (здесь и далее $p < 0,01$) корреляционная зависимость между уровнем образования и самооценкой состояния здоровья (от $r = -0,102$ в Исландии до $r = -0,356$ в Болгарии; Россия - $r = -0,306$). В целом, чем выше уровень образования

респондентов, тем лучше их самочувствие. Целесообразно уточнить характер обнаруженной зависимости. Так, повсеместно выявлено влияние опосредованной переменной – возраста, одновременно значимо связанной как с самооценкой состояния здоровья (от $r=0,075$ в Исландии ($p=0,02$) до $r=0,565$ в Болгарии; Россия - $r= 0,515$), так и с уровнем образования (от $r= -0,199$ в Германии до $r= -0,488$ в Беларуси; Россия - $r= -0,445$). Иными словами, чем старше респонденты, тем ниже уровень их образования, что связано с образовательной экспансией, разворачивающейся на протяжении прошлого века и сопровождавшейся появлением обязательных для всех ступеней образования, и тем хуже их самочувствие.

Для исключения влияния возраста была использована процедура частной корреляции (см. рисунок 1). Полученные результаты позволяют констатировать наличие корреляционной зависимости между самооценкой состояния здоровья и уровнем образования респондентов в большинстве стран участниц проекта (за исключением Австрии).

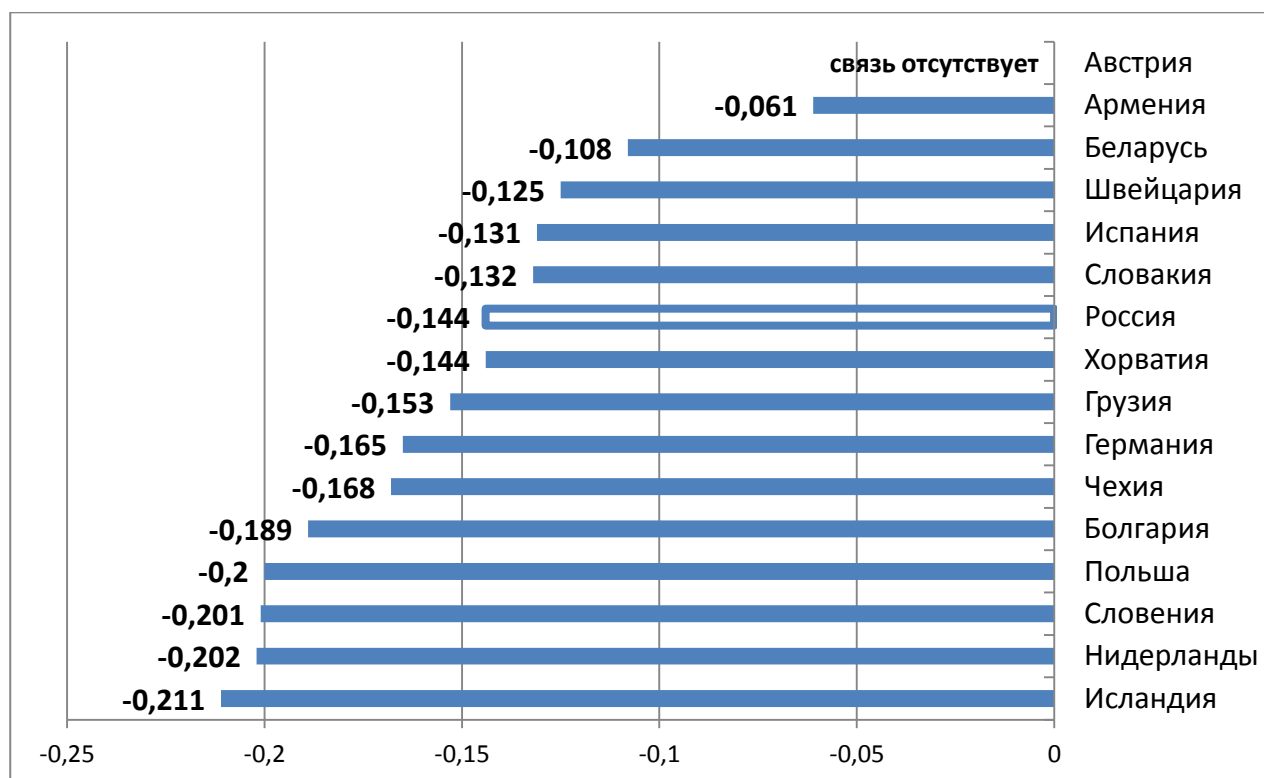


Рис. 1. Корреляционная зависимость между самооценкой состояния здоровья и уровнем образования респондентов (устранено влияние переменной «возраст респондентов»), значение частного коэффициента корреляции

Возможно различное объяснение выявленной зависимости. С одной стороны, респонденты с высоким уровнем образования могут быть более

компетентны в вопросах становления, сохранения и укрепления здоровья, отличаться принятием ценностей и практик здорового образа жизни. С другой – нельзя полностью исключить существование обратной причинно-следственной связи, когда респонденты с низкой самооценкой здоровья имеют меньше возможностей для получения образования выше базовых обязательных уровней.

Таким образом, можно констатировать, что население стран-участниц ESV дифференцировано в зависимости от самооценки респондентами состояния здоровья. Россияне оценивают свое самочувствие существенно хуже жителей большинства других государств, что свидетельствует о наличии проблем в национальной системе здравоохранения. В большинстве стран-участниц проекта выявлена статистически значимая корреляция между самооценкой состояния здоровья и уровнем образования респондентов. В завершении отметим, что в предлагаемой публикации рассматриваются лишь некоторые аспекты заявленной проблематики. Перспективным представляется детальное рассмотрение причинно-следственных связей между субъективной оценкой состояния здоровья и уровнем образования респондентов.

Список литературы

1. Бакиров В.С. [и др.]. Общее состояние и социальные факторы здоровья населения Украины // Здоровье населения и социальные перемены в постсоветских государствах. Минск: ГИУСТ БГУ, 2013. С. 326-351.
2. Прохода В.А. Оценка национальной системы здравоохранения жителями России и других европейских стран // Политика и Общество. 2018. № 10. С. 65-77.
3. Андрееенкова А.В. Сравнительные межстрановые исследования в социальных науках: теория, методология, практика. М.: Новый Хронограф, 2014. 516 с.

**САМООЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ГОРОДСКИМИ И
СЕЛЬСКИМИ ЖИТЕЛЯМИ ПЕНСИОННОГО ВОЗРАСТА
SELF-ASSESSMENT OF THE HEALTH STATUS OF URBAN
AND RURAL ELDERLY RESIDENTS**

Т.П. Сабгайда

*Институт социально-политических исследований РАН,
Центральный научно-исследовательский институт организации и
информатизации здравоохранения Министерства здравоохранения
Российской Федерации, г. Москва*

А.Н. Эделева

*Центральный научно-исследовательский институт организации и
информатизации здравоохранения Министерства здравоохранения
Российской Федерации, г. Москва*

T.P. Sabgayda

*The Institute of Socio-Political Research of the Russian Academy of Sciences,
Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of
Health of the Russian Federation, Moscow*

A.N Edeleva

*Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of
Health of the Russian Federation, Moscow*

Анализ результатов сплошного обследования лиц старше трудоспособного возраста (мужчины в возрасте 60+, женщины – 55+) в Нижегородской области позволяет заключить, что сельские жители оценивают состояние своего здоровья с точки зрения ограничения в выполнении повседневных хозяйственных дел, а городские жители – с позиции ограничения в самообслуживании.

Analysis of the results of household survey for people older than working age (men aged 60+, women 55+) in the Nizhny Novgorod region suggests that rural residents evaluate their health from the point of view of restrictions on daily business activities, and urban residents do it from the position of self-service restrictions.

Ключевые слова: груз хронических заболеваний, немобильные пациенты, самооценка состояния здоровья

Keywords: burden of chronic diseases, immobile patients, self-assessment of health status

Проанализирована связь распространения хронических заболеваний и самооценки состояния здоровья городскими и сельскими жителями. В рамках специальной региональной программы профилактических медицинских осмотров лиц пожилого и старческого возраста, находящихся на медицинском обслуживании в медицинской организации, в декабре 2016 г. и январе–марте 2017 г. было проведено сплошное обследование всех лиц пенсионного возраста

(мужчины 60 лет и старше и женщины 55 лет и старше) одного городского (7 809 человек) и двух сельских районов (14 749) Нижегородской области. В ходе реализации программы контролировали проведение исследований, по окончании программы проводили верификацию полученных результатов. При медицинских исследованиях в ходе реализации программы пациентов просили оценить состояние здоровья в среднем за год по шкале: 1 балл — отлично, 2 — хорошо, 3 — удовлетворительно, 4 — плохо, после чего для анализируемых групп населения рассчитывали усредненные оценки.

В ходе обследования лиц пенсионного возраста в городе у 17 мужчин (0,7% случаев) и 58 женщин (1,1%) никаких заболеваний выявлено не было. Доля лиц, у которых не было выявлено никаких заболеваний, среди сельских жителей меньше, чем среди городских, она составила лишь 0,26% среди мужчин и 0,31% среди женщин.

У подавляющего большинства горожан (90,8%) с наличием основного заболевания выявлены сопутствующие болезни (90,0% у мужчин и 91,1% у женщин). У селян при наличии основного заболевания сопутствующие болезни наблюдались у 68,6% мужчин и 69,7% женщин.

С учетом основных заболеваний в среднем на одного мужчину в возрасте 60 лет и старше приходится 2,86 хронических заболеваний в городе и 1,68 в сельских районах, на одну женщину в возрасте 55 лет и старше — 2,82 заболеваний в городе и 1,69 в сельских районах. Следует отметить примерно одинаковый груз болезней у мужчин и женщин старше трудоспособного возраста при одинаковом типе проживания. То есть, городской образ жизни, несмотря на лучшую доступность медицинской помощи, способствует накоплению у населения хронических заболеваний.

В среднем за прошедший год состояние своего здоровья сельские пациенты оценили хуже. Среди городских жителей хорошие и отличные оценки состояния своего здоровья дали 30,6% мужчин и 34,6% женщин, плохие — 3,7% мужчин и 3,8% женщин. Среди сельских жителей эти показатели составили соответственно 17,6%, 18,5%, 3,2% и 3,9%. Однако более высоко состояние своего здоровья в среднем за год (по шкале 1 — отлично, 4 — плохо) городские жители оценивают лишь в возрасте до 75 лет более оптимистично; 2,64 против 2,83 для сельских мужчин и 2,86 против 2,87 для сельских женщин, а в возрасте 85 лет и старше усредненные самооценки горожан более пессимистичны (3,23 против 2,92 мужчин и 3,12 против 2,92 для женщин).

Из всех обследованных горожан пенсионного возраста 110 человек (1,4%) были немобильными. Их возраст варьировался от 58 до 100 лет (табл. 1). Доля лежачих пациентов увеличивается после 80-летнего возраста и достигает максимума в возрасте 90-94 года.

Таблица 1.

Доля немобильных лиц пенсионного возраста в численности возрастных групп пенсионеров в Нижнем Новгороде и сельских районах области (%)

Возрастные группы	Н.Новгород		Районы	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
55-59	0	0,1	0	0
60-64	0,3	0,2	1,8	1,1
65-69	0,3	0,3	1,3	1,7
70-74	1,4	1,1	1,5	2,9
75-79	0,3	1,1	2,9	4,1
80-84	2,4	3,9	2,8	3,8
85-89	3,8	8,6	10,0	9,9
90-94	5,1	20,0	9,4	14,3
95-99	0	7,3	28,6	17,0
100+	0	20,0	0	0
Итого	0,82	1,66	2,3	3,7

При меньшей заболеваемости среди сельских жителей доля немобильных пациентов пенсионного возраста выше, чем среди городских – 2,3% мужчин и 3,7% женщин. Их возраст варьировался от 60 до 99 лет. Доля лежачих пациентов увеличивается после 75-летнего возраста (раньше, чем у горожан) и достигает максимума в возрасте 95-99 года (позже, чем у горожан).

В городе у немобильных пациентов среднее число заболеваний в расчете на одного человека составляет 3,22 (3,16 у мужчин и 3,23 у женщин). В сельской местности у немобильных пациентов среднее число заболеваний в расчете на одного человека существенно меньше, чем у горожан, оно составляет 1,86 для мужчин и 1,87 для женщин. При этом сельские жители, находясь в беспомощном состоянии, более оптимистично воспринимают свое состояние. Городские немобильные мужчины состояние своего здоровья в среднем за год оценили на 4,0 балла, женщины – на 3,96 балла, селяне – на 3,53 и 3,63 соответственно.

Можно предположить, что сельские жители оценивают состояние своего здоровья с точки зрения ограничения в выполнении повседневных хозяйственных дел, а городские жители – с позиции ограничения в самообслуживании.

**ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ
ТРУДОСПОСОБНОГО И ПЕНСИОННОГО ВОЗРАСТА
В НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ**
**FORECAST OF MORBIDITY OF THE POPULATION OF WORKING
AND RETIREMENT AGE IN THE NIZHNY NOVGOROD REGION**

Т.П. Сабгайда

*Институт социально-политических исследований РАН,
Центральный научно-исследовательский институт организации и
информатизации здравоохранения Министерства здравоохранения
Российской Федерации, г. Москва*

А.Н. Эделева

*Центральный научно-исследовательский институт организации и
информатизации здравоохранения Министерства здравоохранения
Российской Федерации, г. Москва*

T.P. Sabgayda

*The Institute of Socio-Political Research RAS,
Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of
Health of the Russian Federation, Moscow*

A.N Edeleva

*Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of
Health of the Russian Federation, Moscow*

Результаты прогнозирования свидетельствуют, что для большинства классов заболеваний среди населения старше трудоспособного возраста прогнозируется худшая ситуация с заболеваемостью, чем среди населения трудоспособного возраста, что на фоне постарения населения означает существенный рост уровня заболеваемости населения области уже в ближайшее десятилетие.

The forecasting results show that a worse incidence situation is predicted among elderly than among working age population for most diseases classes. That, against the background of the population aging, means a significant increase in the incidence rate of the region's population in the coming decade.

Ключевые слова: первичная заболеваемость, аппроксимация динамики заболеваемости, население старше трудоспособного возраста

Keywords: primary morbidity, approximation of morbidity dynamics, population older than working age

Если не улучшатся условия и образ жизни населения, не повысится интенсивность внедрения мер профилактики заболеваний, на фоне постарения населения уровень заболеваемости может существенно возрасти. Для проверки этой гипотезы мы оценили прогнозный уровень первичной заболеваемости

населения Нижегородской области (регион с высокой долей лиц старше трудоспособного возраста) в 2026 г.

На основе аппроксимирующих функций наблюдаемой динамики заболеваемости населения трудоспособного и пенсионного (мужчины в возрасте 60 лет и старше и женщины в возрасте 55 лет и старше) возрастов был дан десятилетний прогноз динамики заболеваемости по основным классам заболеваний. Использовались данные формы Федерального статистического наблюдения №12 за 2008-2016 гг. о случаях заболевания взрослого населения Нижегородской области. Построение прогностических трендов заболеваемости болезнями основных классов основано на предположении о неизменности условий жизни населения области. Аппроксимация наблюдаемой динамики проводилась с использованием программы Excel 2003. Выбор аппроксимирующей функции основывался как на значении коэффициента аппроксимации R^2 , так и на логическом соответствии свойств функции эпидемиологии анализируемого класса болезней. Раздельно строились прогнозы заболеваемости населения трудоспособного и пенсионного возрастов.

Для ряда классов болезней наблюдались разнонаправленные тенденции динамики заболеваемости лиц трудоспособного и пенсионного возрастов. Так, стабилизация уровня заболеваемости населения трудоспособного возраста и рост заболеваемости более старшей возрастной группы населения прогнозируется для инфекционной заболеваемости, заболеваемости новообразованиями, психическими расстройствами, болезнями нервной системы, кожи и мочеполовой системы.

Для обеих популяций прогнозируется рост заболеваемости болезнями эндокринной системы, болезнями системы кровообращения, болезнями органов дыхания, болезнями органов пищеварения, а также некоторый рост для болезней костно-мышечной системы.

Для травм и отравлений прогнозируется стагнация заболеваемости в обеих возрастных группах населения.

Недостаточно хорошо аппроксимируется стандартным набором функций динамика заболеваемости населения болезнями крови, глаза и его придаточного аппарата, уха и сосцевидного отростка, что, по-видимому, связано с малым числом заболеваний, не позволяющим выявлять устойчивые тенденции на уровне области.

Таким образом, рост заболеваемости населения старше трудоспособного возраста прогнозируется для большинства классов заболеваний. Особенно выраженный рост заболеваемости прогнозируется для болезней эндокринной системы, психических расстройств, болезней системы кровообращения и органов дыхания (табл. 1).

Лишь для болезней глаз, травм и отравлений прогнозируется незначительное снижение уровня заболеваемости лиц пенсионного возраста.

Для лиц трудоспособного возраста наиболее выраженный рост заболеваемости ожидается для болезней системы кровообращения и органов пищеварения, тогда как для болезней крови и психических расстройств ожидается выраженное снижение заболеваемости.

Линейные тренды, свидетельствующие о неизменности факторов риска заболеваний в течение 2008-2016 гг., были построены для динамики заболеваемости болезнями крови, эндокринной и нервной системы, глаза, системы кровообращения, органов дыхания и пищеварения. Тренды, описываемые степенной функцией, свидетельствующей о появлении дополнительного фактора риска заболеваемости или усилении влияния имеющихся, построены для динамики заболеваемости болезнями уха и сосцевидного отростка, травм и отравлений. Для динамики заболеваемости инфекционными болезнями, новообразованиями, психическими расстройствами, болезнями кожи, костно-мышечной и мочеполовой систем построены тренды, описываемые логарифмической функцией, свидетельствующей о затухании влияния фактора риска.

Таблица 1.

Прогнозные значения заболеваемости населения трудоспособного и пенсионного возрастов в 2026 г., прирост заболеваемости с 2016 по 2026 гг. (%), Нижегородская область

Классы заболеваний	Трудоспособный возраст		Старше трудоспособного	
	Уровень 2026 г.	Прирост (%)	Уровень 2026 г.	Прирост (%)
Инфекционные заболевания	18,0	-7,0	23,4	36,0
Новообразования	16,0	19,8	25,7	21,2
Болезни крови	1,0	-33,9	1,4	17,7
Болезни эндокринной системы	18,1	27,7	22,3	54,3
Психические расстройства	1,8	-39,0	2,5	65,0
Болезни нервной системы	7,8	-4,5	6,7	8,2
Болезни глаза	27,1	3,3	34,9	-7,0
Болезни уха	30,4	21,4	38,3	17,6
Болезни системы кровообращения	84,5	48,2	135,5	49,3
Болезни органов дыхания	290,5	26,4	299,3	47,7
Болезни органов пищеварения	28,3	43,4	34,5	42,0
Болезни кожи	45,2	7,4	61,5	30,1
Болезни костно-мышечной системы	50,3	30,7	60,8	30,4
Болезни мочеполовой системы	47,7	-1,9	54,5	27,2
Травмы и отравления	97,7	5,5	73,3	-7,0

Согласно расчетам, в случае неизменности существующих факторов риска заболеваемости и системы охраны здоровья населения, первичная заболеваемость лиц старше трудоспособного возраста составит в 2025 г. 857,9 на 1000 населения, что больше показателя 2016 г. (665,3) на 28,9%. В структуре первичной заболеваемости в наибольшей степени вырастет доля заболеваний глаз (с 4,2% в 2016 г. до 5,6% в 2025 г.) и внешних причин (с 8,5% до 11,8%), в наибольшей степени снизится доля болезней системы кровообращения (с 15,2% до 13,6%).

Из-за роста заболеваемости увеличится число посещений узких специалистов. Если провести расчет нуждаемости в них на основе прогнозируемого изменения заболеваемости населения трудоспособного возраста (которая увеличится в меньшей пропорции, чем среди население старше трудоспособного возраста), увеличив пропорционально число посещений при неизменной функции врачебной должности, то число врачей-эндокринологов в Нижегородской области должно увеличиться на 19,8% (со 111 до 133 ставок), врачей кардиологов – на 48,2% (со 126 до 187), врачей гастроэнтерологов – на 43,4% (с 42 до 60), врачей-пульмонологов – на 26,4% (с 23 до 29), врачей дерматовенерологов на 7,4% (со 149 до 160).

Полученные результаты свидетельствуют, что для большинства классов заболеваний среди населения старше трудоспособного возраста прогнозируется худшая ситуация с заболеваемостью, чем среди населения трудоспособного возраста. Исключение составляют травмы и отравления. Ситуация с заболеваемостью болезнями нервной системы станет практически одинаковой в обеих возрастных группах населения. То есть, уровень заболеваемости населения существенно возрастет.

**«РАССТРОЙСТВО АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА» В КОНТЕКСТЕ
СОЦИАЛЬНОЙ РЕАЛЬНОСТИ И БИМЕДИЦИНЫ: ПСИХИЧЕСКАЯ
БОЛЕЗНЬ ИЛИ ИНОЕ СОСТОЯНИЕ?***

**«AUTISM SPECTRUM DISORDER» IN THE CONTEXT OF SOCIAL
REALITY AND BIOMEDICINE: MENTAL ILLNESS OR OTHER
CONDITION?**

Ж.В. Савельева

*Казанский (Приволжский) федеральный университет
Казанский государственный медицинский университет, г. Казань*

J.V. Savelieva

Kazan University, Kazan State Medical University, Kazan

В настоящий момент в рамках социального знания, практики и биомедицины происходит переопределение РАС. Выявляется тенденция к депатологизации и демедиализации РАС. Данные процессы влекут за собой разнообразные позитивные и негативные последствия.

At the moment, within the framework of social knowledge, practice and biomedicine, a redefinition of ASD is taking place, there is a tendency to depathologization and demedicalization of this phenomenon. These processes entail a variety of positive and negative consequences.

Ключевые слова: психическое здоровье, расстройство аутистического спектра, социальная интеграция, нейроразнообразие

Keywords: mental health, autism spectrum disorders, social integration, neurodevelopment, neurodiversity

В 1943 г. Л. Каннер впервые описал симптомы аутизма. С тех пор менялись биомедицинские подходы к объяснению причин аутистических расстройств, диагностические критерии, варианты лечения и методики коррекции, а также социальный контекст феномена – возможности людей с РАС и их семей, отношение к ним окружающих. Определение и характеристики расстройств аутистического спектра являются важным процессом не только для биомедицины как естественной науки, которой необходимо по возможности наиболее близко подойти к истинной сущности феномена. *Слова делают вещи*, поэтому в социальной реальности идет постоянная борьба за слова, которыми люди руководствуются в своей деятельности [1, с. 195]. Поэтому именование РАС имеет значение в социальном контексте с позиции вопросов выработки социальной политики,

* Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 18-00-01682 (К) (18-00-01529).

легитимных форм вмешательства, актуализации проблем социальной интеграции, прав нейротипичных людей.

Согласно официальным документам, разработанным экспертами психиатрического сообщества, «расстройства аутистического спектра представляют собой группу комплексных дезинтегративных нарушений психического развития, характеризующихся отсутствием способности к социальному взаимодействию, коммуникации, стереотипностью поведения, приводящим к социальной дезадаптации» [2]. В одобренной в мае 2019 г. Международной классификации болезней ВОЗ (МКБ-11), которая начнет использоваться в России с 2022 г., РАС относится к нарушениям психического развития в рамках подкатегории Расстройства нейроразвития раздела Психические и поведенческие расстройства (прежнее название раздела – Нарушения психологического развития). При этом в МКБ-11 не выделяются, как в предшествующей классификации, виды аутизма. «До недавнего времени предполагалось, что различные расстройства аутистического спектра обуславливаются различными генетическими факторами. Но эта гипотеза не подтвердилась, и уже найдено более ста генов (и еще сотни могут быть найдены в будущем), которые повышают риск любого из такого рода расстройств... Стало понятно, что симптомы настолько многогранны, что представляют собой континуум, включающий в себя множество проявлений» [3]. Американская психиатрическая ассоциация использует новую классификацию уже с 2013 г. в рамках DSM-5. Последние нозологические системы уходят от категориальной модели диагностики и базируются на симптомах дефицита социально-коммуникативной сферы и стереотипии, маневризмов, подчеркивают связь РАС с нарушениями в ЦНС, проявившимися в младенчестве и детском возрасте. [4] В рамках нового подхода «...выделили по степени тяжести на легкую среднюю, легко умеренную и тяжёлую форму. Основным параметром (для РАС – прим. автора) становится... прогнозирование социальной адаптации» (Эксперт 4, мужч., детский психиатр). Таким образом, трактовку, основанную на медицинских диагностических критериях, сменяет подход возможностей адаптации и интеграции человека с РАС в социальную действительность.

Классический подход в рамках биомедицинской модели основан на идее лечения больного тела, отклоняющегося от нормы; индивид при этом не рассматривается как целостная личность, асимметричные практики вмешательства со стороны врачебного корпуса легитимны и оправданны. Все это справедливо в отношении ранних медицинских моделей аутизма, который рассматривался как психическое заболевание, часто связанное с органическим поражением головного мозга, требующим медикаментозного лечения. Такая

модель продолжает работать в отношении «...психотической формы аутизма. Здесь требуется стационарное обследование. Потому что ...при эндогенном аутизме лечения корректирующего не нужно, нужна только реабилитация, а для психотических форм необходимо своевременное назначение определенных препаратов, которые значительно облегчат состояние, дезорганизирующее ребёнка. Для таких аутистов целесообразно было бы обследоваться в рамках закрытого стационара» (Эксперт 4, мужч., детский психиатр).

Новые неклассические трактовки РАС рассматривают расстройство как состояние, связанное с иным вариантом функционирования мозга, которое не лечится. Оно сопровождает человека всю жизнь, при этом может меняться, но не может быть излечено [4, с. 32]. Данная позиция представлена дефектологом, популярным блоггером Н.О.Керре: «Так, коротенько: аутизм не лечится нейрорептиками... это не болезнь, а СОСТОЯНИЕ, т.е. психика будет развиваться своеобразно всегда, всю жизнь. Препараты в таком случае играют вспомогательную роль, это тот фундамент, который сделает коррекцию "чуть легче и чуть быстрее", но не вылечит. Основная коррекция – через занятия, время и терпение» [5].

В рамках немедицинского подхода к РАС актуализируются вопросы дискриминации людей с РАС и их близких, проблематизируются термины, формирующие стигмы, например аутист. (В официальных документах здравоохранения и лексике медиков он продолжает использоваться: «Отклоняющееся поведение детей-аутистов является результатом синергического взаимодействия различных факторов – онтогенетических, психопатологических, психологических, биологических и социальных, создающих предпосылки для формирования социальной дезадаптации» [2]). Корректным признается выражение «ребенок» или «человек с РАС», «нейротипичные или нейроразличные люди». В дискурсах новых медиа и социальных сетей сообществом родителей детей с РАС активно обсуждаются вопросы использования дискриминационных терминов, отказа от медикаментозного лечения и коррекции состояний детей с помощью диеты, БАДов, разнообразных педагогических техник и методик. Провозглашается идея плюрализации подходов и свободы выбора членами семьи способов сопровождения/вмешательства в развитие ребенка с РАС.

Либерализация терминов и практик привела к возникновению радикальных интерпретаций аутизма, которые связаны с движением за нейроразнообразие. Этому способствовали бурные дискуссии и обсуждения статей высокофункциональных людей с РАС, которые описывали особенности своего восприятия социального мира и проблем и трудностей, которые их окружают в социальной реальности.[6] В рамках подхода нейроразнообразия

РАС интерпретируется как иное нейросостояние (подобное сексуальной ориентации или расовой принадлежности), свойственное меньшинству. Его представители нуждаются в первую очередь в защите прав и повышении качества жизни. Лечение РАС, коррекционные формы работы и вмешательства рассматриваются представителями движения как насильственные действия по приведению к нормальности.[3] Это относится и к подходу АВА-терапии – единственной методике вмешательства, эффективность которой считается официально доказанной в научном мире. Идеи о том, что аутизм не расстройство, а часть личности, которую необходимо уважать и не подгонять под стандартную норму в обществе, соотносятся с социальной моделью инвалидности.[7] Однако данный подход вызывает критику не только среди нейротипичных, но и среди людей с РАС.[8] Депатологизация РАС вызывает критику по причине невнимания к людям с низкофункциональными формами РАС, без вмешательства жизнь и здоровье которых существенно ухудшится. Особенно это касается детей с РАС. Именно ранние формы вмешательства, по мнению экспертов, дают наибольшие результаты в плане социальной адаптации и восполнения дефицитов.

Таким образом, можно констатировать, что в сфере определения аутизма происходит биомедицинское переопределение и социальная перекодировка явления. Монополия медицинского знания с патологоцентристским подходом разрушается. Ему на смену приходят новые – признанные и непризнанные наукой – субъекты и практики вмешательства и сопровождения, которые в крайнем своем проявлении продвигают идею депатологизации аутичного состояния. Очевидно, что процесс либерализации несет как положительные эффекты (уход от принудительности и несвободы в отношении ухода за детьми с РАС, усиление роли семьи и общественных организаций, структур гражданского общества при работе с проблемой), так и отрицательные последствия (увеличение числа методик, в том числе неэффективных, спорных и опасных, которые становятся объектом свободного выбора родителей детей с РАС).

Список литературы

1. Бурдые П. Начала. М.: Socio-Logos, 1994.
2. Расстройства аутистического спектра: диагностика, лечение, наблюдение Клинические рекомендации (протокол лечения). URL: https://autism-frc.ru/ckeditor_assets/attachments/578/klin_rek_autizm_simashkova.Pdf

3. Рахлина Н. Терминологические дебаты по поводу нейрокогнитивных расстройств развития: история, нововведения и их последствия. URL: <https://outfund.ru/terminologiya-v-sfere-autizma/> (дата обращения 20.06.2019)
4. Григоренко Е.Л. Расстройства аутистического спектра. Вводный курс. М.: Практика, 2018.
5. Кеппе Н. https://www.facebook.com/nataliakerre?__tn__=%2CdC-R-R&eid=ARBBTPWUwMYmap89Xul8zzcRv1socwu1yCBD9QUgzb8GnwF72u7AleFCEbUBM5sEHr0jXTVr1OU5QE86&hc_ref=ARQzzkR0arA0KmhG14B1MR3h02d8GZMf2TQH-ZK6LkI3t0-88QTrI2Vpdzl04_yUZhs&fref=nf (дата обращения 28.06.2019)
6. Богдашина О. Особенности сенсорного восприятия при аутизме: введение в проблему// Сибирский вестник специального образования. 2012. № 2(6).
7. Нейроразнообразие: неполиткорректный взгляд. URL: <https://aspergers.ru/node/303> (дата обращения 15.06.2019)
8. Отношение к АВА терапии и другим формам вмешательства / Форум для аутичных людей и их друзей и родственников. URL: <https://asdforum.ru/viewtopic.php?f=85&t=7667#top> (дата обращения 30.06.2019).

**РАЗГРАНИЧЕНИЕ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И
ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В ГОСУДАРСТВЕННЫХ И
МУНИЦИПАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**
**THE DELIMITATION OF FREE MEDICAL CARE AND PAID MEDICAL
SERVICES IN PUBLIC HEALTH SERVICE OF THE RUSSIAN
FEDERATION**

А.С. Санаров

Сибирский институт управления – филиал Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ, г. Новосибирск

A.S. Sanarov

Siberian institute of management – branch of The Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, Novosibirsk

Исследуется механизм реализации конституционного права на охрану здоровья и медицинскую помощь в Российской Федерации. Вопросы законодательного обеспечения охраны здоровья граждан рассматриваются государством в качестве важнейших приоритетов, о чем свидетельствует принятие в последнее время значительного количества нормативных правовых актов.

The article is devoted to the investigation of the arrangement for the implementation of the constitutional right to health and medical care in the Russian Federation. The issues of legislative support of health protection of citizens are

considered by the state as the most important priorities us witnessed the enactment in the recent time a big number of legal acts.

Ключевые слова: охрана здоровья, медицинская помощь, здравоохранение, конституционное право на охрану здоровья и медицинскую помощь, медикаментозный препарат, медицинская услуга.

Keywords: health protection, medical care, public health service, the constitutional right to health and medical care, medicine preparation, health services

В условиях увеличения пенсионного возраста и количества потенциальных угроз здоровью населения перед государством стоит круг задач, связанных с реформированием системы реализации конституционного права граждан на охрану здоровья и бесплатную медицинскую помощь для сохранения и восстановления здоровья граждан России, а также увеличения средней продолжительности жизни и вхождения России в клуб стран с продолжительностью жизни более 80 лет, как заявил Президент Российской Федерации Владимир Владимирович Путин в обращении к Федеральному собранию Российской Федерации.

Содержание юридической конструкции «охрана здоровья» раскрывается в следующем: является системой политических, экономических, правовых, медицинских, санитарно-противоэпидемических мер, осуществляемых в целях профилактики заболеваний, оказания медицинской помощи в установленном законом порядке [1, с. 108]. Реализация данного права зависит от множества организационных мер, осуществление которых выступает частью компетенции уполномоченных государственных органов.

Целесообразно акцентировать внимание на том, что рассматриваемая категория прав структурно образована из следующих взаимозависимых элементов: право на предоставление медицинской помощи в установленном законом порядке; право на отвечающее государственным стандартам экологическое и санитарно-эпидемиологическое состояние окружающей среды и радиационную безопасность; право на высококачественное лекарственное обеспечение; право на достоверную информацию о состоянии собственного здоровья.

Право на охрану здоровья и медицинскую помощь выступает основополагающим социальным правом, установленным внутринациональным законодательством и нормами международного права. Вышеизложенное находит свое отражение и дальнейшую конкретизацию в ст. 41 Конституции Российской Федерации [2], которая закрепляет наличие у граждан права на охрану здоровья и на бесплатную медицинскую помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения. Необходимо обратить

внимание, что право на оказание медицинской помощи регламентировано правовыми положениями ФЗ № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [3]: каждый имеет право на медицинскую помощь, в гарантированном объеме, оказываемую на безвозмездной основе государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения на основании утвержденной программы государственных гарантий.

Конституция РФ государственным и муниципальным учреждениям здравоохранения напрямую предписала оказывать бесплатную помощь, и нет специального дополнительного указания на возможность оказания платных медицинских услуг на территории данных учреждений. Это императивная норма, которая не позволяет субъектам права отклоняться от предписания, и нет никаких оснований считать, что, может быть, наряду с бесплатным оказанием гражданам медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения за счет средств соответствующего бюджета и страховых взносов существует и иной порядок оказания медицинской помощи за счет граждан, поскольку это прямо нарушит данную конституционное право. Так, предмет регулирования один, и если гражданину предложена платная медицинская услуга в учреждении здравоохранения, то значит конституционное право на охрану здоровья и бесплатную медицинскую помощь может быть нарушено и не исполняется в полном объеме в данном учреждении.

Платные медицинские услуги не должны рассматриваться как дополнительный источник финансирования государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, даже в рамках государственно-частного партнерства, так как данный способ поддержать финансовое состояние не позволяет обеспечить на должном уровне оказание гарантированной бесплатной медицинской помощи гражданам без приоритета платных медицинских услуг на территории данных учреждений.

У государственной и муниципальной системы здравоохранения единая общая цель – оказание бесплатной медицинской помощи населению страны. Главной же функцией частной системы здравоохранения является оказание платных медицинских услуг, которые дополняют бесплатную медицинскую помощь. Одним из основных публичных интересов в существовании частной системы здравоохранения является интерес в реализации права граждан на свободное развитие, в частности, на свободное развитие в сфере охраны здоровья, включая получение необходимых гражданину дополнительных платных медицинских услуг, но не заменяющих бесплатную медицинскую помощь. Любое смешение медицинской помощи и платных медицинских услуг

в рамках одного исполнителя не допускается, поскольку приведет сразу же к размыванию границ бесплатной медицинской помощи и платных медицинских услуг на территориях государственных и муниципальных учреждениях, нарушению конституционного права на бесплатную медицинскую помощь и увеличению доли платных медицинских услуг в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения.

На современном этапе, наряду с обеспечением бесплатной медицинской помощи, все большее значение приобретает предоставление бесплатных лекарственных препаратов при амбулаторном лечении. Все это представляет проблему, требующую разрешения в связи с тем, что осуществление лекарственной терапии – составная часть медицинской помощи. Следовательно, при недоступности требуемых медикаментозных препаратов лечение, предоставляемое учреждением, можно считать неэффективным.

Можно сделать вывод, что правовой механизм предоставления бесплатной медицинской помощи и платных медицинских услуг требует постоянного совершенствования. Единственным способом разграничить платные медицинские услуги и бесплатную медицинскую помощь следует считать разделение их по кругу оказывающих лиц: бесплатная медицинская помощь оказывается в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, а платные медицинские услуги во всех остальных организационно-правовых формах. Целесообразно реализовать систему полного и частичного возмещения (страхования) затрат на приобретение медикаментозных препаратов при амбулаторном лечении в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения на всей территории России.

Список литературы

1. Стрекозов В.Г. Конституционное право России. М.: Юрайт, 2018. 244 с.
2. Конституция Российской Федерации: принята всенар. голосованием 12 декабря 1993 г. (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 № 7-ФКЗ, от 05.02.2014 № 2-ФКЗ, от 21.07.2014. № 11-ФКЗ) // Собр. законодательства Рос. Федерации. 2014. № 31. Ст. 4398.
3. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: федер. Закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ: [ред. от 06.03.2019] // Собр. законодательства Рос. Федерации. 2011. № 48. Ст. 6724.

**ЭФФЕКТИВНЫЕ ПРАКТИКИ В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ,
ОКАЗАВШИМИСЯ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ,
НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ**
**EFFECTIVE PRACTICES IN WORKING WITH CHILDREN IN DIFFICULT
SITUATIONS AT THE REGIONAL LEVEL**

А.М. Сарбалаев
Российский государственный социальный университет, г. Москва
A.M. Sarbalaev
Russian state social University, Moscow

Рассматриваемая тема социально-педагогического сопровождения детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, приобретает в нашей стране всё большую актуальность. В результате негативных обстоятельств в субъектах Российской Федерации появляются семьи, у которых дети имеют проблемы с развитием, с трудностями формирования, с отклонениями в психофизическом состоянии здоровья, нарушениями поведения в общественных местах.

This article deals with the topic of socio-pedagogical support of children who find themselves in a difficult situation in our country is of great importance. Because of negative circumstances in subjects of the Russian Federation, there are a family at which children have problems of development, with difficulties of formation, with deviations in a psychophysical state of health, violations of behavior in public places.

Ключевые слова: дети-сироты, трудная жизненная ситуация, дети, оставшиеся без попечения родителей, права, законы Российской Федерации, регионы, реабилитация, бедность, социальная работа

Keywords: orphans, difficult life situation, children left without parental care, rights, laws of the Russian Federation, regions, rehabilitation, poverty, social work

По данным Федеральной службы государственной статистики, в Российской Федерации проживают более 28 миллионов детей*. Как следует из открытых источников Министерства просвещения Российской Федерации среди предоставленной статистики Росстатом большое количество лиц, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, – это дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей, дети из малообеспеченных и многодетных семей.

Сегодня в Российской Федерации насчитывается более 500 тысяч детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, более 70 тысяч воспитываются в организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, остальная часть воспитывается в приемных семьях. В связи с этим проблема создания комплексной программы для успешной социализации детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, актуальна.

* http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/urov/vpm/proj-min.html

Еще больше востребована такая сфера, как социально-педагогическое сопровождение таких детей и семей.

Под социально-педагогическим сопровождением понимается не только комплекс разнообразных мер коррекционно-развивающей, профилактической и реабилитационной работы с детьми, оказавшимися в трудной жизненной ситуации, но и комплексная работа специалистов, направленная на решение задач профориентации и социализации таких детей. Несмотря на то, что в настоящее время специалистами разных отраслей ведется колоссальная работа по сопровождению детей оказавшихся в трудной жизненной ситуации, она недостаточно эффективна, из-за чего ежегодно такие дети в организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

Проблемы социально-педагогического сопровождения, его содержание и организация изучали в своих научных трудах такие авторы, как В.Н. Антипова, А.М. Брынцев, А.К. Маркелова, и Г.В. Палаткина [1, с. 87]. В научной литературе проблемой сопровождения детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, занимались Н.В. Байер, В.Ф. Носикова, Д.П. Новичкова [2, с. 65].

В то же время анализ научной литературы показал, что теоретико-методические основы социально-педагогического сопровождения детей, семей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, не получили достаточного изучения.

Причинами, из-за чего дети оказываются в трудной жизненной ситуации много, но педагоги, психологи отмечают три основные:

1. алкоголизм и наркомания в семье;
2. нежелание взрослых слышать ребенка, принимать участие в его воспитании;
3. низкий заработок родителей.

За последние 5 лет поддержка таких семей и их детей выросла в разы. В 2010 г. была принята федеральная программа «Десятилетие детства», в рамках которой реализуются не только различного рода проекты в поддержку таких детей, но и ведется адресная работа с каждой семьей, которая оказалась в трудной жизненной ситуации. Данная программа направлена не только на работу с семьями, но и с детьми-сиротами и детьми, оказавшимися в тяжелой жизненной ситуации, а также с трудными подростками, которые по каким-либо причинам отбывают наказания в исправительных колониях*.

Изучая региональный опыт по сопровождению детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, стоит обратить внимание на 3 региона, которые

* <http://government.ru/news/33171/>

активно принимают участие в проектах федеральной программы «Десятилетие детства». Например, в Астраханской области за 5 лет было построено с нуля десять кризисных центров в поддержку многодетных и малообеспеченных семей. Каждый центр может разместить у себя не только более 200 человек, но оказать квалифицированную помощь молодым мамам, которые оказались в трудной жизненной ситуации.

В 2016 г. правительство Астраханской области запускает программу по дополнительным выплатам за рождение 4-го, 5-го и 6-го ребенка в семьях, которые находятся в трудной жизненной ситуации. В 2017 г. губернатором Астраханской области инициирована программа «Фермерская корзина» для многодетных и малоимущих семей, которая позволяет не только детям данных семей принять участие в посадке овощей, но после собрать урожай и тем самым запастись ими на зиму. Это только часть программ, которые реализовываются для семей и детей в трудной жизненной ситуации. Стоит отметить, что за каждым проектом стоят более 100 семей, которые сохранили свою полноценную семью и смогли преодолеть жизненные трудности.

С каждым годом органы исполнительной власти ищут разные успешные подходы для оказания комплексной поддержке детям. В 2016 г. Уполномоченный при Президенте Российской Федерации по правам ребенка Кузнецова Анна Юрьевна предложила пилотный проект «Наставничество» для трудных подростков. Данный проект начал осуществляться в Республике Удмуртия в двух детских колониях и трех детских домах*. В качестве наставников выступали успешные выпускники детских домов, приемные семьи, которые после даже забрали многих детей из детских домов. Данный проект показал, что для поддержки таких семей не обязательно писать законы, изучать научные труды, а важно искать новые подходы, чтобы таких семей было как меньше, а дети воспитывались в кровных семьях.

Интересен региональный опыт создания эффективных практик некоммерческих организации в работе с детьми в трудной жизненной ситуации. Автономная некоммерческая организация помощи детям-сиротам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации «Мы нужны друг другу», в 2017 г. совместно с членом Общественной палаты Пермского края, фермером Вячеславом Гореловым запустила проект «Новая жизнь» для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, которые только что освободились из мест лишения свободы†.

* <http://deti.gov.ru>

† <http://m-n-d-d.ru>

Идея проекта в том, что бывшие осужденные проходят социализацию на ферме у Вячеслава Горелова. В рамках этого проекта более 80 ребят обучаются, как правильно вести хозяйство, готовить еду и как не повторять ошибок. Благодаря данному проекту 45 человек смогли вернуться к полноценной жизни, остальные ребята продолжили жить на ферме у Вячеслава Горелова.

Такая практика уникальная тем, что вчерашний осужденный не остается со своими проблемами один на один, а имеет возможность уехать к дяде Славе, где он сможет прежде всего успешно социализироваться в обществе.

Сегодня большую часть решений проблем детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, берет на себя некоммерческий сектор и достаточно эффективно их решает. Конечно, государство тоже не стоит в стороне и не только всячески реализует различного рода проекты, программы, но и поощряет некоммерческие организации, которые уже более 5 лет дарят этим детям надежду на успешное будущее.

Список литературы

1. Антипова В.Н. Анализ материалов в социальной педагогике в сфере поддержки детей, оказавшиеся в трудной жизненной ситуации // Известия Астраханского научного центра, 2015. №6-12.

2. Байер Е.А. Анализ успешных практик в работе с девиантными подростками / Е.А. Байер // Педагогическое образование в современной России, 2015. №8-2. С. 65.

3. В Минпросвещения обсудили лучшие практики в постинтернатном сопровождении детей-сирот и детей, оказавшиеся в тяжелой жизненной ситуации. 2018. Режим доступа: <https://edu.gov.ru>. Дата обращения: 26.02.2018.

4. Лучшие проекты автономной некоммерческой организации помощи детям-сиротам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации «Мы нужны друг другу». Режим доступа: <http://m-n-d-d.ru>. Дата обращения: 05.03.2019.

5. Обзор законодательства в поддержку детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Режим доступа: <http://government.ru/news/33171>. Дата обращения: 05.03.2019

6. Обзор успешных практик Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. Режим доступа: <fond-detyam.ru>. Дата обращения: 05.03.2019

7. Обзор успешных региональных практик в поддержку детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей Уполномоченного при Президенте РФ по правам ребенка. Режим доступа: <deti.gov.ru>

8. Статистические данные выпускников детских домов. Режим доступа: <www.gks.ru>. Дата обращения: 05.03.2019.

9. Федеральный закон от 21 декабря 1996 года №159-ФЗ «О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» // Собрание законодательства РФ. От 23.12.2016 г. №76.

**ПЕРСПЕКТИВЫ СОЦИОМЕДИЦИНСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ
ТЕХНОЛОГИИ «ЦИФРОВОЙ ДВОЙНИК» (DIGITAL TWIN)
PERSPECTIVE OF SOCIOMEDICAL APPLYING
THE TECHNOLOGY DIGITAL TWIN**

В.А. Старцева, О.Ю. Колесниченко, И.А. Хайкина
*Первый Московский государственный медицинский
университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), г. Москва*
V.A. Startseva, O.Y. Kolesnichenko, I.A. Khaykina
I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

Создание цифровых двойников (Digital Twin) физических объектов является ведущим трендом цифровой революции. Используется технология машинного зрения (глубокое обучение нейросетей). Социомедицинское мобильное приложение с функцией распознавания внешнего вида человека позволит оценивать степень ожирения, а также заподозрить некоторые эндокринологические заболевания, выполняя, таким образом, функцию профилактики и диагностики заболеваний.

The creation of Digital Twin of physical objects is the leading trend of the digital revolution. The technology of Computer Vision is used for recognizing (Deep Learning of neural networks). The sociomedical mobile application with the function of recognizing the appearance of a person will allow to assess the degree of obesity, as well as to guess some endocrinological diseases, thus preventing and diagnosing diseases.

Ключевые слова: ожирение, цифровой двойник, мобильное приложение.
Keywords: obesity, Digital Twin, mobile application

Информационные технологии – Интернет, социальные сети, мобильные приложения с дополненной реальностью и машинным обучением – позволяют на современном этапе воплотить в жизнь идеи А.Н. Семашко на таком уровне, который до сих пор был недостижим. В режиме 24/7/365 пользователь мобильного приложения может в интерактивной форме быть вовлечен в систему профилактики и диагностики заболеваний. В целом, цифровые технологии формируют новое «умное» пространство для человека [1; 2], существенная часть которого обеспечивает мониторинг состояния здоровья.

Алгоритмы компьютерного зрения (Computer Vision) основаны на машинном глубоком обучении нейросетей (Deep Learning) и могут не только распознавать внешность человека, но и создавать цифровые аватары [3; 4]. Цифровые аватары, или двойники (Digital Twin) физических объектов, являются ведущим трендом цифровой революции. В медицине концепция «Digital Twin» подразумевает аккумуляцию цифровых данных о человеке, мониторинг и аналитику этих данных, а также возможность моделирования с прогностической целью. Широкое распространение получило создание анатомических цифровых двойников отдельных органов или костей, что позволяет моделировать план операции и делать 3D копию на 3D-принтере. Разрабатываемое нами мобильное приложение «Твой цифровой двойник» будет анализировать внешность человека, конституцию, формируя цифровую копию внешнего вида.

В медицинской практике врач, изучая внешность пациента, может даже поставить сразу верный диагноз. Особенно это касается эндокринных заболеваний (например, болезнь Грейвса, болезнь или синдром Иценко-Кушинга), см. рис. 1.

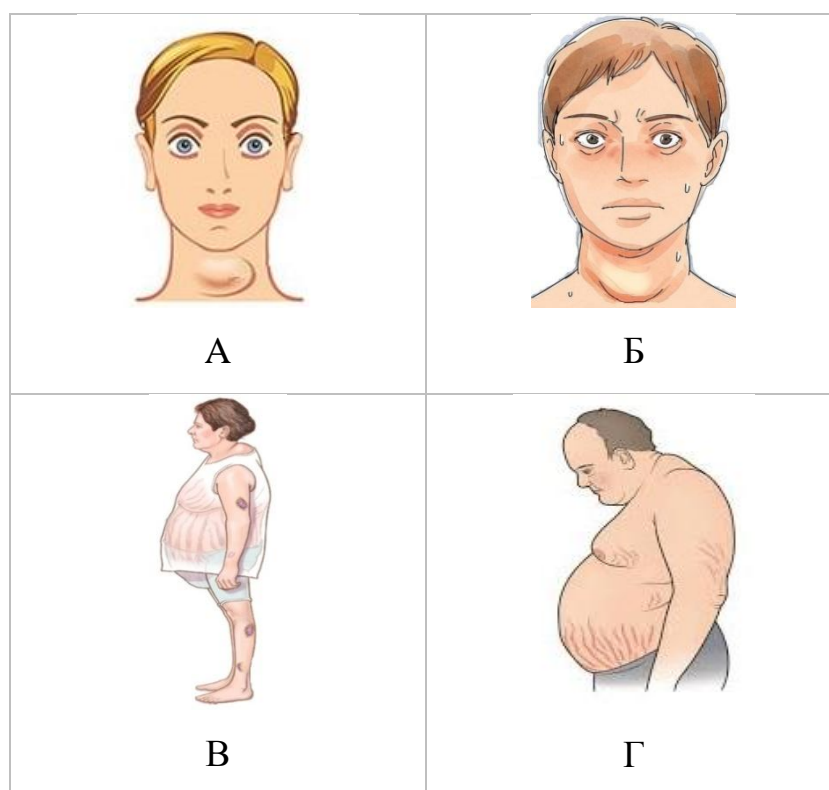


Рис. 1. Внешний вид пациентов с болезнью Грейвса (А, Б) и с болезнью или синдромом Иценко-Кушинга (В, Г). Иллюстрация MayoClinic.org.

Ожирение – масштабная и мультифакторная проблема, с которой на уровне ВОЗ идет интенсивная борьба. Несмотря на все усилия, число людей с ожирением утроилось по сравнению с 70-ми годами прошлого века, а среди молодого поколения произошло десятикратное увеличение случаев ожирения. Повышенная масса тела является фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета 2 типа, остеоартрита и онкологических заболеваний [5; 6] и занимает третье место после артериальной гипертензии и курения среди факторов, более всего влияющих на смертность [7].



Рис. 2. Логическая схема социомедицинского мобильного приложения «Твой цифровой двойник» (Digital Twin). ИМТ – Индекс массы тела (отношение массы к росту, $\text{кг}/\text{м}^2$).

Мобильное приложение «Твой цифровой двойник» будет служить для оценки внешности по сделанной смартфоном фотографии лица, фигуры. При определении признаков повышенного веса, подозрении на эндокринное заболевание пользователь получит индивидуальный (персонализированный) план действий. Приложение будет включать советы врачей, в том числе молекулярных диетологов, навигацию для прохождения медицинского обследования, сведения о местах занятия спортом, консультации психологов (рис. 2). Контроль своего «цифрового двойника» можно проводить ежедневно, обновляя фотографию, которую затем анализирует алгоритм машинного обучения.

Список литературы

1. Korzun D.G., Balandin S.I., Kashevnik A.M., Smirnov A.V., Gurtov A.V. Smart Spaces-Based Application Development: M3 Architecture, Design Principles, Use Cases, and Evaluation. *International Journal of Embedded and Real-Time Communication Systems*, 2017; Vol. 8. Issue 2. Pp. 66-100.
2. Identity in a Digital World: A new chapter in the social contract, Report. *World Economic Forum*, 2018. P. 38.
3. Shysheya A., Zakharov E., Aliev K-A., Bashirov R., Burkov E., Iskakov K. et al. Textured Neural Avatars. arXiv:1905.08776. 21 May 2019.
4. Колесниченко О.Ю., Мартынов А.В., Пулит В.В., Колесниченко Ю.Ю., Шакиров В.В., Мазелис Л.С. и др. Современный передовой уровень искусственного интеллекта для умной медицины. *Ремедиум*, 2019. №4. С. 36-43. URL: http://www.remedium.ru/health/Isk_Int_dlya_medicini/.
5. Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью. ВОЗ, 2004. URL: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/ru/>.
6. Десятикратный рост числа детей и подростков с ожирением за последние сорок лет: новое исследование Имперского колледжа в Лондоне и ВОЗ. Новостной портал ВОЗ. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/detail/11-10-2017-tenfold-increase-in-childhood-and-adolescent-obesity-in-four-decades-new-study-by-imperial-college-london-and-who>.
7. Foreman K.J., Marquez N., Dolgert A., Fukutaki K., Fullman N., McGaughey M. et al. Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016–40 for 195 countries and territories. *Lancet*, 2018; Vol. 392. Pp. 2052-2090.

**МОДЕЛИ МЕДИЦИНСКОГО ВЫБОРА ПАЦИЕНТОВ С
ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
(НА ПРИМЕРЕ КРУПНОГО РОССИЙСКОГО ГОРОДА)*
MEDICAL CHOICE MODELS OF CHRONIC PATIENTS
(THE EXAMPLE OF A LARGE RUSSIAN CITY)**

И.Е. Финкельштейн
*Самарский национальный
исследовательский университет им. академика С.П. Королева, г. Самара*
I.E. Finkelstein
Samara National Research University, Samara

Увеличение доли хронической патологии в структуре заболеваемости требует социально-гуманитарного осмысления, изучения опыта пациентов с

* Исследование поддержано РФФИ, грант № 17-06-00127 А. Руководитель – д.ф.н., проф. Лехциер В.Л.

хронической болезнью. В фокусе внимания данной публикации – медицинский (терапевтический) выбор хронических пациентов. В результате количественного исследования, проведенного в 2018 г. в г. Самаре, были выявлены три наиболее распространенные модели медицинского выбора пациентов-хроников.

Increasing the chronic pathology proportion in the structure of the disease requires social and humanitarian reflection, studying the experience of chronic patients. This publication focuses on the medical (therapeutic) choice of chronic patients. A quantitative investigation conducted in 2018 in Samara has revealed three most common models of medical choice of chronic patients.

Ключевые слова: модели медицинского выбора, хроническая болезнь, факторы медицинского выбора, самостоятельное лечение, когнитивная медицинская антропология

Keywords: medical choice models, chronic disease, medical choice factors, self-treatment, cognitive medical anthropology

В современном обществе наблюдается рост хронических заболеваний. Происходит это на фоне развития медицинской науки, появления новых технологий, позволяющих поддерживать хронические состояния разной степени тяжести. Хронические неинфекционные заболевания занимают сегодня первое место как в структуре смертности, так и в структуре заболеваемости. По данным RLMS-HSE за 2014 год, 53,2% населения в возрасте от 14 лет страдало хотя бы одним хроническим заболеванием [1]. Осмысление опыта человека в ситуации хронической болезни становится крайне важным.

В данной публикации рассмотрим три основные модели медицинского выбора в ситуации хроникализации болезни, т.е. которые характерны для хронических пациентов с уже накопленным опытом болезни и ее лечения.

Медицинский выбор пациента рассматривается с позиции когнитивной медицинской антропологии. Представителей направления интересует, как осуществляется принятие терапевтических решений пациентами. Выбор пациента конституируется как осозанный, рациональный процесс, в ходе которого оценка своего состояния и выбор среди альтернативных решений осуществляется на основе так называемых «культурных знаний», т.е. интернализованных представлений о болезни и способах ее лечения [2]. Безусловно, медицинский выбор имеет и другие основания, например, финансовую доступность.

В ходе исследования было проведено 510 полуструктурированных интервью с людьми, страдающими различными хроническими заболеваниями (квотная выборка строилась на основе статистических данных относительно пола, возраста и типа заболевания). Подробнее о методологии исследования и

некоторых эмпирических результатах можно посмотреть в предыдущей публикации [3].

Все опрошенные имели стаж болезни не менее года, при этом преобладающее большинство респондентов с опытом болезни более 5 лет (73,3%), а 17% к моменту опроса имели стаж болезни от 3 до 5 лет, что позволяет делать выводы о структуре терапевтического выбора и конфигурации факторов в ситуации хроникализации болезни.

На рисунке 1 представлены три основные модели терапевтического выбора в ситуации обострения хронического заболевания: лидирующую позицию занимает обращение к профессиональной медицинской помощи в рамках биомедицины (конвенциональной)* – 57%; следующую строчку по популярности занимает решение лечиться самостоятельно – 23%, что составляет четверть всех опрошенных; для 16% респондентов характерно комбинирование самостоятельного лечения и обращение за профессиональной медицинской помощью.

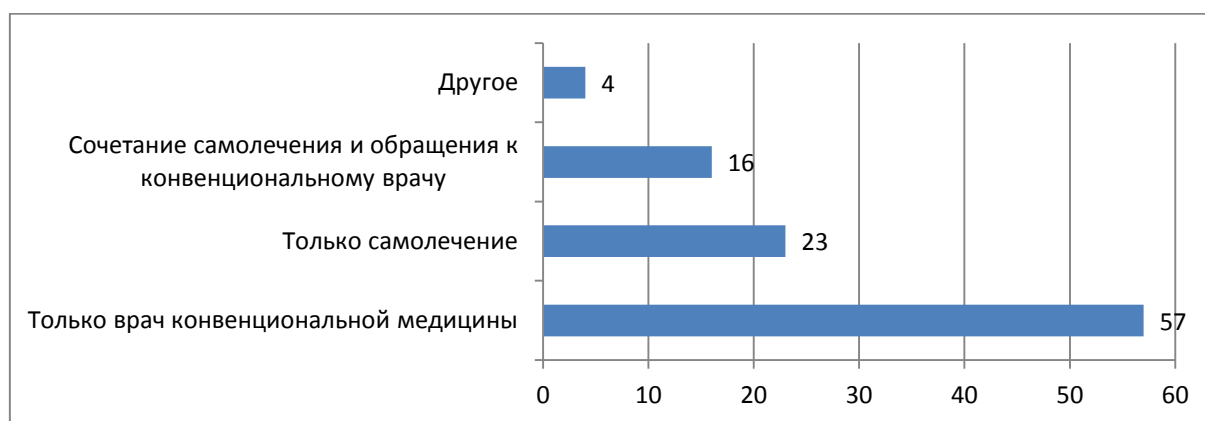


Рисунок 1 – Терапевтический выбор хронических пациентов (в % от общего количества опрошенных, N=510).

При этом следует отметить, что внутри каждой группы можно выделить подгруппы: с точки зрения выбора формы оплаты медицинской помощи; формы самолечения (медикализированной и(или) немедикализированной); лечение по прошлым назначениям без корректировки, с корректировкой, самостоятельный подбор препаратов. Относительно выбора формы оплаты преобладает обращение к врачу по полису ОМС. А при выборе самостоятельного лечения – медикализированное [3]. В пункт «другое» вошли плохо представленные альтернативные медицинские практики и их сочетания. Следует отметить, что при всей непопулярности обращения к специалистам

* Медицина, основанная на объективном научном знании и современных медицинских технологиях.

народной медицины в рамках самостоятельного лечения пациенты используют средства народной медицины (чаще в сочетании с биомедицинскими препаратами).

Итак, три основные модели медицинского выбора – наблюдение у конвенционального врача, самолечение или их сочетание. Какие же факторы детерминируют тот или иной выбор хронического пациента? Факторы, обуславливающие решения хроников, были выявлены на этапе анализа качественных интервью с хроническими пациентами. В результате в рамках ситуации хроникализации была получена следующая структура факторов: «культурное знание», «отношение к медицинским институциям», «знание себя» (личный опыт болезни) и «финансовая доступность» (табл. 1). «Культурное знание» в исследовании выражено в представлениях о природе заболевания, о способах лечения, о возможностях биомедицины. Отношение к медицинским институциям представлено через доверие врачам и оценку медицинских учреждений. Хотелось бы отметить, что факторы изучались через набор суждений, респондентам предлагалось выбрать только те, которые влияют на их терапевтические решения, а затем определить степень этого влияния.

Таблица 1.

Распределение факторов медицинского выбора при моновыборе наблюдения только у конвенционального врача, при выборе только самолечения и при комбинированном выборе самолечения и конвенционального врача*.

Факторы	Только конвенциональный врач (% от 292)	Только самостоятельное лечение (% от 119)	Конвенциональный врач и самолечение (% от 81)
Культурное знание	90(I)	73(II)	84 (I)
Отношение к медицинским институциям	80(II)	58(III)	83(II -III)
Финансовая доступность	72(III)	5(IV)	56(IV)
Знание себя	56(IV)	88(I)	83(II -III)

При всей значимости фактора «культурное знание» в целом для хронических пациентов, для выбирающих самолечение, этот фактор уступает свою позицию более значимому фактору «знание себя» (на основе личного опыта болезни). Эта категория респондентов больше других ориентируется на личные знания, полученные в ходе лечения. Фактор «финансовая доступность»

* В таблице 1 представлено распределение факторов у пациентов с разными моделями выбора без учета степени влияния, т.е. в распределение вошли и те, которые оказали сильное, решающее действие, и те, которые повлияли незначительно.

теряет свою актуальность в случае выбора самолечения как единственного способа контроля болезни. Расчет индекса влияния выбранных респондентами суждений также подтверждает, что отказ от наблюдения у врача продиктован в первую очередь уверенностью в своих возможностях правильно оценить состояние и выбрать терапию (в большинстве случаев на основе прежних назначений).

Для категории хронических пациентов, выбирающих наблюдение у конвенционального врача (57%) как единственный способ контроля болезни, можно наблюдать обратную ситуацию – заметно снижается значимость фактора «знание себя», возрастает значение культурных представлений о болезни и способах ее лечения, усиливается влияние фактора «отношение к медицинским институциям». Для данной самой многочисленной категории пациентов характерна уверенность в эффективности конвенциональной медицины и в необходимости наблюдения у врача. Важность фактора «финансовой доступности» проявляется в выборе формы медицинской помощи – большинство пациентов, выбирающих наблюдение у врача, предпочитают получать медицинские услуги по полису ОМС.

В случае комбинированного выбора все факторы, кроме фактора финансовая доступность, выравниваются и являются актуальными для этой категории пациентов. Что касается финансовой доступности, этот фактор остается значимым больше чем для половины пациентов, сочетающих самолечение и обращение к врачу.

Список литературы

1. Вестник Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (RLMS HSE). Выпуск 6. 2016. 125 с.
2. Garro L.C. On the Rationality of Decision-Making Studies: Part 1: Decision Models of Treatment Choice. Part 2: Divergent Rationalities // *Medical Anthropology Quarterly*, 1998. 12 (3). P. 319-355.
3. Лехциер В.Л., Готлиб А.С., Финкельштейн И.Е. Медицинский выбор хронических больных в крупном российском городе: ситуации, практики, факторы // *Социологический журнал*. 2019. Том. 25. № 2. С. 78-98.

**ЗДОРОВЬЕ МОЛОДЕЖИ МЕГАПОЛИСА КАК РЕСУРС
АДАПТАЦИИ К УСЛОВИЯМ КРИЗИСА
HEALTH OF YOUTH OF THE METROPOLIS AS THE RESOURCE
FOR ADAPTATION TO THE CRISIS**

Е.В. Шлыкова

*Федеральный научно-исследовательский социологический центр РАН,
Москва*

E.V. Shlykova

*Federal Center of Theoretical and Applied Sociology
of the Russian Academy of Sciences,
Moscow*

На базе вторичного анализа данных демонстрируется роль здоровья и психологического состояния молодежи мегаполиса в процессе адаптации к условиям кризиса. На основе анализа эмпирических данных фиксируется негативная динамика физического здоровья и психологического состояния молодежи мегаполиса в пик кризиса. Обосновывается научная и практическая необходимость поиска компенсаторных механизмов, повышающих защищенность молодежи мегаполиса от физического и психологического ущерба.

On the basis of secondary data analysis the role of health and psychological state of youth in the process of adaptation to the crisis is demonstrated. Based on the analysis of empirical data, the negative dynamics of physical health and psychological state of the youth of the metropolis at the peak of the crisis is fixed. The scientific and practical need to find compensatory mechanisms that increase the protection of young people of the metropolis from physical and psychological damage is substantiated.

Ключевые слова: здоровье, молодежь, ресурсы, адаптация, кризис, мегаполис, ущерб, риск

Keywords: health, youth, resources, adaptation, crisis, metropolis, damage, risk

Изменения жизненных условий под воздействием текущего кризиса, а именно, роста неопределенности среды, выводят на передний край социологической науки проблемы социальной адаптации населения России. В фокусе внимания ведущих отечественных научно-исследовательских коллективов находится изучение факторов, способствующих и препятствующих успешной адаптации к кризисным условиям, в том числе, оценка ресурсообеспеченности россиян.

Результаты социологических исследований, относящихся к острому периоду кризиса, показывают, что основные усилия исследователей направлены на изучение экономического [1], социального, властного, квалификационного и культурного ресурсов [2; 3], и существенно меньше внимания

уделяется личностному, символическому и физиологическому ресурсам, по классификации Н.Е. Тихоновой и А.В. Каравай [3].

Однако многолетние исследования сектора проблем риска и катастроф Института социологии ФНИСЦ РАН в предметных рамках социологии риска позволяют утверждать, что в условиях неопределенности, вызванных как кризисом, так и воздействием острого риска, физиологический ресурс, а именно физическое здоровье и эмоционально-психологическое состояние, являются важнейшими факторами адаптированности к среде [4; 5]. Поэтому исследования состояния и динамики здоровья населения как важнейшего адаптационного ресурса в период адаптации к кризисным условиям приобретают особую актуальность.

Исследуя особенности ресурсообеспеченности адаптационного потенциала различных категорий россиян, коллеги из Левада-Центра пришли к выводу, что среди наименее адаптированных к институциональным, психологическим и социальным изменениям в последние годы оказываются самые молодые группы населения. Более половины молодежи составляют «инертные адаптанты» – те, «кто отказался пытаться что-либо менять в своей жизни» [6, с. 88]. В интерпретации авторов исследования, это связано с ограниченностью ресурсов у этой возрастной группы: молодежь находится на пути наращивания адаптационного потенциала и не накопила еще достаточно ресурсов и опыта адаптации к условиям кризиса. В этом контексте здоровье для молодежи как естественный ресурс, в силу возраста, становится одним из основных в адаптационном потенциале.

Целевой анализ особенностей ресурсообеспеченности молодежи, осуществленный нами в разные фазы текущего кризиса, позволяет очертить особенности здоровья проживающей в мегаполисе молодежи как ресурса адаптации к острой фазе текущего кризиса.

Эмпирическую базу анализа составляют: базы данных «второй и третьей волны» (март и октябрь 2015 г.) мониторингового исследования Института социологии ФНИСЦ РАН «Динамика социальной трансформации современной России в социально-экономическом, политическом, социокультурном и этнорелигиозном контекстах», осуществлённые при финансовой поддержке РНФ. Опрос проводился по многоступенчатой районированной выборке с квотным отбором единиц наблюдения на последней ступени. Выборочная совокупность в каждой волне репрезентирует взрослое население России в возрасте от 18 лет и старше по полу, возрасту, уровню образования, типу поселения и составляет 4000 человек. И база данных исследования сотрудников сектора проблем риска и катастроф Института социологии ФНИСЦ РАН (май 2015 г.), созданная при финансовой поддержке РГНФ. Опрос проводился по

репрезентативной квотной выборке в городе Москве. Выборочная совокупность составляет 100 человек.

Из каждого массива данных были отобраны целевые группы по двум признакам – проживание в городе Москве и возраст 18-29 лет – «молодежь мегаполиса». Сопоставительный анализ целевых групп по основным социально-демографическим признакам показал их идентичность по полу, занятости, семейному положению и образованию, а также соответствие половозрастной структуре молодежи Москвы, что вместе с незначительными интервалами проведения опросов делает возможным задуманный анализ.

Показатель «здоровье» в статье мы интерпретируем через следующие эмпирические индикаторы: особенности идентификации респондентов по «шкале самосохранительного поведения»; самооценка состояния и динамики здоровья и проблем со здоровьем; уровень защищенности в сфере охраны здоровья; уровень удовлетворенности медицинским обслуживанием.

«Шкала самосохранительного поведения» представляет собой одиннадцатибалльную оценочную шкалу, на которой «0» означает «люди, пренебрегающие своим здоровьем», «10» – «люди, сконцентрированные на своем здоровье». Выбор респондентом той или иной позиции на этой шкале отражает его отношение к собственному здоровью. Конфигурация распределения самооценок по «шкале самосохранительного поведения» показывает, что половина респондентов склоняются к высоким оценкам своего отношения к здоровью (7, 8 и 9 баллов), более трети (40%) – к средним (4, 5 и 6 баллов), доля скорее пренебрегающих здоровьем незначительна (10%). Таким образом, для молодежи, проживающей в мегаполисе, в пик кризиса здоровье представляет собой важную ценность. Молодежь мегаполиса характеризуется достаточно высокими оценками состояния здоровья (14% – «очень хорошее здоровье», 56% – «хорошее», 24% – «неплохое» и 6% – «плохое»). Однако более трети респондентов отмечают негативную динамику своего здоровья в последнее время (36% – «здоровье ухудшилось»).

По данным мониторинга Института социологии ФНИСЦ РАН, по сравнению с молодежью России в целом среди молодежи мегаполиса оказывается больше тех, кто в пик кризиса столкнулся с проблемами, связанными с их собственным здоровьем: удельный вес 15% против 10% среди российской молодежи.

Молодежь мегаполиса в пик кризиса демонстрирует низкие оценки защищенности в сфере охраны здоровья: только треть (34%) считают себя защищенными от отказа в бесплатной медицинской помощи и 8% – от неправильного диагноза и лечения; почти четверть (24%) совсем не удовлетворены медицинским обслуживанием. Индекс удовлетворенности

медицинским обслуживанием оказался одним из самых низких среди рассчитанных для разных сторон жизни молодежи мегаполиса [5, с. 407].

Имеющиеся в нашем распоряжении данные позволяют проследить динамику повседневного эмоционально-психологического состояния молодежи мегаполиса в пик кризиса. По данным мониторинга Института социологии ФНИСЦ РАН, в период с марта по октябрь 2015 г. у молодежи мегаполиса наблюдается тенденция к снижению позитивных и росту негативных составляющих повседневного эмоционально-психологического состояния: реже фиксируется эмоциональный подъем (падение с 8% до 2% за год), растут раздражение (с 5% до 9% за год) и безразличие, апатия (с 4% до 8% соответственно).

Опираясь на представление социологии риска о повышенной рискогенности среды в периоды роста неопределенности, вызванной кризисом, по специально разработанной методике удалось зафиксировать наличие актуализированных рисков в сознании молодежи мегаполиса в пик кризиса – в 2015 г. Методика базируется на сопоставлении высоких рейтингов самооценок угрожающих факторов среды и неприемлемости возможных ущербов от воздействия этих угроз [6]. Результаты указывают на актуализацию в сознании молодежи мегаполиса физического (ухудшение, утрата здоровья) и психологического (стресс, потеря контроля над своей жизненной ситуацией) рисков, то есть в их основе молодежь видит основные, характеризующие пик кризиса, реальные угрожающие источники и чувствует недостаточную защищенность от их неблагоприятного воздействия.

Таким образом, в пик кризиса молодежь мегаполиса характеризуется негативной динамикой здоровья и эмоционально-психологического состояния на фоне невысокого уровня защищенности в сфере охраны здоровья и неудовлетворенности медицинским обслуживанием, что коррелирует с выявленными актуализированными в ее сознании физическим и психологическим рисками. Для избежания дальнейшего «истощения» физического здоровья и психологического состояния молодежи мегаполиса как важнейшего адаптационного ресурса, особенно в случае реализации негативных сценариев развития кризиса, важной научной и практической задачей представляется поиск компенсаторных механизмов, повышающих защищенность от физического и психологического ущербов. Для развития адаптационного потенциала молодежи мегаполиса лицам, принимающим решения в сфере молодежной политики, необходимо расширить программы, обеспечивающие профилактику здоровья молодых людей, и усилить меры контроля над качеством медицинского обслуживания этой категории населения.

Список литературы

1. Козырева П.М., Смирнов А.И. Жизнь в условиях неопределенности кризисного общества: опыт и ожидания // Социологические исследования. 2018. № 6. С. 66–78. DOI: 10.7868/S0132162518060065.
2. Тихонова Н.Е., Каравай А.В. Ресурсы россиян в условиях кризиса: динамика и роль в адаптации к новым условиям // Социологические исследования. 2016. № 10. С. 43–53.
3. Тихонова Н.Е., Каравай А.В. Роль различных ресурсов в адаптации населения к кризисным условиям // Российское общество и вызовы времени. Книга третья / М.К. Горшков [и др.]; под ред. Горшкова М.К., Тихоновой Н.Е. – М.: Весь Мир, 2016. С. 175–200.
4. Мозговая А.В., Шлыкова Е.В. Социальные ресурсы и адаптация к риску: выбор стратегии (на примере социальной общности в ситуации конкретного риска) // Социологическая наука и социальная практика. 2014. № 4. С. 25-49.
5. Шлыкова Е.В. Социальное настроение молодежи в условиях повседневных рисков мегаполиса // Россия реформирующаяся: ежегодник: вып.15 / Отв. ред. М.К. Горшков. М.: Новый Хронограф, 2017. С. 395-418.
6. Гудков Л., Зоркая Н., Овакимян А. Городской класс: потенциал адаптации или готовность к изменениям // Вестник общественного мнения. Июль-декабрь 2014. № 3-4(118). С. 80-117.

**ЦЕННОСТНЫЕ УСТАНОВКИ НА ЗДОРОВЬЕ
И ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ**

ДОКЛАДЫ

**ЭКОЛОГИЧЕСКОЕ ВОЛОНТЕРСТВО В ЯКУТИИ
КАК НАПРАВЛЕНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ
ECOLOGICAL VOLUNTEERING IN YAKUTIA
AS THE DIRECTION OF A HEALTHY LIFESTYLE**

Г.Г. Алексеева

*Чурапчинский государственный институт
физической культуры и спорта,
Северо-восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова,
с. Чурапча, Республика Саха (Якутия)*

G.G. Alekseeva

*Churapchinsky State Institute of Physical Education and Sports,
North-Eastern Federal University named by M.K. Ammosov,
Churapcha, Sakha (Yakutia)*

Рассматривается развитие движения здорового образа жизни в Республике Саха (Якутия). Выявлена взаимосвязь с экологическим волонтерством. Автор приводит результаты социологического исследования развития волонтерства в Республике Саха (Якутия), рекомендации для развития экологического волонтерства.

The article discusses the development of the healthy lifestyle movement in the Republic of Sakha (Yakutia). Revealed the relationship with ecological volunteering. The author presents the results of a sociological study of the development of volunteering in the Republic of Sakha (Yakutia). The recommendations for the development of environmental volunteering are given.

Ключевые слова: здоровый образ жизни, здоровье, социологическое исследование, экологическое волонтерство, Республика Саха (Якутия)

Keywords: healthy lifestyle, health, sociological research, environmental volunteering, Sakha Republic (Yakutia)

Здоровый образ жизни является одной из острых проблем человечества. Согласно определению здоровья с точки зрения социологии, это не только физическое, психологическое, социальное благополучие, также здоровье зависит на 20% от окружающей среды, на 20% – от наследственных факторов, на 10% – от медицинского обслуживания, на 50% – от образа жизни [1].

Движение ЗОЖ в Республике Саха (Якутия) развивается с конца XX века. Основой стала принятая 15 марта 2000 г. на Форуме народов Якутии «За здоровый образ жизни» впервые в России Доктрина здорового образа жизни. Доктрина включала 5 направлений: созидательный общественный труд; физическое здоровье; высокая образованность; духовность; здоровая природная среда [2]. С того времени движение ЗОЖ в республике пользуется большой популярностью. В настоящее время есть населенные пункты, полностью отказавшиеся от продажи алкоголя, так называемые «Трезвые села», открыты центры ЗОЖ, физическая культура, пропаганда спорта, активного образа жизни являются трендом.

Для полного внедрения идеи Доктрины ЗОЖ необходимо сохранение здоровой природной среды. Для эффективного решения данного вопроса считаем нужным формирование экологической культуры населения посредством экологического волонтерства.

По результатам социологического исследования, проведенного в 2017-2018 гг. среди стихийных волонтеров Якутии, проживающих в разных районах (n = 507), волонтер в сфере экологии – это человек (как мужчина 44.8%, так и женщина 55.2%), любящий все живое, природу (33.1%), заботящийся о чистоте и порядке (23.9%), знающий природоохранные правила (21.4%), следующий заветам предков, чтящий традиции народа (14%), хранящий «Чувство хозяина» (7.6%).

Традиционная культура якутов исконно тесно взаимосвязана с природой. По преданиям якутов, она обладает большой силой, которую нужно ценить, беречь и чтить ее законы. Поэтому в Якутии экологическое волонтерство является вторым по актуальности: опыт участия в данном виде подтвердили 59.8%, желание продолжать выразили 53.5%, без опыта участия хотят попробовать 12% респондентов. Большое значение экологическому волонтерству придаётся с советских времен – весенние и осенние субботники, очистка прилегающей территории, озеленение населенных пунктов являются ежегодными традиционными мероприятиями. Популярность экологического волонтерства среди населения показывает социальную ответственность общества. Ведь жизнь в обществе накладывает на каждого определенные обязательства [3].

Большинство респондентов имели опыт участия в данном виде волонтерства (59.8%), выявлено, что респонденты имеют представление об экологии и экологическом волонтерстве: озеленение территории определенного места – 25.4%, экологические марши, уборка мусора и очистка загрязнений водоемов (20.4%), помощь животным, добровольная помощь зоопаркам, заповедникам, природным паркам (12.6%).

Основным проблемным вопросом международного семинара «Люди и мерзлотные ландшафты», проведенного 18-19 июня 2019 г. в с. Чурапча Чурапчинского улуса Республики Саха (Якутия), было постепенное таяние вечной мерзлоты, которое может привести к потере не только полей, лугов, пастбищ, но и целых населенных пунктов. Перед экологическими волонтерами стоит вопрос оказания помощи по посадке деревьев как одного из основных для решения создавшейся экологической проблемы.

«Анализируя проблему экологического воспитания, следует всегда помнить одну особенность: гармонизируя отношения человека с окружающей природой, мы неизбежно приходим к необходимости гармонизации отношений человека в обществе, с другими людьми. По сути дела, традиционное нравственное воспитание есть не что иное, как воспитание экологическое. Ведь нравственность – чрезвычайно важная категория, отражающая весь жизненный опыт существования человечества, его взаимодействия не только с обществом, но также с живой и неживой природой. Нравственные положения реализуются через систему многих институтов, и прежде всего, через школу, в том числе и через волонтерскую работу. Экологическое волонтерство становится началом патриотического воспитания подрастающих поколений, так как приобщение молодежи к экологическому волонтерству прививает чувство любви к родным местам, природе и ощущению неразрывности мира природы и человека, постижению причинно-следственных связей в окружающем мире, формирует понятие о путях созидания своего здоровья и желание сохранить и приумножить богатство своей страны» [4].

Согласно Перечню поручений по итогам заседания Государственного совета, утвержденному Президентом РФ В.В. Путиным 16 января 2019 г., органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации рекомендовано обеспечить разработку межведомственных программ (подпрограмм) развития добровольчества (волонтерства), включающих в себя мероприятия, направленные на ресурсную поддержку, обучение, нематериальное стимулирование участников добровольческих (волонтерских) инициатив и вовлечение в добровольческую (волонтерскую) деятельность граждан всех возрастов (Пр-38ГС, п. 2а) в срок до 1 сентября 2019 г [5].

По итогам Мониторинга эффективности деятельности членов ассоциации волонтерских центров за 2018 г., Чурапчинский государственный институт физической культуры и спорта вошел в число волонтерских организаций Российской Федерации, лидирующих по всем направлениям деятельности, в том числе как организация-лидер по развитию тематического направления и

экспертизы, по методической и экспертной работе, по участию в мероприятиях ассоциации волонтерских центров.

Необходимо разработать программу содействия и поддержки развития волонтерских центров по направлению экологического волонтерства: предусмотреть развитие методической, информационной, консультационной, образовательной и ресурсной поддержки деятельности по привлечению волонтеров к работе. Добровольчество развивать в различных профессиональных и социальных группах, возрастных категориях, семейных формах с учётом региональных и местных условий волонтерской деятельности. Разработать основную образовательную магистерскую программу по менеджменту экологического волонтерства, программы переподготовки лидеров молодежи как руководителей по развитию волонтерства с основным уклоном формирования экологической культуры в ФГБОУ ВО «Чурапчинский государственный институт физической культуры и спорта».

Список литературы

1. Снопко А.М. Волонтерское движение как направление пропаганды ЗОЖ // Научное сообщество студентов XXI столетия. Общественные науки: сб. ст. по мат. XXXVII междунар. студ. науч.-практ. конф. № 10(36). URL: [http://sibac.info/archive/social/10\(36\).pdf](http://sibac.info/archive/social/10(36).pdf) (дата обращения: 29.06.2019).

2. Постановление правительства РС(Я) от 20.10.2005 N 569 «О реализации доктрины здорового образа жизни в Республике Саха (Якутия)».

3. Бурчакова М.А., Хожемпо В.В. Волонтерство как форма проявления социальной ответственности государства, общества и бизнеса// Современные технологии управления. ISSN 2226-9339. №4 (52). Режим доступа: <http://sovman.ru/article/5203/> (дата обращения: 18.11.2018 г.).

4. Важдаева Н.Н. Дело добровольное // Новые известия. 2007. № 24. С. 27.

5. Перечень поручений по итогам заседания Государственного совета, утвержденный от 16 января 2019 года. URL: <http://kremlin.ru/acts/assignments/orders/59686> (дата обращения: 14.05.2019г.).

**ПЛАНИРОВАНИЕ И РЕАЛИЗАЦИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ
ТЕХНОЛОГИЙ УПРАВЛЕНИЯ
PLANNING AND IMPLEMENTATION OF HEALTH-PRESERVING
TECHNOLOGY MANAGEMENT**

Е.Ю. Бикметов
*Уфимский государственный
авиационный технический университет, г. Уфа*
О.Н. Игнатьева, З.Л. Сизоненко
Башкирский государственный университет, г. Уфа
E.Yu. Bikmetov
Ufa state aviation technical University, Ufa
O.N. Ignatieva, Z.L. Sizonenko
Bashkir state University, Ufa

По мнению авторов, в современных условиях при разработке и реализации проектов в различных профессиональных сферах необходимо уделять особое внимание технологиям здоровьесбережения. Индикаторами эффективности управленческих решений выступают социально-демографические характеристики, в том числе данные о состоянии здоровья населения. Представлены результаты социологических исследований, посвященных проблемам здорового образа жизни.

According to the authors, in modern conditions when in the development and implementation of projects in various professional spheres need to pay special attention to the health-preserving technologies. Indicators of the effectiveness of the managerial decisions should be socio-demographic characteristics, including data on the health status of the population. The article presents results of sociological studies on healthy lifestyles.

Ключевые слова: здоровье, здоровьесберегающие технологии, здоровый образ жизни, управление, управленческие решения

Keywords: health, health-preserving technologies, healthy lifestyle, management, management decisions

Человеческий потенциал страны, ее социальное, экономическое и духовное развитие взаимосвязаны с состоянием здоровья населения. Исследователи указывают на взаимосвязь категорий «человеческий потенциал» и «психическое здоровье» населения [1]. Системный подход к анализу здоровья человека позволяет рассматривать данный феномен в целостности, единстве субъективных (природных, психических) и объективных (социальных) составляющих. Здоровье выступает в качестве интегрированного показателя физического, психического и духовного (интеллектуального) благополучия. Здоровье человека представляет собой совокупность физических, эмоцио-

нальных, духовных способностей (жизнеспособность); динамично меняющееся состояние, характеризующееся оптимальным функционированием организма как системы, позволяющее человеку жить в гармонии с собой и окружающим миром. Здоровье человека социально детерминировано системой общественных отношений, характером образа жизни, уровнем развитости социальной инфраструктуры, его образования и дохода, общественно принятыми социокультурными нормами и ценностями.

Социологические исследования, рассматриваемые в качестве социальной макротехнологии [2, с. 230], подтверждают значимость здоровья в оценках россиян. Например, в 2009 г. опрос в г. Уфе (выборочная совокупность составила 652 человека, выборка квотная, репрезентативная по полу и возрасту), посвященный проблемам здорового образа жизни, подтвердил гипотезу о важности здоровья для большинства опрошенных. Исследователей, в частности, интересовало, что подразумевают респонденты под понятием «здоровье», «здоровый образ жизни». На вопрос, «Как Вы понимаете выражение «вести здоровый образ жизни?»», почти половина опрошенных (47%) ответила, что это «воздержание от выпивки, курения и употребления наркотиков». На втором месте по значимости оказались такие ответы: «заниматься спортом» и «иметь полноценную духовную жизнь» (22.5% и 22.0% соответственно). В общественном сознании сформировалось определенное представление о здоровом образе жизни в первую очередь как о философии охраны организма от вредного воздействия извне (алкоголь, табак, наркотики). Среди тех, кто выбрал вариант ответа «заниматься спортом», большая доля мужчин (62.2%). А среди тех, кто ответил на этот вопрос широко (т.е. отметили все варианты ответов), большинство женщин – 70.6%. На вопрос, «Считаете ли Вы необходимым придерживаться принципов здорового образа жизни?», положительно ответило значительное большинство опрошенных (78%). При этом тех, кого данный вопрос вообще не волнует, очень мало (3.5%, из них 71.4% – мужчины). Остальные респонденты считают, что принципов здорового образа жизни стоит придерживаться, но это не главное в жизни (12%). По данным социологов, на шкале ценностей жителей г. Уфы забота о здоровье занимает третье место (после семейно-бытовых отношений и работы) [3, с. 13-15]. В 2016 г. Институтом стратегических исследований Республики Башкортостан было проведено масштабное исследование по Республике Башкортостан (выборочная совокупность составила 6300 человек, опрос по месту жительства, выборка квотная, репрезентативная по полу и возрасту), результаты которого также подтвердили понимание важности здоровья для респондентов.

Одним из важнейших условий развития личности человека, его социальной адаптации является планирование и реализация здоровьесберегающих технологий управления как формы организации жизнедеятельности. Здоровьесберегающие технологии – совокупность методов, средств и форм организации общественных процессов, ориентированных на сохранение и улучшение состояния здоровья населения. Необходимо обращать внимание на укрепление не только физического, но и социально-духовного здоровья человека, входящего в инвариантный, универсальный набор общечеловеческих терминальных ценностей [4, с. 29]. Социально-духовное здоровье в целом характеризуется стремлением к соблюдению личностью принципа оптимума в основных формах проявления жизнедеятельности; способностью личности к эффективной социальной и профессиональной адаптации, позволяющей осуществлять свою жизнедеятельность в гармонии с собой, социумом и природой; созданием основы для реализации интеллектуального и творческого потенциала, участия личности в общественном производстве.

Планирование здоровьесберегающих технологий предполагает разработку комплекса мероприятий организационного, правового, обучающего и информационно-пропагандистского характера, обеспечивающих поддержание и развитие физического и социально-духовного здоровья. Научные принципы здоровьесберегающих технологий представляются следующими: системный подход к здоровью диктует необходимость подходить к категории здоровья в соответствии с определением Всемирной организации здравоохранения, то есть как к единству физического, психического и духовно-нравственного здоровья [5]; комплексный подход предполагает междисциплинарную основу для организации здоровьесберегающих технологий, объединение и координацию исследовательских усилий специалистов различных областей знания и практики в целях улучшения состояния здоровья; приоритет действенной заботы о здоровье.

Необходимо на макроуровне (государственного управления), мезоуровне (муниципального управления), микроуровне (на уровне конкретных предприятий и организаций) проведение независимой экспертизы безопасности производственной, управленческой и иных технологий для здоровья; осуществления мониторинга общественного мнения по проблемам понимания людьми содержания здорового образа жизни и отношения к нему; соблюдения прав трудящихся в сфере охраны их физического и социально-духовного здоровья [6, с. 228]. Особую значимость имеют анализ и оценка динамики изменения здоровья не только за период трудовой деятельности на конкретном предприятии, но и отношение к проблеме здоровья всего общества. Чтобы

обеспечить успешную реализацию управленческого решения, нормативного акта, необходимо знание и понимание общественностью целей, содержания управленческой деятельности в той или иной сфере. Совершенствование социальных технологий управления предполагает прежде всего мировоззренческий переход – осмысление административным и бизнес менеджментом картины жизни, которая учитывала бы такие переменные, как демографические показатели, социально-экономический статус, уровень культуры и образования, социально-духовное здоровье личности. Важно создавать условия для психического, социального развития личности, самосознания как показателя ее здоровья. Если разрабатываемые и внедряющиеся управленческие, инженерные технологии будут требовать сверхнапряжения сил и затрат интеллектуальных, эмоциональных, физических ресурсов личности, то управление социальными, экономическими, производственными процессами будет трудоемким, сверхзатратным и не даст положительного эффекта.

Список литературы

1. Судьин С.А., Сучков Ю.А. Психическое здоровье в структуре человеческого потенциала: постановка проблемы // Трансформация человеческого потенциала в контексте столетия. Материалы Международной научно-практической конференции в рамках III Всероссийского научного форума «Наука будущего – наука молодых». В 2-х томах. Под общей редакцией З.Х. Саралиевой. Н. Новгород, 2017. С. 347-350.
2. Саралиева З.Х. Инновационные социальные макро-, мезо- и микротехнологии // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. 2013. № 3-3. С. 229-234.
3. Муталова Г.М. Ценностные ориентации и предпочтения в повседневной жизни горожан: Автореф. ... дис. канд. социол. наук: 22.00.04. Уфа, 2009. 21 с.
4. Бикметов Е.Ю., Сизоненко З.Л., Юлдашева О.Н. Семья и государство в управлении социализацией детей с ограниченными физическими возможностями (по материалам Республики Башкортостан): монография. Уфа: ИСЭИ УФИЦ РАН, 2018. 186 с.
5. Официальные документы Всемирной организации здравоохранения, № 2. С. 100 [Электронный ресурс]: Режим доступа: <http://www.who.int/suggestions/faq/ru/> (дата обращения: 15.05.2019).
6. Бикметов Е.Ю., Гумерова З.Ж. Особенности и условия маркетингово-ориентированного управления инновационными проектами в области высокотехнологичной медицины // Kant. 2018. № 4 (29). С. 225-229.

**ОПТИМИЗАЦИЯ ПИТАНИЯ ПОДРОСТКОВ ИННОВАЦИОННОЙ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**
**OPTIMIZATION OF NUTRITION FOR TEENAGERS IN AN INNOVATIVE
EDUCATIONAL ORGANIZATION**

**Е.С. Богомолова, Е.А. Олюшина,
Н.В. Котова, Е.О. Максименко, М.В. Шапошникова**
*Приволжский исследовательский медицинский университет,
г. Нижний Новгород*
**E.S. Bogomolova, E.A. Olyushina,
N.V. Kotova, E.O. Maximenko, M.V. Shaposhnikova**
Privolzhsky Research Medical University, Nizhny Novgorod

Проведено изучение фактического питания лицеистов г. Нижнего Новгорода методом анализа меню. Пищевой статус подростков является маркером адекватности питания на основе индекса массы тела (ИМТ). Выявлены качественные и количественные отклонения по исследуемым показателям, что определило основные направления оптимизации питания одаренных подростков.

A factual diet of schoolchildren in Lyceum was studied using method of menu analysis in Nizhniy Novgorod. The nutritional status is a marker of diet adequacy on a basis of a body mass index (BMI). The qualitative and quantitative deviations of researched parameters were revealed. This was determined the main ways of diet optimization of adolescents.

Ключевые слова: питание, пищевой статус, подростки, образовательные организации

Keywords: diet, nutritional status, adolescents, educational establishments

Являясь приоритетным фактором, определяющим гармоничное развитие и здоровье ребенка, актуальна проблема организации рационального питания детей и подростков школьного возраста. Это связано, во-первых, с устойчивыми негативными тенденциями в состоянии здоровья подрастающего поколения; во-вторых, с широким внедрением в образовательный процесс интенсивных педагогических технологий [1-3].

Среди инновационных образовательных организаций в г. Нижнем Новгороде функционирует ГБОУ лицей-интернат «Центр одаренных детей» (ЦОД), где обучаются и круглосуточно пребывают подростки – учащиеся 10, 11 классов. Значимость организации адекватного питания в данном образовательном учреждении существенно возрастает по сравнению с обычной школой, так как позволяет полностью контролировать качественную и количественную полноценность питания обучающихся. В связи с этим

мониторинг питания в ЦОД является актуальной гигиенической задачей, а оптимизация питания исследуемого контингента является не только медицинской, но и социальной проблемой [4].

Целью исследования являлась гигиеническая оценка питания подростков инновационной образовательной организации и разработка рекомендации по его оптимизации.

Методы исследования. Методом анализа меню-раскладок за 14-дневный период и ведомостей контроля за рационом питания изучили фактическое питание организованного коллектива. Рассчитали содержание 17 нутриентов и калорийность рациона и согласно Нормам физиологических потребностей (МР 2.3.1.2432-08 «Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации»), дали оценку средних значений данных показателей. Отклонения в пределах $\pm 10\%$ принимали за норму. В соответствии с требованиями СанПиН 2.4.5.2409-08 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации питания обучающихся в общеобразовательных учреждениях, учреждениях начального и среднего профессионального образования» оценили продуктовый набор, качественное разнообразие рациона и режим питания учащихся.

Используя рекомендации специалистов Международной рабочей группы по ожирению (IOTF, 2012 г.) и Российской ассоциации эндокринологов (2014 г.), в качестве критерия адекватности питания произвели оценку пищевого статуса подростков по индексу массы тела (ИМТ) в градациях стандартных отклонений (σ) от медианы (Me). Нормальному пищевому статусу соответствовали значения ИМТ в интервале $Me \pm 1 \sigma$. Недостаточность питания I, II и III степеней определяли отклонением индивидуальных значений ИМТ от медианы, соответствующей полу и возрасту ребенка, более чем на -1 , -2 и -3σ соответственно. Избыточную массу тела у обучающихся диагностировали при ИМТ от $+1,0$ до $+2,0 \sigma$, ожирение I, II, III и IV степеней – при $2,0-2,5$; $2,6-3,0$; $3,1-3,9$ и от $+4,0 \sigma$ соответственно.

Результаты исследования. При оценке разнообразия меню и режима питания учащихся установили, что рацион питания лицеистов достаточно разнообразен. В течение дня и в смежные дни блюда не повторяются, запрещенных продуктов и блюд нет.

Режим питания 5-кратный с интервалами 3-3,5 часа. Выявлено следующее распределение суточной калорийности по приемам пищи: на завтрак подростки получают от 22 до 34%, на ланч – от 11 до 15%, на обед – от 21 до 38%, на полдник – от 5 до 18%, на ужин – от 14 до 32%. Такой широкий диапазон колебаний приводит к нарушению распределения суточной калорийности, что нерационально с гигиенической точки зрения.

Анализ химического состава и энергетической ценности рациона выявил превышение содержания всех макронутриентов (белков, жиров, углеводов) для девушек от 13 до 30.4%, что определило повышенную на 20.4% для них калорийность рациона, в то время как у юношей превышение отмечено только по жирам на 11.6%.

Оценка микронутриентного состава показала повышенное содержание натрия, калия, фосфора, железа, β -каротина, витамина В₁, В₂ и витамина С в рационе. Недостаточным оказалось поступление кальция, магния, ретинола и никотиновой кислоты.

За счет повышенного содержания основных энергонесущих пищевых веществ нерациональным оказалось соотношение Б:Ж:У, составив 1:1, 2:4, 5, вместо нормируемых 1:1:4. Рацион не сбалансирован и по соотношению других компонентов: на долю полноценных белков приходится только 57.7% при нормативе не менее 60% для детского контингента; доля растительных жиров составила менее 1/3 содержания всех липидов – 29.3%. Отмечены нерациональные соотношения кальция и фосфора, кальция и магния.

Мониторинг продуктового набора позволил установить, что повышено потребление круп, бобовых и сахара в 2 раза, макарон в 1,4 раза, пшеничной муки в 2,8 раза, в 3 раза – кондитерских изделий, картофеля в 1,6 раза. В результате высокое содержание продуктов, богатых углеводами, определяет избыточную энергетическую ценность рациона питания.

Выявлено перераспределение в группе белковых продуктов: за счет высокого содержания мяса (в 2 раза больше от нормы) и птицы (соответственно в 1,3 раза) в рационе компенсируется дефицит рыбы как источника полноценного белка (на 10% ниже от рекомендуемой величины). В 1,9 раза выше рекомендуемой величины отмечено использование в детском питании колбасных изделий. Установлено снижение потребления овощей и зелени в 1,2 раза и сухофруктов на 76.5% от нормы.

При исследовании состояния питания одаренных подростков выявили структуру нарушений их пищевого статуса. У 68.5% лицеистов зарегистрирован нормальный статус питания. Среди отклонений в состоянии питания учащихся, в большей степени свойственных лицам мужского пола, в 4,8 раза чаще отмечаются проявления избыточности питания (26.1% против 5.4% подростков с пищевой недостаточностью). Доля обучающихся с избыточной массой тела составила 15.9%, из них больше девушек, в то время как представительство подростков с ожирением выше среди юношей. В среднем ожирение I степени отмечено у 4.1% лицеистов, II степени – 1.6%, III степени – 1.3% и IV степени – 3.2%.

Заключение. Выявленные в ходе исследования качественные и количественные отклонения в рационе питания обучающихся ЦОДа и распределение подростков по пищевому статусу как показателю, характеризующему, прежде всего, энергетическую адекватность питания, позволяют сформулировать следующие основные направления по оптимизации питания одаренных подростков.

Необходимо учитывать гендерные различия физиологических потребностей учащихся в нутриентах и энергии и обеспечивать соответствие продуктового набора гигиеническим нормам. Следует рационально распределять суточную калорийность в течение дня, и для ее снижения, в частности для девушек, уменьшать объем их порций.

С целью повышения биологической ценности рациона рекомендуется использование обогащенных микронутриентами специализированных продуктов. Лицам с отклонениями пищевого статуса рекомендовано проведение оздоровительно-реабилитационных мероприятий и психолого-педагогическое их сопровождение.

Список литературы

1. Крестина Т.А. Питание детей и подростков дошкольного и школьного возраста / Т.А. Крестина, Ю.Н. Зубцов // Актуальные вопросы нутрициологии, биотехнологии и безопасности пищи: материалы Всероссийской конференции молодых ученых с международным участием. 2017. С. 68-70.

2. Мартинчик А.Н. Анализ фактического питания детей и подростков России в возрасте от 3 до 19 лет / А.Н. Мартинчик, А.К. Батулин, Э.Э. Кешабянц, Л.Н. Фатьянова, Я.А. Семенова, Л.Б. Базарова, Ю.В. Устинова // Вопросы питания. 2017. Т. 86. № 4. С. 50-60.

3. Федоровская Н.И. Рациональное питание – основа здорового образа жизни детей и подростков // Амурский научный вестник. 2017. № 4. С. 55-61.

4. Позднякова М.А. Актуальные вопросы организации питания в организованных детских коллективах Нижегородской области. / М.А. Позднякова, А.Н. Артемьева, Н.В. Мамонтова // Профилактическая медицина как научно-практическая основа сохранения и укрепления здоровья населения. Сборник научных трудов. Выпуск 3. Под общей редакцией д.м.н., проф. М.А. Поздняковой // Н. Новгород: Изд-во «Ремедиум Приволжье», 2016. С. 15-23. URL: http://nizhgma.ru/_resources/directory/566/common/sb2016.pdf.

**ВЕЛНЕС И ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЙ ФИТНЕС В СИСТЕМЕ
ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**
**WELLNESS AND HEALTH RELATED FITNESS IN THE SYSTEM
OF PHYSICAL REHABILITATION**

Т.В. Буйлова, Ю.П. Зверев
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*
T.V. Builova, Y. Zverev
Lobachevsky University

Рассматриваются понятия физического фитнеса и велнеса, а также вопросы, связанные с целью, задачами и содержанием велнес-компонента физической реабилитации. Поскольку физическая реабилитация является новой специальностью в России, обобщение мирового опыта по интеграции концепций велнеса и фитнеса в систему реабилитации может представлять практический интерес для разработки программ обучения специалистов данного профиля.

The article discusses issues related to the concepts of physical fitness and wellness and also to the aim, objectives and content of wellness rehabilitation. Since physical rehabilitation is a new specialty in Russia, the analysis of international experience of integrating health promotion and wellness strategies into a rehabilitation system may be of practical interest for the development of training programs for specialists of this profile.

Ключевые слова: фитнес, велнес, физическая реабилитация
Keywords: fitness, wellness, physical rehabilitation

Введение

Холистическая модель здоровья человека и смещение акцентов с болезни на здоровье и велнес привели к интеграции концепций фитнеса и велнеса в систему физической реабилитации (ФР) и к изменению содержания самого понятия «физической реабилитации», которая, по современным представлениям, должна включать не только диагностику и немедикаментозное лечение двигательных дисфункций, повышение физических и функциональных возможностей человека, но и восстановление и улучшение оптимального уровня велнеса, фитнеса и качества жизни [1-3].

Поскольку ФР является новой специальностью в России, анализ и обобщение мирового опыта по интеграции парадигм велнеса и фитнеса в систему реабилитации может представлять практический интерес. Задачами настоящего исследования является рассмотрение понятийно-терминологического аппарата концепций физического фитнеса и велнеса, а также цели, задач и содержания велнес-составляющей ФР.

Понятие велнеса и физического фитнеса

Хотя имеется множество трактовок понятия физического фитнеса, наибольшую поддержку получило определение Corbin, Pangrazi, Franks, 2000, обозначающее фитнес как совокупность характеристик, достигнутых или имеющихся у человека, необходимых для выполнения физической активности [4]. Другие определения физического фитнеса конкретизируют его характеристики или подчеркивают его связь со здоровьем, благополучием и качеством жизни человека.

В последние десятилетия в связи с развитием доказательной медицины произошло разделение физического фитнеса на три составляющие (табл.1) [4]. Следует подчеркнуть, что только один компонент физического фитнеса, а именно оздоровительный фитнес, непосредственно связан со здоровьем.

Т а б л и ц а 1 .

Компоненты физического фитнеса

Физический фитнес		
Оздоровительный фитнес или фитнес-здоровье (health related fitness)	Двигательный или спортивно-ориентированный фитнес, фитнес мастерство (motor fitness, skill-related fitness)	Метаболический (физиологический) фитнес (metabolic fitness, nonperformance component)
1. Кардиореспираторная выносливость (аэробный фитнес) 2. Сила 3. Силовая выносливость 4. Гибкость 5. Состав тела	1. Координация 2. Ловкость 3. Баланс 4. Время реакции 5. Мощность 6. Скорость движений	1. Метаболический фитнес (состав тела) 2. Морфологический фитнес 3. Прочность костей

Понятие «велнес» обозначает многомерное состояние оптимального здоровья человека, характеризующееся качеством жизни и ощущением благополучия [5, 6]. Согласно парадигме велнеса, состояние человека может описываться с позиций «болезнь – велнес континуума», где отрицательным полюсом является болезнь, инвалидность и преждевременная смерть, а положительным полюсом – велнес. Многомерность предполагает наличие взаимодействия и сбалансированности между различными компонентами велнеса (физическим, социальным, интеллектуальным, спиритуальным, эмоциональным, профессиональным), без которых невозможно достижение оптимального здоровья [5, 6].

Цель, задачи и содержание велнес-составляющей ФР

В отличие от традиционной медицинской модели, основанной на парадигме лечения, современная реабилитация нацелена не только на восстановление исходного уровня здоровья (нейтральная точка – отсутствие болезней), но и на достижение оптимального статуса индивидуального

здоровья и благополучия (велнеса) сверх status quo в границах наследственности и индивидуальных возможностей человека. Достижение данной цели невозможно без включения велнес технологий (велнес компонента) во все этапы реабилитационного процесса [1-3, 7, 8].

Основными причинами, обоснующими необходимость применения велнес интервенций в ФР, являются [1; 2; 9]:

- наличие у большинства пациентов сниженного уровня велнеса и фитнес-здоровья;
- непосредственное положительное влияние велнес и фитнес интервенций на отношение пациентов к своему здоровью.
- положительный эффект велнес и фитнес программ на способность пациентов/клиентов принимать участие в реабилитационных мероприятиях, и тем самым, повышение их эффективности, снижение продолжительности и улучшение исходов реабилитации.

В соответствии с основной целью велнес компонента ФР, связанной с достижением и поддержанием оптимального здоровья человека, можно выделить обобщенные задачи ФР в рамках данного компонента [1]:

- оказывать услуги по профилактике, укреплению здоровья, фитнесу и велнесу, что включает проведение велнес программ с учетом принципа доказательности, оценку эффективности данных программ;
- содействовать здоровью и качеству жизни человека путем консультирования клиентов по вопросам укрепления здоровья, фитнеса, велнеса в рамках задач практической деятельности специалиста по ФР;
- применять велнес и фитнес интервенции для различных популяций людей.

В содержание велнес компонента ФР могут входить различные программы, технологии и интервенции. Конкретными примерами таких мероприятий, входящих в круг профессиональных обязанностей специалистов по ФР, являются: программы по поддержанию и улучшению фитнес здоровья; программы по коррекции образа жизни и поведения человека для уменьшения риска инфекционных заболеваний и инвалидизации; велнес программы на рабочем месте; программы физических упражнений для повышения общей выносливости и уменьшения зависимости в уходе пациентов/клиентов. [9].

Заключение

В соответствии с фокусом ФР 21 века на здоровье и профилактике специалист по ФР должен иметь компетенции в сфере оздоровительного фитнеса и велнеса, которые должны быть интегрированы как во все направления его практической деятельности, так и в систему профессиональной подготовки.

Список литературы

1. A Normative model for physical therapist professional education. [Electronic resource]. Available at: <https://www.calstate.edu/app/dpt/documents/toc.pdf> (Accessed 14.04.2019).
2. Fair S.E. Wellness and physical therapy. – Boston: Jones and Bartlett Publisher, 2011. 370 p.
3. American physical therapy association. Physical therapists' role in prevention, wellness, fitness, health promotion, and management of disease and disability (position). [Electronic resource]. Available at: http://www.apta.org/uploadedFiles/APTAorg/About_Us/Policies/Practice/PTRoleAdvocacy.pdf (дата обращения 12.04.2019).
4. Corbin, C.B. Definitions: health, fitness and physical activity / C.B. Corbin, R.P. Pangrazi, B.D. Franks // President's Council on Physical Fitness and Sports Research Digest. 2000. 3(9). P. 1-8.
5. Corbin C.B., Welk G., Corbin W.R., Karen A. et al. Concepts of fitness and wellness: a comprehensive lifestyle approach – 9th Revised Ed. McGraw-Hill Education – Europe, 2010. 544 p.
6. Corbin C.B., Pangrazi R.P. Toward a uniform definition of wellness: a commentary // President's Council on Physical Fitness and Sports Research Digest. – 2001. Series 3, № 15.
7. Dean E. Physical therapy in the 21st century (Part II): evidence-based practice within the context of evidence-informed practice / E. Dean // Physiother. Theory Pract. 2009. Vol. 25. № 5-6. P. 354-368.
8. Bezner J.R. Promoting health and wellness: implications for physical therapist practice // Phys. Ther. 2015. Vol. 95. № 10. P. 1433-1444.
9. Morris D.M., Jenkins G.R. Preparing physical and occupational therapists to be health promotion practitioners: a call for action // Int. J. Environ. Res. Public Health. 2018. Vol. 15. № 2.

ЗДОРОВОЕ ПИТАНИЕ, КАК ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА БЛАГОПРИЯТНЫЙ ПРОГНОЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ HEALTHY DIET AS A FACTOR INFLUENCING THE FAVORABLE PROGNOSIS OF THE POPULATION'S HEALTH

Л.Ю. Гарин, А.Е. Абрамова
*Приволжский исследовательский медицинский университет,
г. Нижний Новгород*
L.Yu. Garin, A.E. Abramova
Privolzhsky Research Medical University, Nizhny Novgorod

Осмысливается значимость здоровья, влияние неправильного питания в условиях современного российского общества. На основе статистических данных показана масштабность проблемы и её последствия. Подчеркивается,

что для решения этой проблемы требуется объединение усилий государства, здравоохранения, социальных групп, самих личностей.

The importance of health and the impact of poor nutrition in modern Russian society is understood. On the basis of statistical data the scale of the problem and its consequences are shown. It is stressed that to solve this problem it is necessary to unite the efforts of the state, health care, social groups and individuals themselves.

Ключевые слова: нерациональное питание, здоровый образ жизни, ожирение, общественное питание, диетология, общественное здоровье

Keywords: irrational nutrition, healthy lifestyle, obesity, public catering, nutrition, public health

Здоровое питание — это питание, обеспечивающее рост, нормальное развитие и жизнедеятельность человека, способствующее укреплению его здоровья и профилактике заболеваний. Соблюдение правил здорового питания в сочетании с регулярными физическими упражнениями сокращает риск хронических заболеваний и расстройств, таких как ожирение, сердечно-сосудистые заболевания, диабет, повышенное давление и рак. Современная наука проводит многочисленные исследования, чтобы оптимизировать рацион питания для профилактики основных хронических заболеваний. [1]

Правительства многих экономически развитых стран ежегодно финансируют популяризацию здорового образа жизни и, в частности, здорового питания. Большую популярность приобрели средства инфографики, например, разработанные с учётом национальных особенностей пирамиды питания, на которых визуально показывается рекомендуемое количество различных видов продукции [1].

В России возможно получить диетологическую консультацию в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи. Врачи-диетологи осуществляют наблюдение и лечение следующих групп пациентов: с избыточной массой тела и ожирением I-III степени; с алиментарно-зависимыми заболеваниями; страдающих синдромом нарушенного пищеварения и всасывания; имеющих нарушения пищевого статуса [1].

Всем известно, что здоровый образ жизни человека является основой для всестороннего развития его жизнедеятельности, достижения им активного долголетия и полноценного выполнения социальных функций, для активного участия в трудовой, общественной, семейно-бытовой, досуговой формах жизнедеятельности [2].

Актуальность проблемы здорового питания вызвана возрастанием и изменением характера нагрузок на организм человека в связи с усложнением общественной жизни, увеличением рисков техногенного, экологического,

психологического, политического и военного характера, провоцирующих негативные сдвиги в состоянии здоровья [3].

Рациональное питание заключается не в контроле калорий и жестких диетах, а в обеспечении организма полноценным рационом, в который входят все необходимые для него продукты: мясо, злаки, овощи, фрукты. Подбор рациона — одна из главных задач в правильном питании, но не менее важным является и ежедневное следование ему. Если придерживаться основных правил здорового питания не от случая к случаю, а постоянно, то не придется заботиться о лишнем весе, снижении иммунитета, проблемах с волосами, кожей и здоровьем в целом [4].

Стоит сказать об основных последствиях нерационального питания. К таковым можно отнести: диабет, ожирение, гипертоническую болезнь и иные сосудистые заболевания, гиповитаминоз, острую и хроническую патологию желудочно-кишечного тракта (язва желудка, гастрит) и другие [5].

Так, россияне едят примерно 39 кг сахара в год – это в 1,5 с лишним раза больше, чем следует. Или на четверть больше хлеба – 117 кг. В то же время они не получают трети от рекомендованной нормы фруктов и ягод и 20% – от нормы овощей [6].

В результате, по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), к 2016 г. у 57% населения России старше 18 лет есть лишний вес. В 1975 г. он был у 43% взрослых жителей страны. Каждый пятый россиянин, по данным Организации экономического сотрудничества и развития, болен ожирением. Минздрав РФ по рекомендации ВОЗ и собственной инициативе подготовил стратегию здорового образа жизни (ЗОЖ). Этот документ сейчас проходит процедуру согласования в правительстве [6].

В России создали «карту ожирения». Нижегородская область по количеству полных людей занимает третье место. Таковы результаты исследования Российского научно-исследовательского института питания [7].

По данным НИИ питания, ожирением страдает каждый пятый россиянин. «Сейчас в России примерно 60% женщин и 50% мужчин старше 30 лет имеют избыточную массу тела. Сегодня ожирением страдают примерно 26% россиян», – отметил в разговоре с журналистами сайта izvestia.ru руководитель НИИ питания, главный специалист-диетолог Минздрава Виктор Тутельян [7].

По данным НИИ питания, среди самых «толстых» регионов оказалась: Калужская (33% жителей с ожирением), Московская (30%) и Нижегородская (28%) области, Краснодарский (27%) и Алтайский (27%) края. Самые «подтянутые» регионы – Удмуртия (12% жителей с ожирением), Оренбургская область (17%), Красноярский (17%) и Приморский (18%) края, Кабардино-Балкария (19%). Процент полных людей растет, потому что мы все увеличиваем

калорийность рациона и снижаем физическую активность, – уверены в НИИ питания [7].

Ученые Йенского университета имени Фридриха Шиллера составили рейтинг стран с самым высоким уровнем смертности из-за неправильного питания. Первые 10 позиций в нем занимают страны бывшего СССР [8]. Данное исследование проведено по заказу Всемирной организации здравоохранения, в нем проанализированы данные 51 страны европейского региона ВОЗ за период с 1990 по 2016 гг. [8].

На первом месте в рейтинге – Узбекистан: там, на 100 тысяч человек приходится 394 смертельных случая, причиной которых стало плохое питание. Ежегодно в этой стране около 65 тысяч человек умирают от сердечно-сосудистых заболеваний, вызванных вредной пищей [8].

В первую десятку стран с самым высоким уровнем смертности из-за неправильного питания попали постсоветские страны: Узбекистан (394 случая смерти на 100 тысяч человек); Туркменистан (376); Кыргызстан (350); Украина (349); Молдова (328); Азербайджан (319); Беларусь (313); Таджикистан (310); Казахстан (306); Россия (291) [8].

Ситуация в западноевропейских странах намного лучше, чем в Азии и Восточной Европе. Единственной страной в этом регионе, где в 2016 г. более 100 тысяч человек умерли из-за болезней, связанных с рационом питания, стала Германия. Лучше всего, по данным ученых, питаются жители Испании, Израиля и Франции: в этих странах из-за нездорового питания умерло от 43 до 46 человек на 100 тысяч [8].

В России питание граждан контролируется в соответствии с действующим законодательством. К основным нормативным актам в этой сфере можно отнести ФЗ «О защите прав потребителей», ФЗ «О сертификации продукции и услуг», «Правила производства и реализации продукции (услуг) общественного питания», утвержденных Постановлением Совета Министров – Правительства Российской Федерации № 332 от 13 апреля 1993 г. [9].

Для обеспечения работ по обязательной сертификации указанных услуг разработаны и введены в действие основополагающие стандарты: ГОСТ Р 50762-95 «Общественное питание. Классификация предприятий», ГОСТ Р 50763-95 «Общественное питание. Кулинарная продукция, реализуемая населению» и ГОСТ Р 50764-95 «Услуги общественного питания. Общие требования» [9].

Стоит обратить внимание граждан на то, что с 01 июня 2019 г. в России начала действовать добровольная цветовая маркировка продуктов питания, получившая название «Светофор». В зависимости от содержания сахара, соли, жиров и калорийности продуктов на упаковку наносится красная, желтая или

зеленая метка. «Светофор» не делит продукты на вредные и полезные, – объяснял «Ведомостям» представитель Роспотребнадзора, а только информирует потребителя о том, что он ест [6].

Предупреждающая маркировка – популярная мера по оздоровлению рациона. В Великобритании обновленная аналогичная добровольная система действует с 2014 г. В Австралии и Новой Зеландии с 2014 г. на упаковках печатают звездочки, количество которых должно свидетельствовать о полезности продукта. К 2016 г. 33% потребителей в странах стали покупать новые для себя продукты только потому, что они оказались более здоровыми, чем привычные, – свидетельствует статистика Консультативного комитета по присвоению рейтинга (Health Star Rating Advisory Committee) [6].

Способом решения существующей проблемы в настоящее время является постоянный контроль за изготовлением пищи и соблюдением таких требований, как нормы качества, сроки реализации блюд, технологии приготовления пищи, правила хранения.

Во-первых, необходимо более тщательно следить за состоянием предприятий и учреждений общественного питания, а также увеличить административные штрафы за правонарушения в данной сфере.

Во-вторых, проводить санитарно-просветительную работу в образовательных учреждениях, на предприятиях и в больницах. Разработать и внедрять лекции на актуальную проблему, проводить занятия в школах, составлять презентации для волонтерского движения о здоровом образе жизни и важности правильного питания.

На наш взгляд, применение вышеуказанных мер окажет благоприятное воздействие на сложившуюся ситуацию в данной сфере.

Список литературы

1. Понятие здоровое питание [Электронный ресурс] URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/Здоровое_питание (Дата обращения: 05.08.2019).
2. Здоровый образ жизни [Электронный ресурс] URL: <http://www.female-doctor.ru/zozh/> (Дата обращения: 05.08.2019).
3. Актуальность здорового питания [Электронный ресурс] URL: <http://cgie.62.rospotrebnadzor.ru/info/126903/> (Дата обращения: 05.08.2019).
4. Здоровое питание [Электронный ресурс] URL: <https://www.kp.ru/guide/zdorovoe-pitanie.html/> (Дата обращения: 05.08.2019).
5. Последствия неправильного питания [Электронный ресурс] URL: <https://growfood.pro/blog/zdorov-e/k-chemu-vedet-nepравil-noe-pitanie/> (Дата обращения: 05.08.2019).

6. «Можно ли считать стол среднестатистического россиянина здоровым?» [Электронный ресурс] URL: <https://www.vedomosti.ru/partner/articles/2018/07/19/775921-moda-zdorove/> (Дата обращения: 05.08.2019).

7. «Карта ожирения» [Электронный ресурс] URL: https://www.nn.ru/news/articles/tolstaya_karta_rossii_nizhegorodskaya_oblast_na_tretem_meste_po_ozhireniyu/26242863/ (Дата обращения: 05.08.2019).

8. Уровень смертности из-за неправильного питания [Электронный ресурс] URL: <https://www.currenttime.tv/a/29708958.html/> (Дата обращения: 05.08.2019).

9. Контроль питания в РФ [Электронный ресурс] URL: https://works.doklad.ru/view/nRco-y_IFbU.html/ (Дата обращения: 05.08.2019).

**РЕАЛИЗАЦИЯ РЕГИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА РЕСПУБЛИКИ САХА
(ЯКУТИЯ) «СТАРШЕЕ ПОКОЛЕНИЕ» КАК ФАКТОР СОДЕЙСТВИЯ
АКТИВНОМУ И ЗДОРОВОМУ ДОЛГОЛЕТИЮ
СЕЛЬСКОГО СОЦИУМА**

**IMPLEMENTATION OF THE REGIONAL PROJECT OF THE REPUBLIC
OF SAKHA (YAKUTIA) “THE OLDER GENERATION” AS A FACTOR
IN PROMOTING THE ACTIVE AND HEALTHY LONGEVITY
OF RURAL SOCIETY**

И.И. Готовцев

*Чурапчинский государственный институт физической культуры и спорта,
с. Чурапча, Республика Саха (Якутия)*

I.I. Gotovtsev

*Churapchinskiy State Institute of Physical Education and Sports,
Churapcha, Sakha (Yakutia)*

Предоставлен опыт организации оздоровительного лагеря, размещенного в одном из сел Чурапчинского района Якутии. Целевой группой выступили граждане пожилого возраста, проживающие в сельской местности. Представленный проект позволит расширить свою сферу деятельности через присоединение к более крупному проекту «Университет третьего возраста», взяв на себя задачи оздоровления, повышения мотивации к активному времяпровождению, физической активности.

The article presents the experience of organizing a health camp located in one of the villages of the Churapchinsky district of Yakutia. The target group was elderly citizens living in rural areas. The presented project will allow expanding its scope of activity through joining the larger project “University of the Third Age”, taking on the tasks of healing, increasing motivation for active pastime, physical activity.

Ключевые слова: региональный проект, старшее поколение, третий возраст, социум, село, долголетие

Keywords: regional project, older generation, third age, society, village, longevity

Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 г. "О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года" поручено «увеличить доли граждан, ведущих здоровый образ жизни, а также до 55% доли граждан, систематически занимающихся физической культурой и спортом». В «Стратегии социально-экономического развития Республики Саха (Якутия) до 2032 г. с целевым видением до 2050 года» поставлена стратегическая цель – увеличить долю граждан, систематически занимающихся физической культурой и спортом, в общей численности населения в возрасте от 3 до 79 лет до 67%.

В связи с политикой повышения пенсионного возраста в настоящее время актуален вопрос о содействии развитию активного и здорового долголетия населения России. Особенно нуждаются в проведении такой работы жители села, так как, как правило, на селе не хватает условий, обеспечивающих деятельную старость.

За последние три года (2017, 2018, 2019), согласно данным Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Республике Саха (Якутия), наблюдается следующая тенденция (рис. 1):

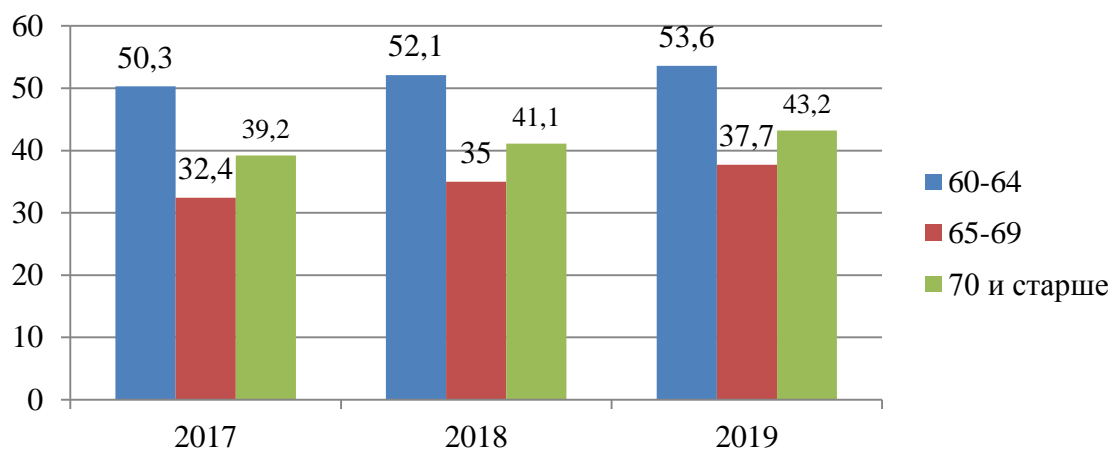


Рис.1. Статистические данные распределения населения по возрастным группам (тыс. чел)

Как видно на диаграмме, количество населения пожилого возраста растет с каждым годом.

Общее кол-во пожилого населения 134,6

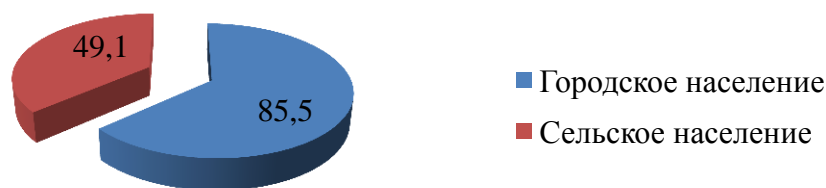


Рис.2. Статистические данные распределения населения по месту жительства (тыс. чел)

За последние пять лет средняя продолжительность жизни в республике увеличилась на 3 года. Довести этот показатель до 80 лет в Якутии планируют к 2030 г. Во многом этому способствует работа регионального проекта «Старшее поколение» в рамках нацпроекта «Демография». Реализация данного проекта включает в себя системную работу по поддержке и повышению качества жизни граждан старшего поколения.

Проект, разработанный группой ученых ЧГИФКиС, «Активное и здоровое долголетие» направлен на повышение качества жизни людей пожилого возраста путём вовлечения старшего поколения в образовательные и культурно-оздоровительные мероприятия, увеличения степени их участия в общественной и спортивной жизни, расширения сферы общения между молодым поколением студентов и пенсионерами.

Задачи, которые решает проект, это: а) создание гражданам пожилого и старшего возраста условий для социализации, активного досуга и оздоровительной деятельности; б) приобщение их к физкультурно-оздоровительным занятиям; в) повышение мотивации к активному времяпровождению на природе, к физической активности; г) формирование знаний и навыков в вопросах гигиены, закаливания, рационального питания и оптимальной физической активности, чтобы достичь основной цели, сформулированной как «Повышение качества жизни, содействие активному и здоровому долголетию населения, проживающего в условиях сельского социума Республики Саха (Якутия)».

Используются методы дифференцированного подхода с учетом интересов и предпочтений, состояния здоровья участников проекта; индивидуальная и групповая работа с использованием различных оздоровительных технологий; педагогические, медико-биологические и программные методы диагностики физического состояния; психолого-педагогические методы коллективной и командной работы.

Такие социально-психологические проблемы, как кризис одиночества, пониженная мотивация, распространенные среди пожилых людей, могут быть преодолены при помощи аналогичных проектов. Так, проект «Университет третьего возраста» является отличным примером. Обучение в рамках данного проекта позволяет приобрести новый социальный опыт в получении востребованных в данный возрастной период знаний, положительно влияет на уровень социального благополучия, играет важную роль в профилактике негативных последствий кризисного периода, повышает адаптивные возможности к внутренним и внешним изменениям пожилых граждан. Программа Университета предусматривает организацию досуговой деятельности слушателей: участие в конкурсах, мероприятиях к праздничным датам, выставках творческих работ слушателей, встречах, посещение социально значимых объектов. Учебный процесс по дополнительным образовательным программам осуществляют преподаватели-профессионалы, доктора и кандидаты наук. Так в работе Университета третьего возраста (УТВ) реализуется принцип «Обучение через всю жизнь».

Основным средством реализации оздоровительных задач проекта «Активное и здоровое долголетие» будет работа лагеря в с. Мырыла Чурапчинского улуса, ориентированного на население старше 55 лет.

В результате систематической работы ожидается увеличение доли граждан, проживающих в условиях муниципальных образований Республики Саха (Якутия), стремящихся к активному и здоровому долголетию, имеющих сознательный подход к сохранению и укреплению своего здоровья, обладающих необходимыми знаниями и навыками физкультурно-оздоровительной работы.

Работа будет расширяться и развиваться в линейной прогрессии путем улучшения материально-технического оснащения, привлечения высококвалифицированных специалистов, увеличения количества социальных партнеров (на начальном этапе партнерами выступили муниципальное образование «Чурапчинский наслег», муниципальное образование «Соловьевский наслег»), охвата населения, нуждающегося в рекреационно-реабилитационных услугах.

К работе в оздоровительном лагере привлечены специалисты по лечебной физической культуре, реабилитологи, диетологи, массажист, психолог. В процессе реализации проекта планируется подготовка группы студентов-волонтеров для работы со слушателями.

Расширение спектра информационно-пропагандистских и консультативных акций через средства массовой информации, социальные сети, а также информационно-консультативная работа с советами ветеранов, объединениями для лиц пожилого и старшего возраста позволят расширить географию проекта

и численность задействованных в нем граждан. В дальнейшем участники проекта смогут участвовать в семинарах по здоровому образу жизни, правильному применению оздоровительных технологий. Будут иметь возможность проходить мониторинги физического состояния.

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ МОЛОДЕЖИ HEALTH-SAVING BEHAVIOR OF YOUNG PEOPLE

В.Г. Доброхлеб, О.Н. Махрова

*Институт социально-экономических проблем народонаселения РАН,
г. Москва*

V.G. Dobrohleb, O.N. Makhrova

*The Institute of Social and Economic Studies of Population,
the Russian Academy of Sciences, Moscow*

Здоровьесберегающее поведение в современном мире стало актуальной темой для обсуждения, поскольку общество осознало важность понятия, что любую болезнь, физическую, психическую или социальную, целесообразнее предотвратить, чем лечить ее последствия. Особенно актуальна тема здоровья становится по отношению к учащейся молодежи, поскольку это будущие специалисты, выпускники высших школ и показатель общественного здоровья через 10-30 лет.

Health-saving behavior in the modern world has become a hot topic for discussion, because society has realized the importance of the concept that it is better to prevent any disease, physical, mental or social, than to treat its consequences. Particularly relevant is the topic of health in relation to students, as they are future specialists, graduates of higher schools and an indicator of public health in 10-30 years.

Ключевые слова: здоровье, поведение, молодежь, семья, сбережение здоровья

Keywords: health, behavior, youth, family, health conservation

Здоровье – это первая и важнейшая потребность человека, определяющая способность его к труду и обеспечивающая гармоничное развитие личности. Оно является важнейшей предпосылкой к познанию окружающего мира, к самоутверждению и счастью человека. Главным фактором здоровья выступает поведение, направленное на его сбережение, укрепление, улучшение, ведение здорового образа жизни. Существует тесная взаимосвязь здоровья, здоровьесберегающего поведения и развитого потенциала молодого человека. Формирование здоровьесберегающего поведения особенно важно в студенческой среде, поскольку образовательный процесс тесно связан с воспитательным.

Специфика группы молодежи заключается в том, что именно в молодом возрасте закладывается фундамент нравственных позиций, трудовых отношений, формируются ценностные ориентации. Вместе с тем для данной социально-демографической группы характерно максимальное число важнейших переходов из одной социальной среды в другую, обозначаемых психологами как дезорганизация ближайшей социальной среды. К таким переходам относятся окончание школы, поступление в профессиональные образовательные учреждения, начало производственно-трудовой деятельности. В течение этого периода происходит формирование семьи, рождение детей, что также требует качественной перестройки всего уклада жизни.

Необходимым условием формирования здорового образа жизни и развития профилактики заболеваний среди детей, подростков и взрослых является создание эффективной здоровьесохраняющей и здоровьесодействующей системы, опирающейся на законы и конституционные гарантии.

Изучение теории вопроса, анализ реального состояния в области здоровьесбережения студентов позволили сформировать гипотезы исследования. Учащаяся молодежь знает основы здоровьесберегающего поведения, причем под здоровым образом жизни большинство студентов понимают: занятие физической культурой, отказ от вредных привычек, рациональное питание, режим труда и отдыха. Студенты положительно относятся к здоровому образу жизни. Учащаяся молодежь пытается вести здоровый образ жизни, однако не может постоянно соблюдать здоровый образ жизни из-за различных причин. У студентов слабая мотивация к здоровьесберегающему поведению. Учащейся молодежи не хватает времени и средств для ведения здорового образа жизни.

Понятие «здоровье» отражает одну из фундаментальных характеристик человеческого существования, форму его жизни. Потому оно, естественно, переосмысливается всякий раз, когда социальная жизнь переживает глубокие изменения, будь то изменения в общественных отношениях или изменения в технических возможностях человечества.

Ценностное содержание здоровья аккумулируется в отношении человека (социума) к своему состоянию, которое обеспечивает успешную (достойную, приемлемую для данных условий) жизнедеятельность. Вместе с отношением человека к здоровью выстраивается система его ценностных ориентации, предпочтений, целей, без которых человеческое существование лишается смысла. В свое содержание здоровье как ценность включает множество субценностей, имеющих смысло-жизненное значение для человека. Носителями здоровья, а, следовательно, и субъектами ценностного отношения могут выступать отдельные личности, социальные группы, общество в целом. В этом

отношении различаются индивидуальное здоровье, социумное (здоровье коллектива, социальной общности, этноса, религиозной конфессии, профессиональной или возрастной группы) и планетарное (общечеловеческое) здоровье. Здоровье – это и наслаждение, и польза, и слава, и красота, и добро, и счастье. И в этом отношении о здоровье можно говорить как об универсальной ценности.

Здоровье – это естественная, абсолютная и непреходящая жизненная ценность, которая занимает верхнюю ступень на иерархической лестнице ценностей, а также в системе таких категорий человеческого бытия, как интересы и идеалы, гармония, красота, смысл и счастье жизни, творческий труд, программа и ритм жизнедеятельности. Здоровье, будучи качественной характеристикой личности, способствует достижению многих других потребностей и целей.

По определению специалистов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), здоровье – это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни и физических дефектов.

Понятие «здоровьесберегающее поведение» очень тесно связано с понятием «здоровый образ жизни». Существует несколько подходов к определению понятия здоровьесберегающего поведения. Наиболее часто перечисляются различные составляющие характеристики здорового образа жизни.

Здоровый образ жизни – это сложившийся у человека способ организации производственной, бытовой и культурной сторон жизнедеятельности, позволяющий в той или иной мере реализовать свой творческий потенциал, сохраняющий и улучшающий здоровье человека.

Существует деление факторов, повреждающих здоровье, на так называемые объективные и субъективные факторы. К объективным факторам относятся: плохая экология, фактор наследственности, психо-эмоциональное напряжение (стрессы), уровень развития медицины, социально-экономический статус страны. К субъективным факторам относятся: вредные привычки, малоподвижный образ жизни, неправильное питание, нерациональный режим жизни (работа, отдых, сон), психо-эмоциональное напряжение. В качестве основных составляющих здорового образа жизни можно назвать способность к рефлексии, состояние среды обитания, приемлемый режим труда и отдыха. Здоровье помогает выполнять планы, успешно решать жизненные основные задачи, преодолевать трудности. Доброе здоровье, разумно сохраняемое и укрепляемое самим человеком, обеспечивает ему долгую и активную жизнь.

Исходя из этого, основные положения, которые должны быть положены в основу здорового образа жизни таковы: соблюдение режима дня труда, отдыха, сна в соответствии с суточным биоритмом; двигательная активность, включающая систематические занятия доступными видами спорта, оздоровительным бегом, ритмической и статической гимнастикой, дозированной ходьбой на воздухе; разумное использование методов закаливания; рациональное питание [1].

Здоровый образ жизни – очень многостороннее направление стиля жизни. Его нельзя рассматривать только как отказ от вредных привычек и занятие спортом. Здоровый образ жизни отражает обобщенную типовую структуру форм жизнедеятельности личности, для которой характерно единство и целесообразность процессов самоорганизации и самодисциплины, саморегуляции и саморазвития, направленных на укрепление адаптивных возможностей организма, полноценную самореализацию своих сущностных сил, дарований и способностей в общекультурном и профессиональном развитии, жизнедеятельности в целом. Здоровый образ жизни создает для личности такую социокультурную микросреду, в условиях которой возникают реальные предпосылки для высокой творческой самоотдачи, работоспособности, трудовой и общественной активности, психологического комфорта, наиболее полно раскрывается психофизиологический потенциал личности, актуализируется процесс его самосовершенствования. Здоровый образ жизни формируется у человека как часть общекультурного развития, проявляющаяся в единстве стилевых особенностей поведения, способности построить себя как личность в соответствии с собственными представлениями о полноценной в духовном, нравственном и физическом отношении жизни. Это направление мышления, основанное на гармоничном развитии человека, которое вначале формирует основы здорового образа жизни, а потом создает гармонию между телом человека и его духом.

Особый интерес в исследовании здорового образа жизни и здоровьесберегающего поведения вызывает учащаяся молодежь, поскольку именно данной категории населения труднее всего придерживаться принципов ЗОЖ. Это отражается в таких важнейших компонентах, как несвоевременный прием пищи, систематическое недосыпание, малое пребывание на свежем воздухе, недостаточная двигательная активность, отсутствие закаливающих процедур, выполнение самостоятельной учебной работы во время, предназначенное для сна, курение. Здоровый образ жизни отражает обобщенную типовую структуру форм жизнедеятельности студентов.

Здоровый образ жизни во многом зависит от ценностных, личностно значимых ориентаций студентов, которые не всегда совпадают с ценностями,

выработанными общественным сознанием. Так, в процессе накопления личностью социального опыта возможна дисгармония познавательных (научные и житейские знания), психологических (формирование интеллектуальных, эмоциональных, волевых структур), социально-психологических (социальные ориентации, система ценностей), функциональных (навыки, умения, привычки, нормы поведения, деятельность, отношения) процессов. Подобная дисгармония может стать причиной формирования асоциальных качеств личности. В вузе необходимо обеспечить сознательный выбор личностью общественных ценностей здорового образа жизни и формировать на их основе устойчивую, индивидуальную систему ценностных ориентаций, способную обеспечить саморегуляции личности, мотивацию ее поведения и деятельности.

Основными аспектами здорового образа жизни молодежи являются двигательная активность, личная гигиена, режим труда и отдыха, неприятие вредных привычек, рациональное питание, сексуальная культура, экологически грамотное поведение, профилактическое мышление. Здоровый образ жизни формируется всеми сторонами и проявлениями общества, связан с личностно-мотивационным воплощением индивидом своих социальных, психологических и физиологических возможностей и способностей. От того, как формируются навыки здорового образа жизни в юности, во многом зависит, насколько раскроется потенциал личности в будущем. Этим должна определяться деятельность специалистов образовательных учреждений, учреждений досуга и дополнительного образования, здравоохранения, социальных служб для детей и молодежи, социальная деятельность детских и молодежных общественных объединений, предприятий и учреждений, где работают молодые граждане, средств массовой информации в воспитании культуры здоровья.

Серьезная роль в формировании навыков здорового образа жизни принадлежит семье и ближайшему окружению растущего человека. Это связано с тем, что комплекс устойчивых, полезных для здоровья привычек в детстве, при правильном сочетании стабильного режима дня, надлежащего воспитания, условий здорового быта и учебы вырабатывается легко и закрепляется прочно [2].

Список литературы

1. Апанасенко Г.А. Валеология: Диагностика, средства и практика обеспечения здоровья. СПб, 1993. С. 64.
2. Бариев М.М. Инновационные подходы к формированию здорового образа жизни молодежи Татарстана // Спорт в школе. 2009. № 10.

**ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ (НЕМЕДИЦИНСКОЙ)
И РЕСОЦИАЛИЗАЦИИ НАРКОЗАВИСИМЫХ ЛИЦ
PROBLEM ISSUES OF REHABILITATION (NEMEDICAL)
AND RESOCIALIZATION OF DRUG ADDICTS**

О.В. Кобзан

*ГУ МВД России по Нижегородской области,
г. Нижний Новгород*

O.V. Kobzan

*State Department of the Ministry of Internal Affairs of Russia
for Nizhny Novgorod Region,
Nizhny Novgorod*

Актуальность данной тематики обусловлена большим интересом к вопросам теории и практики реабилитации (немедицинской) и ресоциализации наркозависимых лиц как со стороны специалистов, занимающихся этой проблемой, так и со стороны юристов, разрабатывающих нормативные правовые акты в данной сфере.

Представлена информация, касающаяся основных проблемных вопросов реабилитации (немедицинской) и ресоциализации наркозависимых лиц, а также рассматривается опыт законодательного регулирования данной сферы в Нижегородской области, в странах Западной Европы.

The relevance of this topic is due to the great interest in the theory and practice of rehabilitation (non-medical) and the re-socialization of drug addicts, both from professionals involved in this problem and from lawyers developing regulatory legal acts in this area.

The article presents information on the main problematic issues of rehabilitation (non-medical) and re-socialization of drug addicts, and also examines the experience of legislative regulation of this sphere in the Nizhny Novgorod region, in Western Europe.

Ключевые слова: реабилитация и ресоциализация, наркомания, наркозависимые лица, правовое регулирование

Keywords: rehabilitation and re-socialization, drug addiction, drug addicts, legal regulation

Необходимость социального и правового регулирования реабилитационных процессов наркозависимых лиц – это проблемный вопрос, с которым российская правовая, медицинская и социальная науки столкнулись на протяжении последнего десятилетия, что во многом подтверждают и статистические сведения. Общее число зарегистрированных органами здравоохранения Российской Федерации потребителей наркотиков (больные наркоманией и лица, употребляющие наркотики с вредными последствиями) в

2017 г. составило 544,6 тыс. человек, что почти соответствует показателю 2016 г. (547,2 тыс. человек).

Наряду с этим наблюдается увеличение первичной обращаемости по поводу наркомании (с 12,6 больных на 100 тыс. населения до 14,1) за счет роста числа больных с зависимостью от каннабиноидов, психостимуляторов, полинаркомании, а также пагубного употребления наркотиков (соответственно с 35,9 до 40,7).

Особенно настораживают изменения, происходящие в подростковой среде: за последние 5 лет наблюдается двукратное увеличение числа пациентов с зависимостью от каннабиноидов и многократное увеличение числа подростков с зависимостью от психостимуляторов и полинаркомании. Данные о росте первичной обращаемости подростков по поводу наркомании подтверждаются сведениями о госпитализации: в последние 5 лет отмечается многократный рост числа пациентов-подростков с психозами вследствие употребления наркотиков, с синдромом зависимости от каннабиноидов, психостимуляторов, других наркотиков, полинаркомании, а также с острой интоксикацией и пагубным употреблением наркотиков. Все это свидетельствует, с одной стороны, о неблагоприятной ситуации в отношении употребления наркотиков среди подростков и необходимости изменения тактики и стратегии в области профилактики среди детей, подростков и молодежи, с другой стороны, об изменении паттернов употребления наркотиков населением.

Увеличение масштабов реабилитационной деятельности с учетом ежегодного роста количества наркопотребителей требует максимального использования потенциала негосударственных организаций и расширения их деятельности при обеспечении государственного контроля качества, эффективности и безопасности оказываемых ими услуг, в том числе путем недопущения к участию в социальной реабилитации и ресоциализации деструктивных организаций.

В Международной классификации болезней (МКБ-10) психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ, включая зависимость и синдром отмены, описываются в блоке F11-F19 класса V (психических расстройств).

Основным правилом лечения наркомании является госпитализация, независимо от того, находится ли больной в состоянии абстинентного синдрома, острого отравления, хронической интоксикации или психоза. Лечение тяжёлых форм наркомании (например, пристрастия к героину) в большинстве случаев не приводит к успеху. Применяемые в специализированных клиниках методики действенны лишь в случае активной позиции

самого больного. Но и в таких случаях после выздоровления нередки рецидивы. Объединение усилий психологии, медицины, социологии дают хорошие результаты в лечении наркомании. Обязательным условием в психотерапии наркомании является работа с корнями зависимости.

Медицинская реабилитация относится к лицензируемым видам деятельности и осуществляется в соответствии с законодательством в сфере охраны здоровья граждан.

Коммерческие реабилитационные организации, как правило, действуют в виде обществ с ограниченной ответственностью и предоставляют свои услуги, принимая официальную оплату. Курс реабилитации в коммерческой организации проводится на условиях анонимности и строится на тех же принципах и методах, что и деятельность государственной наркологической службы, отличаясь от нее только условиями пребывания наркопотребителей и наличием дополнительных услуг.

В российском законодательстве не определено содержание таких понятий, как «социальная реабилитация» и «ресоциализация» в отношении наркопотребителей, не установлены полномочия федеральных органов государственной власти и органов государственной власти субъектов Российской Федерации, не регламентированы вопросы деятельности организаций социальной реабилитации наркопотребителей. Для восполнения указанных пробелов был разработан проект федерального закона о внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в целях создания системы комплексной реабилитации и ресоциализации лиц, допускающих незаконное потребление наркотических средств или психотропных веществ, и больных наркоманией, который до настоящего времени не принят.

Сегодня в стране отсутствует социальная реабилитация наркопотребителей как государственная услуга (в регионах России в этой сфере действуют всего несколько государственных учреждений).

Основную нагрузку в деле социальной реабилитации и ресоциализации наркопотребителей в России несут несколько сотен негосударственных организаций, в том числе общественных и религиозных (далее – реабилитационные центры). Однако качество услуг, предоставляемых данными организациями, практически не контролируется, многие из них работают бессистемно, не обеспечивают необходимого качества и безопасности предоставляемых услуг, есть факты нарушения прав человека, эксплуатации наркопотребителей, участия в организации реабилитации религиозных организаций, проповедующих религиозный фундаментализм, а также

тоталитарных религиозных течений, иностранных религиозных организаций и миссионеров.

Весь процесс оказания помощи наркопотребителям разделяется на 4 этапа: I. выявление и мотивирование; II. диагностика, лечение и медицинская реабилитация; III. социальная реабилитация; IV. ресоциализация и постреабилитационный патронаж.

Важнейшими задачами создания эффективной системы реабилитации и ресоциализации наркопотребителей являются развитие механизмов государственно-частного партнерства в этой сфере, усиление государственного контроля деятельности негосударственных, в том числе профессиональных, реабилитационных организаций в целях недопущения нарушения действующего законодательства в сфере защиты гражданских прав, а также отбор эффективно работающих реабилитационных центров и реабилитационных программ.

При этом медицинская реабилитация относится к лицензируемым видам деятельности и контролируется государством в соответствии с законодательством в сфере охраны здоровья граждан, а социальная реабилитация до настоящего времени находилась вне государственного контроля.

В качестве наиболее актуальных проблемных вопросов в сфере реабилитации и ресоциализации можно выделить наличие ряда законодательных пробелов на федеральном уровне:

- отсутствие нормативного правового акта, определяющего орган исполнительной власти РФ, уполномоченный на решение задач в сфере комплексной реабилитации и ресоциализации наркопотребителей;

- отсутствие Государственного стандарта социальной реабилитации наркопотребителей, которым будут установлены требования к порядку, условиям, перечню, объему и качеству оказываемых услуг, нормативы времени на их оказание, определены целевые группы потребителей услуг, перечень и объем услуг, оказываемых гражданам (наркозависимым и членам их семей – созависимым).

В Нижегородской области в 2016 г. новым направлением стала организация работы по социальной реабилитации с некоммерческими организациями, осуществляющими комплексную реабилитацию (за исключением медицинской) и ресоциализацию наркопотребителей с использованием сертификатов.

Рассмотрением вопросов включения некоммерческих организаций, оказывающих комплексную реабилитацию и ресоциализацию, в реестр и их финансовой поддержкой занимается межведомственная комиссия, которая проводит их квалификационный отбор для участия в социальной реабилитации

с использованием сертификата. С целью оказания финансовой поддержки негосударственных организаций, занимающихся реабилитацией (социальной) и ресоциализацией наркопотребителей принято постановление Правительства Нижегородской области от 09.03.2016 №118 «Об утверждении Порядка предоставления сертификатов на оплату услуг по социальной реабилитации наркопотребителей».

Несмотря на то, что проблема наркомании имеет одни и те же формы проявления, методы борьбы с ней в разных странах мира варьируются в зависимости от многих факторов: социально-экономическое положение страны, историческое наследие, распространенность наркомании.

В материалах 55-й сессии Комиссии ООН по наркотическим средствам, состоявшейся в Вене в 2012 г., отражается важность содействия осуществлению комплексных программ сокращения спроса на наркотики, включающих первичную профилактику, просвещение, раннюю диагностику и вмешательство, лечение, обеспечение ухода, реабилитации и социальной реинтеграции наркозависимых, предоставления им вспомогательных услуг, направленных на обеспечение благосостояния, занятости и получения образования.

Исходя из рекомендаций ВОЗ и реального опыта стран Европы, можно сделать вывод, что добровольность в прохождении курса освобождения от зависимости рассматривается как определяющий успех реабилитации фактор.

Методы лечения и реабилитации, применяемые за рубежом, достаточно разнообразны. В качестве интересного для России примера можно привести шведскую модель. Законодательство Швеции определяет, что социальные службы в местных сообществах отвечают за организацию лечения и реабилитации лиц, злоупотребляющих наркотическими средствами. При этом социальная помощь наркозависимым предоставляется в том объеме, в каком это необходимо для успешной реабилитации. На практике большая часть программ реабилитации реализуется социальными службами за пределами больниц.

Лечение осуществляется как государственными учреждениями, так и частными неправительственными организациями. Активно применяются психотерапевтические приемы и методы трудотерапии. Однако самыми эффективными программами освобождения от зависимости признаны психо-социальные модели реабилитации в терапевтических обществах.

Еще одним из ключевых моментов, требующих должного внимания, является проблема финансирования лечения и реабилитации наркозависимых. Модель финансирования, признанная наиболее эффективной в Швеции и Германии, основывается на системе социального страхования. Проведение

медицинской реабилитации компенсируется за счет средств медицинского страхования (в Германии идет разграничение по критерию качественного элемента реабилитации – амбулаторной или стационарной, тем самым разграничивая источник финансирования – медицинское или же пенсионное страхование).

Положительный опыт построения системы реабилитации в зарубежных странах базируется, прежде всего, на механизме правового побуждения наркозависимых к освобождению от зависимости, отлаженном межведомственном взаимодействии и государственно-общественном партнерстве при организации реабилитации и ресоциализации зависимых людей, сочетающем государственный контроль и поддержку негосударственных организаций, работающих в этой сфере.

Учет этого опыта позволит достичь успеха в реализации курса Президента Российской Федерации на создание в нашей стране национальной системы комплексной реабилитации и ресоциализации потребителей наркотиков.

Оптимальным набором правовых актов в сфере социальной реабилитации и ресоциализации наркопотребителей представляется:

- «собираемый» акт о создании регионального сегмента комплексной реабилитации и ресоциализации, определяющий цели и задачи данной деятельности, регламентирующий уполномоченный орган и понятийный аппарат, а также порядок межведомственного взаимодействия на каждом этапе оказания услуг;

- акт об определении перечня услуг по социальной реабилитации наркопотребителей;

- акт, закрепляющий порядок проведения мероприятий по социальной реабилитации наркопотребителей организациями социальной реабилитации и ресоциализации наркопотребителей;

 - акт, закрепляющий порядок отбора организаций;

 - акт, регламентирующий реестр организаций социальной реабилитации и ресоциализации наркопотребителей (составленный по итогам проведения отбора);

- акт, закрепляющий программные мероприятия по социальной реабилитации наркопотребителей и их финансирование.

Список литературы

1. Беличева С.А. Основы превентивной психологии. М.: Редакц.-изд. центр консорциума «Соц. здоровье России», 2007. 234 с.

2. «Доклад о работе пятьдесят пятой сессии (13 декабря 2011 года и 12-16 марта 2012 года) ООН», Экономический и Социальный Совет. Официальные отчеты, 2012 год. Дополнение №8. С. 7.

3. Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации: Федеральный закон от 6.10.2003 №131-ФЗ // СПС Консультант Плюс.

1. О дополнительных мерах по противодействию незаконному обороту наркотических средств психотропных веществ и их прекурсоров: Указ Президента Российской Федерации от 18.10.2007 № 1374 // СПС Консультант Плюс.

4. Об утверждении стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года: Указ Президента РФ от 09.06.2010 №690 // СПС Консультант Плюс.

5. Шайдукова Л.К., Хабулда Л.Н. Модель реабилитации наркозависимых в современных реабилитационных центрах // Психологическое здоровье. 2011. №9. С. 25-29.

6. Дмитрова Е.А., Шинкевич В.Е. Эффективность деятельности негосударственных организаций по реабилитации наркозависимых лиц // Социально-гуманитарные знания. 2013. №6. С. 34-39.

7. Крупнов Ю.В. Социальная реабилитация наркопотребителей – это и есть главная профилактика наркомании. URL: <http://krupnov.livejournal.com/425990.html>.

8. Крупнов Ю.В. 100 модельных центров социальной реабилитации наркозависимых. Проект развития страны №142 (Проектное государство). URL: http://www.proektnoegosudarstvo.ru/project/100_modelnih_tcentrov_sotcialnoj_reabilitacii_narkozavisimih.

ДУХОВНЫЕ РЕСУРСЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ЛИЧНОСТИ

SPIRITUAL RESOURCES OF PSYCHOLOGICAL WELL-BEING

А.А. Лебедева, Ю.С. Витко
*Национальный исследовательский университет
«Высшая школа экономики», г. Москва*
A.A. Lebedeva, Yu.S. Vitko
National Research University «Higher School of Economics», Moscow

Анализ исследований, посвященных связи духовных ресурсов и психологического здоровья, показал, что к настоящему моменту в данной области наблюдаются значительные противоречия. В качестве выхода из сложившейся ситуации предлагается обращение к теоретико-методологической базе отечественных подходов, осмысляющих феноменологию духовного в контексте психологии личности и общей психологии.

An analysis of researches on the relationship between spiritual resources and psychological health has shown that, to date, significant contradictions have been observed in this area of work. As a way out of the current situation, we propose to appeal to the theoretical and methodological basis of domestic approaches that reflect on the phenomenology of the spiritual in the context of the psychology of personality.

Ключевые слова: психологическое здоровье, духовное здоровье, духовные ресурсы, религиозность, психологическое благополучие

Keywords: psychological health, spiritual health, spiritual resources, religiosity, psychological well-being

За последние 20 лет значительно увеличилось количество работ, посвященных теме религиозности/духовности в контексте исследований психологического здоровья [1]. Одними авторами религия рассматривается как исключительно деструктивное явление. Другая точка зрения рассматривает религию как положительную интегративную силу, отрицая или не учитывая ее возможные негативные эффекты на психологическое здоровье [2]. Вместе с тем, дисфункциональные психологические эффекты, связанные с определенным типом религиозности, отмечаются как современными учеными [3], так и аналитиками религиозной практики*.

В исследованиях копинг-стратегий [4] выделяют две формы религиозного совладания: негативные (духовная неудовлетворенность, демоническая переоценка) и позитивные (духовная связь с другими, связь с Богом, прощение). Позитивные формы религиозного совладания положительно связаны с низкими уровнями депрессии и тревожности, а негативные формы, напротив, связаны с депрессивными симптомами [5]. В одних случаях ученые обнаруживают сильные отрицательные связи между религиозным поведением и депрессивными симптомами, как это было в исследовании матерей, чьи дети столкнулись с онкологическим заболеванием [6]. Другие исследования констатируют, что религиозные копинг-стратегии вносят значительный вклад в показатели психического здоровья и совладания с ПТСР у ветеранов войны [7], а духовные и религиозные практики в значительной степени связаны с меньшей зависимостью от веществ, а также с более высоким уровнем психического здоровья у бездомных [8].

В психологии личности такого рода разногласия объясняются существованием двух видов религиозности – внешней и внутренней. При этом

* См., например, широко обсуждаемые в православном сообществе психологические проблемы, связанные с переживанием вины верующими: <http://www.orthedu.ru/news/12194-prostit-ne-znachit-zabyt-marina-filonik.html>;

<http://www.pravoslavie.ru/111573.html>; <https://www.pravmir.ru/o-vine-podlinnoj-i-mnimoj/>.

внутренняя религиозность связывается исследователями с более высоким статусом психологического благополучия [9]. Кроме того, 79 из 100 исследований сообщают хотя бы об одной существенной положительной корреляции между религиозными практиками и показателями психологического благополучия (удовлетворенность жизнью, счастье, позитивный аффект, высокий моральный дух) [10].

Отечественные авторы тоже рассматривают духовные ресурсы в контексте психологического здоровья. Согласно концепции многоуровневой структуры психического здоровья [11], психологически здоровая личность характеризуется в первую очередь адекватным функционированием высшего уровня смысловой регуляции. Иначе говоря, психологическое здоровье является относительно независимым от уровней психофизиологической и социоадаптивной регуляции [12].

О роли третьего фактора в развитии упоминает и Д.А. Леонтьев [13]. Под ним он предлагает понимать личность как активный субъект, опосредствующий влияние обстоятельств (в т.ч. болезней) на общее течение жизни и в конечном счете на самоё себя. Д.А. Леонтьев говорит о т.н. внутреннем опосредствовании, которое предполагает, что любая иерархия будет организовывать систему опосредствования: феномены высших уровней будут опосредствовать функционирование низших уровней [14].

О нарушенном варианте духовного измерения рассуждает Г.В. Иванченко, анализируя предложенное А. Маслоу понятие «общих метапатологий», которые «отражают, прежде всего, закрытость для человека источников бытия» [15]. Опираясь на идею медиатора, можно предположить, что нарушения или искажения в работе духовного уровня будут влиять на подлежащие уровни здоровья. Так, например, метапатология, выраженная апатией, может вносить вклад в здоровье на личностном уровне (в виде отсутствия смыслов и амотивации) или влиять на психическое состояние (в виде, например, депрессивных симптомов), или сказываться на физиологическом состоянии (в виде соматических или соматоформных расстройств). Здесь уместно вспомнить, что «помощь должна определяться уровнем, на котором находится "мишень"» [16]. Однако диагностикой проблем духовного уровня психология личности занимается довольно бессистемно, хотя мы находим различные близкие идеи в экзистенциальной психотерапии, в транзактном анализе, экзистенциальном психоанализе и в личностно-центрированной терапии.

В науке существует весьма эклектичное представление о духовном измерении здоровья, и потому актуальной остается необходимость дальнейшей проблематизации данного поля исследований. В качестве одного из решений трудностей, связанных с противоречивыми результатами исследований

духовных феноменов в их связи с психологическим здоровьем и благополучием, мы предлагаем обратиться к потенциалу методологии отечественной психологии. И полагаем, что с развитием личности качественно меняется роль духовных ресурсов в психологическом здоровье в целом.

Список литературы

1. McCullough M.E., Larson D.B., Koenig H.G. & Lerner R. The mismeasurement of religion in mortality research // *Mortality*. 1999. Vol. 4. №. 2. P. 183-194.
2. Falb M.D., Pargament K.I. Religion, spirituality, and positive psychology: Strengthening well-being // *Perspectives on the intersection of multiculturalism and positive psychology*. Springer, Dordrecht, 2014. P. 143-157.
3. Emmons R.A. The psychology of ultimate concerns: Motivation and spirituality in personality. New York, NY, US: Guilford Press, 1999.
4. Pargament K.I., Smith B.W., Koenig H.G. & Perez, L. Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors // *Journal for the scientific study of religion*. 1998. Vol. 37. P. 710-724. <http://dx.doi.org/10.2307/1388152>.
5. Ano G.G., Vasconcelles, E.B. Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis // *Journal of clinical psychology*. 2005. Vol. 61. №. 4. P. 461-480.
6. Elkin T.D. et al. Religiosity and coping in mothers of children diagnosed with cancer: an exploratory analysis // *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. 2007. Vol. 24. №. 5. P. 274-278.
7. Aflakseir A., Coleman P.G. The influence of religious coping on the mental health of disabled Iranian war veterans // *Mental Health, Religion and Culture*. 2009. Vol. 12. №. 2. P. 175-190.
8. Shuler P.A., Gelberg L., Brown M. The effects of spiritual/religious practices on psychological well-being among inner city homeless women // *Nurse Practitioner Forum*. 1994. Vol. 5. №. 2. P. 106-113.
9. Allport G.W., Ross J.M. Personal religious orientation and prejudice // *Journal of personality and social psychology*. 1967. Vol. 5. №. 4. P. 432.
10. Koenig H.G., McCullough M., Larson D.B. Religion and health: A century of research reviewed // *Handbook of religion and health*. – New York, NY, US: Oxford University Press, 2001.
11. Братусь Б.С., Розовский И.Я., Цапкин В.Н. Психологические проблемы изучения и коррекции аномалий личности: Учебно-методическое пособие. М.: Изд-во МГУ, 1988.
12. Братусь Б.С. Аномалии личности. М.: Никая, 2019.
13. Леонтьев Д.А. Развитие личности в норме и в затрудненных условиях // *Культурно-историческая психология*. 2014. Том 10. № 3. С. 97-106.
14. Леонтьев Д.А. Личностное в личности: личностный потенциал как основа самодетерминации // *Ученые записки кафедры общей психологии*

МГУ. Вып. 1 / Под общ.ред. Б.С. Братуся, Д.А. Леонтьева. М.: Смысл, 2002. С. 56-65.

15. Иванченко Г.В. Понятие метапатологии у А. Маслоу: контексты и перспективы // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2008. Т. 5. №. 3. С. 105-121.

16. Калитеевская Е.Р. Психическое здоровье как способ бытия в мире: от объяснения к переживанию // Психология с человеческим лицом: гуманистическая перспектива в постсоветской психологии / Под ред. Д.А. Леонтьева, В.Г. Щур. М.: Смысл, 1997. С. 231-238.

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ПОТРЕБНОСТИ РОССИЯН В СФЕРЕ ПИТАНИЯ

INFORMATION NEEDS OF RUSSIANS IN THE FIELD OF NUTRITION

Н.А. Лебедева-Несевря, А.О. Барг

*Федеральный научный центр медико-профилактических технологий
управления рисками здоровью населения,
Пермский государственный
национальный исследовательский университет, г. Пермь*

*N.A. Lebedev-Nesevrya, A.O. Barg
Federal Scientific Center for Medical and Preventive
Health Risk Management Technologies,
Perm State National Research University, Perm*

По результатам социологического исследования (метод – анкетирование, n=441, жители Уральского и Сибирского федеральных округов) показано, что уровень востребованности информации по теме питания среди населения России высокий. Больше всего граждане интересуются принципами правильного питания, безопасностью и качеством пищевой продукции. Респонденты трудоспособного возраста в качестве основного источника информации по вопросам питания используют интернет.

This study examines the informational needs related to food. The sociological survey among population of Ural and Siberian districts showed that the demand for the information about healthy diet and food safety is very high. Internet is the main source of nutrition and dietary information among the people of working age.

Ключевые слова: питание, информационные потребности, безопасность пищевой продукции, анкетирование

Keywords: nutrition, food safety, informational needs, survey

Введение. Стратегические цели и задачи развития России требуют высокого качества человеческих ресурсов, то есть здорового, образованного и инновационно ориентированного населения. При управлении здоровьем

граждан большое внимание уделяется поведенческим факторам, в частности, питанию, что отражено в Федеральном проекте «Формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек» нацпроекта «Демография» [1]. В качестве одного из важнейших направлений профилактики возникновения алиментарно зависимых заболеваний и внедрения принципов здорового питания в стратегических документах называется информирование граждан по вопросам питания.

Цель исследования – определение информационных потребностей населения России по вопросам питания для задач разработки оптимальных программ информирования.

Материалы и методы. В июне 2019 г. сотрудниками ФБУН «ФНЦ медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения» был проведен социологический опрос (раздаточное анкетирование) жителей Уральского (г. Пермь, г. Екатеринбург) и Сибирского (г. Новосибирск, г. Красноярск) федеральных округов РФ. Объем выборочной совокупности составил 441 человек. В опросе принимали участие респонденты старше 18 лет. В структуре выборки доля мужчин составляет 32%, доля женщин – 68%. При анализе ответов респондентов на общие вопросы о питании реализовывалась процедура коррекции (взвешивания) нерепрезентативной выборки. При анализе ответов на вопросы, адресованные покупателям продуктов питания, выборка не перевзвешивалась, так как переко́с в сторону женщин наблюдается и в генеральной совокупности (согласно опросу ВЦИОМ, в 61% случаев в основном закупкой продуктов питания в семье занимаются женщины [2]).

Результаты. Уровень заинтересованности населения в вопросах питания довольно высок (подавляющее большинство – 69% опрошенных – «постоянно» или «время от времени» интересуются данными темами). Женщины достоверно чаще обращаются к вопросам питания, чем мужчины (в 77% случаев против 51%). Значимых различий между группами по возрасту не обнаружено. Актуальность информирования населения о принципах правильного питания остается высокой – меньше половины (39%) граждан смогли охарактеризовать свое питание как «здоровое», 46% респондентов сказали, что питаются неправильно, еще 15% затруднились дать однозначный ответ. Мужчины чаще называют свое питание «неправильным» (в 52% случаев против 44% в группе женщин).

В наибольшей степени граждан волнуют вопросы безопасности и качества отдельных продуктов питания (отметили 58% отвечавших на вопрос), правила здорового питания (отметили 57%), интересные рецепты (53%), состав и калорийность продуктов и блюд (43%), способы нормализации веса (38%) и

диета при различных заболеваниях (24%). Существенно меньше опрошенные интересуются санитарными нормами и правилами (14%) и правилами маркировки продовольственных товаров (9%). Анкета предусматривала возможность дать собственный ответ на вопрос об интересующей информации – самыми популярными вариантами оказались вегетарианство (*«восполнение полезных веществ, ели не ешь мясо»*) и спортивное питание.

Мужчин и женщин волнуют несколько разные темы в области питания. Так, в информации о способах нормализации веса заинтересованы 42% женщин и 28% мужчин, в рецептах блюд – 60% опрошенных женщин и 37% мужчин. А вот правилами маркировки отдельных продуктов питания и их безопасностью мужчины озабочены немного больше женщин. Наблюдается и возрастное различие интересов – рецепты блюд и сведения о безопасности пищевой продукции чаще ищут респонденты в возрасте от 26 до 45 лет, а правила здорового питания скорее беспокоят молодежь 18–25 лет.

На прямой вопрос, «Интересна ли вам информация о результатах официальных проверок безопасности продуктов питания?», большинство опрошенных (87%) дали положительный ответ (в т.ч. 51% выбрали вариант «да» и 36% – «скорее да»). Наиболее заинтересованная группа – люди среднего возраста (36-45 лет). Значительный интерес (для 70% опрошенных) представляют рекомендации специалистов по корректировке питания в соответствии с возрастом, весом и образом жизни, особенно если они даются бесплатно и в режиме онлайн. Самая заинтересованная группа – молодежь (18-25 лет); женщины хотели бы получать данные рекомендации больше, чем мужчины (в 76% случаев против 59% в указанных группах соответственно).

Основные источники получения информации на тему питания – интернет (отметили 72% интересующихся питанием в целом по выборке; 61% среди мужчин и 76% среди женщин), друзья и знакомые (39% в целом по выборке; 51% среди мужчин и 35% среди женщин), врачи (27% в целом по выборке; достоверных различий по полу нет) и телевидение (22%; достоверное увеличение доли обращающихся к данному источнику в зависимости от возраста – с 8,5% в группе 18-25 лет до 57% в группе 56-65 лет). Печатные средства массовой информации (газеты, журналы) в качестве источника информации о питании используют лишь 14% опрошенных (в основном – респонденты старше 55 лет).

Телевидение – источник получения информации, популярный у более старшей аудитории. Среди конкретных телепередач опрошенные называли: «О самом главном» (телеканал Россия-1), «Еда живая и мертвая» (телеканал НТВ), «Едим дома» (телеканал НТВ, авторская кулинарная программа Ю. Высоцкой), «Жить здорово» (Первый канал, ведущая программы – Е. Малышева),

«Контрольная закупка» (Первый канал), «НашПотребНадзор» (телеканал НТВ). Отдельно назывались Телеканал «Еда» (общероссийский познавательный телеканал) и документальные фильмы Первого канала из цикла «Среда обитания».

Интернетом в качестве источника информации о питании пользуется большинство респондентов в возрасте до 55 лет. В основном опрошенные обращаются к пабликам в социальной сети Вконтакте (например, «Диетические рецепты», более 2 млн. подписчиков), блогам в Instagram, кулинарным и фитнес каналам на YouTube (например, канал TGYM, имеющий отдельный раздел «Здоровое правильное питание», более 1 млн. подписчиков). Также популярны специализированные сайты и порталы о питании и здоровом образе жизни (например, сайты Поваренок.ру и Еда+).

Отличительные черты информационных потребностей пользователей интернета заключаются в большем запросе на рецепты блюд и информацию о составе и калорийности отдельных продуктов и блюд.

Сведения о качестве и безопасности продукта питания являются важным фактором при принятии решения о покупке. Как показывают результаты опроса, большинство потребителей (75% опрошенных) обращают внимание на срок годности продукта при его покупке, 61% – на дату производства. Эти характеристики товара оказываются так же значимы, как и его цена (вариант отметили 65% респондентов).

Выводы. Уровень востребованности информации по теме питания среди населения высокий. Больше всего граждане интересуются принципами правильного питания и безопасности и качества пищевой продукции. При информировании граждан сведения о безопасности продуктов питания целесообразно подавать в сцепке с «официальным» источником (государственные органы власти, органы местного самоуправления, организации, имеющие аккредитацию), так как для населения важно, чтобы распространяемые данные были следствием официальных проверок. Отдельные блоки информации о принципах правильного питания рекомендуется ориентировать на специфические группы потребителей – вегетарианцев, людей, увлеченных спортом. В проблематике питания можно выделять ряд референтных для населения фигур, обладающих высоким потенциалом привлечения и удержания аудитории.

Список литературы

1. Национальный проект «Демография» // Официальный сайт Минтруда. URL: <https://rosmintrud.ru/ministry/programms/demography>.

2. Потребительское поведение: выбор россиян (опрос ВЦИОМ, проведенный 2 ноября 2018 г.) // Официальный сайт ВЦИОМ. URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=9413>.

**САМООЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПЕРСОНАЛА
SELF-ASSESSMENT OF HEALTH STATUS AS A MANIFESTATION
OF THE SOCIO-PSYCHOLOGICAL AGE OF STAFF**

И.С. Леонова

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

I.S. Leonova

Lobachevsky University

Представлены результаты исследования усталости как главного показателя феномена субъективного благополучия разновозрастного персонала предприятий и как показателя социально-психологического возраста. Актуальность исследования обусловлена противоречиями восприятия в обществе пенсионной реформы и проблемами сохранения рабочего места сотрудниками старшего возраста вследствие подверженности значительной части работодателей стереотипам возрастной предвзятости. Исследование построено на методологических идеях относительности хронологического возраста и влиянии организационной культуры на социально-психологический возраст сотрудников.

The results of a study of fatigue as the main indicator of the phenomenon of subjective well-being of employees of different ages at enterprises and as an indicator of socio-psychological age are presented. The relevance of the study is due to contradictions in the perception of pension reform in society and the problems of preserving a job by older employees due to the exposure of a significant part of employers to stereotypes of age-related bias. The study is based on the methodological ideas of relativity of chronological age and the impact of organizational culture on the socio-psychological age of employees.

Ключевые слова: индустрия 4.0, рынок труда, инновации, трудовая занятость, возрастные стереотипы, гендерные стереотипы, психологический возраст, социально-психологический возраст, трудовая вовлеченность, организационная культура

Keywords: industry 4.0, labor market, innovations, labor employment, age stereotypes, gender stereotypes, psychological age, socio-psychological age, labor involvement, organizational culture

Более 80% российских работодателей признают, что в кадровой практике присутствует возрастная дискриминация. Трудности сохранения рабочего места и получения нового россияне начинают испытывать с 40-45 лет, женщины острее, чем мужчины.

Социальные стереотипы, в том числе стереотипы старости, не возникают на пустом месте. Они представляют собой устойчивые привычные формы мышления и действия, сокращающие время принятия решений и исключающие дифференцированный индивидуальный взгляд на те или иные характеристики конкретного человека.

Процесс развития и старения сложен и многосторонен. Исследователи выделяют в нем биологическое, психологическое и социальное старения [1-3]. Этот процесс индивидуален и интерактивен [4]. Современный человек может сам сделать и часто делает очень много для того, чтобы поддержать свое здоровье, физическую форму, внешний облик, ментальные функции, поведенческие модели на том уровне, какой представляется ему необходимым и в соответствии с социальными вызовами. Существуют взгляды, состоящие в том, что старение – естественный процесс и к нему нужно отнестись спокойно, познавая себя и те смыслы, которые он несет, и с ними трудно не согласиться [5]. Вместе с тем, нельзя отказать человеку в праве, насколько возможно, отодвинуть этот этап своего онтогенетического развития и воспользоваться возможностями самореализации не только в семейной и рекреационной, но и в трудовой деятельности.

Чувство усталости сотрудников предприятий на рабочем месте существенно различается в зависимости не столько от хронологического возраста, сколько от организационных условий, в которых осуществляется трудовая деятельность.

В Нижегородском государственном университете, начиная с 1999 г. ведутся исследования психологической жизнеспособности персонала. Их методологическую основу составляют теория социального действия Т. Парсонса [6], диспозиционная теория В.А. Ядова [7; 8], теория организационной культуры Э. Шейна [9], типология организационных культур К. Камерона и Р. Куинна [10]. Полученные данные позволяют сделать некоторые выводы относительно причин стойкости возрастных стереотипов, связанных с ними феноменов, ареалов их проявления и возможностей преодоления. Данные получены при исследовании персонала производственных предприятий и медицинских организаций с разной включенностью в инновационные процессы.

Статистически значимые различия обнаруживаются при сравнении чувства усталости внутри одной возрастной категории, но в разных

организационных культурах (ОК). Можно видеть, иерархически-клановая культура оказывает психологически давящее влияние, особенно на молодых сотрудников, а рыночно-иерархическая ОК, скорее, способствует актуализации их потенциала. С течением времени сотрудники адаптируются к иерархически-клановой ОК, и старшие женщины легче, чем остальные, воспринимают ее условия, хотя старшие женщины в ОК рыночно-иерархического типа все же чувствуют меньше усталости, чем их сверстницы, работающие в иерархически-клановой модели ОК.

1. Ключевой характеристикой психологического возраста является возрастное самоощущение. Данные показывают, что в рыночно-иерархической культуре персонал всех возрастов чувствуют себя моложе своего хронологического возраста. Несколько более противоречивые данные получены в отношении возрастной самооценки женского персонала ординарного предприятия. Женщины старшего возраста оценивают свой возраст как более молодой в среднем на 6 лет. Чтобы правильно интерпретировать этот результат, целесообразно воспользоваться данными о низком уровне личностной вовлеченности женщин в трудовой процесс на предприятиях с кланово-иерархической ОК. В этой самооценке проявляется возрастное самочувствие не на рабочем месте, а естественная социально-психологическая позиция женщин старшего возраста.

2. Заслуживают внимания данные о восприятии возраста сотрудников менеджерами. Именно их оценки имеют отношение к принятию важных решений применительно к продолжению работы сотрудниками старшего возраста.

Оценки менеджеров ординарного предприятия во многом соответствуют самооценкам персонала. Вместе с тем, оценки менеджеров ординарного предприятия более эмоциональны, а менеджеров инновационного предприятия – более адекватны.

Большая эмоциональность оценок менеджеров ординарного предприятия понятна. В условиях сопротивления организационным изменениям те сотрудники, которые поддерживают усилия менеджмента, проявляют заинтересованность и активность, кажутся им более молодыми. Их меньшинство – до 27%. Это – мужчины среднего возраста. Сопротивляющиеся изменениям, пассивные люди, желающие скорее дожить до пенсии, представляются им более старшего возраста – почти 70%.

На инновационном предприятии менеджеры эмоционально более нейтральны, сдержанны и адекватны в оценках. Ключевой характеристикой является производительность и качество труда, поддержка постоянно идущих организационных изменений, а не хронологический возраст работника.

Таким образом, в ОК рыночно-иерархического типа с выраженным инновационным компонентом сотрудники старших возрастов, как и более молодые, чувствуют себя моложе и не подпадают под характеристики возрастных стереотипов, в то время как в иерархически-клановой модели ОК сотрудники чувствуют себя более усталыми и старыми.

Список литературы

1. Обухова Л.Ф., Обухова О.Б., Шаповаленко И.В. Проблема старения с биологической и психологической точек зрения // Психологическая наука и образование. 2003. №3. С. 25-33.

2. Анцыферова Л.И. Поздний период жизни человека: типы старения и возможности поступательного развития личности // Психологический журнал. 1996. Т. 17. № 6. С. 60-71.

1. Ксенда О.Г., Татарко К.И. Старение через призму социальных, психологических и биологических изменений // Психолог. 2018. №2. С. 55-65.

2. Staudinger U.M. Images of aging: Outside and inside perspectives // Annual Review of Gerontology and Geriatrics. 2015. V. 35. P. 187-210.

3. Сапогова Е.Е. Экзистенциально-психологический анализ старости // Культурно-историческая психология. 2011. №3. С. 75-81.

4. Парсонс Т. О структуре социального действия. М.: Академический проект, 2018. 435 с.

5. Ядов В.А. Саморегуляция и прогнозирование социального поведения личности: диспозиционная концепция. М.: ЦСПиМ, 2013. 376 с.

6. Ядов В.А. Трансформация постсоветских обществ: что более значимо – исторически традиционное или недавнее прошлое // Социологические исследования. 2014. №7. С. 47-50.

7. Шейн Э.Х. Организационная культура и лидерство. СПб.: Питер, 2012. 532 с.

8. Камерон К.С., Куинн Р.Э. Диагностика и изменение организационной культуры. СПб: Питер, 2001. 320 с.

**МЕЖДУНАРОДНЫЙ И РОССИЙСКИЙ ОПЫТ
ПОДДЕРЖКИ НЕКОММЕРЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ
INTERNATIONAL AND RUSSIAN EXPERIENCE
IN SUPPORTING NON-PROFIT ORGANIZATIONS**

Т.Э. Петрова

Департамент культуры Правительства Российской Федерации, г. Москва

T.E. Petrova

Department of Culture of the Government of the Russian Federation, Moscow

Рассматриваются вопросы государственной поддержки некоммерческих организаций в мире и в Российской Федерации.

The article presents experience of support of NGO in world and Russia.

Ключевые слова: государственная поддержка, благотворительность, взаимодействие, разгосударствление социальных услуг

Keywords: state aid, volunteers, cooperation, privatization of social services

В Российской Федерации сформировался солидный корпус негосударственных некоммерческих организаций, которые занимаются непосредственным решением конкретных проблем людей, во взаимодействии с государством принимают активное участие в развитии социальной сферы. Некоммерческий сектор в России – не только важная часть экономики страны, но и основа ее гражданского общества. Он может рассматриваться как значимый субъект социальных преобразований, повышения качества жизни, сфера самореализации активных и неравнодушных граждан.

В последнее десятилетие российское государство, опираясь на международный опыт, развивает его системную поддержку во имя решения наиболее значимых социальных проблем – введено понятие социально ориентированных некоммерческих организаций (далее – СОНО), общественно полезных услуг, благотворительности, добровольчества (волонтерства), законодательно определены наиболее значимые направления их деятельности.

По данным Минюста России, в Российской Федерации зарегистрировано около 219 тыс. некоммерческих организаций. По данным Росстата, в 2017 г. в стране действовало около 143 тыс. СОНО, средняя численность их сотрудников – 630 тыс. человек [1].

Термин СОНО является в определенной мере аналогом термина «организации общественной пользы», используемого в правовых системах ряда зарубежных стран. В европейских странах таким организациям предоставляются различные виды государственной поддержки: прямая финансовая поддержка и

косвенная – налоговые льготы, предоставление помещений на льготных условиях, приоритетное участие в конкурсах.

По данным исследования, проведенного в 2017 г. Центром исследований гражданского общества и некоммерческого сектора НИУ «Высшая школа экономики», государственная финансовая поддержка некоммерческих организаций в развитых странах составляет до 52% дохода таких юридических лиц, в развивающихся – до 23%.

На ведущих позициях по объемам государственной поддержки традиционно находятся страны Западной Европы, Канада и Израиль. При этом, например, во Франции и Бельгии совокупное государственное финансирование, включающее в себя как предоставление субсидий (грантов), так и государственных контрактов, составляет подавляющую долю доходов некоммерческих организаций – от 60 до 77%. Для Германии, в которой больше других благотворительных организаций, объемы господдержки составляют более 9 млрд. евро. Для Швейцарии это более 500 млн. швейцарских франков. На Италию приходится около 2,7 млрд. евро прямого финансирования программ некоммерческих организаций через субсидии из бюджетов всех уровней.

В восточном блоке стран объемы государственной поддержки несколько ниже и составляют в среднем немногим более 40%. Далее следуют страны скандинавского региона и развитые страны Азии с долями в 35% и 34% соответственно.

В адрес некоммерческих организаций в США из государственного бюджета выделяется более 24 млрд. долларов в год. Вклад в некоммерческий и добровольный сектор в Канаде велик не только по отношению к отечественной промышленности, но и по сравнению с аналогичными учреждениями в других странах. В этой связи государственная поддержка в абсолютных цифрах может составлять до 12 млрд. канадских долларов. В странах Латинской Америки объемы финансирования едва дотягивают до 20%.

За рубежом выделяются два режима льготного налогообложения: первый предусматривает полное освобождение от налогов (Польша, Венгрия), второй – частичный, предполагающий освобождение от налогов всех видов деятельности организации, за исключением доходов от коммерческой деятельности (Великобритания, Испания, Австрия, Германия, Швеция). В таких странах, как Германия и Нидерланды, где общественно полезный статус является в первую очередь вопросом налогообложения, налоговые ведомства осуществляют основной надзор за организациями общественной пользы. В Венгрии главным надзорным органом является прокуратура.

Во многих странах некоммерческому сектору отводится важная роль как в решении отдельных социальных проблем, так и в выполнении государственных

обязательств в социальной сфере в целом. За рубежом в оказании услуг социальной сферы занято почти 60% трудовых ресурсов некоммерческого сектора. Во Франции их доля в оказании услуг социального обслуживания составляет 62%, доля государственных организаций – 28%, коммерческих организаций – 10%.

В Польше некоммерческие поставщики закрепились в отраслях социально-трудовых услуг (77%), социальной адаптации и реинтеграции (74%), стационарного и полустационарного обслуживания лиц пожилого возраста (44%) [2].

По данным Минтруда России, в настоящее время в 54 субъектах Российской Федерации добровольцы (волонтеры) осуществляют свою деятельность в организациях социального обслуживания, предоставляющих социальные услуги в стационарной форме, в полустационарной форме и в форме социального обслуживания на дому (Республика Карелия, Республика Крым, Республика Ингушетия, Кабардино-Балкарская Республика, Карачаево-Черкесская Республика, Удмуртская Республика, Республика Северная Осетия-Алания, Чеченская Республика, Республика Марий Эл, Республика Татарстан, Республика Алтай, Республика Тыва, Ставропольский край, Краснодарский край, Алтайский край, Забайкальский край, Приморский край, Хабаровский край, Белгородская, Владимирская, Ивановская, Калужская, Костромская, Курская, Московская, Орловская, Рязанская, Смоленская, Тамбовская, Тверская, Тульская, Архангельская, Вологодская, Ленинградская, Мурманская, Псковская, Ростовская, Кировская, Нижегородская, Пензенская, Ульяновская, Курганская, Тюменская, Иркутская, Кемеровская, Омская, Томская, Сахалинская, г. Москва, г. Санкт-Петербург, г. Севастополь, Ханты-Мансийский автономный округ-Югра, Ямало-Ненецкий автономный округ, Чукотский автономный округ).

Так, в Республике Марий Эл налажено сотрудничество организаций социального обслуживания с волонтерскими организациями. Уже более пяти лет волонтеры региональной молодежной общественной организации поддержки гражданских инициатив Республики Марий Эл «Опора» осуществляют шефство над специальными домами для одиноких престарелых. В государственном бюджетном учреждении «Комплексный центр социального обслуживания населения» в городе Йошкар-Оле добровольцы (волонтеры) привлекаются для оказания содействия клубу молодых инвалидов, оказывают услуги по сопровождению, организации досуга, участвуют в привлечении к регулярным занятиям физической культурой и спортом, проведении физкультурных и спортивных мероприятий.

В Приморском крае ежегодно волонтеры принимают участие в краевых социальных акциях, проводимых организациями социального обслуживания

«Поздравь ветеран», «Скажи телефону доверия «Да!», «Детство – счастливая пора», «Молодежь за мир!», «Мы – за здоровый образ жизни!». В рамках проекта «Бабушка и дедушка онлайн» студенты из образовательных учреждений обучают граждан пожилого возраста компьютерной грамотности

В Саратовской области волонтеры оказывают всестороннюю помощь ветеранам Великой Отечественной войны, в том числе предоставление социально-бытовых услуг, осуществление поздравления ветеранов на дому с вручением подарков, изготовленных своими руками. Особое внимание уделяется чествованию ветеранов, тяжелобольных и одиноких граждан на дому. Проводятся встречи граждан старшего поколения с молодежью, концерты детской художественной самодеятельности для старшего поколения, тематические встречи «Поклонимся великим тем годам!», «Нам нужен мир!» и другие. В целях повышения активности людей старшего возраста добровольцами (волонтерами) проводятся различные образовательные мероприятия, в том числе обучение компьютерной грамотности.

В Ростовской области в рамках проведения декады пожилых людей проходит Чемпионат по компьютерному многоборью среди граждан пожилого возраста «Понятный Интернет». Активное содействие и помощь в проведении чемпионата оказывают волонтеры-студенты.

В Смоленской области с июля 2018 г. все организации социального обслуживания семьи и детей зарегистрированы в единой информационной системе «Добровольцы России», которая позволяет всем гражданам независимо от возраста, места жительства и интересов находить подходящие возможности для оказания добровольческой (волонтерской) помощи и самореализации через добровольчество (волонтерство) На базе Смоленского государственного бюджетного учреждения «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Вишенки» создан ресурсный центр «Перспектива», в работу которого внедрена технология обучения добровольцев (волонтеров) для работы в социальной сфере. Служба добровольцев (волонтеров) «Милосердие», созданная при Смоленской епархии Русской Православной Церкви, ежегодно организует поездки в Смоленское государственное бюджетное учреждение «Ново-Никольский детский дом-интернат для умственно отсталых детей» с целью оказания воспитанникам учреждения различных видов помощи.

В Республике Северная Осетия – Алания государственное автономное учреждение социального обслуживания «Республиканский психоневрологический дом-интернат «Милосердие» привлекает добровольцев Русской Православной церкви и благотворительного фонда «Рука помощи». Эти организации ежеквартально привозят расфасованные сладости, сладкую воду, а также поздравляют получателей социальных услуг.

В Тюменской области реализуется более 20 современных, актуальных проектов «серебряного» волонтерства – отряд «Гиды55+», отряд взаимодействия с ГИБДД «Дорожный патруль 55+», отряд «Собственной безопасности», «Компьютерный мобильный WEBотряд волонтеров 55+», отряд «Имиджа и стилистики 55+». В 2018 г. создан региональный ресурсный центр «Штаб-квартира» «серебряных» добровольцев (проект стал победителем федерального конкурса по поддержке центров добровольцев старшего возраста), который является единым пространством коммуникации в форме комплекса площадок.

В 36 субъектах Российской Федерации вовлечены в добровольческую (волонтерскую) деятельность граждане старшего поколения и инвалиды (Республика Карелия, Республика Крым, Республика Ингушетия, Кабардино-Балкарская Республика, Карачаево-Черкесская Республика, Республика Северная Осетия-Алания, Чеченская Республика, Республика Алтай, Республика Тыва, Ставропольский край, Белгородская, Владимирская, Ивановская, Костромская, Курская, Московская, Орловская, Рязанская, Смоленская, Тамбовская, Тверская, Тульская, Архангельская, Ленинградская, Кировская, Нижегородская, Пензенская, Иркутская, Кемеровская, Омская, Сахалинская, г. Москва, г. Санкт-Петербург, Ханты-Мансийский автономный округ-Югра, Ямало-Ненецкий автономный округ, Чукотский автономный округ).

В г. Москве на базе центра социального обслуживания с 2016 г. функционирует клуб «Зарядка», созданный для укрепления организма, физической подготовки людей пожилого возраста.

В Удмуртской Республике содействие развитию волонтерской деятельности в организациях социального обслуживания оказывает региональная общественная организация «Федерация скандинавской ходьбы Удмуртии», специалисты которой на добровольной основе проводят обучающие мастер-классы по скандинавской ходьбе для граждан пожилого возраста и инвалидов, состоящих на социальном обслуживании.

В Томской области граждане старшего поколения, инвалиды из числа ветеранов войны и труда привлекаются для проведения уроков мужества, патриотических конференций, фестивалей и иных мероприятий, проводимых Томским областным организационным комитетом «Победа» в связи с днями воинской славы России, памятными и другими событиями истории Отечества.

В Ростовской области в рамках празднования Дня Победы в Великой Отечественной войне проводятся месячники волонтерского движения, в ходе которых волонтеры из молодежных объединений совместно с социальными работниками и сотрудниками администраций сельских поселений проводят

акции и мероприятия по оказанию ветеранам Великой Отечественной войны, вдовам ветеранов Великой Отечественной войны, несовершеннолетним узникам и одиноким пожилым людям различных видов помощи – приводят в порядок территорию дворов и приусадебных участков ветеранов, оказывают помощь в уборке жилых помещений, в мелком ремонте домов, посадке цветов и саженцев, доставке продуктов и лекарств.

В Иркутской области на базе областного государственного автономного учреждения социального обслуживания «Марковский геронтологический центр» реализуется проект «Не стареют душой волонтеры».

В Забайкальском крае вовлеченность граждан старшего поколения и инвалидов в добровольческую (волонтерскую) деятельность осуществляется благодаря реализации программы «Молоды душой» Ассоциации волонтерских центров. В 2018 г. Забайкальский край стал победителем Всероссийского конкурса по поддержке и формированию центров «серебряного» волонтерства в субъектах Российской Федерации [3].

Список литературы

1. Материалы к заседанию Государственного совета Российской Федерации 27 декабря 2018 г. М., 2018.
2. Информационно-аналитический бюллетень НИУ-ВШЭ, 2017. № 1.
3. Письмо Минтруда России от 28 июня 2-19 г. № 12-3/10/В-5040.

КАЧЕСТВО ГОРОДСКОЙ СРЕДЫ КАК ФАКТОР ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ QUALITY OF URBAN ENVIRONMENT AS A FACTOR OF HEALTH SAVING

И.М. Фадеева, А.Р. Мухаметзянова
*Научный центр социально-экономического мониторинга,
г. Саранск*

I.M. Fadeeva, A.R. Mukhametzyanova
*Scientific Center for Social and Economic Monitoring,
Saransk*

Предлагается современный подход к анализу основных показателей качества благоприятности городской среды с точки зрения влияния их на практики здоровьесбережения.

The article proposes a modern approach to the analysis of the main indicators of the quality of the favorable urban environment in terms of their impact on health conservation practices.

Ключевые слова: город, качество городской среды, комфортность городской среды, здоровьесбережение

Key words: city, quality of urban environment, comfort of urban environment, health saving

Вопрос качества городской среды все более остро актуализируется для общества и каждого современного человека, так как темпы урбанизации уже достигли практически своего предела в городах России. На 1 января 2019 г. в городах проживает 75% населения [1], что отражает тенденцию, наблюдающуюся в мире, преимущественно в цивилизованных странах.

Чтобы понять, как качество городской среды влияет на формирование здоровьесберегающего поведения, необходимо знать, что представляет собой город в социальном смысле. Формирование городов и городского образа жизни, согласно мнению А.А. Бесчасной, дифференцировало их в пространственно-временном измерении и в соответствии изменяющимся стандартам образа и качества жизни. Неравномерность развития и функционирования городов очевидным образом проявляется в жизни горожан, в формировании определенных моделей их жизни, в том числе, здоровьесберегающих практик. Следовательно, социальное значение городов выражается в «окультуривании» человека и совместного проживания людей в интересах сохранения жизни и здоровья [2, с. 26].

С социологической точки зрения, город – это относительно крупное, плотное скопление разнородных индивидов, живущих в условиях анонимности, безличных отношений и опосредованного контроля. Тесное физическое соседство и социальная дистанция, характеризующие городскую жизнь, культивируют в людях вынужденную осторожность [3, с. 78]. Социологически значимое определение города выделяет те элементы, которые отличают его как особый способ групповой жизни людей. Это значит, что именно в городе применяются и могут быть более развиты формы передачи социального опыта, в том числе и в области здоровьесбережения. Это понятие характеризует образ жизни, уровень культуры человека (в том числе поведенческой культуры, гигиенических навыков, позволяющих сохранять и укреплять здоровье), требования к благоприятным условиям жизнедеятельности, способствующим предупреждению развития нарушений здоровья и поддерживающим оптимальное качество жизни.

Направленная политика формирования качества городской среды в РФ базируется на Указе Президента РФ от 7 мая 2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» [4] входит в национальный проект «Жилье и городская среда», целями которого являются: кардинальное повышение комфортности городской среды, в том числе индекса качества городской среды на 30%, сокращение количества городов с неблагоприятной средой в два раза; создание механизма прямого участия граждан в формировании комфортной городской среды, увеличение доли граждан, принимающих участие в решении вопросов развития городской среды до 30%; создание механизмов развития комфортной городской среды, комплексного развития городов и других населенных пунктов с учетом индекса качества городской среды.

С целью формирования перечня показателей народного стандарта качества городской среды и выявления приоритетных критериев качества проживания в ней Общероссийским народным фронтом был проведен опрос «Качество городской среды – Народный стандарт», по результатам которого планируется сформировать народный стандарт качества городской среды [5]. Анализ перечня показателей в приоритетной группе, заложенных в анкете, позволил выявить некоторые ее недостатки: отсутствие показателя «доступность для маломобильных групп населения» (I); «реализация гражданских инициатив» (II). Данные позиции были сконцентрированы в разделе «другое», хотя они охватывают до половины населения (пожилые, инвалиды, граждане с временной нетрудоспособностью, дошкольники – в группе I) или все население (в группе II). Кроме того, один из вопросов содержал формулировку «возможность социологизации человека в городском сообществе», которая более приемлема для экспертного, чем для массового опроса.

Нами предложены критерии качества городской среды, которые влияют на практики здоровьесбережения в городе в большей степени: 1) благополучие городской среды (включая все его виды – санитарно-эпидемиологическое, психологическое, профессиональное); 2) доступность городской среды в равной степени для всех граждан (отсутствие барьеров для перемещения, возможность реализовать свои права для всех слоев населения); 3) информационная открытость (возможность в равной степени получить необходимую информацию, просвещение в области ведения здорового образа жизни); 4) эргономичность дизайна городской среды (приближение условий функционирования к биологически оптимальным параметрам внешней среды, при которых человеку обеспечивается оптимальное развитие, хорошее здоровье и высокая работоспособность); 5) адаптируемость городской среды к

изменениям (оптимальная изменчивость с целью сохранения баланса между социальным и биологическим).

Учитывая важность проблемы, укажем, что политика здоровьесбережения не может существовать в рамках только системы здравоохранения или образования (как формируемая компетенция обучающегося), навыков, сформированных в семье, а должна исходить из условий качества городской среды, имеющейся в городах разного масштаба. Так, мегаполис диктует свои условия, обусловленные перенаселенностью центра и удаленностью периферии, что создает повышенную тревожность и депрессию у жителей. Изучение этих феноменов входит в круг вопросов психологии среды [6]. А инфраструктурное обеспечение современных городов на первый план выдвигает необходимость развития «третьих мест», среди которых можно выделить «здоровьесберегающие» учреждения – фитнес-клубы, центры здоровья и релакса [7]. Так, например, средние города, более комфортные для проживания, могут не содержать достаточного количества объектов инфраструктуры, «скомпанованности» социальных сервисов. Малые города тоже отличаются недостаточной развитостью инфраструктуры, порой переходя в тотальную проблему (например, при закрытии социальных учреждений). При планировании развития города следует учитывать комплекс факторов (его размер и статус, историю, уровень социального развития и др.), включая необходимость формирования и развития институтов здоровьесбережения, которые в совокупности обсуживают интересы главного компонента и двигателя городской жизни – человека.

Список литературы

1. Демография. Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://old.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/#
2. Бесчасная А.А. Паттерны урбанистического детства как отражение многообразия повседневности городских детей // Общество: социология, психология, педагогика. 2016. № 1. С. 26-29.
3. Вирт Л. Урбанизм как образ жизни / пер. с англ. В. Николаева; 2-е изд. – М.: Strelka Press, 2018. 180 с.
4. Указ Президента РФ от 7 мая 2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71837200/>
5. Общероссийский народный фронт. Результаты опроса «Качество городской среды – Народный стандарт» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://nk-storage.onf.ru/public/998faca42f76cbecabe4941963f237a4.pdf>

6. Кидуэлл П. Психология города. Как быть счастливым в мегаполисе / пер. с англ. Е. Петровой. – М.: Манн, Иванов и Фербер, 2018. 288 с.

7. Ольденбург Р. Третье место: кафе, кофейни, книжные магазины, бары, салоны красоты и другие места "тусовок" как фундамент сообществ. М.: НЛО, 2018. 456 с.

**СОЦИАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ КАК ХАРАКТЕРИСТИКА
СОЦИАЛЬНОГО ПОТЕНЦИАЛА МОЛОДЕЖИ**
**SOCIAL HEALTH AS A CHARACTERISTIC
OF THE SOCIAL POTENTIAL OF YOUTH**

Л.Ф. Шаламова

Московский авиационный институт

(национальный исследовательский университет), г. Москва

L.F. Shalamova

Moscow Aviation Institute (National Research University), Moscow

Речь идет о социальном здоровье молодого человека как одной из ведущих характеристик его социального потенциала. Раскрывается сущность этого понятия и его влияние на формирование образа жизни молодого человека.

The article deals with the social health of a young man as one of the leading characteristics of his social potential. The essence of this concept and its influence on the formation of a lifestyle are revealed.

Ключевые слова: социальный потенциал, личность, социальное здоровье, образ жизни, фактор социального здоровья

Keywords: social potential, personality, social health, lifestyle, social health factor

В настоящий период, когда в Российской Федерации реализуется цель достижения «уровня экономического и социального развития, соответствующего статусу России как ведущей мировой державы XXI века, занимающей передовые позиции в глобальной экономической конкуренции и надежно обеспечивающей национальную безопасность и реализацию конституционных прав граждан» [1], чрезвычайно важным является не только формирование социального потенциала молодого поколения, но и его активизации в интересах развития личности и страны.

Социальный потенциал молодежи аккумулирует способности и ресурсы личности к общественно полезной и социально-значимой деятельности, представляет собой конкретную форму материализации человеческого фактора, фиксирует уровень развития и границы созидательной активности юношей и

девушек как субъектов управления собственным и групповым поведением, как участников процессов социального развития [2].

Он существует в трех ипостасях: как социальный потенциал индивида, социальный потенциал группы и социальный потенциал общности.

Социальный потенциал отдельной личности имеет определенное качество, определяющееся психологическими, социальными и физиологическими характеристиками определенного человека, отражает степень его социальной зрелости.

Это явление комплексное, объемное, обладающее характерными качественными характеристиками, количественное выражение которых можно получить лишь в процессе его активизации.

Качественные характеристики потенциала отражают его сущностную определенность, устойчивые взаимосочетания компонентов, которые обуславливают его специфику, дающую возможность отличать социальный потенциал одной личности от другой, одной социальной общности от другой. Они придают уникальность данному социальному образованию.

Знание качественных характеристик социального потенциала позволяет определить и прогнозировать тип социального поведения, степень вовлеченности в общественный процесс, характер внутреннего состояния.

В качестве комплексных качественных характеристик социального потенциала молодого человека выступают:

- социальная компетентность;
- жизненная позиция личности;
- социальная ответственность;
- физическое здоровье, жизненные силы;
- социальное здоровье;
- социальное благополучие;
- социальный статус.

Остановимся на социальном здоровье молодого человека как одной из основополагающих характеристик его социального потенциала.

Под социальным здоровьем наиболее часто понимают совокупность нормативных представлений и субъективных ощущений человека о собственном социальном поведении, о нравственно-духовной, социокультурной, поведенческой ориентации, о своей наследственности и социально-экологических характеристиках среды его жизнедеятельности [3, с. 51].

При этом, для оценки социального самочувствия молодого человека большое значение имеет развитость адекватного представления о самом себе.

Основообразующим фактором социального здоровья является здоровый образ жизни человека, который обусловлен, прежде всего, субъективным

отношением личности к объективным условиям его жизни. Под образом жизни будем рассматривать устойчивую общую направленность человека, его способ и условия жизнедеятельности, которые проявляются в нормах общения, поведения и складе мышления.

По мнению ведущих отечественных социологов, именно социально-психологический образ жизни призван выявить механизмы саморегуляции субъекта, связанные с его отношением к условиям жизни и деятельности, с его потребностями, жизненными ориентациями, а также с его отношением к социальным нормам [4, с. 93].

Индивидуально-личностный образ жизни (индивидуальный стиль) и социально (общественно) групповой аккумулирует в себе социальное здоровье. В них отражаются привычки, навыки, нормы, стереотипы, социально-психологические особенности личности, а значит и характер взаимодействия с другими людьми, который может иметь различные оттенки: конфликт, сотрудничество, принятие или непринятие социальных норм окружающих, навязывание или свобода в принятии решений.

В здоровом образе жизни находит концентрированное выражение взаимосвязь образа жизни и здоровья человека. Он объединяет все, что способствует выполнению человеком профессиональных, общественных, бытовых функций в оптимальных для здоровья и развития условиях.

Автор согласен с точкой зрения отечественных исследователей, что цельность и полнота образа жизни обуславливают нормативы социального здоровья человека, приемлемые для него и окружающих индивидуальные образцы поведения; позволяют человеку оптимально функционировать в социуме со своими личностными устремлениями и жизненными целями, способами их достижения [3, с. 57-58].

Стремление к оптимальной организации своей жизни, к духовно-физическому совершенству, к организации рационального питания, режима своей жизни, отказу от саморазрушающих привычек (курение, алкоголизм, наркомания) требуют от человека проявления высоких волевых мотивов и больших мотивационно-побудительных сил. Оно предполагает наличия у человека здоровых потребностей во многих сферах жизни, развития специальной системы мотивов и механизмов саморегулирования, самоуправления и выбора.

Список литературы

1. Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 N 1662-р (ред. от 28.09.2018) «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития

Российской Федерации на период до 2020 года> (вместе с "Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года" <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=LAW&n=308069&fld=134&dst=100001,0&rnd=0.9968497023869387#04636915428675432>).

2. Шаламова Л.Ф. К вопросу о государственном управлении активизацией социального потенциала молодежи / Российское ежемесячное научно-образовательное издание «Социально-гуманитарные знания». № 6. 2016 г. С. 108-114.

3. Молодежь и социальное здоровье / Под ред. Р.А. Зобова. СПб.: ХИМИЗДАТ. 2006. С. 51, 57-58.

4. Ядов В.А. Взаимосвязь социологического и социально-психологического подходов к исследованию образа жизни // Психология личности и образ жизни. М., 1987. С. 93.

ГМО-ПИТАНИЕ КАК NON-СТРАТЕГИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ? GMO-FOOD AS A NON-STRATEGY BEHAVIOR

Г.С. Широкалова
*Приволжский филиал
Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН,
Нижегородская государственная сельскохозяйственная академия,
г. Нижний Новгород*
G.S. Shirokalova
*Federal Center of Theoretical and Applied Sociology
of the Russian Academy of Sciences, Volga branch,
State Agricultural Academy, Nizhny Novgorod*

Проблема экологической чистоты пищи как основы здорового образа жизни, то актуализируется в СМИ то уходит на задний план в зависимости от расстановки сил в постоянной политической борьбе между сторонниками и противниками ГМО в продуктах питания, в том числе во властных структурах различных стран, не только в РФ. В результате мнение потребителей формируется теми игроками этой большой игры, кому принадлежит большая часть информационного пространства.

The problem of environmental cleanliness of food as the basis for a healthy lifestyle is then updated in the media, then goes to the background, depending on the balance of power in the ongoing political struggle between supporters and opponents of GMOs in food, including in the power structures of various countries, not only in RF. As a result, the opinion of consumers is formed by those players of this big game, to whom the majority of the information space belongs.

Ключевые слова: генно-модифицированные организмы, экология, продукты питания, законодательство, РФ, политика государства, СМИ

Keywords: genetically modified organisms, ecology, food, legislation, the Russian Federation, state policy, the media

Чаще всего проблема ГМО в России и мире рассматривается с позиций здоровья населения, но и зависит от выбора политических координат заказчика/автора... Такими координатами являются внешняя и внутренняя политика, воспроизводящая/решающая комплекс экологических проблем на территории страны. Балансируя между сторонниками и противниками ГМО на международной и внутренней арене, правительство России не раз изменяло свою позицию [1]. Экономическая несбалансированность бюджета РФ еще будет провоцировать своевременность/несвоевременность принятия разнонаправленных и неожиданных решений в этой сфере.

Один из последних принципиальных документов – Указ Президента РФ от 28.11.2018 N 680 "О развитии генетических технологий в Российской Федерации", цель которого «комплексное решение задач ускоренного развития генетических технологий, в том числе технологий генетического редактирования, обеспечения разработки биологических препаратов, диагностических систем и иммунобиологических средств для сферы здравоохранения, биотехнологий для сельского хозяйства и промышленности, а также совершенствования мер по предупреждению чрезвычайных ситуаций биологического характера и осуществлению контроля в этой области».

Для его исполнения принято Постановление Правительства РФ «Об утверждении Федеральной научно-технической программы развития генетических технологий на 2019 – 2027 годы". Одной из задач провозглашено «снижение критической зависимости российской науки от иностранных баз генетических и биологических данных, иностранного специализированного программного обеспечения и приборов» [2]. Документы необходимые и долгожданные, о чем свидетельствует широкий круг привлеченных к их реализации министерств и ведомств. Но насколько будут регулироваться исследования и практика их внедрения ранее принятыми законами о границах использования ГМО? Например, законодательство последних лет ориентировалось на ужесточение контроля Роспотребнадзора за генно-модифицированной продукцией [3]. Как изменятся его функции в новых обстоятельствах? Линейка генных модификаций сегодня очень велика и помогает решить множество задач, неразрешимых иным путем. Но где границы этого вторжения в природу, не грозящие негативными последствиями?

В социологической литературе вопросы об отношении населения к ГМО продуктам поднимались с момента появления данного дискурса в информационном пространстве и нередко фиксировали его крайнюю противоречивость. К тому же исследовался лишь один аспект: влияние ГМО на здоровье. Приведем несколько примеров. Исследование на рубеже 2009-2010 гг. кировчан зафиксировало «достаточно толерантное отношение к использованию ГМ-продуктов: 55,8% считают, что они используют ГМ-продукты, причем более трети респондентов не обращают на это внимания, только 5,5% интервьюеров всегда следят, чтобы в продукте не было генно-модифицированных ингредиентов». При этом 82% полагали, что «ГМ-продукты определенно опасны либо небезопасны для здоровья человека, в том числе по причине их мутагенности». 6% не имели определенного мнения, а 1% считали их безопасными. Авторы публикации посоветовали биотехнологам расширить участие общественности в разработке политики в области современной биотехнологии и усилить просветительскую работу. Такие рекомендации были даны в связи с тем, что в Кировской области была принята «Стратегия социально-экономического развития до 2020 г.", в которой устойчивое развитие области связывалось со специализацией в сфере биохимических технологий как основы инновационного сценария развития [4].

В чем, на наш взгляд, «подвох» такого рода рекомендаций? Авторы распространяли результаты, полученные по конкретным вопросам об отношении населения к ГМ-продуктам, на отношение к биотехнологиям в целом, хотя не могли не осознавать, что пища для людей и животных лишь одна из сфер применения искусственно полученных организмов.

В 2014 г. ВЦИОМ зафиксировал, что 59% респондентов уверены в возможности мутаций в результате употребления продукции с ГМО, 9% верят в возможность с их помощью избавиться от ожирения или улучшить иммунитет. Одобрив запрет на ГМО в РФ (83%), так как это будет способствовать улучшению здоровья людей, 38% не прочь, чтобы ГМО избавили от голода жителей других стран [5].

В исследовании ВЦИОМ нашел отражение главный аргумент сторонников ГМО: так можно решить проблему голода на Земле. Каждого третьего при этом не смутило, что результатом могут быть мутации, в том числе онкологические. Впрочем, позиция/политика «двойных стандартов» присуща любому современному обществу, и не только в отношении ГМО. Так, в 2019 г. в Польше по ночам на скотобойни завозили больных коров; напомним – Польша экспортирует 80% мяса [6]. В 2017 г. в ЕС разгорелся скандал, что одни и те же продукты питания отличались по составу в зависимости от того, для западных или восточных стран ЕС они предназначались. Мясные консервы

для Германии изготавливались из свинины, а для Чехии из курятины механической обработки. Рыбные палочки в Австрии содержали больше рыбы, чем в Венгрии и Польше... Производители объяснили это «разными вкусовыми пристрастиями жителей регионов». Председатель Еврокомиссии потребовал тогда запретить товары двойного качества. Выполнено ли требование частными компаниями, на защиту которых встала госвласть? [7].

Разве нет аналогичных примеров в России? Эти случаи еще раз напоминают, что ГМ-продукты лишь один из рисков для здоровья. Когда население проживает не в странах, а на «территориях обмана» (перифраза известно ведущего) невозможно избежать цинизации и власти, и «простого» населения, ведь работают в пищевой промышленности не инопланетяне.

В Год экологии в РФ (2017г.) в рамках Всероссийского исследования РОС нами были опрошены нижегородские студенты о производственных факторах, наносящих наибольший вред окружающей природе и человеку на территории их проживания. ГМО были оценены в 3,36 балла из пяти [8].

В 2018 г. ВЦИОМ повторил опрос о ГМО. 79% респондентов придерживаются мнения, что генно-модифицированные продукты питания крайне опасны для организма человека, однако от населения скрывают эту информацию. В их безвредность верит один человек из 10%, а среди людей с неполным средним образованием – каждый пятый. В этот раз свой экспресс выпуск ВЦИОМ озаглавил в соответствии с веяниями политического времени: «В российском обществе преобладают здравые оценки о ГМО, ВИЧ-инфекции и прививках» [9]. Дело в том, что за прошедшие годы был принят ряд законодательных актов, ограничивающих использование ГМО в продуктах питания, в том числе под давлением общественности. Но вновь мнение о ГМО в целом формировалось лишь по отношению к ГМО в пищевой цепочке человека. Между тем, как Постановление ориентирует на биобезопасность и обеспечение технологической независимости, развитие сельского хозяйства, генетических технологий для медицины и промышленной микробиологии [2].

Комплексным изучением социальных последствий внедрения генных технологий в названных направлениях отечественная социология не занималась, и простым опросником по типу «вредно – невредно», «покупаю – не покупаю» здесь не обойтись, поскольку нужен коллектив из специалистов разных наук. Но будет ли на него официальный заказ?

Список литературы

1. Широкалова Г.С. Куда приведут санкции? // Проблемы рекультивации отходов быта, промышленного и сельскохозяйственного производства. IV

международная научная экологическая конференция. Краснодар, 24-25 марта 2015 г. Изд-во: КГАУ (Краснодар). 2015. С. 583-588.

2. Постановление Правительства РФ «Об утверждении Федеральной научно-технической программы развития генетических технологий на 2019-2027 годы» от 22.04.2019 N 479. URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72128722/> (дата обращения 10.11.2018).

3. Роспотребнадзор усовершенствует контроль за ГМО-продуктами. URL: <http://www.segoday.ru/news/190344> (дата обращения 10.11.2018).

4. Смагин С.Л., Иванцева Т.Г., Литвинец С.Г., Старикова М.М. Общественное восприятие генно-модифицированной продукции. URL: <http://ecsocman.hse.ru/data/2011/12/19/1270386561/Smagin.pdf> (дата обращения 12.07.2019).

5. ГМО-продукты: за и против. Спецвыпуск № 2695. 16.10.2014. URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=691> (дата обращения 10.07.2019).

6. Васильева М. В Польше забивают больных коров.

7. Наумова М. Граждане второго сорта: продовольственная несправедливость разделила Евросоюз.

8. Широкалова Г.С., Куконков П.И., Саралиева З.Х. Социальная экология как поле конфликта интересов // Конфликтология. 2017. Т.12. № 3. С. 112.

9. ГМО, ВИЧ, прививки: мифы и реальность. В российском обществе преобладают здравые оценки о ГМО, ВИЧ-инфекции и прививках. URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=9233> (дата обращения 10.01.2019).

ВЫСТУПЛЕНИЯ

ПРОБЛЕМА ЙОДОДЕФИЦИТА В НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ КАК ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ THE PROBLEM OF IODINE DEFICIENCY IN THE NIZHNY NOVGOROD REGION AS A FACTOR AFFECTING THE HEALTH OF THE POPULATION

Е.В. Андрианова
*Приволжский исследовательский медицинский университет,
г. Нижний Новгород*
E.V. Andrianova
*Privolzhsky Research Medical University,
Nizhny Novgorod*

Посвящено одному из важнейших микроэлементов, влияющих на главные процессы в нашем организме, – йоду. В результате тщательного анализа была выявлена опасность йододефицита для всех возрастных категорий населения и определены основные меры профилактики. Рассмотрено

урегулирование данного вопроса на законодательном уровне и предложены основные пути решения проблемы.

The article is devoted to the one of the most important microelement that affect main processes in our body-iodine. In the result of a thorough analysis, the danger of iodine deficiency was revealed for all age groups of the population and the main preventive measures were identified. The article discusses the settlement of this issue at the legislative level and suggests main ways to solve the problem.

Ключевые слова: йод; йододефицит; зоб; Нижегородская область
Keywords: iodine; iodine deficiency; goiter; Nizhny Novgorod Region

Основная доля йода сконцентрирована в щитовидной железе, так как именно тиреоидные гормоны не только влияют на ЦНС, высшую нервную деятельность, а также рост, физическое и психическое развитие, но и необходимы для регуляции метаболизма, действуя на все органы и ткани. Несмотря на это, организм человека не в состоянии самостоятельно продуцировать данный микроэлемент, а также обеспечивать его накопление. [1]

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) за 2018 год, заболевания, связанные с недостатком йода в организме, признаны одними из наиболее распространенных во всем мире. Дефициту данного микроэлемента наиболее подвержены центральные регионы России, одним из которых и является Нижегородская область.

По данным Областного тиреоидологического центра, в Нижегородской области в 2014-2015 гг. было проведено исследование 35 районов области. Было обследовано около 2000 детей в возрасте от 8-11 лет методами йодурии и УЗИ-диагностики. У обследуемой группы почти в 20% случаев было выявлено увеличение зоба. Полученные данные свидетельствовали о наличии в регионе умеренной йодной недостаточности. При скрининге на врожденный гипотиреоз заболеваемость составляла почти 15%, что соответствовало среднему уровню. [2]

Недостаток данного микроэлемента играет немаловажную роль еще на этапе формирования плода. Доказано, что тиреоидные гормоны, производимые щитовидной железой, напрямую влияют на развитие головного мозга, а их недостаток ведет к проблемам роста, задержке внутриутробного развития и формированию врожденного зоба. Кроме того, по данным некоторых исследований, общая заболеваемость детей до 1 года в 3 раза выше в регионах с умеренными показателями йододефицита. [3]

Особую категорию населения, наиболее подверженную заболеваниям данного характера, представляют дети и подростки. При недостаточной

выработке гормона щитовидной железой наблюдается отставание не только в физическом и психическом развитии, но и в процессе полового созревания. Огромную опасность представляет риск снижения умственного развития и, вследствие, развития кретинизма. В ходе исследований было выявлено, что эндемический зоб как одно из главенствующих заболеваний выявляется примерно у 20-40% детей, в то время как при достаточном содержании йода в организме риск снижается до 5% [4].

По данным Национального медицинского центра эндокринологии Минздрава России (НМИЦ эндокринологии), за прошедший год в России выявлено более 1,5 миллиона взрослых и 650 тыс. детей с заболеваниями щитовидной железы.

Для предотвращения возникновения заболеваний щитовидной железы важно помнить основные симптомы дефицита йода в организме: быстрая утомляемость; ослабление иммунитета; резкая смена настроения, раздражительность; нарушение памяти; ухудшение состояния зубов, волос, кожных покровов; нарушение обмена веществ.

Несмотря на высокий риск возникновения сопутствующих дефициту йода заболеваний, профилактика осложнений играет решающую роль в программе по защите населения. В данный момент в России она включает в себя 3 направления : индивидуальную, групповую и массовую.

Индивидуальная профилактика подразумевает употребление лекарственных препаратов, обеспечивающих поступление физиологически необходимого количества йода.

Групповая профилактика ориентирована на беременных и кормящих женщин, а также детей до 2 лет. Учитывая масштаб распространения данного заболевания не только в нашей стране, но и по всему миру, Российская Федерация, подписавшая и ратифицировавшая «Конвенцию о правах ребенка», одобренную Генеральной Ассамблеей ООН от 20.11.1989, взяла на себя обязательство по улучшению питания и здоровья детей, а также устранения заболеваний, связанных с недостатком йода [5].

Массовая профилактика охватывает все население и осуществляется путем йодирования соли и ее использования в пищевой промышленности. Основываясь на опыте ряда стран, после начала массовых профилактических мероприятий было выявлено постепенное снижение заболеваний щитовидной железы. К сожалению, по статистике лишь 30-40% людей в нашей стране употребляют в пищу именно йодированную соль. [6]

Амбулаторно врач может определить содержание йода в организме различными методами. В первую очередь, характер потребления йода организмом происходит с помощью оценки питания человека. Одним из

методов лабораторной диагностики является метод определения йода в моче. Другим методом исследования является определение содержания йода в волосах. Преимущества данного метода заключаются в простоте сбора материала и возможности отслеживания динамики потребления. Также была предложена оценка йодного статуса по данным ультразвукового исследования щитовидной железы или основанная на показателях тиреойдного статуса крови.

Употребление йода необходимо вне зависимости от возраста человека, но его потребность напрямую коррелирует с возрастом.

Определение суточной дозы йода, по данным ВОЗ за 2007 г., представлено ниже: [7]

Возраст	Суточная доза, мкг
0-5 лет	90
6-12 лет	120
Подростки старше 12 лет и взрослые	150
Беременные и кормящие	250

Основной этап в борьбе с йододефицитом в стране начался с 1990 г. Одними из наиболее важных документов федерального значения являются: Постановление Правительства РФ «О мерах по профилактике заболеваний, связанных с дефицитом йода» №1119 [8], Приказ Минздрава России «О мерах по профилактике заболеваний, связанных с дефицитом йода и других микронутриентов» №444 [9], и Постановление Главного государственного санитарного врача РФ «О мерах по профилактике заболеваний, обусловленных дефицитом микронутриентов, развитию производства пищевых продуктов функционального и специализированного назначения» №31 [10], в котором было приказано всем детским и медицинским учреждениям приобретать только йодированную соль. Принятие данных нормативно-правовых актов официально приурочило вышеуказанную проблему к перечню государственных приоритетов в области охраны здоровья населения. В 2006 г. было принято Постановление Правительства РФ «Об утверждении положения о социально-гигиеническом мониторинге» №60, благодаря которому произведен контроль подверженности йододефицитным заболеваниям по различным регионам страны [11]. Все это способствовало резкому увеличению объемов производства соли, обогащенной йодидом калия, увеличению ее поставок в школы и детские сады, разработке и утверждению региональных программ профилактики йододефицита, а также проведению просветительских работ среди населения относительно данной проблемы.

По нашему мнению, решение данной проблемы заключается в плановом проведении медицинского осмотра населения с обязательным включением в перечень проводимых исследований и определение концентрации йода в

организме. Снизить заболеваемость поможет санитарно-просветительская работа среди населения. Создание передвижных медицинских пунктов, волонтерская работа помогли бы донести до граждан серьезную опасность дефицита йода и, прежде всего, правильно мотивировать людей на заботу о себе и своих близких. Одним из способов преодоления проблемы является закрепление в нормативно-правовых документах и введение в обязательном порядке в меню дошкольных и школьных образовательных учреждений продуктов с повышенным содержанием йода.

Принятие соответствующих мер оказало бы благоприятное воздействие на здоровье населения в Нижегородской области.

Список литературы

1. Кочергина Профилактика и лечение дефицита йода и эндемического зоба— Российский медицинский журнал №24 от 03.12.2009. С. 1599.
2. Состояние обеспеченности йодом и распространенность зоба в нижегородской области. Тарасов Ю.И., Зубеев П.С., Тарасова Н.И., Леденцова О.В., Горохов В.А., Стронгин Л.Г., Некрасова Т.А.
3. Забаровская З.В. и соавт. Заболевания щитовидной железы, обусловленные дефицитом йода: Учеб.-метод. пособие. / Минск: БГМУ, 2007. 27 с.
4. Дефицит йода — угроза здоровью и развитию детей России: Национальный доклад / Колл. авт. М., 2006. 124 с.
5. "Конвенция о правах ребенка" (одобрена Генеральной Ассамблеей ООН 20.11.1989) (вступила в силу для СССР 15.09.1990).
6. Платонова Н.М. Йодный дефицит: современное состояние проблемы // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. 2015. Т. 11. № 1. С. 12-21.
7. Антонова М.С. Борьба с йод-дефицитом: история и современность. 2010. С. 2190-2193.
8. Постановление Правительства РФ «О мерах по профилактике заболеваний, связанных с дефицитом йода» №1119 от 05.10.1999.
9. Приказ Минздрава России №444 «О мерах по профилактике заболеваний, связанных с дефицитом йода и других микронутриентов».
10. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ «О мерах по профилактике заболеваний, обусловленных дефицитом микронутриентов, развитию производства пищевых продуктов функционального и специализированного назначения» №31, от 14.06 2013 г.
11. Постановление Правительства РФ «Об утверждении положения о социально гигиеническом мониторинге» №60 от 02.02.2006 г.

**ВЛИЯНИЕ АЛЬТРУИСТИЧЕСКИХ СМЫСЛОЖИЗНЕННЫХ
ОРИЕНТАЦИЙ НА ЗДОРОВЬЕ**
**INFLUENCE OF ALTRUISTIC SENSE-COMPLICATED
HEALTH ORIENTATIONS**

В.Н. Аргунова

Вятский государственный университет, г. Киров

А.Е. Антипова

АНО «Независимый исследовательский центр», Самара

V.N. Argunova

Vyatka State University, Kirov

A.E. Antipova

ANO «Independent research center», Samara

Альтруизм рассматривается как природно-социальное явление. Его природным основанием является забота о выживании и сохранении своего рода, обнаруживая взаимосвязь с коллективизмом как формой социального поведения. Эти глубинные объективные основания делают альтруизм непреходящей ценностью. Альтруизм формируется в процессе социализации. Принятие альтруизма в качестве ценности наполняет жизнь человека социальным смыслом, придает зрелость мышлению. Альтруизм сопровождается эмпатией, положительными эмоциями, создает позитивный эмоциональный жизненный фон, предупреждающий возникновение множества болезней.

Altruism is seen as a natural and social phenomenon. Its natural basis is concern for the survival and preservation of a kind, revealing a relationship with collectivism as a form of social behavior. These deep objective foundations make altruism an enduring value. In humans, altruism is formed in the process of socialization. The adoption of altruism as a value fills a person's life with social meaning, gives maturity to thinking. Altruism is accompanied by empathy, positive emotions, creates a positive emotional life background that prevents the occurrence of many diseases.

Ключевые слова: ценностные ориентации, смысл жизни, коллективизм, альтруизм, эгоизм

Keywords: value orientations, the meaning of life, collectivism, altruism, egoism

Ценностные ориентации являются глубинными мотивами не только социального поведения человека, но и всей его жизнедеятельности. «Набор» ценностей личности не всегда представляет собой упорядоченную систему. Он изменяется под влиянием событий личной и общественной жизни. В разном соотношении друг к другу могут находиться материальные и духовные

ценности, ориентируя человека на его жизненном пути. Самое большое влияние на социальное поведение личности оказывают смысложизненные ориентации. Именно они определяют жизненную стратегию личности, направленность его социального поведения.

Мы разделяем точку зрения, высказанную С.Л. Рубинштейном и поддерживаемую многими учеными, что смысл жизни каждого человека определяется в соотношении содержания всей его жизни с другими людьми. Отношение к другим людям как к субъектам характеризует самого человека как этического субъекта. При этом речь идет, как подчеркивает К.А. Абульханова-Славская, не об особенностях характера человека, которые делают его «легким» или «трудным» для общения. Имеется в виду социальное мышление личности, ее мудрость. Именно зрелое социальное мышление играет принципиальную роль в принятии человеком жизненно важных решений. Когда человек умеет осознавать свои цели, цели окружающих его людей, причины и следствия своих действий, он перестает жить автоматически и жизнь обретает смысл. [1, с. 256-258].

По большому счету, в социальном мышлении можно выделить два основных типа – альтруистический и эгоистический. Термин «альтруизм», означающий бескорыстную заботу о благе других, готовность жертвовать для других своими личными интересами, предложил О. Конт. По О. Конту, альтруизм антагонистичен эгоизму, а его основной принцип гласит: «Живи для других». Из формулировки можно сделать вывод, что О. Конт видел связь альтруизма со смыслом жизни.

Вводя в сферу исследовательских интересов альтруизм, ни психологи, ни социологи, ни даже биологи не могут обойти стороной эгоизм. В работах О. Конта, Г. Спенсера, Э. Дюркгейм, Г. Зиммеля красной нитью проходят рассуждения о связи, соотношении, первичности и вторичности двух полярных понятий.

Г. Спенсер полагал, что эгоизм эволюционно предшествует альтруизму, поскольку каждое существо, чтобы выжить, должно в первую очередь удовлетворять свои собственные потребности, так что ни о каком изначальном альтруизме не может быть и речи [2]. С этим вполне соотносится мнение В. Франкла о том, что поиск цели своего существования свойственен думающим людям, обеспечившим к тому же все свои базовые потребности [3]. Это важно для понимания возможностей формирования альтруистических смысложизненных ориентаций.

П. Сорокин полагал, что альтруизация, в конечном счете, должна принять общемировые масштабы, не ограниченные рамками какого-либо сообщества. По мнению социолога, это должно помочь мировому сообществу в

преодолении непрерывного цикла войн, революций и международных конфликтов. Он выделял два вида альтруизма: минимальный и подлинный. Первый вид – это альтруизм граждан, которые живут, соблюдая принятые в обществе нормы и законы, не принося никому своей деятельностью вреда. Второй же в большей степени связан с самоотверженностью и безвозмездно совершающейся помощью [4]. И первый, и второй вид альтруизма воспитываются с детства родителями, школой и художественной литературой. Однако в современном обществе, настроенном на приобретение и эгоизм в большей степени, чем на отдачу и любовь, проявление обоих видов альтруизма, по Сорокину, далеко не повсеместны. Темп жизни общества таков, что часто не позволяет остановиться для помощи нуждающимся в ней. Говоря о факторах, способствующих проявлению альтруизма, нужно отметить коллективизм, который возможен только в обществе убеждённых альтруистов. Коллективизм – это естественное следствие социального поведения. Следовательно, общество, устроенное по принципам коллективизма, настраивает и способствует проявлению альтруизма.

Альтруизм непосредственно связан с такими качествами, как эмпатия, сочувствие, сопереживание. Чем больше человек склонен к сопереживанию, тем выше его готовность к помощи в конкретном случае. То есть изначально, чтобы повысить уровень альтруистических смысложизненных ориентаций, нужно развить в себе эмпатию. По мнению П. Сорокина, альтруизм и все его формы производятся через взаимодействие людей. Следовательно, для формирования альтруистических смысложизненных ориентаций важно повысить способность и стремление человека к коммуникации. Также важно в целом повысить уровень смысложизненных ориентаций [5].

Так, например, альтруизм, искреннее желание помогать другим людям оказывает значительное влияние на продолжительность жизни. Изучение этой области проводили С. Конрат (университет Миннесоты), Э. Лайтфул (университет Миннесоты), Д. Маклеланд (Гарвард), К. Кашнид (Гарвард). Из выводов их многолетних исследований следует, что регулярное оказание помощи другим людям значительно продлевает жизнь. Альтруистичные поступки могут стимулировать выброс соответствующих нейромедиаторов, которые обслуживают эмоциональные центры [6].

Альтруизм и бескорыстие, в отличие от гнева, сдерживают активизацию симпатической нервной системы и уменьшают отрицательное влияние стресса на организм. У людей, стремящихся к альтруизму, иммуноглобулин «А» выше, чем у агрессивных людей. Иммуноглобулин «А» – это белок, который отвечает за иммунитет в организме человека, и, следовательно, можно утверждать, что альтруисты намного меньше подвержены болезням. Иммуноглобулин «А» вырабатывается не только у людей, совершающих альтруистичные поступки, но и у тех, кто наблюдает за этим. Исследовалась реакция организма на просмотр

фильмов с разной тематикой. Подобная стабильная реакция наблюдалась только в случае сюжетов о любви, самоотверженности (фильм о Матери Терезе). В случае просмотра фильмов на другие темы реакций замечено не было [7]. Можно смело утверждать, что проявление альтруизма укрепляет не только свой собственный иммунитет, но и иммунитет окружающих. После получения таких данных, подтвердившихся различными исследованиями, необходимо задуматься о том, как можно использовать подобное социальное поведение в лечении психологических болезней (тревожных состояний, депрессий).

Биологи и генетики (Гамильтон, Холдейн) считают, что альтруистические гены сформировались в нас эволюцией. При этом изначально альтруизм носил родственный характер и был направлен на защиту своих генов по принципу: «Я бы отдал жизнь за двух братьев или восьмерых кузенов» [8]. Поэтому группы альтруистов имеют больше шансов на выживание (Томас Флатт) [9]. В связи с этим нужно отметить, что альтруизм – это не просто полезное, но и жизненно необходимое для человека природное поведение. Стремление к нему очень естественно.

Нужно отметить, что отсутствие смысла жизни не менее пагубно влияет на здоровье, чем агрессия или гнев. В. Франкл подчеркивает, что «отсутствие смысла выступает причиной многих психических заболеваний, в том числе специфических «ноогенных неврозов», и разных видов отклоняющегося поведения». Одним из путей, которым человек может обрести смысл жизни, является дело, направленное на достижение социально значимых целей, то есть, по сути, стремление «жить для других» [3].

Обобщая вышесказанное, можно говорить о том, что альтруизм – это природно-социальное явление. Его природным, биологическим основанием является забота о выживании и сохранении своего рода. Тем самым обнаруживается тесная взаимосвязь с коллективизмом как формой социального поведения. Эти глубинные объективные основания делают альтруизм непреходящей ценностью. У человека альтруизм формируется в процессе социализации, под влиянием социального общения, воспитания и образования. Принятие альтруизма в качестве ценности наполняет жизнь человека социальным смыслом, придает зрелость мышлению. Альтруизм сопровождается эмпатией, положительными эмоциями, способствует выработке в биологическом организме белков, повышающих иммунитет. Альтруизм создает позитивный эмоциональный жизненный фон, предупреждающий возникновение множества болезней.

Список литературы

1. Абульханова-Славская К.А. Стратегия жизни. М.: Мысль, 1991.
2. Быков А.В. Понятие «Альтруизм» в социологии: от классических концепций к практическому забвению // Вестник РУДН, серия Социология. 2015. № 1.
3. Франкл В. Человек в поисках смысла. СПб.: Ювента, 1997.

4. Долгов А.Ю. Теория альтруизма Питирима Сорокина: Глобальная перспектива // Журнал социологии и социальной антропологии. СПб., 2015. №2.

5. Антипова А.Е. Формирование альтруистических смысложизненных ориентаций как способ улучшения общественного здоровья // Социальная справедливость – основа общественного здоровья / Материалы научно-практической конференции 13 марта 2018 г. СПб.: Культурно-просветительское товарищество, 2018.

6. Индиго. Молодежный психологический журнал: [электронный ресурс] // URL:<http://indi-go.net.ua/2014/07/10/nedostatki-gneva.html> (Дата обращения: 26.01.2018).

7. Связь болезней с работой души. Влияние гнева на сердечные болезни: [электронный ресурс] // URL:<http://www.atma.ru/?id=419> (Дата обращения 26.01.2018).

8. Марков А. Эволюция человека. Обезьяны, нейроны и душа. CORPUS, Издательство «Астрель», 2011 г.

9. Альтруисты выживают помаленьку: [электронный ресурс] // Газета.ру //URL:https://www.gazeta.ru/science/2006/07/05_a_690944.shtml?updated (Дата обращения: 9.03.2018).

**ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ НАЦИОНАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО
МОРДОВСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УНИВЕРСИТЕТА
ИМ. Н.П. ОГАРЕВА КАК СОЦИАЛЬНЫЙ АКТОР ГОРОДА
THE HEALTH CENTRE OF THE NATIONAL MORDOVIAN RESEARCH
STATE N.P. OGAREV UNIVERSITY AS A SOCIAL ACTOR IN THE CITY**

О.В. Атмайкина

*Центр здоровья Мордовского государственного
университета им. Н.П. Огарева, г. Саранск*

O.V. Atmaykina

Health Center of Mordovian State N.P. Ogarev University, Saransk

Изложены возможности Центра здоровья вуза как актора социальной политики администрации города при формировании здоровьесохраняющего поведения обучающихся.

The possibilities of the Centre of Health of the university as an actor of social policy of the city administration in the formation of health-preserving behavior of students are stated.

Ключевые слова: социальный актер, центр здоровья, оценка здоровья, университет, студенчество, здоровьесохраняющее повседневное поведение

Keywords: social actor, health center, health assessment, university, students, health-preserving everyday behavior

Сохранение и улучшение здоровья россиян в современных условиях является важнейшей государственной задачей. По данным Министерства здравоохранения Российской Федерации, состояние здоровья молодого поколения нельзя назвать удовлетворительным, 70% молодежи имеют функциональные отклонениями или хронические заболевания [1].

Национальный исследовательский Мордовский государственный университет имени Н.П.Огарева является одним из ведущих социальных акторов города. Более 17000 молодых людей в течение 5-8 лет обучаются в стенах родной альма-матер. Вуз несет ответственность за сохранение физического и духовного благополучия будущего производственного потенциала нашей родины. Образовательное учреждение предоставляет обучающимся доступную первичную медико-санитарную помощь (медицинские пункты, центр здоровья, стоматологическая поликлиника), условия для реабилитации (санаторий профилакторий) и для занятия физкультурой и спортом (физкультурно-оздоровительные комплексы, бассейн, спортивные залы, спортивные секции, условия для сдачи норм ГТО).

Центр здоровья МГУ им. Н.П. Огарева является медицинской организацией, созданной при университете для осуществления систематической работы по профилактике неинфекционных заболеваний и формирования у обучающихся и сотрудников повседневного здоровьесохраняющего поведения. Каждый студент и сотрудник вуза ежегодно имеет возможность бесплатно пройти комплекс диагностических мероприятий по оценке состояния здоровья и получить подробные врачебные рекомендации. При необходимости врач направляет пациента Центра здоровья на прием врачам узких специальностей.

В центре проводят диагностику функционального состояния ряда органов и систем: определение уровня сахара крови, холестерина, артериального давления, ритма и частоты сердечных сокращений, электрокардиографических параметров, жизненной емкости легких и других параметров внешнего дыхания, антропометрических данных, остроты зрения и уровня реакции на стрессовые воздействия. Осуществляются мероприятия по выявлению факторов риска развития неинфекционных заболеваний, в том числе структуры тела.

Диагносцируемые нарушения здоровья студентов – это результат воздействия негативных для здоровья элементов образа жизни современной молодежи. Употребление психоактивных веществ, низкая физическая активность, нерациональное питание и другие, приводят первоначально к появлению функциональных расстройств.

Регулярный контроль за здоровьем, соблюдение рекомендаций специалиста медицинского центра по здоровому образу жизни способствуют

профилактике хронических неинфекционных дегенеративных заболеваний. Систематический контроль за состоянием здоровья мотивирует обучающихся к здоровому образу жизни.

Результаты оценки здоровья обучающихся в виде регулярных отчетов направляются в администрацию университета. В университетской газете «Голос» публикуются материалы работы Центра здоровья. В газете введена рубрика «Индикаторы здоровья». Деятельность Центра здоровья осуществляется в тесном взаимодействии с сотрудниками медицинского института и отражена на сайте.

Центр здоровья активно взаимодействует с отделом социального развития и инклюзивного сопровождения вуза по вопросам санаторно-курортного обеспечения и добровольного медицинского страхования студентов, профессорско-преподавательского состава и других сотрудников университета. Совместно с управлением по внеучебной работе проводятся мероприятия по проведению социологического исследования поведенческих рисков студентов.

Центр здоровья выступает связующим звеном между университетом и другими социальными акторами города в сфере охраны здоровья: Министерством здравоохранения Республики Мордовия, Территориальным фондом ОМС Республики Мордовия, другими Центрами здоровья в городе Саранск.

Список литературы

1. Министерство здравоохранение Российской Федерации.
<https://rosminzdrav.ru> <https://cloud.mail.ru/stock/ggBv9sGyBugPKNnRv69Wjvru>

**ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЕ ОБУЧАЮЩИХСЯ В РАМКАХ ЕДИНОЙ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ СРЕДЫ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ
ОРГАНИЗАЦИИ**

**HEALTH PROTECTION OF STUDENTS WITHIN THE FRAMEWORK
OF THE UNIFIED PREVENTIVE ENVIRONMENT OF THE GENERAL
EDUCATION ORGANIZATION**

**Т.В. Бадеева, Е.С. Богомолова, М.В. Шапошникова,
С.Н. Ковальчук, Н.В. Котова, М.В. Ашина**
*Приволжский исследовательский медицинский университет,
г. Нижний Новгород*

А.Н. Писарева
*Территориальный отдел Управления Федеральной Службы
Роспотребнадзора по Нижегородской области в городском округе
г. Арзамас, Арзамасском, Ардатовском, Вадском, Дивеевском районах,
городском округе г. Первомайск*

**T.V. Badeeva, E.S. Bogomolova, M.V. Shaposhnikova,
S.N. Kovalchuk, N.V. Kotova, M.V. Ashina**
*Privolzhsky Research Medical University,
Nizhny Novgorod
A.N. Pisareva*

*Territorial Department of the Federal Service for Supervision of Consumer Rights
Protection and Welfare in Nizhny Novgorod Region in the city district of Arzamas,
Arzamas, Ardatovsky, Vadsky, Diveevsky districts, Pervomaysk city district*

Здоровье детей является одной из наиболее значимых ценностей современного общества. Сохраняющаяся тенденция ухудшения состояния здоровья школьников в процессе обучения определяет необходимость разработки эффективных мероприятий по формированию здорового образа жизни и комплексной профилактике хронических неинфекционных заболеваний у детей и подростков в рамках единой профилактической среды общеобразовательных организаций.

Children's health is one of the most important values of modern society. The trend of deterioration in the health of schoolchildren in the learning process continues. This determines the need to develop effective measures to formation of a healthy lifestyle and comprehensive prevention of chronic non-communicable diseases in children and adolescents within a single prophylactic environment of educational institutions.

Ключевые слова: профилактика, единая профилактическая среда, здоровье школьников

Keywords: prevention, a single prophylactic environment, health of schoolchildren

Здоровье детского населения на современном этапе определяет демографическое будущее России, ее экономическое развитие и безопасность. Здоровье детей – залог будущего процветания государства, одна из наиболее значимых ценностей современного общества.

В настоящее время сохраняется тенденция ухудшения состояния здоровья детей и подростков в процессе обучения. Это обусловлено ростом учебных нагрузок, интенсификацией образовательной деятельности, в том числе в связи с использованием в образовательных организациях (ОО) информационно-коммуникационных технологий, неадекватных особенностям и потребностям детского организма внутри школьной среды, распространённостью факторов риска здоровью обучающихся [1; 2]. В последние годы увеличивается количество детей и подростков с морфофункциональными нарушениями (МФО) и хроническими заболеваниями (ХЗ) костно-мышечной системы, органов зрения, пищеварения, нервно-психической сферы, традиционно связываемых с условиями и режимом обучения (УиРО) [3]. За одиннадцатилетний период обучения увеличивается наполняемость III и IV групп здоровья за счет уменьшения числа школьников II группы здоровья. Отмечаются периоды быстрого подъема распространенности МФО и ХЗ в 1-2-х и 8-11-х классах. Этому способствует переход к предметному обучению, высокая учебная нагрузка, не соответствующая функциональным возможностям школьников, повышенное психоэмоциональное напряжение.

Среда обитания современных школьников представляет собой целостную систему взаимосвязанных компонентов: экологических, образовательных и медико-социальных (медико-биологические факторы, факторы раннего детства и факторы образа жизни), которые могут выступать в качестве факторов риска здоровью обучающихся [4]. При несоответствии параметров факторов школьной среды обитания существующим гигиеническим нормативам и государственным регламентам их воздействие превышает адаптационные возможности организма детей и подростков. Это способствует более раннему формированию негативных отклонений в состоянии здоровья обучающихся, увеличению количества детей, имеющих школьнообусловленные заболевания (ШОЗ), что в будущем ведет к серьезным медико-социальным последствиям и представляет серьезную государственную проблему.

Проведенный анализ показателей состояния здоровья обучающихся и выявленные закономерности формирования причинно-следственных связей в системе «здоровье – среда обитания» дают возможность управления рисками развития ШОЗ и реализации комплекса мероприятий по профилактике МФО и ХЗ у школьников в рамках единой профилактической среды ОО [5]. В региональной модели единого профилактического пространства ОО выделяют

3 этапа реализации (диагностика здоровья и факторов риска, создание единой профилактической среды, мониторинг и оценка эффективности) [3].

В современных городских условиях показатели санитарно-гигиенического обеспечения ОО не являются предопределяющими в формировании МФО и ХЗ в школьном возрасте, которые традиционно связывают с УиРО. Доля вклада в формирование здоровья школьников выше у факторов образа жизни (превышение гигиенически рекомендованной длительности приготовления домашнего задания и пребывания в информационном пространстве, отсутствие физической активности вне школы, недостаточная длительность ночного сна и пребывания на свежем воздухе, нарушения питания) [3]. Программы профилактических мероприятий в первую очередь должны быть направлены на факторы образа жизни.

Преимуществом единого профилактического пространства (ЕПП) является неразрывность учебного, профилактического и оздоровительного процессов. Для полноценного функционирования необходима координация межведомственных усилий, взаимодействие медицинских и образовательных учреждений, активное участие педагогов, психологов, медицинских работников, родителей и самих учащихся. Важным звеном является врач по гигиене детей и подростков, объем знаний и умений, технологии работы которого позволят объединить усилия всех участников ЕПП и создать условия, которые помогут детям достигнуть высокого уровня здоровья и благополучия и полнее раскрыть свои потенциальные возможности и таланты.

Формирование ЕПП в условиях конкретной ОО включает создание оптимальных условий пребывания в школе, обеспечение благоприятного психологического климата, совершенствование медицинского обеспечения учащихся, обеспечение здоровья участников педагогического процесса, обучение детей и подростков навыкам и умениям здорового образа жизни (ЗОЖ). Главной целью является выработка ценностной ориентации школьников на здоровье и соответствующие этому стереотипы поведения. Формирование ЗОЖ и профилактика ШОЗ среди детей и подростков предполагают взаимодействие всех участников ЕПП: обучающиеся, их семьи, педагоги, медицинские и административные работники [6]. Необходимо также систематическое гигиеническое просвещение и воспитание родителей, вовлечение их в совместную с детьми и педагогами деятельность по формированию ЗОЖ у школьников. Привлечение самих учащихся к профилактике различных нарушений состояния здоровья и пропаганде ЗОЖ весьма актуально.

Предлагаемая программа по формированию ЗОЖ и профилактике и снижению риска формирования МФО и ХЗ, связанных с УиРО, содержит три направления. Первое – формирование модели управления физическим здоровьем обучающегося – предполагает обеспечение здоровьесберегающей направленности каждого школьного урока по любому учебному предмету и поддержание здоровья обучающихся и педагогов в течение учебного дня через реализацию системы комплексного коллективного оздоровления посредством активизации физической составляющей здоровья человека и рационального питания. Включает такие мероприятия, как утренняя гимнастика, качественный урок физкультуры, физкультминутки на уроках, организация подвижных игр и физических упражнений во время перемен, двигательная деятельность школьников во внеурочное время, оптимизация учебного места, учебного расписания, обеспечение доброкачественного рационального сбалансированного питания, организация условий для дополнительного питания обучающихся.

Второе направление – формирование у обучающегося и его окружения стереотипа ЗОЖ включает такие мероприятия, как обучение детей и подростков принципам, навыкам и умениям ЗОЖ, обеспечение благоприятного психологического климата в школе, гигиеническое воспитание и обучение родителей и других членов семьи, вовлечение их во внеурочную и внешкольную деятельность, привлечение менторов-спортсменов, тематические мероприятия по пропаганде ЗОЖ и профилактике нарушений в состоянии здоровья, массовые спортивные мероприятия.

Третье направление – совершенствование медицинского обеспечения учащихся ОО диагностической и профилактической направленности – включает организацию кабинетов здоровья, применение адаптогенов, кислородных и травяных коктейлей, комнаты психологической разгрузки и т.п.

В настоящее время предлагаемая региональная модель ЕПП реализуется в нескольких ОО Нижнего Новгорода [3].

Список литературы

1. Кучма В.Р., Соколова С.Б., Рапопорт И.К., Макарова А.Ю. Организация профилактической работы в образовательных учреждениях: проблемы и пути решения // Гигиена и санитария. 2015. № 1. С. 5-8.
2. Полунина Н.В. Состояние здоровья детей в современной России и пути его улучшения // Вестник Росздрава. 2013. №5. С. 17-24.
3. Управление рисками формирования школьно-обусловленной патологии в рамках единой профилактической среды общеобразовательной организации/ Шапошникова М.В. [и др.]// Актуальные вопросы анализа риска

при обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия населения и защиты прав потребителей. Пермь, 2019. С. 714-723.

4. Сухарева Л.М. Актуальные проблемы гигиены и охраны здоровья детей и подростков в развитии научной платформы «Профилактическая среда» // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. 2015. № 3. С. 10-12.

5. Приоритетные направления развития гигиены детей и подростков как биомедицинской науки на 2015-2020 годы. М.:НЦЗД Минздрава России, 2015. 35 с.

6. Кучма В.Р. Межсекторальное взаимодействие при формировании здорового образа жизни детей и подростков//Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. 2014. № 3. С. 4-10.

О БЕЗОПАСНОМ УРОВНЕ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА ABOUT THE SAFE LEVEL OF HUMAN HEALTH

В.А. Балчугов, А.О. Каширина
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*
V.A. Balchugov, A.O. Kashirina
Lobachevsky University

Обсуждается оценка здоровья человека с позиций измерения функциональных резервов организма, понятие «безопасного уровня здоровья», современные рекомендации по двигательной активности населения.

The article discusses the assessment of human health from the standpoint of measuring the functional reserves of the body, the concept of "safe level of health", modern recommendations for motor activity of the population.

Ключевые слова: энергопотенциал системы, функциональные резервы, безопасный уровень здоровья, физическая активность

Keywords: methods of health assessment, functionality, functional reserves, hardware and software systems

Изменение социальных условий жизни человека — жителя экономически развитых стран мира — объективная реальность, изменившая жизненные ценности. Видимо, самой главной из них является индивидуальное здоровье человека, его сохранение, укрепление, восстановление. Понимая всю важность проблемы, к решению которой во многих странах мира подошли опытным путем, ВОЗ в 1985 г. продекларировала, что особую актуальность приобретают те научные исследования, которые позволяют получить более полное представление о здоровье, факторах, способствующих его сохранению и

укреплению. Ставились глобальные задачи: а) всесторонне охарактеризовать здоровье человека, б) определить наиболее значимые факторы, влияющие на здоровье человека, в) найти действенные пути, позволяющие повлиять на факторы, снижающие здоровье человека.

Анализ факторов риска, оказывающих выраженное влияние на здоровье и приводящих к заболеваниям, выявляет несколько интересных закономерностей. Во-первых, все наиболее значимые экзогенные факторы риска являются факторами поведенческими, то есть входят в понятие «образа жизни» человека. Это еще одно яркое подтверждение ведущей роли образа жизни в структуре здоровья человека. Особенно обращает на себя внимание «болезнь 21 века» — гиподинамия. Уже само по себе снижение двигательной активности является для здоровья человека крайне неблагоприятным. Даже если человек не подвержен хроническим эмоциональным стрессорным воздействиям, рационально питается, не курит, но при этом ведет неподвижный или малоподвижный образ жизни, он подвержен риску нездоровья, риску возникновения соматических заболеваний.

Подтверждением того, что движение, двигательная активность человека могут явиться базой для сохранения здоровья человека, является основное положение «Теоретической биологии» венгерского физиолога О. Бауэра. В основе теории О. Бауэра лежит гипотеза В.И. Вернадского. О том, что все живое на земле (биосфера) представляет собой открытые термодинамические системы, свободно обменивающиеся энергией с окружающей средой и поэтому нестойкие. Подхватив это высказывание, О. Бауэр сформулировал принцип «устойчивого динамического неравновесия живых систем». Согласно этому принципу, любая живая, функционирующая структура биосферы земли находится по отношению к окружающей среде в состоянии устойчивого динамического неравновесия, как бы в подвешенном, парящем состоянии. Что же определяет устойчивость «устойчивого динамического неравновесия»? По мнению автора, 3 фактора: 1) энергopotенциал системы, 2) пластическое обеспечение функций (способность к воспроизводству), 3) регуляция; причем определяющим в этом перечне является именно энергopotенциал системы, то есть способность организма вырабатывать энергию [1; 2; 3].

Основу энергopotенциала любой клетки составляет АТФ, как ее общее количество, так и возможность (способность) к ресинтезу. В настоящее время известны два пути ресинтеза АТФ. Анаэробный (бескислородный) механизм ресинтеза АТФ позволяет очень быстро начать процессы ресинтеза за счет вовлечения в энергетический процесс внутриклеточных запасов гликогена. При этом одна молекула глюкозы способна синтезировать 2 молекулы АТФ. Другой путь — аэробный (с участием в процессе кислорода) — начинает работу не

столь быстро, но эффективность его в 20 раз выше. В присутствии кислорода одна молекула глюкозы продуцирует до 38 молекул АТФ.

Главная роль АТФ в организме связана с обеспечением энергией многочисленных биохимических реакций и осуществления мышечного сокращения. В организме АТФ является одним из самых часто обновляемых веществ; так, у человека продолжительность жизни одной молекулы АТФ менее 1 мин. В течение суток одна молекула АТФ проходит в среднем 2000—3000 циклов ресинтеза (человеческий организм синтезирует около 40 кг АТФ в день, но содержит в каждый конкретный момент примерно 250 г), то есть запаса АТФ в организме практически не создается, и для нормальной жизнедеятельности необходимо постоянно синтезировать новые молекулы АТФ. По современным понятиям, именно способность организма потреблять кислород при мышечной работе (для синтеза АТФ) и является базисом для диагностики здоровья. В спортивной медицине, а в последующем в клинических функционально-диагностических исследованиях, разработаны методы определения показателя максимального потребления кислорода (МПК), который свидетельствует об аэробном потенциале человеческого организма [1; 2].

Как же нам диагностировать здоровье, как определить уровень здоровья обычного человека с позиции его функциональных резервов? Очень просто измерить его энергопотенциал по уровню МПК. Именно на основе этих исследований Кеннет Купер сформулировал понятие «безопасный уровень здоровья», определив его показателем для взрослых мужчин в 42 мл/мин на 1 кг массы тела, для взрослых женщин — в 35 мл/мин на 1 кг массы тела. Если мы достигаем этого уровня, мы не боеем. Поэтому задача физической культуры в отношении оздоровления населения — добиться достижения «безопасного уровня здоровья» [2].

По данным Беккера, в настоящее время только 20% населения экономически развитых стран занимается достаточно интенсивной физической тренировкой, обеспечивающей необходимый минимум энергозатрат; у остальных 80% суточный расход энергии значительно ниже уровня, необходимого для поддержания стабильного здоровья. Резкое ограничение двигательной активности в последние десятилетия привело к снижению функциональных возможностей людей среднего возраста. Так, например, величина МПК у здоровых молодых мужчин снизилась примерно с 45,0 до 36,0 мл/кг. Таким образом, у большей части современного населения экономически развитых стран возникла реальная опасность развития гипокинезии, которая представляет собой комплекс функциональных и органических изменений и болезненных симптомов, развивающихся в результате рассогласования

деятельности отдельных систем и организма в целом с внешней средой. К тому же с возрастом происходит снижение уровня МПК, в период от 20 до 65 лет у нетренированных мужчин снижение составляет в среднем 0,5 мл/мин/кг, у женщин – 0,3 мл/мин/кг за год [3].

Такие физические упражнения, как ходьба, бег (по 3 часа в неделю) уже через 10-12 недель приводят к увеличению МПК на 10-15%.

Всемирная Организация Здравоохранения разработала «Глобальные рекомендации физической активности для здоровья» [4]. Рекомендовано:

1. Дети и молодые люди в возрасте 5-17 лет должны заниматься ежедневно физической активностью от умеренной до высокой интенсивности, в общей сложности, не менее 60 минут. Физическая активность продолжительностью более 60 минут в день принесет дополнительную пользу для их здоровья. Большая часть ежедневной физической активности должна приходиться на аэробику. Физическая активность высокой интенсивности, включая упражнения по развитию скелетно-мышечных тканей, должна проводиться, как минимум, три раза в неделю.

2. Взрослые люди в возрасте 18-64 лет и старше 65 лет должны уделять не менее 150 минут в неделю занятиям аэробикой средней интенсивности, или не менее 75 минут в неделю занятиям аэробикой высокой интенсивности, или аналогичному сочетанию физической активности средней и высокой интенсивности. Каждое занятие аэробикой должно продолжаться не менее 10 минут. Для того чтобы получить дополнительные преимущества для здоровья, взрослые люди этой возрастной категории должны увеличить нагрузки своих занятий аэробикой средней интенсивности до 300 минут в неделю, или до 150 минут в неделю, если занимаются аэробикой высокой интенсивности, или аналогичное сочетание занятий аэробикой средней и высокой интенсивности. Силовым упражнениям, где задействованы основные группы мышц, следует посвящать 2 или более дней в неделю.

3. Дополнительно взрослые люди в возрасте старше 65 лет с проблемами суставов должны выполнять упражнения на равновесие, предотвращающие риск падений, 3 или более дней в неделю. Силовым упражнениям, где задействованы основные группы мышц, следует посвящать 2 или более дней в неделю. Если пожилые люди по состоянию своего здоровья не могут выполнять рекомендуемый объем физической активности, то они должны заниматься физическими упражнениями с учетом своих физических возможностей и состояния здоровья.

Список литературы

1. Балчугов В.А., Каширина А.О. «Оценка функциональных резервов организма при занятиях оздоровительной физической культурой». В сборнике статей: Антропные образовательные технологии в сфере физической культуры. Нижегородский государственный педагогический университет имени Козьмы Минина, 2019. С. 356-261.
2. Купер Кеннет. «Аэробика для хорошего самочувствия» / Физкультура и спорт, 2013 г. 224 с.
3. Физическая культура успеха: учебное пособие / Ю.А. Бахарев и др. Н.Новгород: ННГУ, 2019. 262 с.
4. Всемирная организация здравоохранения, 2010 г.

ПУНИТИВНЫЕ ВОСПИТАТЕЛЬНЫЕ ПРАКТИКИ И ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ **PUNITIVE EDUCATIONAL PRACTICES AND CHILD HEALTH**

О.А. Беседина
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*
О.А. Besedina
Lobachevsky University

Представляются результаты теоретического осмысления и эмпирических исследований взаимосвязи пунитивных воспитательных практик и здоровья. Выделяется два аспекта их взаимосвязи: здоровье родителей как субъектов жестокого обращения и последствия жестокого обращения для здоровья детей. Пунитивные воспитательные практики рассматриваются как форма жестокого обращения с детьми, глубоко укоренившиеся в массовом сознании и имеющие тенденцию к воспроизводству в последующих поколениях.

The results of theoretical reflection and empirical research on the relationship between punitive educational practices and health are presented. Two aspects of their interrelationship are highlighted: the health of parents as subjects of abuse and the consequences of abuse for children's health. Punitive educational practices are seen by us as a form of child abuse that is deeply rooted in the mass consciousness and tends to reproduce in next generations.

Ключевые слова: пунитивные воспитательные практики, межпоколенное взаимодействие в семье, жестокое обращение с детьми в семье, пренебрежение нуждами ребенка

Keywords: punitive educational practices, intergenerational relations in family, abuse of children in family, neglect of the child's needs

В обыденном сознании населения России и в науке отсутствует четкое понимание того, какое наказание является жестоким обращением по отношению к ребенку, а какое – мерой воспитательного воздействия, направленной на социализацию личности. Ни систематичность возникновения пунитивных воспитательных практик, ни сила их воздействия на физическое и/или психическое состояние ребенка, ни их преднамеренность, ни комбинация этих параметров не имеют четкой шкалы, позволяющей более или менее объективно отделить пунитивные воспитательные практики от жестокого обращения с детьми. Все это является существенным препятствием в решении проблемы жестокого обращения с детьми. Продуктивность усилий в этом направлении требует взаимодействия государства, семьи, гражданского общества.

Важнейшие задачи социальной практики сегодня – ограничение сфер распространения насилия, разработка и внедрение эффективной системы его превенции. В связи с этим требуется проведение комплексных междисциплинарных исследований, направленных на выявление механизмов воспроизводства насилия в социальной практике и в том числе в семье как одном из базовых социальных институтов.

Актуальность исследования обусловлена и отсутствием полной и объективной информации о реальном состоянии дел в изучаемой области, без чего невозможно принятие адекватных мер для разрешения обозначенных проблем, управление последствиями жестокого обращения с детьми в семьях, создание механизмов противодействия насилию над детьми.

Под пунитивными воспитательными практиками мы понимаем различные виды наказаний, направленные на достижение определенных социализационных результатов и отражающие межпоколенные традиции семейного воспитания. Являясь, по сути, формой жестокого обращения с детьми, они не квалифицируются респондентами таковыми. Оставаясь латентными, они не поддаются социальному контролю и имеют тенденцию к репликации в последующих поколениях.

Среди наиболее распространенных пунитивных воспитательных практик респонденты отметили: принуждение к неудобным позам (80%), битье ремнем (64%), подзатыльники (52%), лишение сладостей (46%), шлепанье (40%), прекращение общения (40%), оставление одного в комнате (38%), постановка в угол (37,5%), ругань (36%). В ходе исследования были выявлены новые формы пунитивных воспитательных практик, сформировавшихся в результате динамики досуговой сферы и развития информационных технологий, например, лишение доступа к компьютеру и гаджетам (36%). Инструментальный характер ПВП отличает их от прямого насилия над детьми и от пренебрежения их нуждами, характерными для неблагополучных семей.

Распространенность пунитивных воспитательных практик и их негативная роль в процессе социализации подрастающего поколения должны быть подвергнуты всестороннему анализу с акцентом на факторах их формирования. Мы сосредоточимся на связи пунитивных воспитательных практик и здоровья. Очевидно, что данная связь прослеживается в двух направлениях.

Во-первых, на распространение пунитивных воспитательных практик в семье влияет психическое и соматическое здоровье родителей [1]. Доказано, что родители, которые склонны плохо обращаться со своими детьми, обычно имеют низкую самооценку, низкий контроль над своими импульсами, проблемы с психическим здоровьем, а также демонстрируют антисоциальное поведение. Незаботящиеся о ребенке родители часто имеют те же проблемы: трудности с планированием таких важных жизненных событий, как брак, рождение ребенка или поиски работы. Многие из этих характеристик мешают заботе о ребенке и вызывают нарушения социальных взаимоотношений. Такие родители не могут справиться со стрессом и не способны связаться с системами социальной поддержки. Родители, склонные к насилию, могут иметь недостаточно информации о ребенке и предъявлять нереальные требования к его развитию. Они проявляют большее раздражение и досаду в ответ на настроение и поведение своих детей, меньше поддерживают и любят их, играют с ними и отзываются на их нужды, более сдержанны и враждебны.

В исследованиях семейного насилия иногда используется и концепция социальной патологии, в рамках которой какие-либо социальные проблемы рассматриваются как изначальная, «врожденная» неспособность отдельных индивидов к «нормальному поведению». Такой подход можно встретить у Л.С. Алексеевой, которая рассматривает жестокое обращение с детьми как «следствие патологических изменений в психике родителей, деградации и алкоголизма» [2]. Кроме того, на возможность связи жестокого обращения с ребенком с «психическим нездоровьем родителя (родителей)» указывает и А.В. Очирова [3]. Эти идеи, не имеющие четких эмпирических доказательств, основаны на признании важности психического здоровья в социальном функционировании человека и очевидности потерь, обусловленных его нарушениями.

Насилие было провозглашено ключевой проблемой здравоохранения в докладе ВОЗ «Насилие и его влияние на здоровье», опубликованном в 2002 г. (версия на русском языке вышла годом позднее). Насилие над детьми рассматривается как фактор формирования дополнительных расходов на здравоохранение и обстоятельство, нивелирующее усилия врачей по сохранению здоровья детей. Наш тезис состоит в необходимости прояснения механизмов,

приводящих к семейному насилию, а также обосновании необходимости более пристального внимания именно к нему по сравнению с другими сферами его проявления.

Очевидно, что именно семья становится наиболее весомым актором жесткого обращения с детьми. Этому способствует несколько обстоятельств. Прежде всего, необходимо помнить о важности семьи в процессе первичной социализации, в ходе которой происходит привитие базовых поведенческих паттернов, норм и реакций на обстоятельства. Во-вторых, в силу преобладания количества времени, проводимого ребенком внутри семьи по сравнению с другими институтами и структурами. Очевидно, что школьное насилие фактически прекращается за пределами учебного заведения (мы не будем говорить о возможностях кибербуллинга, стирающего физические границы), а уличная драка не сможет возникнуть вне улицы. Семья в ситуации жестокого обращения утрачивает свою защитную функцию, отбивая желание идти домой и провоцируя всевозможные отклонения в межпоколенном взаимодействии. Важно осознавать, что интенции, которыми руководствуется субъект семейного насилия, не имеют никакого отношения к конечному результату: пунитивные воспитательные практики могут ничем не отличаться от насильственных действий.

Второй аспект – последствия пунитивных воспитательных практик для здоровья детей. Его изучение представляет определенную сложность с социологической точки зрения в силу невозможности оценить их вклад в общее состояние здоровья, если только речь не идет об очевидных травмах, возникших в результате жестокого обращения со стороны родителей или прародителей [4]. Поэтому мы говорим лишь о проблематизации данного аспекта и говорим о результатах исследований пунитивных воспитательных практик в системе межпоколенного взаимодействия в современной российской семье.

Список литературы

1. Судьин С.А. Психическая болезнь и семья: объективные и субъективные проблемы // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия: Социальные науки. 2012. № 2 (1). С. 390-395.
2. Алексеева Л.С. О насилии над детьми в семье // Социологические исследования. 2003. № 4. С. 82.
3. Очирова А.В. Проблема жестокого обращения с детьми в современной семье (Социологический анализ). Автореферат диссертации на соискание степени кандидата социологических наук / Санкт-Петербург: СПбГУ, 2005.

4. Судьин С.А., Трюбнер К. Судебная медицина как помогающая профессия // Помогающие профессии: научное обоснование и инновационные технологии / Под общ. ред. З.Х. Саралиевой. – Н. Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2016. С. 671-675.

**ОСНОВЫ И МОДЕЛЬ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ НА
ПРИМЕРЕ ГРУПП ЗДОРОВЬЯ ПРИ СОВЕТАХ ТОС СОРМОВСКОГО
РАЙОНА ГОРОДА НИЖНЕГО НОВГОРОДА**
**BASICS AND THE MODEL OF HEALTH-SAVING BEHAVIOR ON THE
EXAMPLE OF HEALTH GROUPS AT THE COUNCILS OF THE TOS
SORMOVO DISTRICT OF NIZHNY NOVGOROD**

С.В. Воробьев

*Совет Территориального общественного самоуправления
поселка Светлоярский и 7-го микрорайона,
г. Нижний Новгород*

S.V. Vorobiev

*Territorial Public Self-Government Council
of Svetloyarsky village and the 7th district,
Nizhny Novgorod*

Рассматривается деятельность Советов территориальных общественных самоуправлений по организации и проведению занятий различных групп здоровья среди городских жителей.

Отмечается поддержка и роль городских и общественных организаций по распространению основ здорового образа жизни с привлечением долгожителей.

The activity of the Councils of Territorial Public Self-Government in organizing and conducting classes of various groups of health among urban residents is considered.

Support and the role of city and public organizations in spreading the basics of the elders' way of life with the involvement of long-livers is noted.

Ключевые слова: группа здоровья, Совет ТОС, пенсионеры, молодые мамы в декрете, профилактические беседы с врачами по скайпу

Keywords: health group, TPS Council, pensioners, young mothers on maternity leave, preventive talks with doctors on Skype

В 2019 г. в Нижнем Новгороде отмечают 25 летие образования Территориального Общественного Самоуправления. Главную задачу, которую решают ТОСы, это объединение активных нижегородцев и формирование сообществ, которые будут влиять на жизнь дворов, улиц, микрорайонов и города в целом. В первую очередь это касается людей пенсионного возраста, к

которым относится каждый 3й житель Нижнего Новгорода. Многие из них хотят быть востребованы для общественной жизни. Жители сами выбирают, какими направлениями деятельности они будут заниматься в ТОСах. В этом году на их базе, в каждом районе города создаются «соседские центры», девизом которых будет «Решаем вопросы вместе». ТОСы должны стать инициаторами позитивных изменений в городе.

На территории Сормовского района города Нижнего Новгорода работают 9 Советов территориального общественного самоуправления (Советы ТОС). В районной администрации взаимодействие с Советами ТОС осуществляют специалисты отдела по работе с населением и общественными организациями. Председатели Советов общественного самоуправления консультируют жителей, принимают их инициативы и предложения.

Основными направлениями работы ТОСов являются : организация досуга для жителей, занятия клубов по интересам, организация экскурсионных поездок, благоустройство микрорайона , проведение занятий школ здоровья и оказание информационных услуг.

Современный уклад жизни, за счет постоянных изменений психологических, социальных и даже физических сфер, ставит перед гражданами серебряного возраста много новых проблем, среди которых самой актуальной является проблема сохранения здоровья, следование здоровому образу жизни, используя различные модели здоровьесберегающих технологий. Как известно, Всемирная Организация Здравоохранения признает значение этих технологий в решении проблем здоровья населения. Главным в этих здоровьесберегающих технологиях является определенный образ жизни, основу которого составляет культура двигательной активности человека, имеющая фундаментальное значение для общего развития человека в любом возрасте.

В рамках деятельности Советов ТОС основными видами здоровьесберегающих технологий являются медико-профилактические и физкультурно-оздоровительные технологии.

Все Советы ТОС Сормовского района принимают активное участие в спортивных мероприятиях, которые организует для них автономная некоммерческая организация (АНО) «Общественное самоуправление Нижнего Новгорода» (для поддержки работы ТОС и людей пожилого возраста). Сначала проводятся районные соревнования «Веселые старты», а потом победители участвуют в городских соревнованиях. Средний возраст участников в этом году составил 68 лет. Соревнования по боулингу проводились не только в Нижнем Новгороде, но и во время экскурсионных поездок в Красные Баки, после посещения исторического музея , экскурсанты по 2 часа играют в боулинг в местном ФОКе.

Жители ТОС центра Сормова и микрорайона Вождей революции, ТОС им. Н.А. Зайцева, ТОС квартала Энгельса и бульвара Юбилейный на протяжении 2х месяцев прошли обучение езде на лошадях в АНО «Достижение», где получили навыки верховой езды, исполнили сценические миниатюры конного театра. Проект «Здоровье – мой конек» был реализован АНО «Достижение» (руководитель Грязнова Татьяна)

Осеннее заседание «Школы долголетия» ТОС квартал Энгельса и бульвар Юбилейный прошло в поликлинике № 1, где главный врач больницы № 12 Вячеслав Лазарев рассказал о перспективах развития здравоохранения по улучшению обслуживания населения и о старте нового проекта «Старшее поколение», а постоянный куратор школы врач Любовь Кузенкова проинформировала о предупреждении и лечении болезни стенокардии. В заключении занятия была проведена вакцинация от гриппа.

В Совете ТОС поселка Светлоярский и 7-го микрорайона для жителей, занимающихся в группе «Здоров Я», был проведен круглый стол по теме «Состояние и модернизация первичной ступени системы здравоохранения в Нижегородской области». Председатель Совета Станислав Воробьев рассказал о сути Национального проекта «Здравоохранение», затем посредством мультимедийной презентации была прослушана лекция главного гериатора города Москвы, доктора медицинских наук Надежды Рунихиной по теме «Гериатрия – смена парадигмы ведения пациентов пожилого возраста».

День здоровья в ТОС квартал Энгельса и бульвар Юбилейный провела врач-терапевт ГБУЗ НО ЦМП Светлана Орлова по теме «Профилактика и лечение болезней суставов и позвоночника. День здоровья прошел при поддержке АНО «Общественное самоуправление Нижнего Новгорода». Светлана Орлова, являясь врачом-методистом Центра медицинской профилактики города Нижнего Новгорода, в Декаду пожилого человека провела встречу с жителями ТОС поселка Светлоярский и 7го микрорайона. На встрече даны советы по профилактике гипертонии, а также проведено анкетирование.

Вот уже 10 лет существует «Школа долголетия» при ТОС квартал Энгельса и бульвар Юбилейный, где ежемесячно жители встречаются с врачами городской больницы № 12. Занятия проходят по темам профилактики различных болезней, осенних простуд, гриппа. Жители сами определяют тематику занятий. На базе этой школы 4 года действует клуб любителей скандинавской ходьбы. В хорошую погоду на территории Сормовского парка собираются до 50 человек. Занятия проходят 3 раза в неделю с 10 до 11 утра.

Основной костяк в работе Советов ТОС Сормовского района составляют пенсионеры, поэтому в условиях ограниченных материальных возможностей

возрастает роль самостоятельного решения сложной и дорогостоящей проблемы поддержания уровня здоровья.

При Совете ТОС поселка Светлоярский и 7-го микрорайона третий год действует группа «ЗдоровЯ». По субботам собираются жители окрестных домов на занятия оздоровительной гимнастикой. Создана группа энтузиастами здорового образа жизни, которые решили коллективно заняться физкультурой. Принимают участие и два ветерана войны, перешагнувшие девяностолетний рубеж, а один из них, Николай Лысенко, является автором брошюры «Размышления о здоровом образе жизни», с которой выступает перед жителями района. Занятия проводит пенсионерка, в прошлом школьный учитель физкультуры, Татьяна Бородавина. Она разработала собственную программу занятий и комплекс упражнений. В хорошую погоду занятия проводятся в парке Светлоярский, в плохую в помещении Совета ТОС. Помимо занятий физкультурой, участники группы общаются между собой, выезжают на экскурсии, посещают концерты и театральные постановки. Объединенная общими идеями и интересами группа «ЗдоровЯ» посещает встречи с врачами, по профилактике различных болезней, недавно в Совете ТОС проходила встреча по скайпу, на большом экране, с врачом-гериатром поликлиники № 17 Эльмирой Борян. В будущем планируется проведение школы диабета по скайпу в врачом эндокринологом.

Кроме группы «Здоров Я», объединяющих жителей пенсионного возраста, есть группа «Фитнес-беби», в которую входят молодые мамы с маленькими детьми (от 3-блет). Проводит занятия, вместе со своим маленьким сыном, Татьяна Кексина, сертифицированный преподаватель по программе «Совместные занятия матери и ребенка». Главная цель занятий – восстановление эмоционального фона, физического состояния, фигуры после родов, кроме того, идет подготовка детей к садику.

Совет ТОС поселка Светлоярский и 7-го микрорайона стал победителем в конкурсе микроинициатив жителей «ОТЛИЧНОЕ ДЕЛО 2018», в рамках проекта «ВРЕМЯ АКТИВНЫХ ЛЮДЕЙ», в номинации «Здоровье и спорт». Конкурс был организован Ассоциацией «Служение» при поддержке Правительства Нижегородской области.

Главная цель групп здоровья – это, конечно, организация досуга и отдыха людей через поддержание активного образа жизни и, как результат, сохранение здоровья граждан пожилого возраста. Для сохранения полноценного здоровья в пожилом возрасте необходимо обращать пристальное внимание на систематическое выполнение физических упражнений. Как писал знаменитый немецкий врач 19 века Вильгельм Гуфеланд: «Ни один ленивец не дожил до глубокой старости». Группы здоровья помогают людям преклонного возраста

повышать выносливость, увеличивать координацию движения, поддерживать в рабочем состоянии органы дыхания, сердечно-сосудистую систему. На занятиях исключены задания на скорость выполнения, силовые действия.

Все это, в конечном счете, приводит к формированию эффективного здоровьесберегающего поведения, а это общепризнанный, надежный, действенный способ сохранения и укрепления здоровья людей.

**СОПРОВОЖДАЕМОЕ СОДЕЙСТВИЕ ЗАНЯТОСТИ
ИНВАЛИДОВ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА
FOLLOWED BY THE EMPLOYMENT PROMOTION
DISABLED PERSONS OF WORKING AGE**

М.В. Гинсбург

*Казанский государственный медицинский университет Минздрава России,
г. Казань*

M.V. Ginsburg

Kazan State Medical University of the Russian Ministry of Health, Kazan

Сопровождаемое трудоустройство инвалидов является инновационной технологией в сфере содействия занятости населения. Учитывая психофизические особенности инвалидов, НКО имеют преимущества при оказании помощи в трудоустройстве данной категории населения.

Accompanied employment of disabled people is an innovative technology in the field of employment promotion. Taking into account the psychophysical characteristics of the disabled, NGOs have advantages in assisting in the employment of this category of the population.

Ключевые слова: инвалид, сопровождаемое трудоустройство, программы содействия занятости

Keywords: disabled person, accompanied employment, employment assistance programs

На 1 июля 2018 г. в Республике Татарстан проживают 283,9 тыс. инвалидов, что составляет 7,3% от численности населения в республике. Из них 88 тыс. составляют инвалиды трудоспособного возраста, из них работают 27 тыс. человек или 30,6% [1].

Большое число инвалидов создаёт проблемы их трудоустройства и занятости, как люди, в силу разных обстоятельств, физически не способные осуществлять некоторые функции, присущие здоровому человеку.

В Федеральном законе от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» установлено, что инвалид – лицо,

которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

Одним из активных методов реабилитации инвалидов является трудовая занятость. Стержнем социальной политики по отношению к инвалидам становится реабилитационное направление как основа формирования и укрепления психофизиологического, профессионального и социального потенциала личности, развитие технологий социальной работы с инвалидами трудоспособного возраста.

В результате проведенного анализа выделен комплекс социальных ограничений (барьеров), которые воздвигает перед человеком трудоспособного возраста инвалидность: физические ограничения (изоляция); трудовая сегрегация (изоляция) инвалидов; малообеспеченность; пространственно-средовой барьер является труднопреодолимым даже для инвалида со средствами передвижения; информационный барьер; эмоциональный барьер; коммуникативный барьер.

В решении вопросов трудоустройства незанятых инвалидов Республика Татарстан использует весь потенциал, предоставленный Законом Российской Федерации от 19 апреля 1991 г. № 1032-1 «О занятости населения в Российской Федерации». Содействие в трудоустройстве незанятых инвалидов осуществляется в рамках реализации мероприятий государственной программы «Содействие занятости населения РТ на 2014-2025 годы».

На повышение уровня доходов направлено и содействие занятости инвалидов. Республика вошла в число лидеров по уровню занятости инвалидов трудоспособного возраста, который составил 31,3% при среднероссийском показателе 26,4%.

Выделяют следующие меры по трудоустройству:

1. На заявленные работодателями вакансии (организация временных и общественных работ; поддержка предпринимательских инициатив безработных инвалидов (оказание финансовой помощи); оборудование (оснащение) работодателями рабочих мест для трудоустройства инвалидов, предусматривающее компенсацию затрат работодателя по оборудованию рабочего места; предоставляются субсидии на сохранение рабочих мест инвалидов на предприятиях, образованных общественными объединениями инвалидов; частичная компенсация расходов по созданию специальных рабочих мест для инвалидов).

2. Квотирование и резервирование рабочих мест.

3. Внедрена практика сопровождаемого содействия занятости инвалидов на конкурсной основе через выделение субсидий для некоммерческих организаций. Общий объём финансирования программы «Содействие занятости населения РТ на 2014-2025 годы» составляет 12,3 млн. руб., средства бюджета Республики Татарстан – 5,8 млн. руб.

В 2017 г. Правительством Республики Татарстан принято постановление «Об утверждении Порядка предоставления на конкурсной основе субсидий из бюджета Республики Татарстан на осуществление деятельности по сопровождаемому содействию занятости инвалидов в Республике Татарстан организациям, индивидуальным предпринимателям».

Конкурс проводится для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей по осуществлению проектов по сопровождаемому содействию занятости инвалидов, в том числе выпускников ВУЗ-ов.

В 2017-2018 гг. сопровождаемое содействие занятости инвалидов осуществляли некоммерческие организации. Победителями стали: Ассоциация Кадрового Менеджмента, АНО «Республиканский межвузовский центр по работе с лицами с ограниченными возможностями здоровья», АНО «Рубаха» для людей с ограниченными возможностями здоровья г. Нижнекамск, Местная общественная организация г. Казани «Вера».

В рамках исследования проанализированы технологии реализации сопровождаемого содействия занятости инвалидов некоммерческими организациями согласно следующим показателям: цель проекта, целевая аудитория проекта, первичные мероприятия, процесс, показатели результативности, методы контроля выпускников программы.

Все проекты ориентированы на содействие в решении вопросов занятости инвалидов трудоспособного возраста. При анализе показателя «целевая аудитория проекта» было выявлено, что каждая организация работает с инвалидами определённых возрастов: Ассоциация кадрового менеджмента – люди с ограниченными возможностями здоровья от 14 до 20 лет, АНО «Республиканский межвузовский центр по работе с лицами с ограниченными возможностями здоровья» – инвалиды-выпускники 1 года выпуска, Местная общественная организация г. Казани «Вера» от 18 до 65 лет.

На этапе «первичные мероприятия» все организации проводили мониторинг рынка труда. Каждая организация осуществляет деятельность по проведению предварительных переговоров с потенциальными работодателями о возможности трудоустройства инвалидов, проводит консультационные беседы, организацию индивидуального профессионального консультирования, профессионального подбора и профессионального отбора инвалидов.

Ассоциация кадрового менеджмента и АНО «Республиканский межвузовский центр по работе с лицами с ограниченными возможностями здоровья» проводит мониторинг выпускников высших учебных заведений по вопросу необходимости оказания содействия по сопровождению в трудоустройстве.

На основании полученных данных можно выделить общее направление для всех участников:

- мониторинг рынка труда;
- консультационная беседа с инвалидом, выявление его личностных особенностей;
- подбор вакансий, переговоры с работодателями;
- трудоустройство.

Анализ параметра результативности деятельности проектов определил – все организации выполнили заявленный показатель. Ассоциация кадрового менеджмента – 28 человек, АНО «Республиканский межвузовский центр по работе с лицами с ОВЗ» – 18 человек, МОИИК «Вера» находится в статусе реализации проекта, согласно заявленным данным должны быть трудоустроены 50 инвалидов.

Каждая организации определяет из приведённой схемы свои особенности:

– Ассоциация Кадрового Менеджмента в рамках своей деятельности использует «рекрутерское агентство», квотируя 12 рабочих мест, в дальнейшем данные сотрудники-инвалиды занимаются подбором кадров для проекта. Трудоустроено 28 человек.

– АНО «РМЦ по работе с лицами с ОВЗ» подготавливает тьюторов для работы по трудоустройству инвалидов внутри системы ВУЗа (25 тьюторов), проводит семинары для работодателей (7 работодателей) и выпускников ВУЗ-ов (67 чел.). Трудоустроено 18 человек.

– МОИИК «ВЕРА» проводит ознакомительные и профориентационные экскурсии по предприятиям и организациям г. Казани в рамках взаимодействия инвалидов с работодателями.

– РОИИК «Перспектива» сотрудничает с Советом Бизнеса по вопросам инвалидности (40 компаний-работодателей и ведущих кадровых агентств являются участниками).

Сопровождаемое трудоустройство является эффективным способом повышения трудоустройства инвалидов и повышения их трудовой активности.

Список литературы

1. <https://sfri.ru/>.
2. Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [Электронный ресурс]. Справочно-правовая система «Консультант». Режим доступа: <http://www.consultant.ru> (Дата обращения: 10.06.2019).

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ШКОЛЬНИКА В КОНТЕКСТЕ ШКОЛЬНОГО НАСИЛИЯ PSYCHOLOGICAL WELL-BEING OF SECONDARY SCHOOL STUDENTS IN THE CONTEXT OF SCHOOL VILANCE

Д.А. Данилов
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*
D.A. Danilov
Lobachevsky University

Анализ психологического аспекта проблемы школьного насилия на основе исследования учащихся 7-8 классов нижегородских школ. Представлены особенности участия учеников в актах школьного насилия.

Analysis of the psychological aspect of school violence based on a scientific study of students in grades 7-8 of Nizhny Novgorod schools. Specific features of student participation in acts of school violence are presented.

Ключевые слова: школьное насилие, ученики, психологическое здоровье школьников, формы школьного насилия

Keywords: school violence, students, psychological well-being of students, forms of school violence

Школьное насилие – одна из острых и актуальных проблем нашего времени. Ее специфика заключена в том, что она является латентной и многогранной. Предпринимаются попытки изучения уровней школьного насилия [1], этических аспектов взаимодействия участников школьного пространства [2], психического здоровья учеников [3]. Кроме того, выявляются связи между социальным статусом подростка среди сверстников и проявлением агрессии внутри школы [4].

Особое место занимает психологический аспект данного явления. Исследование «Влияние ближайшего социального окружения на формирование насильственного поведения подростков», проведенное нами в 2017-2018 гг. (анкетный опрос учеников 7-8 классов нижегородских школ), показал, что в

настоящее время 14,3% учеников считают школу скучным местом, еще 57,8% частично соглашаются с этим. Только 16,1% ребят ответили, что с удовольствием и желанием посещают школу.

Почти каждый тринадцатый ученик признался, что готов бросить школу. Основная же доля (60,1%) не готова пойти на такой шаг.

Современная система школьного образования оказывает негативное влияние на психологическое здоровье учеников. Почти каждый пятый ученик 7-8 класса заявил нам о том, что школа является большим стрессом. Учителя с раннего школьного возраста пугают ученика государственной итоговой аттестацией. На старшей ступени школы это давление только усиливается.

В 2017-2018 гг. 25,8% учеников кричали на своих одноклассников в школе, 8,3% регулярно наносили удары по тем ученикам, которые провоцируют, каждый четвертый толкал одноклассников в драках, 4,9% регулярно вовлекался в групповые потасовки между школьниками. Мы зафиксировали более активные проявления насилия со стороны тех учеников, которые считают, что ходить в школу скучно. Так, например, 19,2% ребят из этой группы регулярно проявляют в школе вербальную агрессию, еще 27,7% склонны наносить удары по своим одноклассникам, 24,5% регулярно принимают участие в групповых драках между учениками.

Более остро складывается ситуация у ребят, для которых школа – это большой стресс. Ученики, которые склонны так думать, в 26,9% случаев оскорбляют своих одноклассников, в 21,9% случаев наносят удары по своим одноклассникам, в 11,8% случаев принимают участие в групповых драках между школьниками.

Высокий уровень агрессии демонстрируют и те ребята, которые считают, что бросить школу было бы хорошим делом. Среди таких учеников 32,7% склонны оскорблять одноклассников, 21,2% кричать и доводить одноклассников до слез, 42,3% наносят удары по ученикам, которые провоцируют, 21,2% активно вовлекаются в групповые драки между школьниками.

Влияние высокого уровня стресса учеников 7-8 классов, как показало наше исследование, выражается и в поведении жертв школьного насилия. Среди ребят, которые склонны думать, что бросить школу – это хорошая идея, 11,5% много раз за неделю становятся жертвами споров с одноклассниками, еще 34,6% хотя бы раз в неделю становятся жертвами такого насилия. Есть жертвы и физического насилия у этой группы. В 13,5% случаев дети становятся жертвами потасовок с одноклассниками многократно за неделю, в 19,2% случаев хотя бы раз в неделю, в 11,5% случаев хотя бы раз в месяц. Встречаются также и жертвы экономического насилия в данной группе. По

нашим оценкам, 7,7% ребят много раз за неделю находят свои вещи в испорченном состоянии, а 26,9% хотя бы раз в неделю становятся жертвами такого рода агрессии от других учеников.

Почти каждый пятый ученик из этой группы хотя бы раз в неделю находит свои вещи в испорченном состоянии, 18,49% ребят признаются нам, что хотя бы раз в неделю на них кричат другие ученики и доводят их до слез, 32,8% пожаловались на то, что их в школе ругают взрослые хотя бы раз в неделю, а 19,3% заявляют, что испытывают вербальную агрессию от взрослых каждый день.

Негативное отношение к учебе в школе, желание бросить школу и психологический стресс коррелируют с проявлениями школьного насилия.

Список литературы

1. Шинкаренко Е.А. Уровни школьного насилия: оценки учителей и представителей администрации школ / Е.А. Шинкаренко, К.В. Степанова // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия Социальные науки. Вып. 4(32). Н. Новгород: Изд-во ННГУ, 2013. С. 113-118.

2. Исакова И.А. Этические аспекты взаимодействия субъектов в современной школе // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия Социальные науки. Вып. 4(32). Н. Новгород: Изд-во ННГУ, 2013. С. 32-37.

3. Судьин С.А. Психическое здоровье как фактор школьного насилия в России и США // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия Социальные науки. Вып. 4(32). Н. Новгород: Изд-во ННГУ, 2013. С. 100-104.

ЦЕННОСТНЫЕ УСТАНОВКИ НА ЗДОРОВЬЕ И ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ VALUES ON THE HEALTH AND HEALTHY LIFESTYLE OF MODERN YOUTH

Е.А. Данилова, О.В. Ионова
Пензенский государственный университет, г. Пенза
E.A. Danilova, O.V. Ionova
Penza state university, Penza

Изучены роли здоровья и здорового образа жизни в системе ценностных ориентаций молодежи. Выделена тенденция недостаточного внимания к ценности здоровья со стороны молодого поколения как основы здорового образа жизни и формирования соответствующих жизненных стратегий в современных условиях.

The article is devoted to the study of the role of health and a healthy lifestyle in the system of value orientations of youth. The work highlights the tendency of insufficient attention to the value of health on the part of the young generation as the basis of a healthy lifestyle and the formation of appropriate life strategies in modern conditions.

Ключевые слова: молодежь, ценностные ориентации, здоровье, здоровый образ жизни

Keywords: youth, value orientations, health, healthy lifestyle

Трансформации социокультурного пространства российского общества способствует усилению научных интересов в исследовании специфики системы ценностей молодого поколения. Изучение ценностных ориентаций современной молодежи в области здоровья и здорового образа жизни очень значимо и актуально, поскольку позволяет лучше и точнее оценить существующее состояние проблемы и принять соответствующие меры.

Здоровье является традиционной ценностью для современного молодого поколения, но в силу возрастных особенностей, характерных для данной социально-демографической группы, молодежь не в силах конструктивно оценить его значимость в масштабах всей жизни. В этой связи, здоровье не занимает центральной позиции в системе ценностных ориентаций современной молодой личности, уступая по значимости таким ценностям, как семья, карьера, материальное благополучие, образование и досуг. Результаты социологических исследований подтверждают, что ценность здоровья в молодежной среде воспринимается недостаточно серьезно, в основном как инструмент достижения других, более приоритетных целей.

Но в то же время, результаты исследований актуальных страхов у молодежи как особой социально-демографической группы свидетельствуют, что более всего молодые респонденты «боятся болезней близких» и «собственных болезней» [1, с. 159]. Подобная тенденция подтверждается официальными данными выборочного наблюдения поведенческих факторов образа жизни, влияющих на состояние здоровья населения. Так, около половины респондентов оценивают свое состояние здоровья как удовлетворительное и только 39,5% – как хорошее [2].

Ценности, обладая жизненной значимостью, способностью удовлетворения интересов и потребностей индивида, определяют образ жизни современной молодежи и выражаются в объективных формах поведения. В свою очередь, физическая культура и спорт являются институтом социализации личности, оказывающим влияние на формирование образа жизни молодого поколения, и представляют собой важнейший показатель уровня и ценности

здоровья поколения. В современных условиях отмечается снижение уровня вовлеченности в занятия физической культурой по мере взросления населения. По данным официальной статистики, более половины опрошенной российской молодежи в возрасте от 15 до 19 лет занимается спортом, а уже в более старшей возрастной категории респондентов 30-39 лет данный показатель снижается вдвое [3].

Следуя справедливой фразе немецкого философа А. Шопенгауэра «Здоровье до того перевешивает все остальные блага жизни, что поистине здоровый нищий счастливее больного короля», необходимо понимать, что здоровье является основой успешной реализации всех потребностей личности. Формирование потребности в здоровом образе жизни молодого поколения является стратегической задачей государства и результатом целенаправленного воздействия таких значимых институтов социализации, как семья, образование, СМИ, что позволит обеспечить решение проблемы сохранения здоровья нации. Актуальность обозначенной проблематики подтверждается тем, что в послании президента России В.В. Путина Федеральному Собранию РФ в 2019 г. особое внимание было уделено социальному и экономическому развитию государства, в том числе повышению уровня здравоохранения, что будет способствовать сохранению и укреплению здоровья и достижению нового качества жизни населения в стране [4].

В целом, молодежь играет важнейшую роль в модернизации любого общества, поскольку именно она является чутким индикатором происходящих перемен в социуме. Приоритет ценности здоровья в системе ценностных ориентаций, высокое качество и уровень здоровья, преобладание значимости здорового образа жизни в поведенческих стратегиях современного молодого поколения определяет будущий потенциал развития государства.

Список литературы

1. Нарбут Н.П. Ценностные ориентации и социальное самочувствие студенчества: результаты исследовательского проекта: монография / Н.П. Нарбут, И.В. Троцук. Москва: РУДН, 2017.

2. Самооценки здоровья в разных группах (в %) // Выборочное наблюдение поведенческих факторов, влияющих на состояние здоровья населения / Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики [Электронный ресурс] – Режим доступа: https://gks.ru/free_doc/new_site/Z_DOR/Sdp2013.Bfs.Publisher/index.html

3. Охват физической культурой и спортом населения разных возрастов (в %) // Выборочное наблюдение поведенческих факторов, влияющих на состояние здоровья населения / Официальный сайт Федеральной службы

государственной статистики [Электронный ресурс] – Режим доступа: https://gks.ru/free_doc/new_site/ZDOR/Sdp2013.Bfs.Publisher/index.html

4. Послание президента России Владимира Путина Федеральному Собранию РФ // «Российская газета». 2019. 20 февраля (Столичный выпуск № 38(7796)). [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://rg.ru/2019/02/20/glavnyj-akcent-poslaniia-prezidenta-sdelan-na-vnutrenniuiu-povestku.html>

**ОТВЕТСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН
К СОСТОЯНИЮ СВОЕГО ЗДОРОВЬЯ: ОЦЕНКИ ВРАЧЕЙ**
**RESPONSIBLE ATTITUDE OF PREGNANT WOMEN TO THEIR HEALTH:
THE ASSESSMENTS OF DOCTORS**

Н.В. Деларю
*Волгоградский государственный медицинский
университет Минздрава России, г. Волгоград*
N.V. Delaryu
Volgograd State Medical University, Volgograd

Анкетирование в 2008 г. и 2018 г. неонатологов, акушеров-гинекологов и педиатров показало, что не менее 15-25% специалистов достаточно скептически оценивают ответственность беременных женщин за состояние своего здоровья (и здоровье своего будущего ребенка); при этом за прошедшее десятилетие не наблюдается позитивного изменения отношения самих беременных женщин.

Questionnaire in 2008. and 2018 neonatologists, obstetrician-gynecologists and pediatricists showed that at least 15-25% of specialists are quite skeptical about the responsibility of pregnant women for the state of one's health (and the health of one's unborn child); while over the past decade there has not been a positive change in the attitude of women themselves.

Ключевые слова: отношение к здоровью, беременные женщины, оценки врачей

Keywords: attitude to health, pregnant women, doctors' assessments

Происходящая в последние 20-25 лет либерализация отечественного здравоохранения актуализировала тему ответственности пациентов, а также смежных вопросов их приверженности к лечению и комплаентности [1-5]; вплоть до попыток законодательно прописать ответственность граждан за свое здоровье [6]. При этом, когда речь о беременных женщинах, то, фактически, это предполагает ответственное отношение не только к своему здоровью, но и к здоровью своего будущего ребёнка.

Для изучения мнений врачей относительно ответственного отношения беременных женщин к состоянию своего здоровья и здоровью будущего ребёнка в 2018 г. было проведено анонимное анкетирование работающих в

Волгоградской области 45 врачей-неонатологов, 58 акушеров-гинекологов и 61 педиатра (сплошные гнездовые выборки). В выполненном ранее в 2008 г. аналогичном исследовании были опрошены 46 неонатологов, 51 акушер-гинеколог и 44 педиатра.

В 2008 г. 17,4% неонатологов считали, что в процессе беременности ответственно относятся к своему здоровью большинство беременных женщин; еще 45,7% думали, что около половины; 36,9% – что только отдельные женщины. Распределение ответов неонатологов на данный вопрос в 2018 г. было следующим: 55,6%; 31,1% и 11,1% соответственно (еще 2,2% затруднились ответить).

В 2008 г. 49,0% акушеров-гинекологов думали, что в процессе беременности ответственно относятся к своему здоровью большинство беременных женщин; 33,3% считали, что около половины; 15,7% – что только отдельные женщины. Распределение ответов акушеров-гинекологов на данный вопрос в 2018г. было следующим: 25,9%; 50,0% и 22,4% соответственно, 1,7% затруднились ответить.

В 2008 г. 54,5% педиатров считали, что в процессе беременности ответственно относятся к своему здоровью большинство беременных женщин; 27,3% думали, что около половины; 18,2% – что только отдельные женщины. Распределение ответов педиатров на данный вопрос в 2018 г. было следующим: 26,7%; 55,7% и 14,8% соответственно, 3,3% затруднились ответить.

Компарация результатов анкетирования врачей в контексте разных специальностей (неонатолог – акушер-гинеколог – педиатр) и 10-ти летнего промежутка времени (2008 и 2018 гг.) показала различия в оценках специалистов. Мнения акушеров-гинекологов и педиатров были достаточно близкими как относительно процентного распределения количества женщин, ответственно относящихся к состоянию своего здоровья, так и динамического сдвига этих показателей, сводящегося к двукратному уменьшению числа специалистов, считающих, что в процессе беременности ответственно относятся к своему здоровью (и здоровью будущего ребёнка) большинство женщин, за счет увеличения врачей, думающих, что таких женщин около половины. Оценки неонатологов были во многом прямо противоположными. Скорее всего расхождения позиций врачей рассматриваемых специальностей связано с тем, что они контактируют с беременными женщинами на разных этапах: акушеры-гинекологи преимущественно во время беременности, неонатологи – в течение нескольких дней после родов, педиатры – в последующем, когда женщину вместе с ребёнком выписывают из роддома.

В целом, результаты проведенного исследования дают основания, во первых, считать, что не менее 15-25% специалистов достаточно скептически

оценивают ответственность беременных женщин за состояние своего здоровья, и, во вторых, за прошедшее десятилетие (2008-2018 гг.) не наблюдается позитивного изменения отношения самих беременных женщин.

Список литературы

1. Деларю В.В., Вершинин Е.Г. Комплаентность: клинический, социологический и психологический подходы к её оценке // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. 2015. Вып. 3 (55). С. 100-102.

2. Деларю В.В., Рыбак В.А., Бабушкин С.Я. Ответственность больных с дорсопатиями за состояния своего здоровья (в оценках врачей и пациентов) // Социология медицины. 2006. № 2 (9). С. 31-35.

3. Деларю Н.В. Комплаентность беременных женщин: оценки специалистов в области перинатологии (результаты панельного исследования) // Волгоградский научно-медицинский журнал. 2018. № 3 (59). С. 13-14.

4. Журавлёва И.В. Почему не улучшается здоровье россиян? // Вестник Института социологии. 2013. № 6. С. 163-176.

5. Строкова Е.В., Наумова Е.А., Шварц Ю.Г., Семенова О.Н. Влияние личностных особенностей лечащего врача на приверженность пациентов к длительному лечению сердечно-сосудистых заболеваний // Саратовский научно-медицинский журнал. 2013. Т. 9. № 2. С. 263-269.

6. <https://otr-online.ru/news/v-rossii-predlozhili-zakonodatelno-propisat-otvetstvennost-grazhdan-za-svoe-zdorove-111309.html>

ЦЕННОСТНЫЕ УСТАНОВКИ НА ЗДОРОВЬЕ И ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ VALUES FOR HEALTH AND HEALTHY LIFESTYLES

С.В. Евстропова

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

Городская поликлиника №50 Приокского района, г. Н. Новгород

М.В. Дюютова, Д.Н. Дюютов

Городская поликлиника №50 Приокского района, г. Н. Новгород

S.V. Evstropova

Lobachevsky University,

City polyclinic No. 50 of Prioksky district, Nizhny Novgorod

M.V. Doyutova, D.N. Dautov

City polyclinic No. 50 of Prioksky district, Nizhny Novgorod

Посвящено формированию ценностей здоровья и здорового образа жизни. Рассказывается об исследовании среди спортсменов-подростков Приокского района г. Н. Новгорода по вопросам формирования у них

установки на здоровье и спортивный стиль жизни, выяснения, что позволяет им осознать необходимость данного образа для развития и сохранения личности.

The article is devoted to the formation of values on health and healthy lifestyle. The article describes a study among teenage athletes Prioksky district of Novgorod on the formation of their attitudes to health and healthy, sporty lifestyle, and finding out what allows them to realize the need for this image for the development and preservation of personality and public health.

Ключевые слова: здоровый образ жизни, ценностные установки, подростки

Keywords: healthy lifestyle, values, adolescents

В основу материала вошли информация и сведения, опубликованные в справочных материалах Нижегородского областного наркологического диспансера, материалов, предоставленных прокуратурой Нижегородской области, и проведенного исследования в форме опроса 84 спортсменов, профессионально занимающихся плаванием и чир-спортом, 2008-2006 г.р., статей, опубликованных в изданиях «Северная правда», «Первомайский вестник».

Приобщение человека к ЗОЖ следует начинать с формирования у него мотивации на здоровье. Забота о здоровье, его укреплении должна стать ценностным мотивом, формирующим, регулирующим и контролирующим образ жизни человека. Образ жизни каждого человека определяет его представления о смысле жизни, отношении к окружающему миру, к себе, к своему здоровью. Доказано, что никакие пожелания, приказы, наказания не могут заставить человека вести здоровый образ жизни, охранять и укреплять собственное здоровье, если всем этим не управляет осознанная мотивация здоровья.



За последнее десятилетие Россия переживает не только рост алкоголизма, но и наркомании [1].

«Наркомания в России принимает характер эпидемии, угрожающей генофонду нации», – к такому выводу пришли участники парламентских слушаний в Государственной Думе.

Количество потребляющих наркотики, по официальным данным, достигло 4, по неофициальным – 6 миллионов человек. Около 20 миллионов, в том числе 5 миллионов учащихся, пробовали наркотики.

Средний возраст наркомана снизился с 30 до 24 лет.

В 1991 г. впервые взятых на учет с диагнозом наркомания подростков было 4,9 на сто тысяч жителей, в 2013 г. – 77,4, и эта цифра продолжает расти.

С каждым годом наркоманы в России становятся все моложе, уже треть из них – несовершеннолетние, остальные – до 35 лет, и максимум два процента – среднего возраста.

Так, например, из каждых пяти подростков, поступающих в детскую Филатовскую больницу столицы, один ребенок – алкоголик, один – наркоман, два – токсикоман. Только один ребенок из каждых пяти – нормальный. Трое из каждых пяти, заметьте, – наркоманы! Речь идет об обычной, не специализированной на наркомании, детской больнице [2].

Проведенные исследования в 2019 г. в форме опроса 38 спортсменов, профессионально занимающихся плаванием 2008-2006 г.р., а также 46 девушек спортсменок, занимающихся чир-спортом, чирлидингом, 2008-2006 г.р., в спортивных организациях Приокского района г. Н. Новгорода, по вопросам формированию у них установки на здоровье и здоровый, спортивный стиль жизни показали, что спортсмены, как и старшеклассники, понимают ЗОЖ, в основном, как следование хорошо известным положениям: «Больше двигаться!», «Беречь нервы!», «Закаляться!», «Не пить!», «Не курить!», «Не употреблять наркотики!». Однако перечисленные положения не стали для многих руководством в поведении. Это связано с тем, что, во-первых, рекомендации по ЗОЖ насаждаются в назидательной, категоричной форме и не вызывают у молодых людей положительных эмоций; во-вторых, сами взрослые редко придерживаются указанных правил в повседневной жизни; в-третьих, средства массовой информации в привлекательной форме рекламируют (культивируют) нездоровый образ жизни; курение сигарет и неумеренное употребление пива расцениваются как престижные атрибуты молодежной (и не только молодежной) субкультуры.

Установки на здоровье и здоровый, спортивный стиль жизни опрошенных, формировался именно внутри семьи. Поддержка родителей в длительных тренировках, соревнованиях, организационных моментах с раннего возраста (4-5 лет) и достигнутых в связи с этим побед, получением разрядов,

привела к формированию своеобразной установки «Спорт, здоровый образ жизни – это не выбор, это уже «Диагноз»».

Изначально родители определили выбор ребенка, отдав его в спортивную секцию и мотивировав его. В дальнейшем, в силу возрастного принципа мотивации стали видоизменяться. Видя свои собственные успехи, которые естественно приходят после определенного времени, получая грамоты, медали, разряды, призы и т.д., ребенок сам начинает стремиться к спорту, к достижениям, следовать спортивному «правильному питанию» (без кока-колы, булок, чипсов, больше овощей и т.д.).

Кроме того, усиливается мотивация самосохранения (человек не совершает того или иного действия, зная, что оно угрожает его здоровью и жизни), мотивация получения удовольствия от здоровья: эта простая гедоническая (наслажденческая) мотивация, ибо ощущение здоровья приносит радость – занятия спортом улучшают кровообращение в организме, повышают обмен веществ, вызывают положительные эмоции, повышают настроение.

Все это способствует формированию мотивации, побуждающей к максимизации двигательной активности, а позже к формированию интереса к систематическим занятиям танцами или физической культурой. По мере взросления эти занятия перейдут в привычку, которая непременно будет доставлять удовольствие, поскольку результатом будет не только хорошее настроение, но и физическое совершенство. Важно не переусердствовать в этом.

Кроме того, усиливается мотивация самосовершенствования: выражается в осознании того, что, будучи здоровым, можно подняться на более высокую ступень общественной лестницы. В соревнованиях естественно соперничество, которое вызывает желание больше работать в спорте, учебе, и меньше остается времени на «соблазны современного общества», и как следствие этого, развивается еще больше мотивация достижения максимально возможной комфортности, сущность которой сводится к тому, что здорового человека не беспокоит физическое и психологическое неудобство [3].

Имея под собой сформированные таким образом установки на здоровый образ жизни, дополнительно и лекции, и классные часы, и другие формы просвещения на ЗОЖ уже ложатся на подготовленное сознание и усиливают его.

Самые энергичные усилия врачей и педагогов не могут гарантировать нам здоровья. Никто не может за нас сделать зарядку, вовремя расслабиться, отказаться от лишней рюмки и сигареты. Чтобы быть здоровым, надо захотеть стать им. Для этого следует вести здоровый образ жизни.

Если ученик сам не ориентирован на укрепление своего организма, не работает постоянно над улучшением состояния собственного здоровья, то нечего ждать от него сознательного отношения к здоровому образу жизни. Здоровье в иерархии ценностей многих подростков занимает довольно низкое положение, что отражается в их склонности к рискам, асоциальному поведению, агрессии.

В общем плане для установки любой формы поведения необходимы два момента: цель должна восприниматься как стоящая усилий и достижимая. Необходимо постепенно формировать у школьников убеждение в том, что успешность и высокое качество жизни зависят от его собственной культуры. И начать такое формирование нужно как можно раньше!

Список литературы

1. Анисимова Н., «Северная правда», №6 от 17.04.2017 г.
2. Информационное письмо прокуратуры Нижегородской области, 2013.
3. Андреева П. «Первомайский вестник» от 24.04.17.

СТРАХ КАК ПРЕДМЕТ ИССЛЕДОВАНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ГЕРМАНИИ FEAR AS A SUBJECT OF RESEARCH INTO THE LIVES OF OLDER PEOPLE LIVING IN GERMANY

А.В. Ермилова, В.Г. Соколенко
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*
A.V. Yermilova, V.G. Sokolenko
Lobachevsky University

Выявляется гендерно-асимметричная направленность причин страхов лиц предпенсионного возраста, проживающих в Германии, в связи с приобретением ими статуса «пенсионер».

The gender-asymmetric orientation of the reasons for the fears of persons of pre-retirement age living in Germany in connection with the acquisition of the status of "pensioner" is revealed.

Ключевые слова: лица предпенсионного возраста, жизнедеятельность, пожилой человек, страх

Keywords: pre-retirement age, life activity, the elderly, fear

Современное общество представляет собой неустойчивую, подверженную социальным рискам систему, члены которой пытаются профилировать и минимизировать их, реализуя социальную политику различной направленности. Одним из признаков социального риска является его неизбежность, то есть риски создают проблемы, которые невозможно решить полностью [1], что отражается на качестве жизнедеятельности представителей всего социума. Однако особое внимание следует обратить на лиц третьего возраста, в связи с тем, что их функционирование в социальной действительности в большей степени сопряжено с таким видом риска, как риск физиологического характера [2], помимо следующих: экономического, профессионального, социального. Так, например, в настоящее время актуализируется риск социального характера, связанный с проблемой социального сиротства пожилых людей, обусловленный во-многом автономным проживанием родственников. В результате данная возрастная группа может испытывать высокий уровень тревожности, причинами которой являются, ухудшающееся состояние здоровья пенсионеров пропорционально увеличению их возраста, удаленное проживание от своих детей/внуков, а также высокий уровень инвалидизации данной возрастной категории, стереотипное восприятие их обществом (эйджизм), дискриминация лиц предпенсионного и пенсионного возрастов на рынке труда. В такой ситуации актуализируется феномен страха, который могут испытывать лица предпенсионного возраста в связи с приближением этапа их выхода на заслуженный отдых. Исключение из прежней поведенческой модели усиливает чувство тревоги лиц предпенсионного возраста перед старостью, связанное с потерей былой стабильности и возможными новыми обвалами в большей степени экономического характера. По мнению С.Я. Матвеевой и В.Э. Шлапентоха, чувство страха является основным индикатором опасностей [3] сегодня, которое может деформировать цели, ценности, разрушать содержание и структуру смысла жизни любой возрастной категории [4, с. 433].

Категория «страх» волновала умы многих ученых, в том числе таких философов, как Ж.-П. Сартр [5], Э. Фромм [6], Г. Маркузе [7]. Большое внимание изучению данного феномена посвящены исследования В.Г. Шубкина [8], А.В. Мозговой [9], Г.И. Моревой [10], О.Р. Мурзиной [11], Ю.В. Щербатых [12], А.В. Мигуновой [13]. Категория «страх» соединяет в себе опасность, вызов, риск и угрозу как социологические индикаторы «правил запрета», как четыре их превращенные формы [4, с. 433], что подчеркивает значимость изучения данного феномена по отношению к лицам третьего возраста. Представители старшего поколения чаще употребляют в своей обыденной речи слово «страшно», а не «опасно», «рискованно», находясь в психическом

состоянии, основной характеристикой которого является предчувствование возникновения негативных событий в связи с переходом на новый этап жизнедеятельности. В связи с этим было проведено социологическое исследование с использованием метода глубинного интервью лиц, намеревающихся выйти на пенсию (старше 62 лет), проживающих в Германии (N=20 чел.), целью которого явилось выявление в гендерном разрезе причин страхов перед надвигающейся старостью. Объект исследования – страх как социальный феномен. Предмет исследования – причины страхов лиц предпенсионного возраста. Гипотеза исследования – причины страхов перед надвигающейся старостью представителей Германии гендерно-асимметричны.

Следует подчеркнуть, что все без исключения респонденты, проживающие в Германии, считают, что лица, вышедшие на пенсию, являются в европейском обществе типичной группой риска. Оценивая в целом жизнедеятельность всего немецкого пожилого сообщества, участники опроса выделили две типичные проблемы, имеющие наибольшую значимость в Германии – это, во-первых, плохое состояние здоровья лиц третьего возраста, что связано, по их мнению, с появлением новых болезней и осложнением уже имеющихся, чаще всего хронических заболеваний. Во-вторых, проблема одиночества, которая в большей степени волнует пожилых женщин (муж. – 33%; жен. – 100%). Обеспокоенность проблемой «социального сиротства» стариков в большей степени женщинами-респондентками вполне очевидна и объяснима. Согласно оценке Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), средняя продолжительность жизни для мужчин в Германии составляет 78 лет — это худший показатель среди 22 стран Западной Европы. Для немецких женщин этот показатель составляет 83,1 года — незначительно выше, чем в Дании и Великобритании (82,7) [14].

Однако, если обратить свое внимание на анализ причин страха перед надвигающейся старостью, имеющих отношение непосредственно к самой личности участника опроса, то мы можем заметить гендерно-асимметричное восприятие категории «страха». Всех без исключения мужчин волнует проблема утраты возможности интеграции в социально-трудовые отношения в Германии либо проблема сохранности рабочего места после выхода на заслуженный отдых. Актуализируют проблему занятости лиц третьего возраста особенности жизнедеятельности пенсионеров в Германии. По факту, в 2017 г. среднестатистическая пенсия в Германии составила 1078 евро для мужчин и 606 евро для женщин из земель бывшей Западной Германии. Ситуация в бывших восточногерманских землях обстоит несколько лучше: там средний размер государственной пенсии для мужчин составляет 1171 евро, а вот женщины получают на руки 894 евро. Однако с этой суммы пенсионеру

предстоит еще заплатить медицинскую страховку и страховые взносы на случай потребности в уходе, а с 2005 г. еще и подоходный налог, в случае если человек, например, получает пенсию от предприятия или сдает квартиру [15]. В результате сохранность профессионально-должностного статуса после выхода на заслуженный отдых – это гарантия экономической стабильности пожилого немецкого населения. 66% мужчин озабочены вопросом, связанным с отсутствием или снижением необходимого уровня ресурсов на содержание семьи и помощь своим родственникам, что объясняет их желание как можно дольше находиться в сфере занятости и подчеркивает высокую степень ответственность за жизнедеятельность своих домочадцев.

Страхи немецких женщин вызваны иными проблемами жизнедеятельности пожилых людей. В первую очередь, они боятся одиночества (66%), под которым они понимают отсутствие возможности получить помощь со стороны супруга вследствие его утраты либо потери им своего прежнего рабочего места, а также со стороны своих детей, жизнедеятельность которых к тому времени в большей степени связана их собственной семьей. Следует обратить внимание на меркантильность немецких женщин предпенсионного возраста, у которых одиночество ассоциируется не с разрывом социальных связей, отсутствием значимого для них общения или вообще с недостаточностью коммуникаций, а с потерей былых материальных возможностей. Ухудшающееся собственное состояние здоровья – это еще одна причина страхов пожилых женщин, на которую не указал ни один мужчина старшей возрастной группы.

Как отмечает российский социолог Л.Е. Бляхер, человек стремится компенсировать обнаружившуюся ущербность, лишенность (в нашем случае – это страх перед старостью). Он ищет группу, в которой возможно обретение желательной статусной ренты, поиск коммуникации [16]. В ходе личной беседы с респондентами удалось выяснить, что большинство участников опроса реализуют свой ресурсный потенциал в клубе для старшего поколения "Malteserstift St. Bonifatius". Участие в деятельности данного центра, по мнению самих же пожилых людей, позволяет им заполнить эмоциональную пустоту, безболезненно приобрести новый статус «пенсионер», внедряясь в сообщество самопомощи. На данный аспект в большей степени указали женщины предпенсионного возраста.

Итак, гипотеза исследования, направленная на подтверждение гендерно-асимметричного восприятия страхов лицами предпенсионного возраста, нашла свое подтверждение. Немецкие мужчины в большей степени боятся быть не востребованными на рынке труда, в результате чего они не смогут на должном уровне содержать свои семьи и оказывать помощь родственникам. У

немецких женщин вызывает негативные эмоции перед старостью такой социальный феномен, как одиночество, обусловленное потерей былых материальных возможностей в связи с более ранней смертностью супруга.

Список литературы

1. Благодар А.Л. Социальные риски как обстоятельства, влекущие возникновение социально-обеспечительных отношений // Социальное и пенсионное право. 2014. № 1. С. 5-12.

2. Факторы риска ухудшения здоровья пожилых людей. Всемирная организация здравоохранения. [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/data-and-statistics/risk-factors-of-ill-health-among-older-people> (дата обращения: 23.06.2019)

3. Матвеева С.Я., Шляпентох В.Э. Страхи России в прошлом и настоящем. Новосибирск, 2002. 178 с.

4. Кузнецов В.Н. Социология компромисса / Социологич. ф-т МГУ им. М.В. Ломоносова. М.: Книга и бизнес, 2007. 680 с.

5. Сартр Ж.-П. Бытие и ничто: Опыт феноменологической онтологии. М.: Республика. 2002. 640 с.

6. Фромм Э. Бегство от свободы [электронный ресурс] http://lib.ru/PSIHO/FROMM/fromm02.txt_with-big-pictures.html (дата обращения: 23.06.2019)

7. Маркузе Г. Одномерный человек. Исследование идеологии развитого индустриального общества. [Электронный ресурс]. – URL: http://www.bim-bad.ru/docs/markuze_odnomerny_chelovek.pdf(дата обращения: 01.07.2019)

8. Шубкин В.Н. Страхи в России // Социологический журнал. 1997. Том 3. С. 62-76.

9. Мозговая А.В. Социология риска: возможности синтеза теории и эмпирического знания // Риск в социальном пространстве. М.: Изд-во Института социологии РАН, 2001. С. 9-37.

10. Морева Г.И. Мужские страхи и оценка собственной успешности / Г.И. Морева, Е.Я. Гутник // Мониторинг общественного мнения и социальные перемены. 2011. № 3(103). С. 105-111.

11. Мурзина О.Р. Возрастные и гендерные особенности субъективной выраженности страхов личности // Психологические науки: теория и практика: материалы Междунар. науч. конф. (Москва, февраль 2012 г.). М.: Буки-Веди, 2012. С. 10-13.

12. Щербатых Ю.В. Физиология и психология страха / Ю.В. Щербатых, А.Д. Ноздрачев // Природа. 2000. № 5. С. 61-67.

13. Мигунова А.В. Социологические концептуализации и эмпирические исследования переживаний страха: дис. ...кан. соц. наук: 22.00.04 / Нижний Новгород, 2007. 134 с.

14. В Западной Европе самая низкая продолжительность жизни выявлена в Германии. БЕРЛИН, 14 ноября 2018. [Электронный ресурс]. – URL: <https://regnum.ru/news/2518890.html>(дата обращения: 23.06.2019)

15. Пенсионная система Германии: трехступенчатая модель и гарантии правительства. Информационный портал germania-online [Электронный ресурс]. – URL: <https://germania-online.diplo.de/ru-dz-ru/gesellschaft/neuerordner/-/2133574> (дата обращения: 01.07.2019)

16. Бляхер Л.Е. Нестабильные социальные состояния. М.: «Российская политическая энциклопедия» (РОССПЭН), 2005. 208 с.

**САМОСОХРАНИТЕЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В УСЛОВИЯХ
РОССИЙСКОГО ГОРОДА (НА ПРИМЕРЕ Г. ЯРОСЛАВЛЯ)
SELF-PROTECTING BEHAVIOR IN THE RUSSIAN CITY
(ON THE EXAMPLE OF YAROSLAVL)**

В.В. Загребин

*Ярославский государственный университет им. П.Г. Демидова,
г. Ярославль*

С.В. Зуева

Институт развития стратегических инициатив, г. Ярославль

V.V. Zagrebina

Yaroslavl state University. P. G. Demidov, Yaroslavl

S.V. Zueva

Institute of Development of Strategic Initiatives, Yaroslavl

Представлены некоторые результаты социологического исследования особенностей самосохранительного поведения взрослого населения города Ярославля. Проанализированы факторы, влияющие на сохранение здоровья и определяющие субъективные оценки его состояния.

Some results of a sociological study of the features of self-protecting behavior of the adult population of the city of Yaroslavl are presented. The factors affecting the preservation of health and determining the subjective assessment of his condition are analyzed.

Ключевые слова: самосохранительное поведение, здоровье, здоровый образ жизни, социологические исследования, г. Ярославль

Keywords: self-preservation behavior, health, healthy lifestyle, sociological research, Yaroslavl

Сегодня понятие здоровье как на индивидуальном уровне, так и в социальных науках в целом всё чаще рассматривают как один из ресурсов человеческого капитала. Так, индивид, социализирующийся в условиях современных городов, смотрит на своё здоровье как на частную собственность

и соответственно самостоятельно принимает решения по сохранению и развитию данного ресурса, что за собой влечёт определённые риски [1, с. 155].

Теоретической основой эмпирического исследования, в рамках которого интерпретировались представленные результаты, послужили классические социологические теории в русле структуралистической метапарадигмы. Так, Э. Дюркгейм – один из первых обратил внимание на социальное здоровье. По его мнению, один из главных детерминантов здорового общества заключается в способности адаптироваться к условиям меняющейся среды и нормальном развитии жизненных сил личности, группы и самого общества [2, с. 218]. Отсюда вытекает каузальная связь – чем выше уровень социального здоровья, тем выше социальное развитие общества и благосостояние его членов. В рамках веберовской теории социального действия, самосохранительное поведение, то есть система действий и установок, направленных на сохранение и укрепление здоровья, а также на продление жизни [3, с. 24], анализируется прежде всего как процесс, складывающийся из обыденных практик, основанных на традициях общества [4, с. 84]. Под повседневными практиками понимается всё, что индивид делает сам и с чем встречается в социальном мире. Согласно П. Бурдьё, повседневные практики, подобно габитусу, выступают «структурирующей структурой» [5, с. 108]. Индивид, практикуя самосохранительное поведение, не только занимает определённую позицию в данном социальном поле, но и «взрачивает» здесь свои будущие траектории [6, с. 308]. При этом однородность габитусов в рамках определённой социальной группы делает практики предсказуемыми и воспринимаемыми индивидами как очевидные.

Для анализа самоохранительного поведения россиян в конкретных общественно-экологических условиях современного города было организовано социологическое исследование методом уличного опроса по стандартизированной анкете, проведенного в г. Ярославле специалистами Института развития стратегических инициатив в весной 2018 г. Выборка квотная, статистически репрезентативная по полу, возрасту. Ошибка выборки не превышает 5% с учётом доверительного интервала в 95%. В опросе приняло участие 400 человек в возрасте от 18 лет и старше.

В ходе исследования были получены следующие результаты.

Для респондентов наиболее важными критериями оказались отсутствие вредных привычек (65%), регулярные занятия спортом (55%), рациональное питание (53%), здоровый сон (53%); средней важности – положительные эмоции (30%), оптимальный двигательный режим (29%), профилактика и закаливание (27%), личная гигиена (26%), регулярность медосмотров (20%), соблюдение режима дня (18%); менее важными – состояние окружающей среды

(13%), сексуальная культура (11%), чтение специализированных журналов о здоровье (5%).

Доминирующими мотивами ведения здорового образа жизни является стремление к долголетию (69%) и сохранение здоровья (57%). Однако необходимо учитывать, что в опросе принимали участие респонденты всех возрастных категорий, что могло снизить значимость других мотивов. Так, например, важность такого мотива, как «рождение здоровых детей», в возрастной категории 30-39 лет достигает 40%, а желание выглядеть красиво значимо для 60% респондентов возрастной категории до 20 лет. Кроме того, выявлены различия в мотивации поддержания здоровья среди мужчин и женщин. Для женщин здоровый образ жизни больше ассоциируется с красотой и модой, тогда как для мужчин является неотъемлемой частью успешной жизни целеустремлённого человека.

Основной причиной, из-за которой респонденты не уделяют внимания своему здоровью, является отсутствие желания, лень (79%). Ведение здорового образа жизни остаётся волевым усилием, которое, по-видимому, даётся далеко не всем. Другими причинами были отмечены недостаток времени (39%), недостаток денежных средств (35%), потребление алкоголя и курение (26%), отсутствие знаний (23%), пассивный досуг (16%) и отсутствие поддержки близких (6%). Тем не менее, подавляющее большинство опрошенных (89%) считают, что ведение здорового образа жизни является модным.

Если говорить о личной практике, то треть респондентов (35%) утверждают, что ведут здоровый образ жизни, столько же (42%) стремятся следить за здоровьем, но не всегда. Женщины чаще ведут здоровый образ жизни, нежели мужчины (64% против 36%). Отметим, что каждый пятый (21%) признался, что не может назвать свой образ жизни здоровым.

Ярославцы для поддержания своего здоровья стараются оптимально сочетать трудовые нагрузки и отдых (51%), спать не менее 7 часов в сутки (49%), а также соблюдать умеренность в питании и потреблении алкоголя (45%). Здесь можно говорить об определенной пассивности граждан в данном вопросе. Такие способы не требуют особенной активности и усилий со стороны индивида, активные же варианты «ежедневно делаю физическую зарядку» или «активно занимаюсь спортом» выбрали лишь каждый пятый респондент (24% и 19% соответственно).

Для молодой части респондентов (до 30 лет) чаще, чем для других возрастных групп, характерно принятие биодобавок, витаминов, а также посещение бань. Среди горожан среднего возраста активно распространена практика оздоровления в санаториях, профилакториях. Респонденты

пенсионного возраста следят за своим здоровьем за счёт посещения врачей при первых признаках недомогания.

Здоровый образ жизни, в первую очередь, это свобода от пагубных привычек. Среди опрошенных большинство не курит (65%). Преобладает и число тех, кто не злоупотребляет алкогольными напитками: каждый пятый (23%) совсем не пьют и столько же выпивают несколько раз в месяц (21%), каждый второй (53%) несколько раз в год употребляет спиртное. Подчеркнём, что «группа риска» в основном представлена мужчинами средних лет (40-49 лет) – мужчины чаще женщин курят (39% против 9%), а также выпивают от нескольких раз в месяц и чаще (41% и 9%).

Выделим наиболее важные факторы, негативно сказывающие на здоровье человека, по субъективным оценкам ярославцев. Каждый второй респондент (62%) недоволен экологической ситуацией в городе, каждый третий отмечает низкое качество медицинского обслуживания (36%) и низкое материальное положение (30%).

Стоит отметить, что каждый пятый (18%) указал на неудовлетворительные условия труда, как плохо влияющие на его здоровье. При том, что каждый второй (48%) признался, что в организации, где трудится респондент, не применяется никаких условий для поддержания здоровья работников, ведь именно здесь человек проводит основную часть своей жизни. Если и существуют какие-либо меры то, в основном, сводятся к регулярным медицинским осмотрам. Однако подобная практика скорее может зафиксировать уже имеющиеся проблемы со здоровьем у человека, нежели предотвратить их.

Таким образом, самосохранительное поведение постепенно укореняется в сознание и повседневных практиках горожан. Однако для подавляющего большинства всё ещё характерно пассивное отношение к своему здоровью. Для ярославцев крайне важно, чтобы спорт был доступным. В связи с этим, органам власти необходимо продолжить работу по обустройству спортивных площадок во дворах, а также проведению бесплатных спортивных занятий для популяризации физкультуры и здорового образа жизни для всех возрастных категорий населения.

Список литературы

1. Кузеванова А.Л., Лещенко Л.А. Самосохранительное поведение как фактор сохранения и продления жизненной активности индивидов: социологический аспект // Известия ВУЗов. Поволжский регион. Общественные науки. 2016. №3. С. 154-161.

2. Дюркгейм Э. Социология и теория познания: хрестоматия по истории психологии. М. 1980. 394 с.
3. Журавлева И.В. Отношение к здоровью индивида и общества. М.: Наука, 2006. С. 238.
4. Вебер М. Хозяйство и общество: очерки понимающей социологии: 1 т. Социология / М. Вебер; [пер. с нем.]; сост., общ. ред. и предисл. Л.Г. Ионина; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». М., 2016. 445 с.
5. Бурдые П. Практический смысл / Пер. с франц. Шматко Н.А. Спб., 2001. 562 с.
6. Загребин В.В. Систематизация теорий девиантного поведения молодёжи // Социальные и гуманитарные знания. 2016. № 4. С. 305-310.

**ВЛИЯНИЕ ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ
НА ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ МОЛОДЁЖИ
THE INFLUENCE OF VALUE ORIENTATIONS
ON THE HEALTH-SAVING BEHAVIOR OF YOUTH**

Д.В. Зернов
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*
D.V. Zernov
Lobachevsky University

Показано, что ценность здоровья продолжает занимать высокую позицию в иерархии жизненных приоритетов студентов, может являться группообразующим фактором для построения типологии ценностных ориентаций молодежи. Однако в данной типологии необходимо учитывать гендерную составляющую. Маскулинность и фемининность по-разному действуют в группах девушек и юношей, демонстрирующих свою ориентацию на здоровый образ жизни.

The article argues that the value of health continues to occupy a high position in the hierarchy of students' life priorities. Health value can be a grouping factor for building a typology of value orientations of youth. However, it is necessary to emphasize gender component of this typology. Masculinity and femininity act differently in groups of girls and boys who demonstrate their orientation towards a healthy lifestyle.

Ключевые слова: гендер, здоровье, маскулинность, молодежь, фемининность, ценностные ориентации

Keywords: gender, health, masculinity, youth, femininity, value orientations

Представлен анализ влияния ценностных ориентаций (и, прежде всего, понимания здоровья как ценности) на отношение студенческой молодежи к

различным здоровьесберегающим практикам. Для анализа используются данные социологического исследования, проведенного весной 2019 г. кафедрой отраслевой и прикладной социологии ННГУ им. Н.И. Лобачевского, в ходе которого были опрошены 560 студентов нижегородских вузов.

Ценность здоровья на протяжении уже многих лет остается в числе важнейших для молодежи составляющих жизненного успеха. В иерархии таких составляющих здоровье конкурирует за первое место с любимой работой. На любимую работу как на важнейшую составляющую жизненного успеха указывают 78% студентов, на здоровье – 76%. На третьем месте – дружная, сплоченная семья (70%), на четвертом – уверенность в себе (66%) и на пятом – самореализация (65%). Далее с ощутимым отрывом следуют умственные способности (54%), удачный брак (50%), коммуникабельность (50%), душевное равновесие (50%). Отметим, что по данным исследования, проведенного в 2008 г. (опрошены 877 студентов ННГУ и НижГМА), лидерами среди составляющих жизненного успеха тоже были любимая работа (81%), здоровье (80%), хорошая семья, дети (80%), уверенность в себе (75%), умственные способности (73%) и коммуникабельность (68%). [1, с. 119]. Похожая ситуация наблюдалась и в 2003 г. (опрошены 1412 студентов ННГУ): любимая работа (83%), уверенность в себе (81%), здоровье (81%), умственные способности (77%), хорошая семья, дети (77%), коммуникабельность (76%) [2, с. 63].

Иерархия составляющих жизненного успеха у юношей и девушек почти одинаковая: работа, здоровье, семья, уверенность в себе и реализация. Хотя стоит отметить, что юноши несколько реже выделяют данные характеристики. Так, например, на здоровье указали 82% девушек и 72% юношей, а на дружную, сплоченную семью – 77% девушек и 60% юношей. А вот начиная с умственных способностей и коммуникабельности у юношей и девушек наблюдаются существенные отличия в приоритетах: умственные способности как важнейшая составляющая жизненного успеха у юношей на 6-м месте, а у девушек – на 11-м, душевное равновесие у девушек на 6-м, а у юношей – только на 20-м. Отметим самые яркие различия. Скорее, мужскими ценностями оказываются: физическая сила, деньги, профессионализм, опыт, власть, удача, секс, бизнес и полезные связи. Скорее, женскими: душевное равновесие, коммуникабельность, семья, творчество, духовная жизнь, приключения, удачный брак, возможность приносить пользу людям, общение, самореализация, личная безопасность и комфорт. Рассматривая иерархию жизненных приоритетов студентов, можно говорить о влиянии гендера на реализацию жизненных сценариев.

В научной литературе существует немало типологий ценностных ориентаций различных групп населения. Подробный обзор таких типологий, в

частности, представлен в монографии Н.А. Журавлевой [3]. В данном исследовании с помощью факторного анализа также была создана типология ценностных ориентаций студентов. Одной из особенностей типологии является учет влияния гендера на систему ценностей. Юноши и девушки сравниваются не только в зависимости от приоритета их жизненных ориентиров, но и насколько в этих ориентирах выражены маскулинные и фемининные качества.

Рассмотрим, как восприятие здоровья как важнейшей составляющей жизненного успеха влияет на ценность здоровьесберегающего поведения студентов. Для этого были выделены две пары групп, в которых здоровье является группообразующим критерием. Первая пара групп – это юноши, одна группа которых придерживаются маскулинных стратегий, а вторая – фемининных. Вторая пара – аналогичные группы для девушек. Во всех четырех группах на здоровье как на важнейшую составляющую жизненного успеха указали от 95% до 100% представителей.

Наиболее ярко фактор маскулинности/фемининности в отношении здоровья проявляется у девушек. Фемининные девушки (отметим, что используемые здесь и далее характеристики фемининный/маскулиный носят условный характер и отражают лишь некоторые тенденции в ориентациях описываемых групп) в своих жизненных приоритетах наряду со здоровьем, акцентируют такие ценности, как возможность проявить свои творческие способности, душевное равновесие, интересная жизнь, приключения и взаимопомощь. Тогда как маскулинные – хорошие внешние данные, умственные способности, физическая сила и физическое совершенство, уверенность в себе, секс, удачный брак, удача и везение.

В самооценках состояния здоровья эти девушки не отличаются друг от друга: и те, и другие считают, что у них хорошее здоровье. Не отличаются они как регулярностью посещения врача (и по болезни, и в профилактических целях), так и тем, что большинство из них в случае легких недомоганий не обращаются за помощью в специальные медицинские учреждения, а стараются лечиться самостоятельно.

Некоторые различия между этими двумя группами наблюдаются по их способам проведения свободного времени. Предварительно стоит отметить, что в целом между юношами и девушками существуют различия по предпочтительным способам времяпровождения: юноши значимо чаще в свободное время занимаются спортом, а также играют в он-лайн игры, тогда как девушки чаще юношей общаются в социальных сетях, читают, общаются с друзьями и родственниками, ходят на шопинг. Так вот, маскулинные девушки в свое свободное время несколько чаще отдают предпочтения занятиям спортом, посещению кинотеатров или просмотру телевизора. Из предпочтительных

форм двигательной активности они выбирают силовые виды спорта, что также более характерно для юношей, чем для девушек. Нельзя сказать, что фемининные девушки с высоким значением ценности здоровья не занимаются спортом. Однако, по сравнению с группой маскулинных, здесь немного выше регулярность занятий йогой, а также командными видами спорта.

Основные различия между этими двумя группами девушек наблюдаются по степени распространенности среди них вредных привычек. Среди маскулинных девушек, несмотря на их ориентацию на ЗОЖ, в полтора раза выше, чем среди фемининных, число тех, кто в настоящее время курит (14% против 9%). По отношению к алкогольным напиткам в этих группах наблюдается менее интенсивное потребление алкоголя, чем среди девушек в целом. Однако маскулинные девушки все-таки выпивают чаще, чем фемининные, и особенно это касается пива и пивных напитков.

Важной отличительной характеристикой этих групп является их отношение к сексуальной жизни. Среди маскулинных девушек определено больше тех, кто уже начал половую жизнь (69% против 57%). Причем, если сравнивать тех, кто уже живет половой жизнью, то среди маскулинных девушек больше тех, у кого уже было более одного сексуального партнера.

Таким образом, фактор маскулинности в ориентации на ценность здоровья у девушек, с одной стороны, связан с увеличением значения спортивной активности, но, с другой стороны, с ростом вредных привычек, а также рискованных сексуальных практик.

Если в случае с девушками в их ориентациях на здоровье фактор маскулинности достаточно четко конструирует чисто мужской тип поведения, то есть ориентацию на поведение, связанное с риском для здоровья, то в случае с юношами ситуация оказывается более сложной.

Фемининные юноши в своих ценностных ориентациях усиливают значение как условно женских, так и условно мужских ценностей: интересной жизни и приключений, высокого социального положения, душевного равновесия, профессионализма, а также удачного бизнеса. В их способах проведения досуга повышается значение занятий, которые в целом чаще выбирают девушки: чтение книг, общение в социальных сетях и даже шоппинг. Тогда как маскулинные юноши немного чаще выбирают занятия спортом. И одновременно с этим, в группе фемининных юношей наблюдается более высокая степень двигательной активности, в том числе и силовых тренировок. И что совсем не характерно для женского осторожного типа поведения, в группе фемининных юношей в большей степени, чем в группе маскулинных, наблюдается распространенность вредных привычек, в частности, употребления алкогольных напитков (пива и вина). Число ведущих активную

сексуальную жизнь в группе фемининных юношей так же немного выше, чем среди маскулинных (отметили, что их сексуальный дебют еще не состоялся 22% фемининных юношей и 27% – маскулинных). Хотя по числу сексуальных партнеров эти группы не сильно отличаются: у большинства и тех, и других, по их словам, партнеров было больше одного.

Таким образом, факторы маскулинности/фемининности в ориентациях на здоровый образ жизни у юношей, скорее, работают в противоположные стороны. Фемининность в данном случае не ведет к более бережному отношению к своему здоровью и не связано с избеганием поведения, связанного с риском для здоровья.

Список литературы

1. Студенчество: проблемы здорового образа жизни / Е.А. Ахметова, Д.В. Зернов, А.А. Иудин и др. Н. Новгород: НИСОЦ, 2009. 184 с.
2. Образ жизни и здоровье студентов / Е.А. Ахметова, М.С. Гурьянов, Д.В. Зернов и др. Н. Новгород: НИСОЦ, 2003. 113 с.
3. Журавлева Н.А. Психология социальных изменений: ценностный подход. М.: Изд-во «Института психологии РАН», 2013. 524 с.

ОБРАЗ ЗДОРОВЬЯ В СОВРЕМЕННОМ ПОЛИТИЧЕСКОМ ДИСКУРСЕ: ПОНЯТИЕ И ТЕХНОЛОГИИ

IMAGE OF HEALTH IN MODERN POLITICAL DISCOURSE: CONCEPT AND TECHNOLOGY

М.А. Казаков
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*
M.A. Kazakov
Lobachevsky University

Дается определение содержательной структуры "образа здоровья", раскрывается роль политического дискурса как инструмента управления в процессе его формирования в условиях современного информационного общества. Технологии формирования указанного образа в дискурсе власти рассматриваются как сплав принципов, методов, приемов и процедур, направленных на конструирование образа здоровья, соответствующего целям субъектов политического управления.

The definition of the content structure of the "image of health" is given, the role of political discourse as a management tool in the process of its formation in the modern information society is revealed. Technologies of the formation of this image in the discourse of power are considered as a fusion of principles, methods,

techniques and procedures aimed at constructing an image of health consistent with the goals of the subjects of political management.

Keywords: image of health, technologies of its formation, health as a public resource, state policy, political discourse

Ключевые слова: образ здоровья, технологии его формирования, здоровье как общественный ресурс, политика государства, политический дискурс

Оценка современных явлений социальной и политической жизни с позиций признания Человека абсолютной ценностью становится все более востребованной вопреки возрастающей фетишизации утилитарных средств. *Здоровье* в ней как многогранная фундаментальная черта благополучия, и необходимое основание развития общества, и условие реализации человеческого потенциала. Нынешний уровень борьбы за здоровый *образ жизни* граждан со стороны федеральных и региональных властей – политический фактор, определяющий ситуацию в сфере здоровья РФ.

Для политики государства особо значимой является категория социального или "общественного здоровья". Она характеризует основные аспекты его роли, определяемые *функциональным состоянием здоровья* личности, социальных групп, общностей, социума в целом. Соотносимое с периодами времени и обладающее потенциалом к изменениям оно "делает" здоровье как самостоятельное явление своеобразным средством политики. Как таковое – это совокупность существующего в ней инструментария.

Здоровье как общественный ресурс неразрывно связано со сложной эволюцией политической и экономической систем России в постсоветский период. Политика в области здоровья и тогда, и сейчас – часть политического курса, проводимого государством. На основании этого возможна не только ее периодизация, но и признание за общественным здоровьем специфического значения для функционирования политической системы страны, ее регионов. Выступая условием мобилизации для достижения политических целей, средством повышения управляемости обществом и укрепления государства, здоровье как общественный ресурс становится фактором национальной безопасности, незаменимым элементом образа "великой державы".

В условиях современного информационного общества одним из эффективных инструментов управления, в том числе в сфере здоровья, выступает политический дискурс. Его главной целью в данном контексте является конструирование определенного смыслового пространства вокруг понятия "здоровье", связанных с ним поведенческих и коммуникационных практик, здравоохранительной политики в целом. Технологии, в свою очередь, интенсивно используются для формирования моделей восприятия состояния

здоровья индивидом и обществом, а также моделей массового поведения, рассчитанных на достижение целей субъектов управления. *Основной результат функционирования этого комплекса в сфере здоровья – наличие политически целесообразного образа здоровья в общественном мнении.*

Являясь формой отражения проблем здоровья в массовом сознании, отношения к ним и возможностей индивидов, социальных групп и общностей их решать, образ здоровья обуславливает и детерминирует процесс формирования (валео)установок отмеченных акторов, характер их здравоохранительной деятельности. В связи с этим выделим такие функции образа здоровья, как аксиологическую, мировоззренческую, прагматическую, а также функции социализации и коммуникации, формирования и поддержания национальной идентичности, планирования будущего.

К структурным элементам образа здоровья, значимым с точки зрения акторов современной публичной политики, заключающейся преимущественно в декларировании, продвижении и отстаивании своих идейно-политических позиций, следует относить:

- традиции и подходы к определению смысла понятий "здоровье" и "здоровый (правильный) образ жизни";
- идентификацию инноваций, рисков и факторов, обуславливающих ситуацию в сфере здоровья;
- определение субъектов управления и ответственности в области здравоохранительной политики, представления об ее инвестиционной привлекательности;
- определение средств и методов, приемов и процедур, направленных на конструирование образа здоровья и повышающих эффективность управленческой деятельности данной области.

Задачи уточнения норм качества жизни населения и роста эффективности управления в сфере здоровья предполагают необходимость перманентной разработки критериев качества и определения технологий, что способствует формированию образа здоровья в политическом дискурсе и регулируемым им практиках. Технологии формирования указанного образа в дискурсе власти рассматриваются нами как сплав принципов, методов, приемов и процедур, направленных на конструирование образа здоровья, соответствующего целям субъектов политического управления.

В структуре базовых элементов управленческой технологии в области охраны здоровья (определяющих цель и содержание управляющего воздействия, его осуществление), сегодня снижается влияние идеологических установок, но возрастает роль организационных и интеллектуальных ресурсов

по производству конкурентоспособных смыслов, находящихся в распоряжении субъектов управления.

Недостаточно осмысленным остается тот факт, что партийные подходы и дискурсы к формированию образа здоровья по своему качеству и функциональности заметно смещаются из сферы рациональных идей и мотиваций политического участия в область манипуляционных технологий. Это не только результат сбоя в практической активности современных партий, но и последствия отсутствия единства в определении значимости здоровья как индивидуальной и социальной ценности, основания устойчивого развития общества. Данные аспекты наряду с созданием опережающих, в частности, медико-биологических технологий продления активной жизни целенаправленно продвигаются президентским дискурсом.

В настоящее время, следовательно, в политическом дискурсе как социальной практике РФ преобладает понимание, что образ здоровья является не просто решением каких-либо информационно-пропагандистских задач, а реальным общественным и управленческим ресурсом, в существенной степени определяющим успешность политических, экономических и социальных процессов, идущих в стране и ее регионах.

**ТАБАКОКУРЕНИЕ КАК ФАКТОР, ВЛИЯЩИЙ
НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ
TOBACCO USE AS A FACTOR INFLUENCING
TO PUBLIC HEALTH**

И.М. Каплина
*Приволжский исследовательский медицинский университет,
г. Нижний Новгород*
I.M. Kaplina
*Privolzhsky Research Medical University,
Nizhny Novgorod*

Посвящено проблемам воздействия разных факторов на здоровье населения. Особое внимание уделено влиянию табака на организм, причинам его употребления и методам борьбы с вредной привычкой. Необходимо подчеркнуть, что в России концепции снижения процента курящих людей работают весьма недурно. Отражая последние исследования, материал полезен для широкого круга читателей.

The article is devoted to the problems of the impact of various factors on public health. Particular attention is paid to the impact on the body of tobacco, the reasons for its use and methods of combating addiction. It is necessary to underline, that in

Russia the concept of reducing the percentage of smokers is not bad at all. Reflecting the latest research, the article will prove invaluable to a wide readership.

Ключевые слова: влияние, общественное здоровье, права пациента, табакокурение, заболеваемость, борьба с вредной привычкой

Keywords: impact, public health, patient rights, smoking, morbidity, addiction

Здоровье населения может быть обусловлено воздействием разных факторов, которые в комплексе могут принести как пользу, так и нанести необратимый вред. Источниками недугов могут быть социальные, биологические, гигиенические, медико-организационные причины, а также вред, наносимый самим человеком.

Одна из ключевых проблем сегодняшнего дня – употребление табачных изделий людьми совершенно разных возрастов, ведь именно она занимает одно из первых мест по смертности среди населения. Глобальность проблемы заключается не только в том, что человек вредит непосредственно своему здоровью, но и самочувствию окружающих.

Медицинский журнал «The Lancet» оповестил, что в 2015 г. мир насчитывал 933 млн заядлых курильщиков, из которых 768 млн – мужчин, 165 млн – женщин. Всемирная организация здравоохранения считает, что если тенденция сохранится, то в течение века уйдет из жизни один миллиард жителей Земли.

Табачный дым содержит около 4000 химических веществ, которые у взрослого человека, как у активного, так и пассивного курильщика, вызывают серьезные сердечно-сосудистые и респираторные заболевания, в том числе ишемическую болезнь сердца и рак легких. У детей грудного возраста, которые вынуждены по тем или иным причинам дышать загрязненным воздухом, вызывает синдром внезапной смерти, а у беременных рождаются дети с низкой массой тела.

По мнению CESSI, причинами появления вредной привычки среди подростков являются (процентное соотношение среди опрошенных): желание быть похожими на взрослых – 22%, никотиновая зависимость – 13%, соответствие друзьям – 12%, влияние сверстников – 4%, удовольствие от курения – 14%, желание попробовать – 10%, борьба со стрессом – 6%, избыток свободного времени – 7%.

Впервые об антитабачной компании задумались в XVII веке. Курильщикам в Европе грозило отлучение от церкви, а на Руси их наказывали палками, а после московского пожара в 1634 г. еще и ввели смертную казнь за вредную привычку.

Какие же методы используют правительства разных стран в данный момент? Впервые предупреждения на пачках сигарет появились в 1960 г. в США, а в 2000 г. к ним добавили устрашающие изображения о последствиях табакокурения, которые занимали 50% всей площади. Курильщиков обязывают находиться на определенном расстоянии от некурящих людей и зданий правительственных организаций. Количество курящих людей составляет 17,8%.

В Финляндии(18,4%) руководители компаний содействуют сотрудникам в борьбе с зависимостью, оплачивая часть лечения. Помимо этого был введен запрет на курение в общественных местах, а также нарушавший облагался штрафом от 50 до 150 евро, несовершеннолетним грозило тюремное заключение. В Ирландии(18,8%) штраф составляет 3000 евро, в Великобритании – 50 фунтов стерлингов(19%), во Франции – 68 евро(30%).

Власти страны Кирибати практически не контролируют табачную индустрию, а пошлины на табачную продукцию весьма низкие, поэтому здесь курит почти 66% мужского населения и более 34% женского.

Пачка сигарет в Восточном Тиморе стоит меньше доллара, предостережения на ней малоэффективны, поскольку половина взрослого населения этой страны неграмотна. Именно поэтому процент курящих людей один из самых высоких в мире – 80% мужчин и 6% женщин.

Низкий процент(14%) курящих женщин в странах Африки объясняется отсутствием у них экономической независимости (свободных средств), кроме того данная привычка у прекрасного пола осуждается обществом, считается аморальной.

В России в 2013 г. был введен полный запрет на курение во всех закрытых и открытых общественных местах, за исключением специализированных. Человек может заплатить за свое желание курить в размере от 500 до 2000 рублей (штраф за административное нарушение). В нашей стране любителей подышать дымом – 33%.

Благодаря антитабачным кампаниям лидерами по отказу от курения стали Австралия, Бразилия, Британия, Франция, но в странах с низким доходом населения потребление табака растет. Россия находится на 4-5 местах среди людей старше 15 лет. В стране около 60% мужчин и 23% женщин «увлекаются» данной привычкой.

Министерство Здравоохранения старается снизить процент курящих людей, используя разнообразные методы воздействия.

Во всемирный день без табака ежегодно 31 мая проводятся акции отказа от сигарет за небольшое вознаграждение (раздают сладости), а также активное информирование населения о вреде, который наносит эта злостная привычка.

Федеральный закон № 15 запрещает продажу несовершеннолетним (накладывается административный штраф за нарушение на граждан в размере от 3 до 5 тысяч рублей, на должностное лицо – от 30 до 50 тысяч рублей, на юридическое лицо – от 100 до 150 тысяч рублей), пусть это и малоэффективно, но хотя бы немного ограничивает подростков в потреблении.

С целью сохранения здоровья населения предусмотрены специализированные места для курения, которые находятся поодаль от общественных мест, а также штрафы нарушающим.

Для отказа от табачной зависимости существует масса средств, начиная от фармакологических и заканчивая психологическими. Если с первыми и так все ясно, потому что это различного рода препараты, которые снижают тягу к курению, то ко вторым относятся фотографии заболеваний, вызванных употреблением табака; социальная реклама; книги, направленные на психологию курильщика; предупреждения в фильмах, где присутствуют соответствующие сцены; активная пропаганда здорового образа жизни в школах, университетах, больницах; повышение цен на сигареты.

Минздрав разрабатывает новую концепцию, которая должна к 2022 г. существенно снизить процент курящих людей в стране (примерно на 8%), но пока она находится на стадии серьезного обсуждения, так как хотят рассмотреть ситуацию с разных точек зрения. Какими же способами собираются осуществить данный план? Он включает в себя: пожизненный запрет на продажу табака россиянам, рожденным после 2015 г.; запрет на курение в присутствии тех, кто против этого; запрет на курение в автомобиле с детьми; повышение акцизов на сигареты; продолжение рабочего дня для зависимых от сигарет людей на время «перекуров».

С нашей точки зрения, на решение проблемы положительно повлияло бы повышение административной ответственности в виде увеличения административного штрафа за курение табака в общественном месте до 5000-7000 рублей, а также привлечения к административной ответственности виновных в данном правонарушении лиц с закреплением обязанности по привлечению за конкретным министерством. Введение системы поощрения граждан за здоровый образ жизни в виде внесения изменений в ТК РФ – продление отпуска на 5 календарных дней; выдача ежегодной премии в размере 2000 рублей; повышение стипендии в ВУЗах для некурящих студентов на 10%. Возможно, внедрение практики Канады(19,3%), правительство которой помимо устрашающих изображений размещало на пачках статистику онкозаболеваний среди курильщиков.

В конечном итоге, здоровье населения зависит от многих факторов, которые мы с трудом можем изменить, но стоит начать хотя бы с самого себя и

позаботиться о собственном здоровье и самочувствии окружающих, ведь никто не сможет это сделать за нас.

Список литературы

1. ВОЗ назвала число курильщиков на планете // [электронный ресурс] URL:<https://tass.ru/obschestvo/5249215> // (Дата обращения: 30.05.2018 года).
2. Почему курение представляет проблему для некурящих людей?//[электронный ресурс] URL:<https://www.who.int/features/qa/60/ru> // (Дата обращения: май 2012 года).
3. Как в мире с табакокурением боролись//[электронный ресурс] URL:<https://www.tvc.ru/news/show/id/59547> // (Дата обращения: 19.01.2015 года).
4. Страна курильщика: Где больше курят — в России, Германии или США//[электронный ресурс]URL:<https://www.the-village.ru/village/city/benchmarking/215687-no-smoke> // (Дата обращения: 9.06.2015 года).
5. В каких странах курят больше и меньше всего?//[электронный ресурс] URL:<https://www.bbc.com/russian/features-44313454>// (Дата обращения: 31.05.2018 года).
6. Продажа сигарет в 2019 году // [электронный ресурс] URL:<https://malina-group.com/prodazha-sigaret/#i-24> // (Дата обращения: 05.07.2019 года).
7. Сигаретки не найдется: в России начинается новая антитабачная кампания // [электронный ресурс]URL:<https://www.bbc.com/russian/features-38555653> // (Дата обращения: 09.01.2017 года).

**ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОЦЕНКЕ
ИНДИВИДУАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЗАНИМАЮЩИХСЯ
ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ И СПОРТОМ**
**INFORMATION TECHNOLOGY IN THE ASSESSMENT OF THE
INDIVIDUAL HEALTH STATUS OF THOSE INVOLVED IN PHYSICAL
EDUCATION AND SPORT**

А.О. Каширина, В.А. Балчугов
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*
А.О. Kashirina, V.A. Balchugov
Lobachevsky University

Обсуждается проблема оценки здоровья лиц, занимающихся физической культурой и спортом, на основе объективной оценки функционального состояния. Для решения данной задачи предлагается использовать современные информационные технологии и аппаратно-программные комплексы.

The problem of assessing the health of persons engaged in physical culture and sports, based on an objective assessment of the functional state. To solve this problem, it is proposed to use modern information technology and hardware and software systems.

Ключевые слова: методы оценки здоровья, функциональные возможности, функциональные резервы, аппаратно-программные комплексы.

Keywords: methods of health assessment, functionality, functional reserves, hardware and software systems.

Проблема точного и оперативного контроля здоровья занимающихся физической культурой и спортом является одной из наиболее серьезных проблем в сохранении и укреплении здоровья населения [1; 2; 3].

Основными задачами, которые требуют решения, являются:

- определение уровня физического развития и функционального состояния организма для допуска к занятиям и индивидуального дозирования физической нагрузки;
- мониторинг уровня физического развития и функционального состояния организма в процессе тренировок;
- выявление, профилактика и лечение заболеваний, связанных с нерациональным применением физических нагрузок;
- разработка новых методов оценки функционального состояния организма.

На современном этапе решение подобных вопросов должно производиться на основании широкомасштабного внедрения новейших информационных технологий, позволяющих получить более достоверную информацию о человеческом организме и добиться большей надежности в прогнозе результатов. Процесс внедрения наукоемких информационных технологий связан с разработкой систем поддержки принятия решений, ориентированных не на автоматизацию функций субъекта, принимающего решение, а на предоставление ему помощи в поиске оптимального решения [1; 2].

Сегодня одним из самых распространенных в спортивной физиологии методов оценки функционального состояния организма – метода анализа variability сердечного ритма (ВСР). Он позволяет охарактеризовать функциональное состояние организма на основании построения кардиоинтервалограммы и последующего анализа полученных числовых рядов математическими методами. Анализ ВСР позволяет оценить общее напряжение регуляторных механизмов по показателям активности регулярных систем нейрогуморальной регуляции сердца и соотношения между симпатическим и парасимпатическим отделами автономной нервной системы, а комплексная

оценка всех показателей дает возможность целостного представления о функциональном состоянии организма.

Современная диагностическая аппаратура, в том числе в виде аппаратно-программных комплексов, позволяет проводить обследование лиц, занимающихся физической культурой и спортом, не только в условиях лаборатории, но и непосредственно во время выполнения тренировочных нагрузок. Динамическое наблюдение за функциональным состоянием организма позволяет обеспечивать высокую физическую работоспособность, повысить эффективность тренировочного процесса, что способствует достижению высоких спортивных результатов или улучшения показателей здоровья [2].

В последнее время большое распространение получили аппаратно-программные комплексы (АПК) неинвазивного и быстрого определения функциональных резервов здоровья в условиях спортивных центров, фитнес-центров, в домашних условиях с использованием универсальных компьютеров и подключаемых к ним простых датчиков кардиоинтервалов. Отличительной особенностью такого применения, например АПК "Истоки здоровья", или АПК "Фитнес- тест", является возможность за короткое время (до 15 мин.) регулярно и самостоятельно проводить обследование функциональных резервов основных систем организма. Из зарубежных комплексов чаще всего в России применяется система фитнес-тестирования Polar Own Test System [1; 4].

Одно из важных технических требований к современным АПК состоит в том, что теперь они должны работать на компьютерах с разными операционными системами.

Кроме основного тестирующего комплекса программа должна быть загружена на планшет преподавателя (тренера), а отчетная часть на планшет спортсмена, передача производится автоматически через Wi-Fi, что создает предпосылки для безбумажной технологии общения. Наличие программы на планшете тренера дает ему оперативный доступ к результатам тестирования. Современный, удобный интерфейс позволяет не только вводить данные с клавиатуры, но осуществлять ввод кардиосигнала в процессе выполнения нагрузочного тестирования с кардиодатчика в режиме on line по радиоканалу.

Вся информация может храниться в общей базе данных. Через облако она может быть синхронизирована как внутри спортивного центра, так и по всей сети спортивных центров и доступна тренерам через планшет. Динамика показателей представляется в удобной графической форме. Тестирование проводится по общепринятой схеме с использованием нагрузочных проб. Оценить физическое состояние спортсмена можно на рабочем месте, установив программу тестирования на свой планшет.

Современные АПК позволяют дополнительно в удобной необременительной форме измерить: профиль состава тела, профили функциональной и физической подготовленности. Профили функциональной и физической подготовленности формируются относительно двух выбранных дат – отчетной и контрольной. Это дает возможность наблюдать динамику изменения составляющих здоровья и интегрального показателя (биологический возраст) под влиянием тренировочных программ. Программное обеспечение позволяет настраиваться на приемлемый для каждого вида спорта набор тестовых упражнений для оценки физической подготовленности. По результатам тестирования автоматически формируется отчет в виде графической и текстовой информации в доступной форме. Вся информация по датам обследований хранится в общей базе данных с ограниченной доступностью для специалистов, что позволяет им обмениваться комментариями по результатам тестирования через индивидуальные планшеты.

Из отечественных АПК для экспресс-оценки функциональных состояний и физической подготовленности спортсмена или человека, занимающегося физической культурой, наиболее близок к современным требованиям аппаратно-программный комплекс Фитнес-тест 2,0. Для использования АПК в оздоровительном спорте в качестве интегрального показателя здоровья выбран биологический возраст (БВ). Критерием прогресса является не только положительная динамика по измеренным параметрам, но и связанный с параметрами интегральный показатель – биологический возраст (БВ). Стимулом прогресса является для каждого Достижимый БВ (ДБВ).

Для профессионального спорта используется АПК «Мониторинг здоровья спортсмена», который разработан с учетом опыта использования Аппаратно-программных комплексов и более ориентирован на спорт. Дополнительно он включает мониторинг параметров энергозатрат, срочного и отставленного восстановления после физических нагрузок. Применение полностью отвечает требованиям проведения текущего обследования и этапного комплексного обследования спортсменов, проведения врачебно-педагогических наблюдений, изложенных в последних положениях по медико-биологическому обеспечению спорта и приказе Минздрава РФ от 01.03.2016 № 134н. «О порядке организации медицинской помощи лицам, занимающимся физической культурой и спортом (в том числе при подготовке и проведении физкультурных и спортивных мероприятий), включая порядок медицинского осмотра лиц, желающих пройти спортивную подготовку, заниматься физической культурой и спортом в организациях и выполнить нормативы испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «ГТО».

Использование информационных технологий оценки и мониторинга функциональных резервов организма занимающихся физической культурой и спортом позволит значительно повысить эффективность тренировочного и оздоровительного процессов.

Список литературы

1. Балчугов В.А. Использование новых информационных технологий для оптимизации учебно-тренировочного процесса // Сборник статей по материалам III Всероссийской научно-практической конференции. «Антропные образовательные технологии в сфере физической культуры. Н.Новгород: Мининский университет: Мининский университет, 2017. 260 с. 2017. С. 163-167.

2. Горин А.А., Каширина А.О., Балчугов В.А. «Оценка функционального состояния дзюдоистов на этапе начальной спортивной специализации». В сборнике статей: Антропные образовательные технологии в сфере физической культуры. Нижегородский государственный педагогический университет имени Козьмы Минина, 2016. С. 226-231.

3. Оздоровительная физкультура в восстановительной медицине : Учеб. пособие / А.Н. Разумов, О.В. Ромашин; М-во здравоохранения Рос. Федерации. Рос. науч. центр восстанов. медицины и курортологии [и др.]. М.: Вуз и шк., 2002. 167 с.

4. Руненко С.Д. Врачебный контроль в фитнесе М.: Советский спорт, 2009, 192 с.

СОЗДАНИЕ АВТОНОМНОЙ НЕКОММЕРЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ «ОБЩЕСТВЕННОЕ САМОУПРАВЛЕНИЕ НИЖНЕГО НОВГОРОДА» КАК СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ СОЗНАТЕЛЬНОГО ОБЩЕСТВА, УЧАСТВУЮЩЕГО В РАЗВИТИИ ТЕРРИТОРИИ СВОЕГО ПРОЖИВАНИЯ

AUTONOMOUS NONPROFIT ORGANIZATION «PUBLIC SELF-GOVERNMENT OF NIZHNY NOVGOROD» AS METHOD FOR INVOLVING SOCIETY IN THE DEVELOPMENT OF TERRITORIES

М.Н. Кидрачев, Ю.И. Кузнецова

*Автономная некоммерческая организация
«Общественное самоуправление г. Нижнего Новгорода»*

M.N. Kidrachev, Yu.I. Kuznetsova
Autonomous Nonprofit Organization

«Public self-government of Nizhny Novgorod»

Рассматриваются цели создания, основные направления деятельности, проекты и реализованные мероприятия автономной некоммерческой орга-

низации «Общественное самоуправление г. Нижнего Новгорода», созданной в 2019 г. как ресурсный центр поддержки ТОС.

Considered the creation, main activities and projects of autonomous nonprofit organization "Public self-government of Nizhny Novgorod", created in 2019 as a resource center to support the territorial public self-government (TPSG).

Ключевые слова: автономная некоммерческая организация, территориальное общественное самоуправление, гражданское общество, социальный проект, «соседские центры»

Keywords: autonomous nonprofit organization, territorial public self-government, civil society, social project, neighborhood centers

Автономная некоммерческая организация «Общественное самоуправление Нижнего Новгорода» (АНО ОСНН) была создана в марте 2019 г. по инициативе мэра Нижнего Новгорода Владимира Панова для решения социальных проблем органами местного самоуправления Нижнего Новгорода совместно с жителями, представителями ТОС (территориальное общественное самоуправление) и прочими общественными объединениями города.

Основными целями организации АНО ОСНН являются: координация деятельности территориального общественного самоуправления в городе Нижнем Новгороде; социальная поддержка и защита граждан по вопросам непосредственного жизнеобеспечения населения и участия граждан в решении вопросов местного самоуправления на территории их проживания; содействие органам государственной власти и органам местного самоуправления в развитии территориального общественного самоуправления на территории города Нижнего Новгорода; совершенствование форм и методов взаимодействия территориального общественного самоуправления с органами государственной власти и органами местного самоуправления, а также работа с населением (вовлечение граждан в решение социальных вопросов, оказание содействия в реализации инициатив жителей, организация досуга для населения); экономическое и социальное развитие территории в границах территориальных общественных самоуправлений города.

АНО «Общественное самоуправление Нижнего Новгорода» решает следующие задачи:

- развитие гражданского общества и его институтов на территории города Нижнего Новгорода;
- развитие социального партнерства, содействие участию населения в формировании и проведении согласованных действий по вопросам развития территориального общественного самоуправления и связанных с ними экономических отношений на территории города Нижнего Новгорода;

- содействие развитию правовых, организационных, экономических и иных условий для развития территориального общественного самоуправления в городе Нижнем Новгороде, устойчивого социально-экономического развития города Нижнего Новгорода;

- содействие органам территориального общественного самоуправления в создании условий, отвечающих материальным и духовным потребностям граждан, развитию культуры населения и этнических групп;

- участие в осуществлении общественного контроля, организации общественного мониторинга, общественного обсуждения на территории города Нижнего Новгорода;

- осуществление взаимодействия органов территориального общественного самоуправления с органами государственной власти и органами местного самоуправления по повышению эффективности нормативной правовой деятельности в области территориального общественного самоуправления; защита прав и законных интересов органов территориального общественного самоуправления города Нижнего Новгорода в органах местного самоуправления;

- участие в подготовке кадров для органов территориального общественного самоуправления, ИНСТИТУТОВ местного гражданского общества, в том числе добровольчества (волонтерства);

- обеспечение органов территориального общественного самоуправления нормативными и иными документами;

- организация досуга жителей в границах ТОС [1].

Сегодня АНО «Общественное самоуправление Нижнего Новгорода» реализует свою деятельность в следующих направлениях: координация работы «Соседских центров», образовательно-просветительская деятельность, реализация собственных социальных проектов, консалтинг, грантовая политика, информационное обеспечение.

Одним из приоритетных проектов АНО ОСНН является создание Соседских центров. В 2019 г. на территории Нижнего Новгорода после капитального ремонта будут открыты 15 Соседских центров.

Что такое Соседский центр?

Это многофункциональное пространство, расположенное в помещении многоквартирного дома, предназначенное для того, чтобы жители окрестного микрорайона собирались в нём. Это его главная функция. Предполагается, что Соседский центр станет местом формирования комфортной благоприятной среды для реализации общественного, профессионального и творческого потенциала населения.

Виды досуговой деятельности на территории Соседского центра:

- художественные кружки;
- спортивные секции;
- развивающие досуговые клубы;
- ремесленные мастерские;
- соседские киноклубы и многое другое.

Кроме того, АНО «Общественное самоуправление Нижнего Новгорода» осуществляет образовательно-просветительскую деятельность. В период с 8 по 28 октября 2019 г. АНО ОСНН инициировало прохождение тренинга – практикума «Уверенные коммуникации как основа формирования соседских сообществ» среди председателей ТОС Нижнего Новгорода. В обучении приняли участие 50 человек. Тренинг был направлен на изучение технологий коммуникаций, а также на обучение проектной деятельности посредством проведения деловых игр, выполнения творческих заданий.

Тоже в 2019 г. коллективом АНО ОСНН при поддержке районных ТОС, органов местного самоуправления города Нижнего Новгорода были реализованы следующие проекты:

- акция «Всем двором», посвященная празднованию 9 Мая. Всего в акции приняли участие около 1000 жителей и 11 организаций.
- проект по благоустройству дворовых территорий «Цветущий город» (посадка саженцев). В мероприятии приняли участие около 300 человек.
- областной эко-фестиваль «НАТУРАЛЬНО ЭКОЛОГИЧНО ПОЛЕЗНО». Мероприятие посетили около 2000 человек.
- «Добрососедство» – серия дворовых праздников, организованных жителями, посвященных празднованию международного дня соседей. Количество участников – более 3000 жителей.
- «Школа ЖКХ» – образовательный проект по повышению компетенций председателей ТОС. Приняли участие около 200 жителей.
- «Кино дворик» – показ кино под открытым небом в 5-ти районах Нижнего Новгорода. Участниками киносеансов стали более 700 жителей.
- «Школа здоровья» – проект направлен на популяризацию ЗОЖ среди представителей серебряного возраста. Приняли участие более 400 человек.
- «Решаем вопросы вместе» – конкурс творческих работ, направленный на вовлечение школьников в деятельность ТОС. Более 1000 работ из 120 школ Нижнего Новгорода были представлены на конкурс.
- «Веселые старты» – серия городских спортивных соревнований для команд ТОС. Приняли участие около 500 пенсионеров.
- «Клевый Нижний» – рыболовный фестиваль, направленный на сплочение граждан разных возрастных групп и пропаганду здорового образа жизни. Участие приняли около 300 человек.

- «Фестиваль 25 лет ТОС» – традиционный ежегодный праздник, направленный на выявление талантов среди жителей ТОС Нижнего Новгорода. Участие приняли около 2000 человек.

- организация экскурсионных туров и паломнических поездок для активистов ТОС Нижнего Новгорода. С начала 2019 г. около 400 человек посетили: Городец, Гороховец, Дивеево, Большое Болдино, Сартаково, Пешелань, Малиновский Скит, озеро Светлояр.

Кроме реализации социально важных проектов, АНО ОСНН проводит консультации для руководителей НКО, председателей ТОС в юридическом и бухгалтерском сопровождении, заполнении заявок на получение грантов, информационному продвижению и в решении прочих задач.

Еще одним важным направлением деятельности АНО ОСНН является привлечение внебюджетных средств, то есть формирование грантовой политики.

Планы на 2020 г.:

- увеличить количество Советов ТОС с 62 (2019 г.) до 78 (2020 г.) – по 2 в каждом районе города;

- расширить охват жителей до 100 000 человек путем привлечения к деятельности ТОС и Соседских центров;

- увеличить количество обучающих, познавательных и развлекательных мероприятий для жителей города до 100 мероприятий в год;

- усилить проектную деятельность: увеличить систему финансовой поддержки востребованных горожанами социальных проектов через новый грантовый конкурс, подать не менее 100 проектов, увеличить бюджет грантов до 3 000 000 руб.;

- развивать приоритетные проекты ТОС: «Школа ЖКХ», «Всем двором», «Цветущий город», «Образовательная программа» и другие.

Список литературы

1. Устав автономной некоммерческой организации «Общественное самоуправление Нижнего Новгорода», 2019.

**СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КЛИМАТ И
ОРГАНИЗАЦИОННАЯ КУЛЬТУРА КАК РЕСУРС ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ (ОБЗОР ИССЛЕДОВАНИЙ)
SOCIO-PSYCHOLOGICAL CLIMATE AND ORGANIZATIONAL
CULTURE AS A RESOURCE OF ACTIVITIES OF EDUCATIONAL
ESTABLISHMENTS (REVIEW)**

В.В. Колосова, Сатхиа Пиллаи Самоо
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*
V.V. Kolosova, Sathya Pillay Samoo
Lobachevsky University

Анализируются современные психологические направления исследований феноменологии социально-психологического климата и организационной культуры. Авторы рассматривают эволюцию, состояние и перспективы их изучения, опираясь на теоретические и эмпирические публикации советских и российских учёных. В условиях реформирования образовательной системы отмечается актуальность обновления воспитательной функции всех уровней образования и развитие образовательных программ обучения здоровому образу жизни как форме социальной реальности.

This article analyzes the modern psychological research of Phenomenology socio-psychological climate and organizational culture. The authors examine the evolution, current status and prospects of their study, based on theoretical and empirical publication of Soviet and Russian scientists. In the context of reforming the educational system indicated the relevance of updating educational function at all levels of education and the development of educational programmes to teach healthy lifestyles as a form of social reality.

Ключевые слова: социально-психологический климат (СПК), благоприятный СПК, организационная культура (ОК), образовательное учреждение (ОУ)

Keywords: socio-psychological climate (SPC), favourable (SPC), organizational culture (OC), educational organization, institution (EO)

Задачи российского общества, направленные на развитие образования и науки, интегрированы государственной программой «Развитие образования», рассчитанной до 2025 г. Обновление всей системы образования, отражая динамику образовательных потребностей общества и изменения структуры экономики российских регионов, сопровождается внесением изменений в основные характеристики образования. В сложившихся условиях для обеспечения качества подготовки специалистов перспективный научный и практико-ориентированный ресурс сконцентрирован в проблематике

исследований социально-психологического климата (СПК) организации. На протяжении нескольких десятилетий изучение феноменологии СПК (его структуры, показателей, методов измерения, типологии) было заметным направлением социально-психологических исследований советских учёных. В контексте теоретико-методологических оснований исследований 70-80-х годов прошлого века данная тематика помогала объяснению социально-психологических процессов жизнедеятельности личности и коллектива. При этом эмпирической базой большинства исследований были коллективы промышленных предприятий и педагогические коллективы средних школ. Несмотря на некоторое различие в употреблении понятий «психологический климат», «эмоциональный климат», «психологическая атмосфера», «производственный» или «организационный климат», в большинстве случаев эти понятия, считает В.В. Новиков, употребляются в идентичном смысле. После событий 90-х годов необходимость изучения благоприятного СПК сама собой отпала. Однако, продолжает автор, наша обязанность *знать о существовании этого феномена и понимать его сущность* [1]. Благоприятный СПК рассматривался в качестве одного из главных условий эффективности совместной деятельности, удовлетворенности членов коллектива своей деятельностью и межличностными отношениями. СПК оценивался как показатель социально-психологического здоровья коллектива. Надо признать, что в настоящее время в социальной психологии исследования СПК немногочисленны. При этом выяснилось, что эмпирической базой большинства исследований являются ОУ разных видов и уровней образования. Такие феномены, как психологический климат, общий настрой, преобладающий настрой, изучаются на примере ОУ учреждений дошкольного, общего среднего, среднего профессионального и высшего образования. Принимая во внимание задачи, стоящие перед сферой образования, важно создать условия для формирования межличностных отношений в группе, способствующих продуктивной совместной деятельности и развитию личности в группе, которые определяет характер СПК. В этом контексте, например, проводились исследования по оценке СПК в коллективе студентов медицинского колледжа для определения его влияния на учебный процесс и профессиональную подготовку медицинских кадров. При рассмотрении особенностей психологического климата в студенческих группах вуза была определена связь между уровнем самооценки и уровнем СПК. Таким образом, и сегодня сохраняет свою актуальность вывод, сформулированный известными российскими социальными психологами о том, что здоровый, благоприятный СПК – один из решающих показателей успешного выполнения всех задач любой организации, независимо от величины и формы собственности,

важнейшее условие совершенствования образа жизни и формирования личности [1; 2], особенно в сфере образования. Кроме того, в последнее время возрос интерес к социально-психологическому знанию для объяснения феноменов и механизмов, связанных с практикой здорового поведения, пропагандой здорового образа жизни, адаптацией к стрессу, разработкой стратегии совладающего поведения. Здоровье рассматривается как ценность и возможность для человека быть включённым в общество, действовать в нём [3]. В американских учебниках по СП уже не одно поколение студентов знакомится с успешно развивающейся областью и направлением исследований о физическом и ментальном здоровье. «Социальная психология в действии», – именно так назвал главу своего учебника Э. Аронсон. С точки зрения Д. Майерса, психология здоровья – быстро развивающаяся новая отрасль, которая исследует связи между болезнью, стрессом и пессимистическим стилем объяснения поведения. Этой теме автор учебника уделил внимание в главе «Социальное познание и здоровье человека». С другой стороны, развитие новых отраслей психологической науки – психологии управления и организационной психологии – привело к возникновению и новых понятий для объяснения и управления процессами, происходящими в организациях. Научные исследования феномена организационной культуры (ОК), проведённые в последние годы в различных отраслях гуманитарного знания, обоснованы актуальностью теоретического и практического осмысления данного явления. В публикациях Т.Ю. Базарова, А.Л. Журавлева, Л.Н. Захаровой, Т.С. Кабаченко, А.В. Карпова, С.А. Липатова, М.Д. Сметаниной, Т.Ю. Соломанидиной, приводятся многочисленные определения категорий «организационная культура» и «корпоративная культура», широкий спектр концепций, технологий и процедур диагностики. Среди социальных институтов, по-прежнему находящихся в центре внимания исследователей, – образовательные учреждения, в которых изучаются важные аспекты феноменологии ОК: корпоративная культура педагогического коллектива, корпоративная культура студенчества, корпоративная культура преподавателя вуза, восприятие всеми участниками учебного процесса различных элементов ОК. Эмпирическая база ОУ высшего образования представлена классическими и педагогическими университетами, а также учебными заведениями Росгвардии и МВД России. Своевременными, но пока нерегулярными и недостаточными являются исследования ОК в колледжах. Показателен перечень насущных организационных проблем, выявленных и проанализированных специалистами: ОК как фактор успешности профессиональной подготовки специалистов, фактор предупреждения профессионального выгорания профессорско-педагогического состава вуза, фактор эффективности управления и повышения

качества образования в вузе. Кроме того, ОК рассматривается как инструмент реализации миссии вуза, формирования профессиональных компетенций и снижения социальной напряженности в коллективе, аспект имиджа, условие самоорганизации и развития коллектива дошкольной организации. С точки зрения определённого сочетания ОК, стиля руководства и параметров СПК в ОУ различного типа, интересна работа А.В. Погодиной и М.П. Котляр [4]. Л.В. Сурженко ставит вопрос относительно значимости корпоративных и этических ценностей вуза, которыми являются: гуманизм, традиции, профессионализм, стремление к совершенствованию и творческому росту, общность и взаимоуважение, направленность на высокие результаты деятельности университета [5]. Как видим, диапазон компонентов, включённых в исследования ОК, весьма обширен, что создаёт условия для проведения междисциплинарных исследований и всестороннего анализа феномена ОК. В этой связи инвестиции государства, направляемые на профессиональную подготовку выпускников, должны предусматривать формирование и развитие качеств выпускника, осознающего свою нравственную, гражданскую ответственность за направление и темп социально-экономических трансформаций, которые происходят в обществе, регионе или на отдельно взятом предприятии [6]. Особой функцией ОК ОУ является воспитательная, которая, соответствуя миссии образовательных учреждений, предусматривает обновление содержания воспитательной работы всех уровней системы образования и разработку образовательных программ по обучению здоровому образу жизни как форме социальной реальности.

Список литературы

1. Новиков В.В. Социальная психология: феномен и наука. М.: Изд-во Института Психотерапии, 2003. 344 с.
2. Парыгин Б.Д. Социальная психология. Проблемы методологии, истории и теории. СПб.: ИГУП, 1999. 592 с.
3. Социальная психология в современном мире. Под ред. Г.М. Андреевой, АИ Донцова. М.: Аспект Пресс, 2002. 335 с.
4. Погодина А.В., Котляр М.Л. Социально-психологическая ситуация как характеристика уникальности образовательного учреждения // Психологическая наука и образование. 2014. № 2 (6). С. 320-333.
5. Сурженко Л.В. Личностные ценности преподавателей в контексте корпоративной культуры вуза // АНИ: педагогика и психология. 2018. №1 (22). С. 317-320.
6. Колосова В.В. Модернизация образовательных программ как фактор формирования профессиональной компетентности выпускника вуза. // Сборник статей Межд. научно-практич. конференции «Государственное управление и

развитие России: модели и проекты». Т. I. Москва: Проспект, 2017. 764 с. С. 651-657.

ИНКЛЮЗИВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В УСТАНОВКАХ ШКОЛЬНЫХ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ **INCLUSIVE EDUCATION IN THE MINDS OF SCHOOL TEACHERS**

Д.А. Корепина
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*
D.A. Korepina
Lobachevsky University

Описаны результаты проведенного исследования в Нижнем Новгороде, касающегося установок школьных преподавателей по отношению к инклюзивному образованию.

In this article described the results of the research that was made in Nizhny Novgorod. This research included views of school teachers about inclusive education.

Ключевые слова: установки школьных преподавателей, инклюзия, инклюзивное образование

Keywords: views of school teachers, inclusion, inclusive education

Совсем недавно началось переосмысление особых образовательных потребностей у детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), устаревших методик образования и образовательных стандартов. Система образования реформируется, становится более гибкой, чтобы соответствовать разнообразным потребностям детей. В связи с этим активно внедряется в систему образования такой подход, как «инклюзивное образование», где ребенок с ОВЗ имеет полное право обучаться в массовой школе вместе со сверстниками, которая учитывает их особые образовательные возможности и оказывает им необходимую специальную поддержку.

В соответствии с законом Российской Федерации «Об образовании» от 29 декабря 2012 г. № 273 – ФЗ, общеобразовательное учреждение обязано принимать и создавать специальные условия, отвечающие потребностям детей с ОВЗ в общеобразовательные учреждения. В связи с этим возникают следующие вопросы: «Насколько положительно относятся к данному внедрению участники образовательного процесса, в частности педагоги, насколько они готовы психологически и профессионально начать работать с детьми с ОВЗ в условиях обычного класса и обычной школы?». Ведь именно

педагоги являются неотъемлемой и важной частью образовательного процесса, а также исполнителями программ инклюзивного образования.

Мы выявили установки школьных педагогов по отношению к инклюзивному образованию путем проведения анкетного опроса. Инклюзивное образование вызывает неоднозначные реакции педагогов, которые вынуждены работать в новой среде. У них появляются негативные установки по отношению к инклюзивному образованию. Выявили влияние педагогического стажа на реакции педагогов по поводу существования инклюзивного образования в длительной перспективе. В исследовании установок школьных педагогов по отношению к инклюзивному образованию приняли участие 30 педагогов МБОУ «Школы № 73» г. Нижний Новгород.

Было установлено, что отношение педагогов к идеи инклюзивного образования разделилось: 16 опрошенных положительно отнеслись и 14 отрицательно, то есть отсутствует всеобщее принятие данной идеи.

Возможность коммуникации является ключевым моментом выбора категории детей, с которой педагоги готовы работать. Наиболее подходящими категориями являются дети с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, с нарушением зрения. Наименее подходящими категориями являются дети с отклонениями в интеллектуальной сфере, дети с нарушением речи, с расстройствами аутистического спектра и с нарушением слуха.

Большинство педагогов испытывают положительные чувства, такие как доброта, милосердие, уважение к детям с ОВЗ. Однако есть педагоги, которые испытывают чувство страха, жалости и бессилия. Скорее всего, страх, бессилие возникают из-за отсутствия опыта взаимодействия, знаний, реакции администрации школы.

Большинство опрошенных знакомы с общими представлениями об инклюзивном образовании, то есть хорошо понимают и знают особенности инклюзивного образования. Однако одна треть опрошиваемых имеют ограниченные представления об инклюзивном образовании. В качестве основных барьеров для внедрения программ инклюзивного образования педагоги выделили: отсутствие практики, отсутствие материально-технической базы и недостаток знаний. Можно сделать вывод, что данные барьеры влияют на формирование отношения к процессу внедрения инклюзивного образования.

А влияет ли педагогический стаж на установки педагогов? Исходя из количества лет проработанных в школе, выделили 3 поколения: от 6 до 15 «Молодое поколение» (6 человек), от 16 до 25 «Среднее поколение» (15 человек), от 26-50 лет «Старшее поколение» (9 человек).

Было выявлено, что категория «молодого поколения» педагогов согласна с тем, что инклюзивное образование пойдет на пользу детям с ОВЗ, они считают,

что опыт социального взаимодействия невозможно получить в специальной школе, и инклюзивное образование будет наилучшим вариантом социализации для детей с ОВЗ. Педагоги видят в основном только положительные моменты для обычных детей: ребенок станет добрее, научится помогать другим, получит опыт взаимодействия с детьми с ОВЗ, научится быть терпимым. Они однозначно верят в то, что «За инклюзивным образованием будущее». Скорее всего, данная позиция «молодого поколения» связана с небольшим педагогическим стажем, гибкостью мышления, готовностью к изменениям и получению новых знаний, повышению квалификации.

Рост пессимистического настроения наблюдается с ростом педагогического стажа педагогов. Педагоги «старшего поколения» находят больше рисков в совместном обучении здоровых детей и детей с ОВЗ. Они полагают, что совместное обучение обычным детям нанесет ущерб. «Среднее поколение» педагогов неоднозначным видят будущее инклюзивного образования. Оба поколения видят необходимым обучение детей с ОВЗ именно в специальных учреждениях, так как коррекционные школы могут дать опыт социального взаимодействия, как и обычная школа. Включение детей в обычные школы не является лучшим вариантом обучения, так как находят определенные риски: ребенок с ОВЗ не будет успевать за другими детьми, что может способствовать снижению его самооценки, здоровые дети будут страдать из-за необходимости уделять больше времени ребенку с ОВЗ со стороны учителей.

Все три поколения педагогов отметили сомнения родителей обычных детей относительно совместного обучения: обычный ребенок будет отставать, так как внимание педагога будет направлено, прежде всего, на детей с ОВЗ; ребенку может угрожать опасность, так как неизвестно как может себя проявить ребенок с ОВЗ; дети будут ущемлены в правах, и им будет уделяться меньше времени на усвоение программы, на детей ляжет необходимость как-то заботиться о ребенке с ОВЗ.

Однако категория «среднего поколения», которая составляет большую часть, выражала осторожное, в некоторых вопросах негативное мнение, а категория «старшего поколения» практически во всех вопросах негативное. Это можно связать с тем, что именно на первых ложится весь груз ответственности за организацию, реализацию данного нововведения. От отношения и компетентности которых во многом зависит инклюзивная культура конкретной образовательной организации. Педагоги «среднего поколения» понимают, что избежать и быть не причастным к данному событию невозможно, поэтому в любом случае, придется внедрять технологии инклюзивного образования. А вторые имеют богатый опыт работы в школе, укоренившиеся с возрастом

взгляды на организацию учебного процесса, что влияет на желание, в данном случае нежелание, менять имеющуюся систему образовательного процесса.

Можно сделать вывод, что инклюзивное образование не находит абсолютного одобрения среди учителей из-за ограниченности представлений о данном процессе, нежелании менять личные установки, неспособности внедрять инклюзивные технологии, размытости понимания нормативно-правовой базы, страха перед неизвестным, недостатка знаний, практики работы с детьми с ОВЗ, материально-технической базы. Данные барьеры не дают и не дадут в дальнейшей перспективе положительных результатов в успешном развитии инклюзивного образования. Необходимы изменения установок педагогов в сторону наиболее положительных, а для этого нужны действенные механизмы адаптации педагогов. На мой взгляд, необходим приток молодых специалистов в общеобразовательные учреждения, которые, исходя из опроса, выражают готовность и желание повышать уровень знаний и взаимодействовать с другими специалистами для обмена опытом в организации инклюзивной среды. Безусловно, успешность внедрения программ инклюзивного образования зависит и от материально-технической подготовленности школы, желания администрации школы пойти на изменения, родителей обычных детей, подготовки ребенка с ОВЗ и его семьи, но в первую очередь от тщательной психологической и профессиональной подготовки педагогического коллектива.

ТЕНДЕНЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ «ПРАЗДНИЧНОГО ПОВЕДЕНИЯ» TRENDS IN «FESTIVE BEHAVIOR»

Е.Е. Кутявина

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

Е.Е. Kutyavina

Lobachevsky University

Праздник рассматривается как часть образа жизни. На основе результатов неформализованного интервью исследуется специфика праздничного поведения трех поколений – молодежь, родители, прародители. Сравнение социального контекста и атрибутов праздника у разных поколений позволяет выявить тенденции изменений праздничного поведения.

The celebration is seen as part of a lifestyle. On the basis of the results of the informal interview the specifics of festive behavior of three generations – youth, parents, forefathers – are studied. Comparison of social context and attributes of a celebration in different generations allows to reveal tendencies of changes in festive behavior.

Ключевые слова: праздник, праздничное поведение, атрибуты праздника, социальный контекст праздничного поведения

Keywords: celebration, festive behavior, attributes of a celebration, social context of festive behavior

Предпринята попытка описания праздничного поведения на основе результатов интервью с жителями Нижегородской области. Неформализованное интервью проводилось с представителями трех поколений – студенческая молодежь (17-23 года), родители (43-54 года), прауродители (68-75 лет) (всего 75 человек, по 25 человек каждое поколение, 38 женщин, 37 мужчин)). Опрашивались три поколения в одной семье, поэтому возрастной интервал старших поколений обусловлен разницей в возрасте детей, родителей и прауродителей. Сначала респондентам предлагалось назвать как можно больше ассоциаций со словом «праздник», затем интервью строилось по следующим темам: общее понимание смысла праздника, описание типичного праздника и праздничного поведения, социальный контекст праздника, состав празднующей группы, атрибутика праздника.

Интерпретация результатов интервью позволяет выделить 6 смысловых блоков: *коммуникация, застолье, атрибуты праздника, его ритуальное оформление, праздничное мироощущение* (эмоциональная составляющая), а также *природные условия*.

Смысловой блок «*коммуникация*» объединяет следующие слова и словосочетания: возможность приятно провести время с друзьями, семьей, родственниками, приятная веселая компания, большое скопление людей, новые знакомства, радость общения, повод для встречи с дорогими людьми.

Блок «*застолье*» выделен на основе следующего ассоциативного ряда: вкусные и необычные блюда, изобилие еды и алкоголя, шампанское, торт, деликатесы, фуршет, угощение.

Подарки, открытки, фейерверки, музыкальные инструменты (гармонь, гитара), воздушные шары, гирлянды, новая красивая одежда, а также флаги, плакаты, свечи, музыка и фотографии объединены в смысловой блок «*атрибуты праздника*». К этой же категории можно отнести яркие цвета, приятные запахи, бенгальские огни и хлопушки.

Смысловой блок «*ритуальное оформление*» включает совокупность действий, осуществляемых членами празднующей группы. К данному ассоциативному блоку целесообразно отнести танцы, тосты, пожелания, поздравления, дарение, хоровые застольные песни, лозунги, парады, демонстрации, шествия, частушки, забавные игры и конкурсы.

Кроме того, праздник подразумевает наличие определенного эмоционального состояния, разделяемого всеми представителями празднующей группы. Итак, «праздничное мироощущение» включает в себя следующие компоненты: радость, веселье, смех, отдых, свобода, приподнятое (иногда, романтическое) настроение, приятные ощущения, ожидание чуда, воспоминания о детстве, надежда на лучшее и безрассудность.

Блок «природные условия» встречается в ассоциативном ряду значительно реже, нежели все предыдущие, и конструируется на основе следующих категорий: цветущий май, яркое солнце и весна, снег, мороз, зима.

Представленные смысловые блоки отражают обобщенное восприятие феномена праздника представителями всех трех поколений. Но частота упоминаний, а, следовательно, и значимость каждого из вышеуказанных блоков в разных поколениях различаются.

Большинство, вне зависимости от того, представителями какого поколения они являются, праздник ассоциируют с друзьями. Это подтверждает тезис о значимости дружеского общения со сверстниками.

Праздничная коммуникация с членами семьи менее популярна, хотя частота упоминаний общения с родственниками повышается с возрастом. В повседневной жизни общение между членами семьи, а тем более – с родственниками, проживающими отдельно, недостаточно интенсивно, и, в этой связи, праздник становится неким поводом для встречи.

Многие полагают, что праздничная атмосфера является подходящим контекстом для новых знакомств. Это показатель, напротив, с возрастом снижается, молодежь его упоминает чаще, чем родители и тем более – бабушки и дедушки. Вероятно, подобное положение дел объясняется особенностями мировоззрения в целом и межличностной коммуникации, в частности, характерных для каждого отдельного поколения. Сегментация общества, утрата былого коллективизма, сплоченности и простоты, а также индивидуализация и обособление приводят к разрыву значительного количества социальных связей. Современный молодой человек сталкивается с проблемой нехватки живого межличностного общения, что толкает его на поиск дополнительных источников и субъектов коммуникации. Атмосфера праздника существенно облегчает процесс взаимодействия между индивидами, привнося в него элемент игры.

Совокупность ассоциативных единиц, обозначенных термином «застолье», несколько менее популярна, но упоминается всеми поколениями. Следует отметить увеличение значимости алкоголя как средства поддержания праздничного настроения для молодых людей по сравнению с родителями и прауродителями. Кроме того, прослеживается некоторое увеличение роли

вкусных блюд как неотъемлемого атрибута любого праздничного действия для молодых людей XXI века. Вероятно, подобный факт является проявлением развития общества потребления.

Заметно возросла значимость обмена подарками внешнего оформления праздников. В современном обществе процесс обмена подарками по случаю того или иного праздничного события является вполне привычным для молодых людей, чего нельзя сказать о родителях и прародителях. Аналогичное положение дел наблюдается и в вопросах, связанных с декоративно-оформительской составляющей праздничного действия.

Более детального рассмотрения требует музыкальное сопровождение праздников. Самая старшая когорта (68-75 лет) подчеркивает, что в период их молодости неотъемлемым атрибутом любого праздника была гармонь. Распространенность данного музыкального инструмента на торжествах современных молодых людей стремится к нулю. Популярность гитары, достигающая своего пика в 80-гг. XX века, в настоящее время сохраняется, но переживает некоторый спад. Подобная тенденция обусловлена появлением и внедрением в жизнь технических музыкальных устройств. Таким образом, потребление музыки вытесняет творчество, что является еще одним подтверждением развития общества потребления.

Популярность государственной символики в ассоциативных рядах старшего поколения, равно как и ее почти полное забвение в среде современных молодых людей, определяется особенностями конкретно-исторической политической ситуации.

Во второй половине XX столетия танцы были одним из самых популярных ритуалов, характерных для того или иного праздничного события. В настоящее время ситуация совсем не изменилась. Абсолютное большинство представителей первого, второго и третьего поколений в числе первых ассоциаций с термином «праздник» указывают именно эту категорию.

С течением времени заметно прогрессируют развлекательная и рекреационная сферы жизни. Если раньше приходилось организовывать торжества на частной территории (в домах), самостоятельно занимаясь приготовлением угощений, развлечением гостей и уборкой посуды, то в настоящее время положение дел серьезно изменяется. Появление широкого круга специализированных учреждений (кафе, баров, клубов и др.), индустрии развлечений значительно облегчает организацию праздников, требуя при этом значительных материальных затрат.

В результате исследования было установлено, что отнюдь не любой день, признанный тем или иным сообществом праздничным, расценивается как таковой молодыми людьми. В этой связи, на основании проведенных интервью,

были выявлены социальные критерии, выполнение которых (в совокупности или по отдельности) заставляет представителей анализируемой социально-возрастной группы признать истинную «праздничность» момента: 1) Массовость, коллективный характер торжества. 2) Наличие исторического основания, связь с конкретным событием, значимость которого четко осознается потомками. 3) Значимость того или иного дня для близких людей.

День воспринимается индивидом как праздничный в силу того, что он признается таковым представителями той социальной группы, к которой он принадлежит или хочет принадлежать. В этой связи, праздник позволяет субъекту ощутить свою идентичность с группой. На этом основании можно заключить, что праздник выступает мощным инструментом социальной интеграции.

**ЗДОРОВЬЕ КАК ФАКТОР СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ МОЛОДЫХ
ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ В РОССИИ**
**HEALTH AS A FACTOR OF SOCIAL ADAPTATION OF YOUNG LABOR
MIGRANTS IN RUSSIA**

А.А. Лаконова
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского,
Лицей № 28 им. академика Б.А. Королева, г. Нижний Новгород*

A.A. Lakomova
*Lobachevsky University,
Lyceum № 28 named after academician B.A. Koroleva,
Nizhny Novgorod*

Представлены результаты исследования, касающиеся заболеваний, наличия или отсутствия вредных привычек у мигрантов в России и их роли в социальной адаптации. Рассматривается вопрос о влиянии опасных инфекционных заболеваний мигрантов на уровень здоровья коренного населения.

The author presents the results of a study regarding diseases, the presence or absence of bad habits among migrants in Russia and their role in the social adaptation. The issue of the impact of dangerous infectious diseases of migrants on the health of the native people is also considered.

Ключевые слова: молодые трудовые мигранты, социальная адаптация, здоровье, заболевания, коренное население, миграция.

Keywords: young labor migrants, social adaptation, health, diseases, native people, migration.

Молодые мигранты, приезжающие в Россию с целью заработка, становятся определенным трудовым ресурсом страны. За 2018 г. в Россию приехало 5 047 788 трудовых мигрантов [1], за январь-июль 2019 г. – 2 895 117 [2]. Согласно данным Главного управления по вопросам миграции, мигранты приезжают в Россию в большинстве случаев в поисках работы, на втором месте – с частной (личной) целью и на третьем месте – для обучения.

Низкий уровень здоровья и личной гигиены мигрантов, наличие у них опасных инфекционных заболеваний может пагубно повлиять на общий фон здоровья коренного населения и санитарно-эпидемиологическую ситуацию страны. Для предотвращения данной проблемы введен обязательный медицинский осмотр вновь прибывших мигрантов для получения ими патента или разрешения на работу в Российской Федерации.

Молодой трудовой мигрант рассматривается нами как лицо в возрасте от 18 до 35 лет, совершившее территориальное перемещение в Россию через границы тех или иных государств с переменой места жительства навсегда или на длительное время с целью работы или иной трудовой деятельности (например, открытие бизнеса).

С 2008 по 2017 гг. наблюдаем варьирующуюся динамику прибытия и проживания молодых мигрантов в стране. По сравнению с 2008 г. и 2009 г. в 2010 г. и 2011 г. доля молодых мигрантов увеличилась с 2,7% до 3,2% – 3,6% соответственно. В 2012-2017 гг. доля молодых мигрантов в России уменьшилась по данным RLMS-HSE (с 2,8% до 2,2% соответственно) [3].

К мигрантам относятся молодых людей в возрасте 18-35 лет, родившихся не в России, но проживающих на территории России после миграции менее 15 лет (на 2008 г.). По данным Федеральной службы государственной статистики России, общий миграционный прирост населения в 2017 г. составил в России 211 878 человек, или 0,15% от населения страны [4], что указывает на более активное миграционное поведение молодых людей, чем лиц старших возрастов.

Наибольшее число молодых мигрантов, по данным RLMS-HSE, в период с 2008 по 2017 гг. прибыло в Россию из Казахстана (около 22%), Украины (около 17%) и Узбекистана (около 15%). По данным Федеральной службы государственной статистики, в период в 2008-2017 гг. наибольшее количество мигрантов прибыло в Россию из Украины (23,6%, от общего числа мигрантов стран СНГ вне зависимости от возраста) [5]. Узбекистан находится на второй строчке (18,4%), а Казахстан на третьей – 13%. Страны-лидеры, поставляющие мигрантов в Россию, по данным Федеральной службы государственной статистики России и RLMS-HSE, одни и те же – Украина, Узбекистан и Казахстан [5].

Среди молодых мигрантов не выявлено различий в количестве мужчин и женщин (51% и 49% соответственно).

На социальную адаптацию молодых трудовых мигрантов оказывают влияние не только такие факторы, как образование, семейное положение, доходы, но и здоровье. Мигранты, имеющие хороший уровень здоровья и успешно прошедшие медицинскую комиссию, являются трудовым резервом страны, а в некоторых случаях, когда россияне отказываются от определенных видов работ и сфер занятости, мигранты могут выступать в качестве трудового ресурса в экономической жизни страны.

Отсутствие периодов нетрудоспособности по болезни у молодых россиян и мигрантов позволяют работодателю не тратить дополнительных денежных средств на их лечение, а в некоторых случаях (например, производственная травма) на профессиональную реабилитацию. Здоровье является показателем трудоспособности человека. Сравнительный анализ состояния здоровья молодых россиян и мигрантов (18-35 лет) показал отсутствие статистически значимых различий по наличию хронических заболеваний в каждой из групп. Наиболее распространенными видами хронических заболеваний являются заболевания желудочно-кишечного тракта (Таблица 1).

Таблица 1.

Наличие хронических заболеваний у молодых жителей России и мигрантов, в период с 2008 по 2017 гг., по данным RLMS-HSE, в %

Хронические заболевания	Жители России	Мигранты
Хронические заболевания желудочно-кишечного тракта	9,2	8,6
Хронические заболевания позвоночника	6,1	7,8
Хронические заболевания почек	3,7	2,9
Хронические заболевания сердца	3,3	3,2
Хронические заболевания легких	2,2	1,8
Хронические заболевания печени	2,2	2,4
Хронические заболевания эндокринной системы, диабет или повышенный сахар крови	0,9	0,9

На уровне самооценок состояния здоровья респондентами анализируемых групп тоже не зафиксировано статистически значимых различий у молодых россиян и мигрантов. Около 62-63% оценивают свое здоровье как хорошее или очень хорошее, и только 2-3% говорят о плохом или очень плохом здоровье.

В ходе анализа результатов опроса 2008-2017 гг. не зафиксировано различий в долях молодых россиян и молодых мигрантов в приверженности вредным привычкам: в обеих группах около 70% респондентов заявили, что употребляли спиртные напитки в течение последних 30 дней, а склонность к

курению признают около 30 % молодых людей в целом. В зависимости от пола респондента статистических различий не зафиксировано: доля употребляющих алкоголь среди мужчин россиян и мужчин-мигрантов составила около 74%, среди женщин – около 68%; курение – около 47% и 17%, соответственно [3].

Для более глубокого исследования здоровья как фактора адаптации молодых трудовых мигрантов необходимы сведения о выявленных случаях ВИЧ-инфекции и туберкулеза у трудовых мигрантов, прибывших в Россию. Данные сведения в большинстве случаев являются закрытыми и не публикуются на официальных сайтах учреждений здравоохранения, статистики и органов внутренних дел. Такими трудовыми мигрантами в основном являются нелегальные мигранты, в отношении которых с каждым годом ужесточается миграционное законодательство. В подобных случаях мигранту не предоставляют разрешения на трудовую деятельность в России и отправляют на родину. Не во всех случаях данные заболевания выявляются сразу на медицинском осмотре мигрантов при оформлении документов на патент или РНР (разрешения на работу). Мигрант может находиться длительное время на территории РФ, болея ВИЧ или туберкулезом, не обратившись за медицинской помощью к врачу, тем самым подвергая риску не только свое собственное здоровье, но и здоровье других мигрантов и коренного населения.

Если работодатель узнает о наличии подобных заболеваний у мигранта, не всегда принимает решение в пользу обеспечения безопасности своих подчиненных и окружающих его людей. Мигрант продолжает работать и распространять опасное заболевание, права коренного населения на охрану окружающей среды нарушаются. Добросовестные работодатели отправляют мигранта на родину и расторгают с ним трудовой договор или контракт, нарушаются ли права мигранта в этом случае? Согласно законодательству России, не нарушаются, но мигрант на родину возвращаться боится: не примет семья, не сможет трудоустроиться. Мигрант, зараженный ВИЧ, может остаться в России только в том случае, если здесь живет его семья (супруг (а), дети). Данный вопрос остается дискуссионным и открытым для обсуждения и введения новых поправок в законодательство РФ при дальнейшем планировании или изменении миграционной политики России.

Список литературы

1. Отдельные показатели миграционной ситуации в Российской Федерации за январь – июль 2019 года с распределением по странам и регионам / Официальный сайт Главного управления по вопросам миграции России. URL:

<https://xn--b1aew.xn--p1ai/Deljatelnost/statistics/migracionnaya/item/18064421/>
(дата обращения 27.08.2019).

2. Отдельные показатели миграционной ситуации в Российской Федерации за январь-декабрь 2018 года с распределением по странам и регионам / Официальный сайт Главного управления по вопросам миграции России. URL: <https://xn--b1aew.xn--p1ai/Deljatelnost/statistics/migracionnaya/item/15851053/> (дата обращения 27.08.2019).

3. «Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ-ВШЭ (RLMS-HSE)», проводимый Национальным исследовательским университетом «Высшая школа экономики» и ООО «Демоскоп» при участии Центра народонаселения Университета Северной Каролины в Чапел Хилле и Института социологии Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН. (Сайты обследования RLMS-HSE: <http://www.cpc.unc.edu/projects/rlms> и <http://www.hse.ru/rlms>)».

4. Миграция населения в России: тенденции, проблемы, пути решения: социальный бюллетень. Май 2018. 54 с. URL: <http://ac.gov.ru/files/publication/a/16766.pdf> (дата обращения 20.05.2019).

5. Численность и миграция населения Российской Федерации в 2017 году / Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики России. URL: http://www.gks.ru/bgd/regl/b18_107/Main.htm (дата обращения 29.11.2018).

ЧТО ДУМАЮТ СТУДЕНТЫ О ЗДОРОВЬЕ? WHAT DO STUDENTS THINK ABOUT HEALTH?

Е.А. Лазукова

*Пермский национальный исследовательский
политехнический университет, г. Пермь*

E.A. Lazukova

Perm National Research Polytechnic University, Perm

Представлены результаты социологического исследования среди студенческой молодежи. Охвачены вопросы оценки своего состояния здоровья, осведомленности о профилактических мерах, реального поведения, его мотивов.

The results of sociological research among students are presented. The questions of assessment of the state of health, awareness of preventive measures, real behavior, its motives are covered.

Ключевые слова: здоровье, молодежь, мотивы, профилактика заболеваний
Keywords: health, youth, motives, disease prevention

Отечественными социологами обычно рассматривается здоровье отдельных категорий населения (возрастных [1; 2], гендерных [3; 4]), факторы, влияющие на него [5; 6; 7], а также здоровьесберегающее поведение [8; 9; 10]. Наиболее подходящими отраслями социологической науки для анализа данного феномена выступают социология медицины и социология личности. Однако полезными могут оказаться и другие отрасли: социология семьи, социология образования, социология девиантного поведения.

Наша работа касается, прежде всего, социологии личности. Мы используем вычленение в предмете исследования трех его компонентов: эмоционального, когнитивного и поведенческого. В качестве первого рассматриваем оценку здоровья, в качестве второго – информированность о действенных мерах профилактики заболеваний, в качестве третьего – здоровьесберегающее поведение.

Молодежь – это будущее страны; о состоянии здоровья этой группы необходимо заботиться в первую очередь. Студенчество – существенная часть современной российской молодежи. Наш интерес привлекла группа студентов технических специальностей как объект исследования, поскольку существует явный запрос со стороны государства на выпускников вузов технических направлений.

Пилотажное исследование, проведенное в техническом университете г. Перми, охватило 126 респондентов в возрасте 18-23 лет. Несмотря на нерепрезентативность исследования, его данные имеют практическое значение для понимания актуальности анализа проблематики здоровья в социальной группе молодежи, а также для классификации вариантов ответа на некоторые вопросы в целях разработки инструмента последующего исследования.

Опрос показывает, что молодежь питает иллюзии в отношении собственного здоровья, поскольку хорошим или отличным свое здоровье считает $\frac{3}{4}$ опрошенных (76%), при этом болеют не реже раза в 6 месяцев почти столько же (75%). Опасения вызывает тот факт, что среди молодежи есть категория людей, болеющих достаточно часто – раз в месяц (2%).

В случае болезни большинство обращается за помощью к врачам (79%). Однако к рекомендациям врача прислушиваются обычно не в полной мере: принимают все прописанные врачом лекарства лишь пятая часть опрошенных (21%), остальные – не все лекарства. Отрадно, что не принимающих лекарств после назначения врача в опросе не оказалось.

Среди причин отказа следовать указаниям врача названы финансовые трудности в приобретении лекарственных средств (79%), недоверие конкретному врачу (неуверенность в правильности диагноза и назначения лекарств) (9%), недоверие современной медицине (неуверенность в

способности лекарственного средства излечить) (6%), страх перед побочными действиями препаратов (6%). В связи с первой причиной 8 из 10 опрошенных покупают более дешевые аналоги лекарств (80%).

Состояние иммунитета человека молодежь связывает с особенностями образа жизни, вредными привычками. Причинами ослабления иммунитета респонденты, в частности, называют: гиповитаминоз (57%), нездоровый образ жизни, включающий вредные привычки (48%), переутомляемость (36%), малоподвижный образ жизни (29%), несоблюдение гигиены (22%), мутации вирусов и бактерий (21%), стресс (21%), некоторые медицинские препараты (17%), переохлаждение, выбор одежды без учета погодных условий (2%).

Среди мер профилактики инфекционных заболеваний молодежь на практике использует, находясь в общественных местах, соблюдение дистанции с инфицированными людьми (48%), ношение медицинской маски (41%), очищение рук влажными салфетками (36%), мытье рук (17%), применение противовирусных и иммуномодулирующих мазей (5%), применение витаминов (2%). При этом есть те, кто подобной профилактикой не занимаются (почти четверть опрошенных).

Всегда стараются ограничить взаимодействие с окружающими людьми во время собственной болезни лишь около трети респондентов (31%), никогда этого не делают 5%. Находясь во время болезни в общественном месте, медицинскую маску большинство не используют (59%). Не все знают о необходимости регулярной смены такой маски (54%).

Вакцинацию считают обязательной три четверти опрошенной молодежи (76%); не делают прививки меньшинство, но такие все же есть (7%).

Среди мотивов отказа от вакцинации называют: медицинские показания (запрет прививок во время болезни и определенное время после нее) (62%); надежда по счастливой случайности избежать заболевания (19%); бесполезность прививок (12%); возможный вред для здоровья (5%); низкая самодисциплина, «лень» (2%).

Мотивами пройти вакцинацию являются желание укрепить иммунитет (82%); требование для трудоустройства / поступления в учебное заведение (15%); стремление провести профилактику опасных заболеваний (10%); установка ограничить распространение заболеваний среди населения (2%).

Исследование выявило проблему, заключающуюся в том, что молодежь, хотя и озабочена собственным здоровьем, но не достаточно серьезно относится к здоровью окружающих.

Для получения точных данных требуется провести массовый опрос, но уже на основе пилотажа очевидна необходимость пропагандистской работы в молодежной среде о необходимости профилактических мер и о медицински

обоснованных правилах поведения в общественных местах в случае болезни или в период эпидемий.

Список литературы

1. Римашевская Н.М., Бреева Е.Б. Здоровье новорожденных – будущее здоровье нации // Социологические исследования. 1996. № 11. С. 42-46.
2. Цветкова И.В. Здоровье как жизненная ценность подростков // Социологические исследования. 2005. № 11. С. 105-109.
3. Здоровье и интимная жизнь: социологические подходы: Сб. статей / Под ред. Е. Здравомысловой и А. Темкиной. СПб.: Издательство ЕУСПб, 2011. 324 с.
4. Назарова И.Б. Здоровье российского населения: факторы и характеристики (90-е годы) // Социологические исследования. 2003. № 11. С. 57-69.
5. Русинова Н.Л., Панова Л.В., Сафронов В.В. Здоровье и социальный капитал (Опыт исследования в Санкт-Петербурге) // Социологические исследования. 2010. № 1. С. 87-100.
6. Шувалова В.С., Шиняева О.В. Здоровье учащихся и образовательная среда // Социологические исследования. 2000. № 5. С. 75-80.
7. Назарова И.Б. Здоровье российского населения: факторы и характеристики (90-е годы) // Социологические исследования. 2003. № 11. С. 57-69.
8. Саралиева З.Х., Судьин С.А. Семья и здоровье: научно-исследовательские контексты // Не расстанусь с молодежью, буду...: сб. науч. статей к 80-летию проф. Ю.Р. Вишневого. Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2018. 343 с.
9. Андрианова Т.С. Здоровьесберегающее поведение // Образование и наука без границ: социально-гуманитарные науки. 2017. № 7. С. 248-252.
10. Юрасов И.А., Бондаренко В.В., Танина М.А., Харитонова Т.В. Здоровьесберегающее поведение жителей региона: социологический анализ // Опыт и проблемы реформирования системы менеджмента на современном предприятии: тактика и стратегия: Сб. статей XVII Междунар. науч.-практ. конф. Пенза, 2017. С. 111-114.

**ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ В СИСТЕМЕ ЦЕННОСТНЫХ
УСТАНОВОК СОВРЕМЕННОЙ РОССИЙСКОЙ МОЛОДЕЖИ
HEALTHY LIFESTYLE IN THE SYSTEM OF VALUES
OF MODERN RUSSIAN YOUTH**

Н.В. Левова

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

N.V. Levova

Lobachevsky University

Анализируются отношения современной российской молодежи к здоровому образу жизни и своему здоровью, направления социальной политики в сфере спорта и здравоохранения. Проведенный мини-опрос показал ценность и отношение к здоровому образу жизни молодежи. Необходимо развивать спортивную и физкультурную грамотность населения, бороться с вредными привычками, увеличивать число площадок для занятия спортом и модернизировать систему здравоохранения.

The article is devoted to the study and analysis of the attitude of modern Russian youth to a healthy lifestyle and their health. Directions of social policy in the sphere of sport and health care, results of their activity and changes in the youth environment are considered. Also, a mini-survey was conducted, which showed the value and attitude of a healthy lifestyle for young people. As a result, the need to address is that we need to develop sport and physical literacy, fight against harmful habits, increase the number of sites for sports and to modernize the health care system.

Ключевые слова: молодежь, здоровье, здоровый образ жизни, спорт, физическая культура, ценностные установки

Keywords: youth, health, healthy lifestyle, sport, physical culture, values

Актуальность изучения системы ценностных установок современной молодежи обусловлено тем, что именно в этот период (социологи определяют возрастной интервал «молодежи» 17-30 лет) человек усваивает базовые ценности, формирует привычки, вырабатывает свои жизненные установки. Большой интерес представляет изучение отношения молодежи к здоровью и здоровому образу жизни. Почему именно эта сфера? Данная тематика для рассмотрения является важной, так как молодежь является особой социально-демографической группой и изучение даст понять дальнейшие перспективы общества в целом, так как благополучие социума зависит от ценностных установок и состояния современной молодежи как его репродуктивный, социально-экономический и интеллектуальный резерв.

Ряд научных исследователей подобной тематики, говорят о том, что молодежь небрежно относится к своему здоровью и не придерживается здорового образа жизни. Объяснить это можно тем, что долгое время в стране отсутствовала социальная политика в области спорта и пропаганда здорового образа жизни. В постсоветский период отмечалась тенденция ухудшения здоровья молодежи и пренебрежением быть сторонниками здорового образа жизни: «мода» на курение, употребление спиртных напитков и фастфуда.

В начале XXI века государство стало задумываться, как улучшить здоровье молодежи и привить гражданам любовь к здоровому образу жизни. В 2009 г. Правительством Российской Федерации было выпущено распоряжение «Об утверждении Стратегии развития физической культуры и спорта в Российской Федерации на период до 2020 года». Оно было разработано для создания условий, обеспечивающих здоровый образ жизни, систематические занятия физической культурой и спортом, конкурентоспособность российского спорта [1].

После принятия данного распоряжения тема здорового образа жизни стала популярна и широко освещалась в массах. Для развития спорта строились ФОКи, спортивные площадки, залы, бассейны; пропагандировался спорт в СМИ именитыми звездами для привлечения молодежи. Число лиц, занимающихся спортом, в настоящее время увеличилось, в отличие от начала XXI века.

Государством, и, в частности, Министерством спорта, были изданы документы, предусматривающие ещё большее увеличение числа людей, занимающихся спортом и физической культурой. В частности, в 2014 г. был возрожден с советских времен Всероссийский физкультурно-оздоровительный комплекс «ГТО» («Готов к труду и обороне»). Комплекс ГТО направлен на привлечение большого количества людей для занятий спортом, укрепления здоровья и всестороннего развития личности. Разработчиками были предусмотрены определенные стимулы для сдачи норм ГТО: поступающие на обучение в высшие учебные заведения вправе предоставить результаты сдачи как индивидуальное достижение; поощрение студентов повышенной государственной академической стипендией, имеющих золотой знак отличия; поощрение работающих людей на предприятии на усмотрение работодателя [2].

В настоящее время растет количество людей, относящих себя к приверженцам здорового образа жизни. Они очень активны в интернете и социальных сетях: выкладывают «посты», проводят марафоны стройности и даже зарабатывают на этом.

Чтобы узнать, сколько молодежи придерживается здорового образа жизни, был проведен опрос. В социальной сети «ВКонтакте» с помощью анкеты в Гуглформе. Опрашивалась молодежь от 15 до 30 лет. Было опрошено 50

человек (66,7% девушек и 33,3% мужчин). Опрос дал интересные результаты. На вопрос, касающийся оценки своего состояния здоровья, 70,4% человек отметили как хорошее, и только 3,7% как плохое. Больше всего различались ответы на вопрос, «Какие условия для сохранения здоровья Вы считаете наиболее важными?», 29,6% человек отметили выполнение правил здорового образа жизни, 22,2% – достаточные материальные средства для хорошего питания, занятия спортом, 18,5% – знания о том, как заботиться о своем здоровье, и только 3,7% выбрали регулярные занятия спортом. Больше половины опрошенных вполне достаточно заботятся о своем здоровье; почти 50% не курят. С алкоголем обстоят дела совсем по-другому: 51,9% употребляют алкоголь один или два раза в месяц, 25,9% употребляют один раз в год, 11,1% не употребляют вообще, и только 3,7% употребляют почти каждый день. На вопрос, как человек справляется со стрессом, больше половины слушают классическую музыку и все в этом роде, а почти четверть опрошенных хватается за сигарету или банку пива. Почти 70% опрошенных считают, что частично их образ жизни является здоровым.

Из предоставленных данных можно сделать вывод, что большинство опрошенных частично придерживаются здорового образа жизни, но могут иногда употреблять алкоголь или курить.

В заключение отметим, что для улучшения показателей здоровья молодежи и вовлеченности её в занятия спортом необходимы меры комплексного характера: повышение спортивной и физкультурной грамотности населения; борьба с вредными привычками; модернизация системы здравоохранения, увеличение числа площадок для занятия спортом и физической культурой. Уже сейчас молодые люди понимают важность здорового образа жизни и хотели бы стать его приверженцами, здоровый образ жизни и здоровье находятся в системе ценностей современной российской молодежи в «первых рядах».

Изучение выдвинутой темы носит постановочный характер и нуждается в комплексном исследовании в будущем.

Список литературы

1. Стратегия развития физической культуры и спорта в Российской Федерации на период до 2020 года. Утверждена распоряжением Правительства РФ от 7 августа 2009 года № 1101-р. [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 15.09.2019 г.).

2. Постановление Правительства РФ от 11 июня 2014 года № 540 «Об утверждении Положения о Всероссийском физкультурно-оздоровительном

комплексе «Готов к труду и обороне» (ГТО)». [Электронный ресурс]. – URL: <https://www.gto.ru> (дата обращения: 15.09.2019 г.).

**СТРАТЕГИИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ КАК ФАКТОР АКТИВИЗАЦИИ
РЕСУРСНОГО ПОТЕНЦИАЛА ОБЩНОСТИ ЛЮДЕЙ
«ТРЕТЬЕГО ВОЗРАСТА»***
**HEALTH PRESERVATING STRATEGIES AS A FACTOR
OF ACTIVATION OF THE RESOURCE POTENTIAL
OF THE "THIRD AGE" COMMUNITY»**

Л.А. Лесина

*Уральский Федеральный Университет имени первого
Президента России Б. Н. Ельцина, г. Екатеринбург*

L.A. Lesina

*Ural Federal University named after the First President of Russia B. N. Yeltsin,
Ekaterinburg*

Рассмотрена роль стратегий и технологий здоровьесбережения в процессе активизации ресурсности людей старших возрастных групп. Выделены и проанализированы аксиологический, деятельностный и гносеологический компоненты стратегий сохранения и укрепления здоровья общности «третьего возраста».

The article considers the role of health preserving strategies and technologies in the process of resource activation of older age groups. The author singled out and analyzed the axiological, activity and epistemological components of the strategies for preserving and strengthening the health of the third age community.

Ключевые слова: стратегия здоровьесбережения, люди «третьего возраста», ресурсный потенциал, ценности, социальная общность

Keywords: health preserving strategy, people of the «third age», resource potential, values, social community

Складывающаяся экономическая и демографическая ситуация определяет тренды серьезных изменений в социальном устройстве российского общества, его духовной и материальной культуре, вызывает необходимость пенсионной реформы – увеличение возраста выхода на пенсию и создание соответствующих условий для сохранения и поддержания трудоспособности людей «третьего возраста». Прежде всего, следует обозначить область научного поиска и определить объект изучения, имеющий разное терминологическое

* Подготовлено при финансовой поддержке РФФИ, проект № 18-01-00001 «Образование как ресурс сохранения и развития социальной общности людей "третьего возраста"».

прочтение: люди «третьего возраста», серебряная общность, старшее поколение, пожилые люди. К данной категории населения будем относить общность людей, объединенных схожими экономическими, социокультурными характеристиками и находящимися в возрастных границах от предпенсионного возраста до наступления старости [1; 2]. Демографическая ситуация предопределила массовый и статистически значимый характер рассматриваемой социальной общности. В Российской Федерации с 2014 г. по 2018 г. численность населения старше трудоспособного возраста увеличивалась ежегодно в среднем на 4220 человек. В Свердловской области общность людей в возрасте 45-69 лет также характеризуется тенденцией устойчивого роста (см. таблица) [3].

Таблица.

Динамика численности населения Свердловской области старше 45 лет,
тыс. чел.

Годы	2014	2015	2016	2017	2018
Всего населения в возрасте старше 45 лет	1764410	1764701	1768396	1772420	1781289
Абсолютный прирост, в чел. по сравнению с 2014 г.	0	291	3986	8010	16879
<i>Темп прироста, в % к 2014 году</i>	-	<i>0,02</i>	<i>0,23</i>	<i>0,45</i>	<i>0,96</i>

Проведенный автором анализ литературы показал, что проблематика здоровьесбережения наиболее представлена в контексте педагогического и психологического дискурса. При этом основное внимание при изучении стратегий здоровьесберегающего поведения уделяется вопросам формирования здорового образа жизни молодежи. Сохраняющаяся в российском научном и публичном дискурсе медиализация старения предопределяет эксклюзивность социальной общности людей «третьего возраста» из многих повседневных практик, делая ее своего рода «невидимкой». Актуальной представляется социологическая рефлексия установок людей «третьего возраста» на конструирование стратегий здоровьесберегающего поведения и повседневных практик здоровьесбережения.

Для сбора эмпирической информации в феврале 2019 г. при непосредственном участии автора был проведен опрос 406 жителей Свердловской области в возрасте старше 45 лет. Анализ и обработка данных осуществлялись при помощи программы «Vortex». Методом социологического анкетирования изучены представления, установки, ценностные ориентации в отношении к сохранению и укреплению собственного здоровья. Для более структурированного анализа было выделено три компонента в составе

стратегий здоровьесбережения людей «третьего возраста»: аксиологический, деятельностный и гносеологический.

Ответы представителей «третьего возраста» на поставленный в анкете вопрос о главных жизненных ценностях мало чем отличаются от мнений других возрастных групп. В числе ключевых смысловых ценностей были названы хорошая семья, здоровье, материальное благополучие.

Иерархия терминальных ценностей людей старшего возраста предсказуема, гораздо информативнее ответы на открытый вопрос: «Чем Вы предпочитаете заниматься в свободное от работы время?» Половина респондентов обычно проводят досуг за просмотром телевизора, 46% занимаются многочисленными домашними делами, 34% помогают в воспитании внуков. Медикализация старения зачастую обуславливает легитимацию раннего выхода на пенсию и сведение жизненных планов и интересов к домашней неоплачиваемой работе.

Каждый четвертый информант «третьего возраста» отметил, что старается уделять особое внимание своему здоровью. Деятельностный компонент стратегии здоровьесбережения проявляется и в стремлении вести здоровый образ жизни. Так, 18% представителей «третьего возраста» регулярно совершают пешие прогулки, 13% занимаются спортом, 21% в течение последнего года участвовали в массовых спортивных мероприятиях.

Трансформация социально-демографической структуры общества предопределила изменение стратегий поведения, статуса и социальной роли людей «третьего возраста» на рынке труда. Мобилизация ресурсов этой социальной общности может восполнить дефицит человеческого капитала в решении многих социальных и экономических проблем. Характерной чертой общности «серебряного» возраста является сформированность человеческого капитала, который, однако, нуждается в постоянной актуализации из-за динамичных изменений социокультурной и экономической ситуации в обществе. Инвестициями в человеческий капитал может быть образование, профессиональный опыт, использование здоровьесберегающих технологий, информационная грамотность.

Для сохранения работоспособности, физического и психического здоровья людям «третьего возраста» необходимы специальные знания, умения и практические навыки, способствующие осуществлению здоровьесберегающей деятельности. Конструирование эффективных стратегий сохранения и укрепления здоровья зависит от санитарно-гигиенической грамотности индивида, владения информацией по вопросам организации правильного питания, рационального режима деятельности. Каждый седьмой информант старшего возраста высказал пожелание, чтобы в программы

обучения граждан предпенсионного возраста была включена тематика по сохранению и укреплению здоровья и активного долголетия.

Переход и адаптация к расширяющимся рубежам «третьего возраста» означают смену представлений о нем как о периоде дожития на новую парадигму возрастной идеологии. Таким образом, «третий возраст» превращается в достаточно длительный период жизни, наполненный проявлениями гражданской, трудовой, интеллектуальной активности. Поэтому проблемы сохранения здоровья в «третьем возрасте» из плоскости биологических и физиологических перемещаются в разряд психологических и социальных. Следовательно, решать их нужно не только посредством применения современных медицинских, но и социальных технологий. Прогнозируемое увеличение численности населения «третьего возраста» формирует задачу для органов государственной и муниципальной власти, заключающуюся в разработке социальных технологий активизации ресурсности данной социальной общности посредством создания организационных и институциональных условий для формирования и актуализации в повседневных практиках стратегий здоровьесбережения. При разработке технологических решений организации здоровьесберегающих практик представителей «третьего возраста» необходимо проводить мониторинг и прогнозирование их стратегий здоровьесбережения, что позволит учесть индивидуальные потребности и ориентиры.

Формирование позитивного отношения в обществе к сохранению, актуализации и конструктивному использованию ресурсного потенциала «серебряной» общности, несмотря на ряд инициатив со стороны государства, находится еще только на стадии осмысления и реализации отдельных практик. Проводимая государством социальная политика в отношении людей «третьего возраста» во многом носит декларативный характер и не учитывает их реальные потребности и ценностные ориентации.

Список литературы

1. Амбарова П.А., Зборовский Г.Е. Время социальной общности: монография. – Екатеринбург: Гуманитарный университет, 2017. 347 с.
2. Зборовский Г.Е. Социальная общность людей «третьего возраста»: понятие, структура, функции // Вестник СурГПУ. 2019. № 2. С. 9-20.
3. Управление Федеральной службы государственной статистики по Свердловской области и Курганской области. URL: <http://sverdl.gks.ru/> (дата обращения: 28.06.2019).

**ПРИМЕНЕНИЕ РАЗВИВАЮЩЕЙ ВЕРХОВОЙ ЕЗДЫ В
ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЕ С НЕГОВОРЯЩИМИ ДЕТЬМИ С
МОТОРНОЙ АЛАЛИЕЙ**
**APPLICATION OF A HIPPO THERAPY IN LOGOPEDIC WORK WITH
NON-SPEAKING CHILDREN WITH MOTOR ALLALY**

М.В. Лукина

Нижегородский центр иппотерапии «Контакт», г. Нижний Новгород

M.V. Lukina

Nizhny Novgorod Hippotherapy Center «Contact», Nizhny Novgorod

Материал посвящен изучению возможностей развивающей верховой езды в работе с безречевыми моторными алаликами. На основе анализа теоретических источников объяснен механизм воздействия развивающей верховой езды на речевые центры, приведены результаты исследования уровня речевого и психомоторного развития старших дошкольников до и после проведения занятий развивающей верховой езды в рамках комплексной работы с моторными алаликами (г. Н.Новгород).

The article is devoted to the study of the possibilities of hippotherapy in complex therapy work with speechless motor alalics. Based on the analysis of theoretical sources, the mechanism of the effect of hippotherapy on speech centers is explained, the results of the study of the level of speech and psychomotor development of speechless older preschoolers before and after hippotherapy classes are presented as part of comprehensive work with motor alalics (N.Novgorod).

Ключевые слова: иппотерапия, комплексный подход, моторная алалия

Keywords: hippotherapy, complex approach, motor alalia

Моторная алалия является одним из самых сложных речевых нарушений, при котором страдают все компоненты речевой системы – от фонетики до грамматического строя речи. Проявления неоднородны: у ребенка-логопата может быть как полное отсутствие речи, так и достаточно развитая речь лишь с отдельными проявлениями фонетического или лексико-грамматического недоразвития [1].

В системе лечебно-оздоровительных и логопедических мероприятий важную роль может сыграть развивающая верховая езда как метод, включающий психогенный, биомеханический, сенсорный компонент работы [2]. Важно подчеркнуть, что для детей с моторной алалией характерно неустойчивое внимание (иногда вплоть до невозможности заниматься одной работой продолжительное время), сложности с запоминанием стихов, трудности с выслушиванием до конца двух-, трехступенчатых инструкций, удержание их в памяти и, как следствие, неспособность выполнить задание,

затруднения в ориентировке по цветам, формам и размерам, нарушение последовательности рассуждений, замедленность мышления.

Если говорить о нюансах поведения, то здесь специалисты отмечают трудности контакта с окружающими, легкая тормозимость в новой непривычной обстановке, проявления негативизма, склонность к образованию стереотипии, отрицательное отношение к новому [3]. Недостаточная речевая активность приводит к торможению речевого развития, ведь моторные алалики, особенно безречевые, прибегают к речи только в ситуации с повышенной эмоциональной окраской. Именно по этой причине развивающая верховая езда (занятия с лошадью и на лошади) может стать отличным катализатором речевой активности.

Кандидат социологических наук, психолог, специалист по иппотерапии И.В.Карпенкова отмечает, что именно развивающая верховая езда стимулирует познавательные процессы как ни одна другая методика. К активизации психических процессов ребенка приводит вынужденная необходимость сосредоточенности, собранности, самоорганизации, запоминания и планирования собственных действий. Можно говорить о том, что развивающая верховая езда нивелирует негативизм, неадекватность поведения в сложных двигательных ситуациях.

Положительный заряд, который ребенок получает от взаимодействия с лошадью, создает ситуацию успеха, что приводит к развитию эмоционально-волевой регуляции, такой важной для неговорящего ребенка [2]. Родоначальник «классической иппотерапии», доктор медицинских наук, профессор Ингрид Штраус писала, что терапевтическая езда оказывает влияние на общий тонус, на моторику, на настроение, она способствует тренировке подвижности нервных процессов центральной нервной системы, активированию коры. Русские исследователи И.В. Карпенкова и Ю.А. Слепченко считают, что развивающая верховая езда повышает внимание, память (зрительную, слуховую, моторную, логическую, комплексную).

Джэн Спинк указывает, что развивающая верховая езда может применяться в том числе и как психотерапевтический метод. К сожалению, в отечественной практике значению развивающей верховой езды в коррекции речи посвящено не так много исследований, чем обусловлена актуальность нашего исследования. Как в логоритмике важен ритм в системе комплексной работы с речевой патологией [4], так в развивающей верховой езде крайне важен шаг терапевтической лошади, который в некоторой степени выполняет функцию ритма, воздействуя однако не только на слуховой анализатор, но и на проприорецепцию [2].

Для комплексной работы важны исследования, дающие знания о связи и зависимости общей и речевой моторики. Исследования по физиологии движений и физиологии активности Н.А. Бернштейна показали иерархическую уровневую систему регуляции двигательных функций, в том числе и речи [5]. И.П. Павлов рассматривал речь как «прежде всего кинестезические раздражения, идущие в кору от речевых органов» и представляющие собой «вторые сигналы, сигналы сигналов». Отечественные психологи М.О. Гуревич, А.А. Леонтьев, А.Р. Лурия указывали на связь речи и выразительных движений, двигательных и речевых анализаторов, на связь формы произношения с характером движений.

Особенно важны для интеграции развивающей верховой езды в систему логопедического воздействия данные о корреляции между степенью развития тонкой моторики кисти руки и уровнем развития речи у детей [4]. Так, советский физиолог М.М. Кольцова считает, что «есть все основания рассматривать кисть руки как орган речи — такой же, как артикуляционный аппарат. С этой точки зрения, проекция руки есть еще одна речевая зона мозга» [6]. Н.А. Бернштейн разработал и выдвинул теорию уровневой организации движений, включающую субкортикальные и кортикальные уровни [5]. Основываясь на этой теории, мы разработали и апробировали программу комплексной логопедической работы с безречевыми моторными алаликами старшего дошкольного возраста, предполагающую включение элементов развивающей верховой езды.

Теория уровневой организации движений Н.А. Берштейна	Иппотерапевтические упражнения соответствующего уровня
А — уровень палеокинетических регуляций, он же руброспинальный уровень центральной нервной системы.	Катание ладонью мячей по шее и спине коня, хватание игрушек у инструктора, принятие и удержание позы в ситуации постоянной динамической нагрузки, уход за лошастью – обмахивание щеткой, чистка копыт крючком.
В — уровень синергии и штампов, он же таламопаллидарный.	Упражнения на продевание рук и ног в колечки, передавание предметов от инструктора к ассистенту в определенной последовательности.
С — уровень пространственного поля, он же пирамидно-стриарный.	Причесывание гривы, заделывание хвостов, заплетание кос. Кидание мячей в цель, нанизывание колец на кольцоброс, вдевание ног в стремяна.
Д — уровень действий, он же теменно-премоторный, кортикальный.	Упражнения на скоординированность отдельно правой и левой стороны тела (дотронуться правой рукой до гривы, левой – до своего затылка), упражнение на размещение предметов под гривой, перед поводом, над холкой коня.

Е — высший кортикальный уровень символической координации и психологической организации движений.	Выполнение сложных инструкций («Поймай мяч, оберни его вокруг себя два раза и брось в красное ведро»)
---	---

На первом этапе – восприятие и оценка ситуации, на втором этапе логопат определяет двигательную задачу, то есть идет осознание того, что нужно изменить в ситуации, чтобы активность привела к результату. Этот этап предваряет программирование решения: центральная нервная система будет производить коррекцию по мере выполнения движения с тем, чтобы реальное движение совпало с образным.

На третьем этапе намечается цель и содержание движения для решения поставленной двигательной задачи. На четвертом этапе осуществляется переход к фактическому действию, но это возможно лишь тогда, когда человек овладел координацией движений, поскольку центральным звеном движения является координация. Нарушение хотя бы одного компонента координации вызовет нарушения движения. Важно помнить, что координация движений развивается постепенно – с опорой на приобретенный двигательный опыт, поскольку это сложный сенсомоторный акт, начинающийся с афферентного потока и кончающийся точно адекватным, центральным ответом.

Опираясь на вышеизложенные факты, а также используя программу логопедической работы с детьми I уровня речевого развития Чиркиной Г.В. [7], которому соответствует состояние речи безречевых моторных алаликов, мы разработали программу логопедической работы с применением средств развивающей верховой езды. Нормативный срок освоения программы – один учебный год. Логопедические занятия проводились регулярно и дополнительно – развивающая верховая езда раз в неделю, что обеспечивало закрепление пройденного материала. Продолжительность каждого сеанса развивающей верховой езды – до 30 минут, в занятии принимают участие коновод (человек, ведущий лошадь), специалист по иппотерапии и развивающей верховой езде, прошедший повышение квалификации или профессиональную переподготовку по иппотерапии и развивающей верховой езде, а также ассистент (страхует ребенка и обеспечивает равномерность нагрузки с обеих сторон).

В исследовании (2017-2018 гг.) принимали участие 10 детей старшего дошкольного возраста с установленным логопедическим заключением: общее недоразвитие речи первого уровня (моторная алалия). База констатирующего эксперимента: частный детский центр «10 ступенек» (г. Нижний Новгород, ул. Полтавская, д. 37). Для оценки динамики использовалось логопедическое обследование по схеме I уровня речевого развития из сборника программ по коррекции речевых нарушений под редакцией Г.В. Чиркиной и обследование уровня психомоторного развития по учебнику «Логопедическая ритмика»

Г.А. Волковой. Проведя логопедическое обследование по схеме I уровня речевого развития из сборника программ по коррекции речевых нарушений под редакцией Г.В. Чиркиной, мы выяснили, что 90% безречевых детей имеют низкий уровень освоения и владения родной речью и лишь один ребенок (10%) показал средний результат. По результатам обследования уровня психомоторного развития у старших дошкольников с моторной алалией можно сделать вывод, что низкий уровень психомоторного развития характерен для большинства – такой результат показали восемь дошкольников (80%) из группы детей с моторной алалией, средний уровень – два человека (20%).

После включения иппотерапии в программу комплексного подхода коррекции моторной алалии у старших дошкольников мы вновь провели обследования детей по тем же схемам и получили положительные результаты.

В конце учебного года уже 60% безречевых детей показали низкий уровень освоения и владения родной речью (против 90% ранее), а четверо дошкольников (40%) продемонстрировали средний результат. По результатам обследования уровня психомоторного развития также отмечена положительная динамика: низкий уровень психомоторного развития выражен для половины – такой результат показали пятеро дошкольников (50%), как и средний уровень (пятеро детей, 50%).

Выводы. У детей старшего дошкольного возраста занятия иппотерапией, включенные в комплексную работу по преодолению нарушений, вызванных моторной алалией, оказывают выраженное положительное влияние на состояние речи, а также психомоторное развитие. Этот эффект обусловлен тесной взаимосвязью двигательных центров и речедвигательного анализатора.

Список литературы

1. Ковшиков В.А. О некоторых особенностях речевой коммуникации у детей с экспрессивной алалией// Распад и недоразвитие языковой системы: исследования и коррекция. СПб., 1991 С. 478.

2. Штраус Ингрид. Иппотерапия. Нейрофизиологическое лечение с применением верховой езды /Ингрид Штраус // пер. с нем. ДЭП «Живая нить». МККИ, 2000. 102 с.

3. Орфинская В.К. Принципы построения дифференцированной методики обучения алаликов на основе лингвистической классификации форм алалии / Хрестоматия по логопедии. Извлечения из текстов: Учебное пособие для студентов высших и средних специальных педагогических учебных заведений: в 2 тт. Т. II / Под ред. Л.С. Волковой и В.И. Селиверстова. М.: Гуманитарный издательский центр "Владос", 1997.

4. Волкова Г.А. Логопедическая ритмика: Учеб. для студ. высш. учеб. заведений. М: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2002. 272 с.

5. Бернштейн Н.А. Биомеханика и физиология движений/Под редакцией В.П. Зинченко. М.: Издательство «Институт практической психологии», Воронеж: НПО «МОДЭК», 1997. 608 с.

6. Кольцова М.М. Двигательная активность и развитие функций мозга ребенка. М., 1973. 132 с.

7. Чиркина Г.В. Коррекция нарушений речи. Программы дошкольных образовательных учреждений компенсирующего вида для детей с нарушениями речи. М.: Просвещение, 2009.

**ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ГРУППОВЫХ МЕТОДОВ В
ОБЕСПЕЧЕНИИ МОТИВАЦИОННОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ
ВАЛЕОЛОГИЧЕСКИХ КУРСОВ ДЛЯ ПЕДАГОГОВ**
**THE POSSIBILITY OF USING GROUP METHODS IN PROVIDING
MOTIVATIONAL COMPONENT OF VALEOLOGICAL COURSES
FOR TEACHERS**

Н.В. Лукьянченко

Сибирский государственный университет

науки и технологии им. академика М.Ф. Решетнева, г. Красноярск

N.V. Lukyanchenko

Reshetnev Siberian State University of Science and Technology, Krasnoyarsk

Обосновывается и описывается технология проведения психологического блока валеологических курсов, реализуемого в форме активной групповой работы и включающего техники самоменеджмента и позитивной терапии.

The technology of conducting a psychological block of valeological courses, implemented in the form of active group work and including self-management techniques and positive therapy, is substantiated and described.

Ключевые слова: мотивация здоровьесбережения, педагоги, групповая динамика, самоменеджмент, позитивная терапия

Keywords: health saving motivation, teachers, group dynamics, self-management, positive therapy

Образовательные площадки, реализующие краткосрочные выездные курсы повышения квалификации педагогов имеют специфическую с социально-психологической точки зрения ситуацию обучения. Слушатели курсов, вырванные из привычных контекстов жизнедеятельности, включаются не только в процесс обучения как таковой, но и во взаимодействие с новыми для себя людьми и, что немаловажно, в процесс группообразования. Фактически каждый новый набор «открывает» цикл групподинамических процессов, энергия которых может быть использована в целях обеспечения

реальной действительности переподготовки специалистов. Содержательные аспекты обучения и групподинамические процессы при этом взаимофасилитируются, способствуя усилению личностной включённости и ценностному самоопределению слушателей. Основным средством при этом должны являться различные формы групповой работы. Эти формы способствуют продвижению группы в соответствии со стадиями развития: адаптационной, индивидуализационной, интеграционной. Неучёт этого механизма, построение занятий по фронтальному» принципу, фиксирует группу на первичной стадии (адаптационной), а в содержательном аспекте задаёт пассивное, личностно-нейтральное усвоение учебного материала. Особенно важно это учитывать при организации валеологических курсов, так как их эффективность определяется не только привезёнными на рабочие места объёмами полезной информации, а и формированием здоровьесберегающих установок педагогов, когда получивший сертификат слушатель в определённой мере становится «носителем» идей здоровьесбережения. При разработке психологической составляющей курсов «Школа – территория здоровья» на базе Красноярского краевого института повышения квалификации и профессиональной подготовки работников образования учитывались вышеобозначенные аспекты.

К учителям предъявляют требования учёта здоровьесохраняющих норм в педагогическом процессе и стимулирования здоровьесбережения у учащихся. Причём способность учительства реальным образом повлиять на ситуацию здоровьесбережения в школе основывается на сформированности у самих педагогов здоровьесберегающих личностных установок и форм жизнедеятельности, являющихся реальными, а не декларируемыми образцами. К сожалению, современный педагог в отношении здоровьесбережения напоминает скорее «сапожника без сапог». В многочисленных психологических, медицинских, социологических исследованиях показано, что учительство как профессиональная группа, отличается низкими показателями физического и психологического здоровья. И эти показатели снижаются по мере увеличения стажа работы в школе. Безусловно, это определяется тем, что педагогическая профессия – одна из самых сложных по стрессогенной нагрузке и противоречивости требований, предъявляемых к личности и её адаптивным возможностям. Вместе с тем, немаловажную негативную роль, на наш взгляд, играет пассивность самих учителей. Неслучайно, несмотря на введение курсов по здоровьесбережению с вовлечением специалистов в области валеологии на слабую мотивированность учительства не умолкают. В одном из наших исследований было показано, что с увеличением стажа работы у педагогов снижается значимость ценности здоровья и личностная ответственность за его состояние.

У педагогов со стажем высок разрыв между идеальным, желаемым уровнем здоровья и тем, что они считают возможным для себя достичь. У опытных учителей ослабляются эмоционально-гедонистический и действенно-практический аспекты отношения к здоровью, то есть способность переживать удовольствие от своего тела и активно использовать технологии поддержания его оптимального состояния. Зато более выражено стремление «наставлять окружающих на путь истинный», используя для этого полученные знания.

Из вышеобозначенного вытекает, что особое внимание должно быть уделено формированию мотивации развития собственного здоровья педагогов. Анализ показывает, что стимулирование педагогов к формированию собственного здоровья в основном осуществляется двумя, как показывает практика малодейственными путями. Первый путь заключается в обеспечении знаниями научных основ, методологических принципов, конкретных технологий здоровьесбережения. Методы информирования и убеждения, которые при этом используются в рамках традиционно организованных лекций и семинаров, малодейственны для изменения базовых установок, что было показано в ставших классическими исследованиях К. Левина ещё в середине прошлого века [1]. Информация воспринимается человеком как «внешняя», не имеющая отношения к нему лично. В работе с педагогами это важно учитывать, так как у них легко складывается схоластический стереотип «транслятора» информации, получающего и пропускающего информацию для обучения других безотносительно личного проживания. Второй путь, основанный на идее негативного мотивирования, заключается в подчёркивании отрицательных последствий нездоровья, диагностике состояния здоровья самих педагогов и определении его дефицитов. Важно при этом понимать, что педагоги характеризуются как профессиональная группа довольно жёсткими психологическими защитами, позволяющими не воспринимать лично глубоко негативные данные. Привыкшие акцентироваться на ошибках, педагоги «знают», как их можно исправлять и зачастую удовлетворяются самим знанием. Акцентирование на негативе, как известно, приводит не к включению действенной позиции, а к активизации анализа причин проблем, что далеко не одно и то же. Используя термины гештальт-психологии, можно сказать, что проблемные области становятся «фигурой», а позитивные аспекты здоровья – «фоном». Энергия человека направляется не вперёд, на решение, а на анализ, обращённый в ретроспективу. Это провоцирует чувство вины и, одновременно, стремление уходить от тяжести ответственности. У педагогов при этом включается психологическая защита по типу «проекция», когда проблемы видятся уже не у себя, а у окружающих. Беспокойство по поводу их

«неправильности» является хорошим каналом для снятия возникающего напряжения в связи со своими проблемами.

Что может быть «рецептом помощи» в сложившейся ситуации? Во-первых, опора на полнокровный самоактуализационный, а не дефицитарный аспект мотивации здоровьесбережения. Во-вторых, обучение педагогов, построенное с учётом социально-психологических закономерностей мотивации и влияния. Высоким действенным потенциалом в обозначенном контексте обладают методы, предполагающие личностную включённость в выработку способов решения задач здоровьесбережения посредством групповых форм обсуждения, фасилитирующих этот процесс.

Учитывая всё вышесказанное, при разработке психологического аспекта курсов по здоровьесбережению для педагогов, мы выстроили специальный мотивационный блок. Базой для него послужили идеи активационного, самоактуализационного подхода к мотивации, техники самоменеджмента и позитивной терапии. В качестве основных технологических приёмов выступили: включение конкретных шагов по развитию здоровья в личную стратегическую перспективу жизни; чувственная идентификация с образом этой перспективы; конкретизация пошаговых целей, имеющих личную значимость с учётом индивидуальных особенностей педагогов и их среды; определение личных выгод достижения целей здоровьесбережения; актуализация личных, уникальных для каждого человека ресурсов для развития здоровья. Эти приёмы позволяют создать направленность не на конвенциональные нормы, воспринимаемые как внешне заданное долженствование, а на идентифицирование с позитивным образом себя в развитии здоровья. Такая направленность даёт педагогам возможность почувствовать «вкус» продвижения в решении задач развития своего здоровья. Выработка индивидуальных линий развития создаёт ощущение движения, динамики и открывающихся возможностей в противовес фиксации на проблемных аспектах. При этом усиливается чувство подконтрольности, личного вклада в процесс позитивных изменений. Выстраивание перспективной линии развития опирается на личный опыт, мировоззрение, интересы педагогов, субъективную «концепцию здоровья». Акцент делается на позитивный образ будущего, что концентрирует энергию на движении вперёд, помогает формулировать конкретные цели работы по здоровьесбережению. Позитивная картина будущего позволяет рассматривать актуальные трудности как переходную фазу, а не вечную изнурительную проблемную ситуацию. Решаемость проблем, возможность движения создают и применяемые на занятиях техники шкальной оценки динамики продвижения.

Мотивационный блок реализуется в активных групповых формах. Работа проводится как в индивидуальном режиме, так и в кругу, в подгруппах (сочетание совместно-индивидуальной и совместно-взаимодействующей форм, в терминах Л.И.Уманского [2]). Групповое обсуждение облегчает преодоление привычных стереотипов, активизирует творческие процессы, которые при соответствующем руководстве преподавателя аккумулируются в продуктивном целевом направлении. Участники могут услышать друг друга, ощутить близость в решаемых проблемах, помочь выработать идеи для каждого. Это усиливает процессы внутренних изменений, закрепляет их результаты как важный продукт обсуждения, как групповую норму, которая поддерживается в течение всего периода обучения.

Список литературы

1. Lewin K. Group decision and social change // Readings in social psychology. N.Y. 1947.

2. Уманский А.И. Психология организаторской деятельности школьников. М. 1980.

**ПРОЕКТНЫЕ ИНИЦИАТИВЫ МОЛОДЕЖНОГО ПАРЛАМЕНТА
ПРИ ЗАКОНОДАТЕЛЬНОМ СОБРАНИИ НИЖЕГОРОДСКОЙ
ОБЛАСТИ В СФЕРЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ**
**PROJECT INITIATIVES OF THE YOUTH PARLIAMENT AT THE
LEGISLATIVE ASSEMBLY OF THE NIZHNY NOVGOROD REGION
IN THE FIELD OF HEALTH**

М.В. Малинин

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

M.V.Malinin

Lobachevsky University

Рассматриваются ведущие проектные единицы Молодёжного парламента Нижегородской области. Отмечены наиболее успешные практики в рамках деятельности комиссии здравоохранения, социальной политики, охраны семьи и детства.

This article considers the leading design units of the Molo-Safe Parliament of the Nizhny Novgorod region. The author noted the best practices within the framework of the Health Commission, Social Policy, Family and Child Protection.

Ключевые слова: молодежная политика, молодежь, здоровьесбережение
Keywords: youth policy, youth, health

Молодежный парламентаризм в Российской Федерации получил свое развитие с 1990-ых гг. XX века. В настоящее время парламент рассматривается как консультативно-совещательный орган при Законодательном Собрании [1]. Эти молодежные парламентские структуры представлены на федеральном и региональном уровне. Отметим, в начале 2000-ых гг. Министерство образования разработала общие рекомендации по развитию этого направления. Одна из важных особенностей данной площадки заключается в том, что молодые парламентарии могут предлагать собственные инициативы в различных сферах российского общества [2].

Представим некоторые результаты мониторинга проектных инициатив членов Молодежного парламента.

Деятельность Молодежного парламента при Законодательном Собрании Нижегородской области ведется в семи комиссиях. Их работа направлена на развитие институтов гражданского общества: нормотворчество, экология и природопользование, образование и культура и др. В рамках деятельности комиссии здравоохранения, социальной политики, охраны семьи и детства члены Молодежного парламента предлагают различные решения.

Проект «День здоровой улыбки» направлен на осуществление мер, позволяющих улучшить профилактику гингивита среди населения Нижегородской области. В проекте приняло участие более 350 детей. Его работа разделена на два направления: информационно-профилактическое и лекционное. В ходе первого направления были разработаны информационные материалы. В них размещены рекомендации по соблюдению индивидуальной гигиены полости рта для детей и взрослых. Помимо этого планируется ряд практических мероприятий, которые позволят в будущем избежать проблем со здоровьем полости рта.

В ходе второго направления руководителем и его командой были совершены выезды в муниципальные районы Нижегородской области с лекционными и семинарскими занятиями на тему «Профилактика и диагностика гингивита у детей».

Проект «Ваша ДНК: вчера, сегодня, завтра» направлен на создание лаборатории персонализированной диагностики и выбора терапии на основе мониторинга генетического статуса человека. Данная инициатива принадлежит к направлению персонифицированной медицины, призванной сыграть существенную роль в развитии биомедицины [3].

В настоящее время продолжают исследования по ранней диагностике злокачественных новообразований на основе генетического статуса человека.

Таким образом, молодежь принимает активное участие в сфере здравоохранения и предлагает проекты, которые позволяют, в свою очередь, найти способы решения существующих проблем для улучшения законодательного корпуса в сфере здоровьесбережения.

Список литературы

1. Юшин М.А. Молодежный парламентаризм и формирование гражданской идентичности // Обозреватель-Observer : журнал. 2007. № 7. С. 26-35.
2. Закон Нижегородской области от 25.04.1997 N 70-3 (ред. от 02.12.2015) "О молодежной политике в Нижегородской области" (принят постановлением ЗС НО от 15.04.1997 N 63).
3. Отчет об итогах деятельности Молодежного парламента при Законодательном Собрании Нижегородской области за период с мая 2017 года по май 2019 года. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.zsno.ru/ru/convocation5/16951/mpno/16403/16177/> (Дата обращения: 17.09.2019 г.).

СОЦИАЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ НА ЭКОЛОГИЧНЫЕ ПРАКТИКИ ЭКО-БЛОГЕРОВ

SOCIAL REACTION ON ECOLOGICAL PRACTICES OF ECO-BLOGGERS

К.О. Малышева

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

К.О. Malysheva

Lobachevsky University

Рассмотрение социальной реакции на индивидуальные экологичные практики на основе контент-анализа комментариев под постами эко-блогеров в Instagram и видео на YouTube. Для исследования был отобран 21 информационный пост на YouTube и Instagram от эко-блогеров с упоминаниями различных экологичных практик. Всего проанализировано 1140 комментариев.

Consideration of social response to individual environmental practices on the basis of content analysis of comments under the posts of eco-bloggers in Instagram and video on YouTube. For the research 21 information posts on YouTube and Instagram were selected from ecobloggers with references to various environmental practices. A total of 1140 comments were analyzed.

Ключевые слова: индивидуальные экологичные практики, эко-блогеры, экологическое сознание, zero waste, этичное потребление, социальная реакция

Keywords: individual environmental practices, eco-friendly bloggers, environmental awareness, zero waste, conscious consumption, social response

Социальные изменения происходят в ответ на потребности общества [1]. Как правило, на передний план выдвигаются социальные субъекты, лидеры инноваций, «пассионарии». Они привлекают других членов общества, легитимизируют и популяризируют новые социальные практики [2].

В результате контент-анализа комментариев под постами эко-блогеров было выявлено, что индивидуальные экологичные практики довольно популярны в обществе, у них много последователей: *«Так приятно, что это движение действительно развивается, а то на меня моя родня и друзья крутили пальцем у виска, когда я в магазин пошла первый раз с экосумкой и мешочками. Зато сейчас привыкли и сами используют, вода камень точит»*. Интерес к этой теме выражается не только в фактах личного следования практикам, но и в информированности о таких практиках: *«Есть кожа из сгнившего манго, листьев ананаса, еще что-то делают кроссовочные бренды типа адидас или пума, погуглите. Украинцы недавно сделали шубы из конопли, вообще конопляный мех используют как утеплитель (стоят правда 34+ тыс. рублей)»*.

Большая часть людей в комментариях говорят о том, что они огорчены экологической ситуацией и неэтичным отношением людей, что тоже показывает заинтересованность в решении данной проблемы: *«Очень интересно и грустно одновременно»*. Люди обсуждают включённость в решение экологических проблем государством: *«То, что действительно может изменить ситуацию, это запрет использования такого количества пластика на всевозможных производствах»*. Люди считают, что экологическая инициатива должна исходить от государства, тогда у экологичных практик будет возможность институционализироваться.

Обсуждается проблема псевдоэкологичности некоторых товаров: *«На отзовике нашла полный состав Амвэя – это обычная бытовая химия как Фери и прочее»*. Это говорит о том, что люди не только следуют экологичным практикам, но и учатся отличать экологичное от продуктов гринвошинга, тем самым иллюстрируя экологическую осознанность.

Некоторые следуют экологичным практикам не от осознания экологических проблем, а из-за моды на такие вещи: *«Покупаю модные многоразовые девайсы и ношу с собой. Правда, не для примера, а потому что мне так нравится»*. Этот феномен описывает М.В. Яковлева, она подчёркивает, что актуальность экотренда и минимализма в России – последствия кризисной

экономической ситуации в начале XXI века, ответ на безудержное потребление, воплощение пренебрежения и отказ от роскоши [3].

Однако среди комментаторов находятся и те, кто считает, что общество больше ориентировано на потребление, и ему далеко до экологической осознанности: *«Пока час занимаюсь на дорожке, взрослые "осознанные" люди подходят к кулеру по пять раз за тренировку, чтобы сделать глоток воды. Каждый раз берут новый стаканчик естественно. На улице я уже готова подходить к каждому прохожему с одноразовым стаканом кофе и рассказывать о том, что многоразовая личная кружка гораздо экологичнее, но время таково, что мода решает. Нынче время быть модным со стаканом кофе из Старбакс. Хорошо было бы, если популярные люди и блоггеры в том числе, как вы правильно говорите, своим примером показывали и вводили моду на экологичность и осознанное потребление. Потому что масса людей таковы, что равняются на популярных и модных, пока до понимания в этой сфере очень далеко».*

Стоит отметить, что в блогах и видео с экологической направленностью тема практик обсуждается наиболее охотно и углублённо, чем в блогах, где автор не нацелен на эту тему, но решает обсудить её со своими подписчиками. Во втором случае аудитория больше задаёт вопросы, чем делится примерами своих практик. Однако вопросы по поводу практик также указывают на заинтересованность в данной теме: *«Спасибо за рецепт! чищу зубы зубным порошком, давно хочу сменить щётку на натуральную. Я немного не поняла по поводу бамбуковой щетки. Из бамбука ведь рукоять, а сама щетина из чего?».*

По сценариям деятельности практики очень разнообразны, их можно описать по группам: замена одноразовых вещей многоразовыми, замена синтетических веществ натуральными, отказ от каких-либо безальтернативных практик, экономия природных ресурсов, сортировка отходов, просвещение своего ближайшего окружения на тему экологичности. Важным здесь является комбинированность и трансформация практик, так как постоянно происходят изменения и люди адаптируют практики под конкретные условия: *«Очень актуально. Пока сушу и мельчу органику, по сезону вывезу в лес. Когда отключат батареи, будет посложнее – буду морозить. Как сделать компостную кучу? Пока мониторю вопрос».*

Относительно отклика людей на просветительскую деятельность эко-блоггеров можно сказать, что большинство реагируют положительно: *«Спасибо за пост, очень интересно с такими мелочами посидеть подумать».* Некоторые отмечают, что их радует факт увеличения внимания в обществе к теме экологичности: *«Нас становится больше, недавно узнала, что в мой любимый магазин в нашем доме ходят уже пять человек, а в прошлом году, когда я*

начинала, была одна». Однако есть и люди, которые подвергают высказывания блогеров и их практики критике: «А что акриловые свитера не загрязняют экологию? Полиэстеровые платья, шуршащие синтепоновые пуховики – это все пластик, который будет разлагаться эру, не понимаю в чем логика?». Следует понимать, что и негативные высказывания являются показателем дискурса об экологических практиках, что приводит к институционализации практик.

Среди обстоятельств, мешающих следовать экологичным практикам, можно назвать лень, отсутствие экологичных альтернатив, привычку вести себя определённым образом, сложность ведения экологичного образа жизни при наличии детей: *«Варя, а у вас есть дети до 3 лет? Чем предлагается заменить влажные салфетки в этом случае? Бежать к раковине в общественном туалете и мыть там? Я с трудом представляю, как их не использовать». Однако люди, придерживающиеся экологичных практик, утверждают, что альтернативу найти можно всему: «Ватные палочки ещё суперски заменяются спичками, одну спичку можно долго долго использовать». Всё это указывает на то, что для экологичного поведения в большем количестве случаев есть все ресурсы, однако люди предпочитают этим не пользоваться и уповать на безысходность ситуации.*

Можно сказать, что эко-блогеры вносят значительный вклад в становление экологичных практик в обществе. Они имеют оптимальные инструменты для детального представления информации о практиках, их обсуждения. Эко-блогеры обладают авторитетом и могут использовать его для экологического просвещения и мотивирования людей на индивидуальные экологичные практики.

Список литературы

1. Никитина Б.А. Роль населения в организации обращения с коммунальными отходами: сравнительный анализ российских и европейских тенденций // Телескоп: журнал социологических и маркетинговых исследований. 2017. № 6. С. 34-40.

2. Моисеев С.П. Вирусный альтруизм или социальное заражение? Сравнительный анализ типов участия и механизмов вовлечения российских и украинских пользователей социальных медиа в благотворительную кампанию Ice Bucket Challenge / С.П. Моисеев, И.Ф. Девятко // Журнал социологии и социальной антропологии. 2018. №21(4). С. 154-181.

3. Яковлева М.В. Советская тема в современной моде // Вестник Санкт-Петербургского государственного университета культуры и искусств. – 2017. № 2 (31). С. 155-158.

**ЦЕННОСТНЫЕ УСТАНОВКИ НА ЗДОРОВЬЕ И ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ
ЖИЗНИ У СТУДЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ
ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ**
**VALUES ON THE HEALTH AND HEALTHY LIFESTYLE OF STUDENTS
WITH DIFFERENT LEVELS OF PHYSICAL ACTIVITY**

С.В. Михайлова
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского,
Арзамасский филиал*
S.V.Mikhaylova
Lobachevsky University, Arzamas branch

Проведен анализ сформированности у студентов ценностных установок на здоровье и здоровый образ жизни. Выявлена их обусловленность уровнем двигательной активности. Студенты, активно занимающиеся физической культурой и спортом, для оптимизации здорового образа жизни выбирают факторы, характеризующиеся высоким уровнем двигательной активности, считая ее основополагающей для сохранения и укрепления здоровья.

The article analyzes the formation of students' value systems for health and a healthy lifestyle. Revealed of their dependence on the level of motor activity. Students who are actively involved in physical culture and sports, in order to optimize a healthy lifestyle, choose factors also characterized by a high level of physical activity, considering it fundamental for maintaining and promoting health.

Ключевые слова: студенты, здоровье, здоровый образ жизни, двигательная активность

Keywords: students, health, healthy lifestyle, motor activity

Ученые рассматривают студенческий возраст как наиболее важный период становления личностной позиции, включения в различные сферы социальной среды, выработки устойчивых способов поведения здорового образа жизни (ЗОЖ), усвоения новых для себя предписаний и норм, приобретения желаемой социальной роли. Проведенными исследованиями Н.А. Безруких (2007) доказана значимость таких условий, как регулярные занятия физической культурой; соответствие организации труда и режима дня гигиеническим требованиям; психологический комфорт во взаимоотношениях в группе и семье; следование принципам рационального питания [1]. Для разработки научно обоснованной комплексной программы управления здоровьем студентов необходимы данные, обуславливающие направленность конкретных профилактических мероприятий.

Цель исследования – выявить ценностные установки на здоровье и здоровый образ жизни у студентов с различным уровнем двигательной активности.

Материалы и методы. Для решения поставленной цели в рамках кафедральной научно-исследовательской темы «Теоретические и практические аспекты формирования основ ЗОЖ студентов в условиях интенсификации учебного процесса» было проведено в 2018/2019 уч.году анкетирование студентов АФ ННГУ очной и заочной формы обучения. Анкета «Формирование здорового образа жизни» включала 15 вопросов [2]. В анкетировании участвовали: 57 студентов различных факультетов очной формы обучения, занимающихся в основной и подготовительной физкультурных группах; 28 студентов, занимающихся в группах спортивного совершенствования (баскетбол, волейбол, легкая атлетика и др.); 24 студента из специальной медицинской группы «Б» (освобожденные от физкультуры); 62 студента различных факультетов заочной формы обучения; 30 студентов заочников, обучающихся по профилю «Менеджмент в сфере физической культуры».

Результаты исследования. Уровень двигательной активности определяли у студентов на основании анкеты, включающей вопросы: как часто вы занимаетесь спортом, фитнесом и т.п.; как часто вы используете активные виды отдыха; как часто вы проходите пешком 3-5 км; делаете ли вы по утрам зарядку; посещаете ли вы баню и парную [3]. Результаты ответов свидетельствуют о высоком ее уровне среди молодежи, активно занимающейся физической культурой и спортом (табл. 1).

Таблица 1.

Распределение ответов на вопрос анкеты
«Оцените уровень своей двигательной активности», %

вопрос	ответы					
	варианты ответов	1	2	3	4	5
<i>Оцените уровень своей двигательной активности</i>	низкий уровень	18,8	-	69,2	11,3	-
	средний уровень	56,2	39,3	23,8	85,5	63,6
	высокий уровень	25,0	60,7	-	3,2	36,4

Примечание: здесь и в табл.2:

- 1 - студенты, занимающиеся в основной и подготовительной физкультурных группах;
- 2 - студенты, занимающиеся в группах спортивного совершенствования;
- 3 - студенты из специальной медицинской группы «Б» (освобожденные от физкультуры);
- 4 - студенты заочной формы обучения (ППФ, ФДиНО, ИФФ, ФМФ);
- 5 - студенты ЕГФ, обучающиеся по профилю «Менеджмент в сфере физической культуры».

Для оптимизации двигательного режима студентов, доведения его до физиологической нормы 8-10 ч в неделю студенты предложили ответы, тоже обусловленные уровнем их двигательной активности (табл.2).

Таблица 2.

Распределение ответов на вопрос анкеты
«Ваше мнение по поводу того, как оптимизировать двигательный режим студентов, довести его до физиологической нормы 8-10 ч в неделю», %

вопрос	ответы					
	варианты ответов	1	2	3	4	5
<i>Ваше мнение по поводу того, как оптимизировать двигательный режим студентов, довести его до физиологической нормы 8-10 ч в неделю</i>	Ввести обязательные занятия физическим воспитанием на всех курсах в объёме не менее 4 ч в неделю.	6,3	85,7	-	4,8	45,5
	Максимально профилировать занятия физическим воспитанием с учётом особенностей и требований избранной профессии.	15,6	57,1	7,7	27,4	9,1
	Разработать для студентов методические указания самостоятельных занятий физическими упражнениями.	28,1	35,7	53,8	24,1	45,5
	Бесплатно ежедневно предоставлять на 1 ч спортивные сооружения вуза для самостоятельных занятий студентов в удобное для них время.	43,8	67,8	53,8	46,8	36,4
	Организовать занятия в спортивных и оздоровительных секциях для всех желающих по популярным среди студентов видам спорта и системам физических упражнений.	50,0	28,6	61,5	51,6	18,2
	Проводить спартакиады факультетов и вуза по популярным среди студентов видам спорта.	12,5	35,7	-	17,7	54,5
	Проводить на факультетах Дни здоровья и другие физкультурно-рекреационные мероприятия с привлечением всех желающих.	46,9	57,1	46,2	16,1	27,3
	Стимулировать на зачётах по физическому воспитанию выполнение студентами физиологически обоснованного двигательного режима.	12,5	37,5	15,4	8,0	18,2
	Создать в вузе комнаты двигательного режима.	21,9	28,6	23,1	25,8	18,2

На вопрос, «Какие условия вы считаете главными для привлечения студентов к активному физическому совершенствованию» большинство студентов из различных групп, 46,4-76,9% ответили однозначно – наличие свободного времени, при этом студенты спортсмены (71,4%) еще выбрали ответ «Создание культа физического совершенства в студенческом коллективе».

Ответы на вопрос, «Что следует сделать в масштабе вуза для внедрения среди студентов здорового образа жизни?», показали, что студенты хотели бы иметь больше свободного времени, а также максимально интегрировать физическое воспитание, осуществляемое в вузе, в программу формирования ЗОЖ. Студенты из спортивных секций хотели бы ввести в оценку за физическое воспитание показатели соблюдения компонентов ЗОЖ и выдавать выпускникам вуза «Паспорт здоровья» с показанием использования ЗОЖ.

Большинство студентов (независимо от уровня двигательной активности) считают, что улучшение организации и производительности студенческого труда с пользой для здоровья возможно в том случае, если начинать учебные занятия с 9-10 часов. Это необходимо, чтобы можно было успеть полноценно организовать начало своего рабочего дня (сделать зарядку, позавтракать, без спешки добраться до места учебы).

Для организации рационального питания 63,2% студентов предложили организовать цикл лекций, бесед, консультаций по основам правильного питания, где можно было бы разработать индивидуальную программу рационального питания. Половина студентов считают необходимым создать сеть дешевых пунктов питания в учебных корпусах и общежитиях.

Студенты считают, что для формирования ЗОЖ в масштабах вуза должны быть проведены следующие мероприятия: предоставить больше свободного времени (38,8%); широко пропагандировать ЗОЖ на лекциях, в беседах врачей, на сайте вуза, факультетских стендах, в методических указаниях для студентов (34,5%); улучшить материальное обеспечение (31,5%).

73,4% студентов считают, что для поднятия уровня личной гигиены необходимо обеспечить возможность регулярно пользоваться теплым душем и другими гигиеническими процедурами в целях ухода за телом в местах занятий физической тренировкой и проживания. Юношам и девушкам (31,1%) хотелось бы иметь возможность постоянно консультироваться у врачей по вопросам профилактики венерических заболеваний, СПИДа и других болезней. Для этого на базе учебного заведения нужно организовать постоянно действующие консультации.

51,4% студентов считают, что для предупреждения и ликвидации последствий стрессов нужно ввести в программу обучение специальным приемам и методам регуляции психических состояний (таким, как релаксация, аутогенная тренировка, самовнушение, успокаивающее дыхание). Студенты-спортсмены считают необходимо для этого развивать экстремальные виды спорта, помогающие воспитывать стрессоустойчивость.

Обязательным компонентом здорового образа жизни, по мнению студентов, является закаливание, а самыми распространенными его видами они

назвали прогулки на свежем воздухе (71,4%), парные бани (32,9%). Популярны и круглогодичные спортивные тренировки на открытом воздухе (46,8%) и купание в открытых водоемах (65,6%), являющиеся самым эффективным средством укрепления иммунитета.

Для искоренения среди студентов вредных привычек (табакокурение, употребление алкоголя и наркотиков) 39,5% опрошенных предложили морально или материально поощрять за отказ от вредных привычек (награждение грамотами, поощрительные баллы, путевки в спортивно-оздоровительный лагерь, профилакторий). А 84,4% студентов-спортсменов рекомендуют привлекать молодежь к усиленным занятиям спортом под контролем преподавателей и товарищей.

Заключение. Представленные результаты исследования показывают обусловленность ценностных установок на здоровье и здоровый образ жизни студентов уровнем двигательной активности. Студенты, активно занимающиеся физической культурой и спортом, для оптимизации здорового образа жизни выбирают факторы, тоже характеризующиеся высоким уровнем двигательной активности, считая ее основополагающей для сохранения и укрепления здоровья.

Список литературы

1. Здоровье студентов: социологический анализ / Отв. ред. И.В.Журавлева; Институт социологии РАН. М., 2012. 252 с.
2. Раевский Р.Т., Канишевский С.М. Здоровье, здоровый и оздоровительный образ жизни студентов. О.: Наука и техника, 2008. 556 с.
3. Михайлова С.В., Кузмичев Ю.Г., Жулин Н.В. Методы оценки и самоконтроля физического здоровья учащейся молодежи: учебно-методическое пособие. Арзамас: Арзамасский филиал ННГУ, 2017. 174 с.

**САМООЦЕНКА КАК РЕГУЛИРУЮЩАЯ СТРАТЕГИЯ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СООБЩЕСТВА
SELF-ASSESSMENT AS A REGULATORY STRATEGY FOR
THE PROFESSIONAL COMMUNITY**

Д.С. Обидин
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*
D.S. Obidin
Lobachevsky University

Рассматривается самооценка как стратегия профессионального сообщества, а также набор функций, помогающий профессионалу в выборе жизненной стратегии. Подчеркивается, что цель самооценки в современном обществе – улучшить понимание компетентности в самооценке и исследовать потенциал оценочных методов для развития навыков, необходимых для обучения на протяжении всей жизни.

The article considers self-concept as a strategy of the professional community, as well as a set of functions that helps a professional in choosing a life strategy. It is emphasized that the goal of self-concept in modern society is to improve understanding of competence in self-concept and to explore the potential of evaluative methods for developing the skills necessary for lifelong learning.

Ключевые слова: самооценка, профессиональное сообщество, компетентность, самоэффективность, личность

Keywords: self-concept, professional community, competence, self-efficacy, person

Многие исследователи и практики определяют самооценку как жизненно важный аспект профессионального саморегулирования. Данное обоснование стало поводом для большого количества исследований самооценки в различных сферах деятельности и профессиональном образовании в целом. Исследования, которые кажутся особенно актуальными в данной сфере, посвящены взаимодействию самоэффективности и самооценки; когнитивной и метакогнитивной теориям; социальному познанию; изучению моделей производительности и развитию экспертных оценок; концепциям отражающей практики. В настоящее время доминируют исследования самооценки в медицинских профессиях [1, p. 121-132].

К сожалению, результаты большинства исследований ставят под сомнение способность к самооценке, а большинство авторов приходят к выводу, что самооценка, на самом деле, довольно неэффективна. Однако с этим выводом можно поспорить, если принять во внимание, что причина

неэффективности самооценки может крыться не только в методологических недостатках технологий, используемых для анализа самооценки [2, p. 211-224]. Наша цель – показать, что существующая проблема более фундаментальна, чем набор методологических недостатков. Скорее, корни проблемы связаны с неспособностью эффективно осмыслить природу самооценки в повседневной практике и правильно объяснить роль самооценки в профессиональной деятельности.

Пока не будет выработана адекватная формулировка самооценки, трудно даже представить, какие исследования могут быть информативными в решении этой проблемы, и невозможно разработать программу исследований, которая воплощала бы в жизнь концепцию возможностей самооценки в форме, которая может быть эффективно изучена. Необходимо начать с краткого размышления о различных функциях самооценки и способах, которыми эти функции определяются.

Использование простых определений может вводить в заблуждение, поскольку они могут недооценивать сложность конструкции. Самооценка функционирует как механизм определения своих слабых и сильных сторон. Каждый из этих механизмов может иметь отдельные, хотя и дополняющие функции. Как механизм идентификации слабых мест или пробелов в своих навыках и способностях самооценка выполняет несколько потенциальных функций. Во-первых, в повседневной практике выявление своих слабых сторон позволяет профессионалу самоограничиться в областях, в которых он недостаточно компетентен. При других обстоятельствах профессионал может признать, что он некомпетентен в конкретном вопросе, и принять решение об использовании дополнительных ресурсов: получении консультаций, найме дополнительных работников или переадресовке задачи другому человеку, который более компетентен в этой области. Во-вторых, отражая собственный опыт в целом, способность выявлять слабые стороны может служить функцией помощи профессионалу выбрать соответствующие цели обучения. Это традиционная модель саморегулирования непрерывного профессионального развития предполагает, что человек выберет учебную деятельность, которая заполняет профессиональные пробелы, но это также предполагает, что профессионал обладает эффективной самооценкой. Таким образом, в данной роли, выявление слабостей может помочь профессионалу решить, что конкретно должно быть изучено. Как следствие этого – эффективная самооценка жизненно важна для установления реалистичных ожиданий, чтобы не настраивать себя на отрицательный результат. Другими словами, выявление слабости помогает профессионалу решить, что даже не следует пытаться

узнать, что следует принять как навсегда находящееся вне сферы собственной компетенции.

Существует дополнительный набор функций, способствующих точной оценке своих сильных сторон. Во-первых, в повседневной практике адекватная оценка своих сил позволяет профессионалу действовать, даже перед лицом изначально негативных вызовов. Во-вторых, когда размышляешь о своей практике, соответствующая оценка своих сил гарантирует, что можно ставить более сложные задачи обучения, раздвигая границы своего знания, а не выбрать, например, развивающие курсы, которые просто повторяют то, что уже известно. Но в то же время, зная свои сильные стороны, профессионал может выбрать адекватные цели обучения и, следовательно, сможет испытывать удовлетворение от хорошо сделанной работы. Тогда способность точно оценивать свои слабости и свои сильные стороны в комплексе создаёт способность находить эффективный баланс как в повседневной практике, так и в установлении личных целей обучения. Чтобы выполнить эти различные функции, самооценка должна быть эффективно использована в трех формах: суммарной (оценка эффективности по конкретной задаче с учетом достигнутых целей), прогнозируемой (оценка вероятной способности управлять возникающими ситуациями и вызовами) и одновременной (как непрерывный процесс мониторинга во время выполнения задачи).

Самооценка является сложным, многогранным, многоцелевым явлением, включающим в себя ряд взаимодействующих когнитивных процессов. Она функционирует как мониторинг, наставник и мотиватор с помощью таких процессов, как оценка, вывод и прогноз.

Самооценку можно использовать как фундамент, на котором можно развить навыки самостоятельного / непрерывного обучения и сохранить саморегулирующуюся природу многих профессиональных навыков. В этом контексте самооценка способна поддержать здоровье профессионального сообщества. Но самооценка – не стабильный навык, она зависит от содержания, контекста и перспектив профессиональной деятельности. Путь к самосовершенствованию заключается не в том, чтобы обладать более точной самооценкой, а в поиске отзывов от надежных и действенных внешних источников (эксперты, самостоятельные тесты), а затем в приложении усилий, чтобы выработать обратную связь. Самооценка должна подразумевать не изолированную или индивидуальную деятельность; она должна включать в себя все профессиональное сообщество.

Цель самооценки в современном обществе – улучшить понимание компетентности в самооценке (и не только в рамках самостоятельного обучения) и исследовать потенциал образовательных / оценочных методов для

развития и оценки навыков, необходимых для обучения на протяжении всей жизни.

Необходимо признать, что при попытке выявить и устранить пробелы в обучении поиск и включение внешних оценок будут лучшей моделью для осуществления самооценки, чем любая форма сгенерированной лично самооценки. Самооценка как механизм постоянного мониторинга должна иметь приоритет над самооценкой как механизмом выявления и исправления пробелов.

Задача в отношении самооценки должна быть переформулирована [3, р. 200-201]. Из «самосовершенствования» и «ситуационного мониторинга» в перспективе необходимо начать фокусироваться на том, как ситуативные сигналы отражаются в практике; какие учения /стратегии / культурные изменения необходимы для превращения таких ситуационных факторов во влиятельные; какое влияние на самооценку оказывают формальные требования? Конечно, этот список не всеобъемлющий и для решения даже поставленных здесь вопросов потребуется методологическая креативность. Тем не менее, такие усилия будут необходимы, если принять, что самооценка является не стабильным навыком, а скорее ситуативно ограниченным когнитивным процессом, который является специфическим для контекста и зависит от опыта.

Список литературы

1. Boud D. Avoiding the traps: Seeking good practice in the use of self assessment and reflection in professional courses // Social Work Education. 1999. № 18. P. 121–132.
2. Eva K.W., Cunnington J.P.W., Reiter H.I., Keane D.R., Norman G.R. How Can I Know What I Don't Know? Poor Self-Assessment in a Well Defined Domain // Advances in Health Sciences Education. 2004. № 9. P. 211-224.
3. Colliver J.A., Verhulst S.J., Barrows H.S. Selfassessment in medical practice: A further concern about the conventional research paradigm // Teach Learn Med. 2005. № 17. P. 200-201.

**АДАПТИВНОЕ СКАЛОЛАЗАНИЕ КАК СРЕДСТВО РЕАБИЛИТАЦИИ
ИНВАЛИДОВ РАЗЛИЧНЫХ НОЗОЛОГИЙ***
**ADAPTIVE CLIMBING AS A MEANS OF REHABILITATION OF PEOPLE
WITH DISABILITIES OF DIFFERENT NOSOLOGIES**

В.А. Оринчук, М.В. Курникова
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*
М.А. Кавинов
*Региональная общественная организация
«Федерация скалолазания Нижегородской области», г. Нижний Новгород*
V.A. Orinchuk, M.V. Kurnikova
Lobachevsky University
M.A. Kavinov
*Regional public organization «Climbing federation of Nizhny Novgorod region»,
Nizhny Novgorod*

Представлена характеристика адаптивного скалолазания как средства реабилитации инвалидов различных нозологий. Определены положительные эффекты занятий адаптивным скалолазанием.

The article presents the characteristics of adaptive climbing as a means of rehabilitation of disabled people of different nosologies. The authors determine the positive effects of adaptive climbing.

Ключевые слова: адаптивное скалолазание, реабилитация, инвалиды, лица с ограниченными возможностями здоровья

Keywords: adaptive climbing, rehabilitation, disabled, persons with disabilities

Актуальность исследования. Сейчас в России активно развивается новый вид спорта и двигательной активности для инвалидов и людей с ограниченными возможностями здоровья – адаптивное скалолазание (англ. paraclimbing). Скалолазание – это вид активности, позволяющий гармонично развивать все основные мышцы тела, не перегружая опорно-двигательный аппарат. Адаптивное скалолазание – вид спорта и вид активного отдыха для людей с ограниченными возможностями, который заключается в лазании по естественному (скалы) или искусственному (скалодром) рельефу [1].

Развитие адаптивного скалолазания осуществляется в двух направлениях:

1. спортивное направление – параскалолазание (paraclimbing);

* Статья подготовлена в рамках реализации проекта по адаптивному скалолазанию для детей «Нет недосягаемых высот» победителя конкурса Фонда Президентских грантов (второй конкурс 2018 год, заявка 18-2-000412 от 05.09.2018).

2. адаптивное скалолазание как реабилитационное и рекреационное направление [2; 3].

Спортивное направление адаптивного скалолазания получило свое развитие в начале XXI века. Первый чемпионат мира по параскалолазанию был проведен в Италии в 2011 г. Сегодня в соревнованиях по адаптивному скалолазанию выступают мужчины и женщины с нарушением зрения и с поражением опорно-двигательного аппарата (ампутанты) [4].

В нашей стране основателем адаптивного скалолазания в 2006 г. стал Пиратинский Александр Ефимович. В 2015 г. под его руководством был проведен первый Чемпионат России по параскалолазанию, на котором участвовало 42 спортсмена из 14 регионов [5].

Что касается *адаптивного скалолазания как реабилитационного и рекреационного направления*, то сегодня оно практически не изучено и апробовано в единичных случаях [2].

Целью исследования стала оценка возможности использования адаптивного скалолазания как средства реабилитации инвалидов различных нозологий.

Организация исследования.

Исследование проводилось в период с декабря 2018 г. по май 2019 г. сотрудниками Института реабилитации и здоровья человека ННГУ им. Н.И. Лобачевского совместно со специалистами Региональной общественной организации «Федерация скалолазания Нижегородской области» в рамках реализации проекта «Нет недосыгаемых высот». Базой для проведения исследования стал Нижегородский центр скалолазания «Ладь».

В декабре 2018 г. для проведения практических занятий по адаптивному скалолазанию были сформированы группы по 3-7 человек, состоящие из детей с ОВЗ разных нозологий. Всего было сформировано 25 групп с охватом 128 детей и подростков с ОВЗ, которые в ходе исследования занимались систематически (1-2 раза в неделю).

Продолжительность занятий и физическая нагрузка во время занятий для каждой группы определялись инструктором по скалолазанию индивидуально (с учетом физической подготовленности и состояния здоровья занимающихся). На всех занятиях с участниками исследования присутствовали их родители или родственники, которые выполняли задания совместно с детьми и страховали их в процессе прохождения дистанции.

Результаты исследования. По итогам реализации проекта «Нет недосыгаемых высот» можно отметить, что адаптивное скалолазание доступно для занятий инвалидам различных нозологических групп (с нарушением зрения или слуха, с ментальными нарушениями, с РАС, с последствиями ДЦП) и

возраста, а также занимающимся с различным уровнем физической подготовленности.

Контингент участников исследования, которые занимались систематически на протяжении полгода, распределился на следующие нозологические группы:

- расстройство аутистического спектра – 50 человек (39,1%);
- синдром Дауна – 15 человек (11,7%);
- Олигофрения (умственная отсталость) – 11 человек (8,6%);
- ДЦП – 11 человек (8,6%);
- задержка психического развития – 10 человек (7,8%);
- нарушение зрения – 6 человек (4,7%);
- нарушение речи – 4 человека (3,1%);
- нарушение слуха – 6 человек (4,7%);
- поражение коры головного мозга – 4 человека (3,1%);
- другие заболевания – 11 человек (8,6%).

Распределение по возрасту участников исследования показало доступность адаптивного скалолазания для занимающихся различного возраста:

- до 7 лет включительно – 34 человека (26,6%);
- до 18 лет включительно – 64 человека (50%);
- старше 18 лет – 30 человек (23,4%).

Самому младшему участнику исследования было 5 лет, а самому старшему 31 год.

В процессе наблюдения за участниками исследования специалистами, проводящими занятия по адаптивному скалолазанию, и родителями (родственниками) занимающихся были отмечены следующие положительные моменты:

- занятия по скалолазанию развивают координацию, технику и пластику движений, тренируют силу и общую выносливость человека, так как задействованными оказываются все группы мышц (включая и те, о которых человек в обычной жизни даже не подозревает);

- занятия адаптивным скалолазанием позволяют улучшить качество и амплитуду движений у лиц с ОВЗ, повысить скоординированность движений конечностей, увеличить мышечную силу;

- выполнение физических упражнений в подвешенном состоянии помогает снять нагрузку с суставов нижних конечностей, улучшить работу вестибулярного аппарата, научиться центрировать или частично центрировать свое тело;

– у занимающихся скалолазанием повышается концентрация, они становятся внимательней, смелее в принятии решений, улучшается качество и динамика ходьбы, осанка. В процессе лазания на скалодроме у занимающегося вырабатывается привычка всех частей тела выполнять движения синхронно и действовать как единое целое;

– скалолазание легко превратить в игру и дополнительно мотивировать детей к повышению нагрузок, устраивая соревнования;

– занятия адаптивным скалолазанием позволяют интегрировать различные методы воздействия: психологические, социальные, спортивные, педагогические и сочетать их применение. В процесс занятий адаптивным скалолазанием, помимо инвалида, активно вовлекаются члены его семьи, волонтеры, что позволяет включать в процесс реабилитации различные по форме и содержанию мероприятия.

И главное преимущество скалолазания перед другими видами адаптивной физической культуры – его доступность (несмотря на определенные трудности в освоении техники скалолазания) и возможность заниматься скалолазанием круглый год (несмотря на капризы погоды).

Заключение. Адаптивное скалолазание – новое направление в реабилитации лиц с ОВЗ и инвалидов. Сегодня адаптивное скалолазание слабо развито в России, а реабилитационное и рекреационное направления адаптивного скалолазания практически не изучены и не развиваются в нашей стране

Дети-инвалиды в процессе занятий по адаптивному скалолазанию выполняют такие движения, которые расширяют спектр их произвольных движений и развивают мышцы, необходимые для удержания тела в вертикальном положении, формирования правильной осанки и укрепления позвоночника. Занятия адаптивным скалолазанием являются эффективным средством физической реабилитации и социальной адаптации для детей с ОВЗ.

Дальнейшие исследования будут направлены на определение эффективности занятий по адаптивному скалолазанию, на улучшение показателей состояния здоровья и физического развития занимающихся с ОВЗ.

Список литературы

1. Добрякова В.А. Оценка физического развития детей с детским церебральным параличом, занимающихся адаптивным скалолазанием / В.А. Добрякова, О.Б. Подоляка // Международный научный журнал «Инновационная наука». 2016. №7-8. С. 134-138.

2. Кравчук Т.А. Методика рекреационных занятий по скалолазанию для подростков и молодежи с учетом мнения потенциальных потребителей /

Т.А. Кравчук, И.А. Зданович, Д.И. Зданович, А.О. Массон // Омский научный вестник. 2015. №3 (139). С. 161-165.

3. Занятия по скалолазанию для детей с расстройством аутистического спектра. Методическое пособие / под ред. Поповой Н.М., Бяховой Я.В. Краснодар: Краснодар 2018 год, 2018. 38 с.

4. Орничук В.А. История Паралимпийского движения. Учебное пособие / В.А. Орничук, М.В. Курникова, Ю.А. Бахарев – Нижний Новгород: Нижегородский госуниверситет, 2017. 201 с.

5. Сапаров М.М., Воронович И.Г. Развитие статокинетических свойств у детей с ДЦП средствами адаптивного скалолазания, 2015. [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://c-fr.ru/UserFiles/File/news/2015/06_saparov.pdf.

ЛЕТНИЙ ЛАГЕРЬ – ФАКТОР УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ SUMMER CAMP – CHILD HEALTH IMPROVEMENT FACTOR

Т.В. Осокина

Чувашский государственный педагогический университет им. И. Я. Яковлева, г. Чебоксары

T.V. Osokina

Chuvash State Pedagogical University. I. Ya. Yakovleva, Cheboksary

Рассматриваются вопросы использования здоровьесберегающих технологий в детских оздоровительных, пришкольных лагерях.

The article discusses the use of health-saving technologies in children's health camps.

Ключевые слова: здоровьесберегающие технологии, детский оздоровительный лагерь, пришкольный лагерь, профильная смена

Keywords: health-saving technologies, children's health camp, school camp, profile shift

Здоровьесберегающие технологии активно используются на различных этапах жизни человека. Не обошли они и детство. Существенная роль им отводится в период летнего отдыха. В программах различного типа детских оздоровительных лагерей обязательно разрабатывается здоровьесберегающее направление.

Проблемы организации летнего оздоровительного отдыха вытекают из объективных противоречий:

1. Между потребностью семьи и государства иметь здоровое, сильное подрастающее поколение и неудовлетворительным состоянием здоровья современных детей.

2. Педагогической заботой, контролем и желанием детей иметь свободу, заниматься саморазвитием, самостоятельным творчеством.

Содержание деятельности оздоровительного лагеря и направлено на разрешение этих противоречий. Достаточно новым для программ отдыха и оздоровления детей является адаптация идеи тематической смены под профильные направления.

Здоровье – это важнейший фактор гармоничного развития человека, особенно детского организма. Понятие здоровья в настоящее время рассматривается не только как отсутствие заболевания, болезненного состояния, физического дефекта, но и состояние полного социального, физического и психического благополучия. С этих позиций здоровье рассматривается как источник полноценной повседневной жизни, а не как цель существования.

Можно выделить следующие программы укрепления здоровья:

– личная гигиена, физическое и эмоциональное развитие, здоровый образ жизни (питание, досуг), отказ от курения, употребления спиртных напитков;

– интерперсональные связи, такие как эмоциональные потребности, взаимодействие с противоположным полом, сверстниками, с родителями, учителями;

– среда и общественное здоровье, немаловажную роль здесь играют средства массовой информации, формирование привлекательности здорового образа жизни.

Среди эффективных подходов в здоровьесбережении можно выделить компинг-профилактику. Понятие «компинг» происходит от английского «to cope» (справляться, преодолевать). В психологической литературе его переводят как «адаптивное, преодолевающее поведение». Впервые термин «компинг-стратегия» был применен Л. Мэрфи в 1962 г. при изучении детских кризисов развития. А в 1966 г. Р. Лазарус в книге «Психологический стресс и процесс совладания с ним» описал компинг как стратегию преодоления стрессового фактора. В преодолении трудной жизненной ситуации, по мнению ученого, необходимо соблюдать три условия: во-первых, достаточно полно осознавать возникшие трудности, во-вторых, знать способы совладания именно с ситуацией данного типа, в-третьих, умение своевременно применить их на практике. В основе таких профилактических программ находится изменение поведения ребенка на более эффективную форму, выработка здорового поведенческого жизненного стиля. Детям необходимо помочь осознать имеющиеся ресурсы, способствующие формированию жизненного стиля, помочь развить компинг-ресурсы и на их основе формировать стратегии и навыки здорового поведения. [1]

В современной ситуации статус детского лагеря изменился, он вобрал в себя такие понятия, как «оздоровительный» и «образовательный», это – образовательно-воспитательная система, обладающая определенным потенциалом, который реализуется не только внутри лагеря, но и вне его.

Познавательная активность детей-участников программы, выходит за рамки собственно образовательной среды в сферу самых разнообразных социальных практик. Становясь членами высоко мотивированных детско-взрослых образовательных сообществ, дети и подростки получают широкий социальный опыт конструктивного взаимодействия и продуктивной деятельности. В этих условиях дополнительное образование осознается не как подготовка к жизни или освоение основ профессии, а становится основой непрерывного процесса саморазвития и самосовершенствования человека как субъекта культуры и деятельности.

В качестве примера можно рассмотреть отчеты по работе пришкольных лагерей (отчеты представлены студентами заочниками). В ГБОУ «Кадетская школа №82 им. Героя Советского Союза Ильдара Маннанова» города Набережные Челны в ежегодном пришкольном лагере «Алые паруса» в 2019 г. отдыхало 120 детей: 6 отрядов по 20 человек.

Первый день лагеря, как и везде, был посвящен знакомству с детьми и жизнью лагеря в целом. Каждый отряд придумал себе название и выпустил стенгазету. Утро лагеря начиналось с подвижной зарядки. После нее, в обязательном порядке, проводилась утренняя линейка, где каждый отряд получал задание на смекалку и план подготовки к общему мероприятию. Затем следовали сытный завтрак, культурно-массовые мероприятия, обед, сон-час, отрядные мероприятия, ужин, вечерняя линейка, где подводились итоги прошедшего дня, награждались победители общелагерных и отрядных мероприятий.

В каждом отряде велась воспитательная работа: беседы о правилах дорожного движения, о безопасном пути в лагерь и домой, о правилах поведения на улице, в общественных местах, на прогулках, о здоровом образе жизни, о правильном питании и культуре питания, о дружбе и взаимопомощи.

Дети много времени проводили на свежем воздухе, чтобы отдохнуть и укрепить свое здоровье. Вожатые старались проводить на улице большинство игр и мероприятий.

В ходе работы дети отряда стали дружнее, они нашли общий язык, конфликтных ситуаций практически не было. Отрадно отметить, что воспитанники стали инициативнее, активнее, с широкой фантазией и отличным чувством юмора. Над отрядными и творческими заданиями работали вместе,

обсуждали, спрашивали мнения друг друга. Атмосфера была доброжелательной, улыбочивой, яркой, солнечной.

«Работа с детьми интересна и познавательна. В их глазах столько тепла и света, что заряжают им на целый день. Нам многому нужно у них поучиться», – отмечает студентка.

Интересно прошла практика у другой студентки в МБУДО детская школа искусств им. Э.Н. Сапаева. Вместе с детьми музыкальной школы она отправилась в лагерь на базе Национальной президентской школы-интерната под названием «Летняя творческая школа» с проживанием. Этот лагерь создан для участников Всемарийского детского хора, духового оркестра и симфонического оркестра. В состав этих коллективов входят дети со всего марийского края.

Проект Всемарийского хора начался 2 года назад. В первый день расставляют детей по голосам и партиям. Они получают новые произведения, которые должны выучить, так как в конце смены их ждёт грандиозный концерт в Марийском академическом театре оперы и балета им. Э.Н. Сапаева перед родителями и администрацией города Йошкар Ола.

Администрация лагеря очень ответственно подошли к организации жизнедеятельности детей, разнообразив каждый день интересными делами и мероприятиями. Дети побывали во всех театрах города Йошкар Ола, в Национальном музее им. Евсеева, в детском музейном центре, в музее истории православия, в музее Палантая, в ботаническом саду, в национальной библиотеке. Каждый день проводился флеш-моб с хореографом, что позволило детям выучить множество зажигательных танцев.

Каждый день детей начинался с полноценной репетиции, затем разные развлечения, встречи, флеш-моб, квесты, экскурсии, заканчивался день прогулкой по вечернему городу.

Это уникальный опыт работы с творческими детьми.

Детский оздоровительный лагерь помогает использовать период летнего отдыха учащихся для укрепления здоровья, развития физических сил, обогащения знаниями, новыми впечатлениями, формировать самостоятельность, активность, обучать умениям и навыкам в различных видах деятельности.

Список литературы

1. Сирота Н.А. Эффективные программы профилактики зависимости от наркотиков и других форм зависимого поведения / Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский. Москва: Радуга, 2004. 192 с.

**ВОЗМОЖНОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ ТВОРЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА
КАК ОСНОВА ЗДОРОВОЙ НАЦИИ**
**OPPORTUNITIES OF DEVELOPING CREATIVE POTENTIAL AS A BASIS
OF A HEALTHY NATION**

А.А. Попель
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*
A.A. Popel
Lobachevsky University

Анализируются причины трансформационных процессов в современной российской экономике, автор выделяет низкую производительность труда как основной фактор, тормозящий экономический рост, обосновывает необходимость развития креативного потенциала как основу здоровой нации.

The author analyses reasons behind deep transformations in domestic economy, selects low job efficiency as the main factor impeding economic growth in Russia, provides reasons for developing creativity as a foundation of a healthy nation.

Ключевые слова: креативность, производительность труда, бюрократия, экономический рост, здоровая нация

Keywords: creativity, job efficiency, red tape, economic growth, healthy nation

Беспрецедентное санкционное давление со стороны стран западной Европы и США, отчетливо показали весь масштаб ущербности сырьевой модели экономики России, которая безраздельно доминировала в нашей стране на протяжении последних нескольких десятилетий, однако при всем этом предоставили нам уникальный по своему возможному историческому эффекту шанс преодолеть нефтяную зависимость через построение принципиально иной модели экономического развития, основанной на производстве инновационных продуктов и знаний.

Драйверами экономического роста будут выступать такие факторы, как автоматизация производств, повышение производительности труда, увеличение доли наукоемких производств, способных производить конкурентоспособные товары и услуги, одним словом, «фундаментальный характер задач, которые необходимо решить для построения новой модели экономического роста означает, что необходимо не просто принять отдельные меры по его стимулированию, а провести глубокие изменения в экономической политике и в системе государственного управления, внедрив в них сильные стимулы к повышению эффективности» [1].

Однако несмотря на определенные положительные сдвиги в части существенного технического перевооружения ряда отдельных промышленных

предприятий, представленных преимущественно военно-промышленным комплексом и сырьевыми секторами экономики, незамедлительного решения по-прежнему требует целый круг проблем, наиболее острой из которых, на наш взгляд, выступает крайняя низкая производительность труда.

Наиболее очевидной причиной нам видится беспрецедентный рост чиновничьего аппарата (напомним, количество чиновников в России на 1 января 2018 г. составило 2 172 900 человек [2]) и, как закономерное следствие, стремительно разрастающаяся бюрократизация, которая словно раковая опухоль сковывает своими стальными щупальцами и без того тщедушное тело отечественной экономики, что помимо очевидных негативных экономических последствий (падение ВВП, снижение индекса покупательной способности, повышение пенсионного возраста и т.д.) деморализует работников низкого звена, приводит к утрате ими чувства инициативности, способности предлагать и отстаивать действительно полезные нововведения. Работник становится в буквальном, не в переносном, смысле винтиком в исполинском по своим чудовищным размерам бюрократическом монстре, который каждодневно подавляет его волю, лишая тем самым чувства дерзости бросить вызов обыденному, мыслить подлинно творчески.

Как следствие, вместо того, чтобы максимально погрузиться в выполнение своих профессиональных обязанностей, представители всех без исключения профессий – от учителя до инженера – вынуждены тратить драгоценное время на написание бесконечных отчетов, посещение совещаний, составление прогнозов и т.д., что не только приводит к их интеллектуальному отуплению и профессиональной деградации, но и делает невозможным сам факт творчества.

Если мы хотим, чтобы наша страна превратилась из поставщика сырья для развитых стран в лидера экономического роста, необходимо всеми возможными силами и средствами «разбудить» творческий потенциал (креативность) человека, который выступал бы основой здоровой нации не только в физическом, но прежде всего в эмоционально-волевом и духовном смысле.

Следует отметить, что определение креативности достаточно противоречиво. Наиболее полно основные положения, касающиеся способности к творчеству, систематизировал Л. Дорфман [3]:

1. Креативность подразумевает способность реагировать на необходимость в новых подходах и продуктах и тем самым адаптироваться к изменяющейся внешней среде. Данная способность также позволяет осознавать новое в бытии, хотя сам процесс может носить как сознательный, так и бессознательный характер.

2. Центральным фактором творчества во многом является личность творца и сила его внутренней мотивации.

3. Специфическими свойствами креативного процесса, продукта и личности являются их оригинальность, самостоятельность, валидность, адаптивность.

4. Креативные продукты могут сильно различаться по своей природе: новое решение математической задачи, открытие химического процесса, написание музыки, построение новой философской и религиозной системы, инновация в юриспруденции, свежее решение социальных проблем.

Еще в середине прошлого века американский теоретик менеджмента Питер Друкер предположил, что доминирующее место в постиндустриальной экономике займет «интеллектуальный работник», что положит начало новому социальному порядку, выгодополучателями в котором станут те, кто будет обладать знаниями и способностью творчески решать нестандартные задачи [4].

Идея о новом типе уклада мировой экономики получила свое дальнейшее развитие в работе известного американского социолога Ричарда Флориды «Креативный класс: люди, которые меняют будущее». Как считает автор, в основе современной западной экономики будут находиться не непосредственно знания как таковые, а креативность, которая «стала решающим фактором конкурентного преимущества. Практически во всех отраслях – от автомобилестроения до индустрии моды, от пищевой промышленности до информационных технологий – в долгосрочной перспективе побеждает тот, кто способен творить» [5, с. 31].

Исходя из этого становится очевидным, что именно креативность является той мощной движущей силой роста производительности труда, который впоследствии выведет Россию в число стран-лидеров мировой экономики.

Список литературы

1. Кудрин А., Гурвич Е. Новая модель роста для российской экономики. Вопросы экономики. 2014. № 12. С. 4-36.
2. Федеральная служба государственной статистики России. www.gks.ru.
3. Дорфман Л.Я., Ковалева Г.В. Основные направления исследований креативности в науке и искусстве // Вопросы психологии. 1999. №2. С. 101-106.
4. Drucker P. The age of discontinuity guidelines to our changing society / P. Drucker. New Jersey, 1992. 364 p.
5. Флорида Р. «Креативный класс: люди, которые меняют будущее» / Р. Флорида. Классика – XXI. 2005. 430 с.

**ИНТЕРНЕТ КАК ФАКТОР РЕАБИЛИТАЦИИ
ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ**
**THE INTERNET AS A FACTOR IN THE REHABILITATION
OF THE MENTALLY ILL**

С.В. Праводелов
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*
S.V. Pravodelov
Lobachevsky University

Процесс реабилитации психических больных очень сложный, и к нему нужно подходить с комплексным решением. В качестве одного из компонентов комплексного подхода к реабилитации можно выделить Интернет пространство. Интернет активность позволяет людям с психическим заболеванием поддерживать социальные контакты, расширять свою социальную сеть, снизить влияние стигматизации на больного.

The process of rehabilitation of psychiatric patients is very complicated and needs to be approached with a comprehensive solution; one of the components of a comprehensive approach to rehabilitation is the Internet space. Internet activity allows people with mental illness to maintain social contacts, expand their social networks and reduce the impact of stigma on the patient.

Ключевые слова: Информационные технологии, реабилитация, социальная поддержка, Интернет активность, социальное взаимодействие

Keywords: Information technologies, rehabilitation, social support, Internet activity, social interaction

Развитие информационных технологий принесло человечеству новые виды деятельности. Посредством Интернета, или виртуальной реальности синтезируется новый вид социальной активности. Интернет дает возможность взаимодействовать с другими людьми, группами и социальными институтами. Доля пользователей сети Интернет с каждым годом только растет. По данным исследования «ФОМнибус» 2017 г., доля активных Интернет пользователей, которые выходят в сеть хотя бы раз в сутки, составила 63,8% от всех россиян (74,7 миллионов человек). Посещавших хотя бы раз в месяц Интернет – 72% (83,8 миллиона человек) от всего населения РФ [1]. Рассчитано на основе данных Росстата о численности населения РФ на 1 января 2017 г. Из 72% населения раз в месяц выходило в Интернет 3% людей, раз в неделю 8%, а ежедневно 64%.

Зачастую психическое заболевание отрицательно сказывается на реабилитационном потенциале больного. Для усиление реабилитационного потенциала больному необходимо взаимодействовать с другими людьми.

Психическое заболевание искажает структуру социальной сети и обмена социальной поддержкой в ее рамках: резко уменьшается число друзей, отношения с родственниками начинают сводиться к одностороннему оказанию пациенту инструментальной поддержки [2].

В связи с повсеместной распространенности сети Интернет, расширяются и формы социальных взаимодействий. Понятие Интернет активности достаточно широкое, оно охватывает различные аспекты в жизнедеятельности человека. Виртуальная реальность проявляется как социальная деятельность и включает в себя формы активности: трудовая, образовательная, игровая, коммуникативная. Можно выделить четыре основных аспекта социальной активности: экономический, социальный, политический и духовно-идеологический [3].

В качестве мотивации психически больного к социальной активности в сети Интернет и включенности его в группу пользователей всемирной паутины является поддержка со стороны группы, в которую он пытается включиться. Важнейшую роль в развитие социальной активности психически больных играет открытость и анонимность Интернет структур. Включенность в интернет сообщества (например, форумов, групп в социальных сетях, игровые комьюнити) и последующая социальная активность снижают или даже противостоят социальной дезинтеграции людей с психическими заболеваниями.

Одним из положительных явлений Интернет активности – поддержка знакомых людей, взаимная поддержка в группах социальных сетей и специальных форумов под руководством специалиста или специально обученных профессионалов. Интернет позволяет взаимодействовать на расстоянии, тем самым разрушает физические барьеры, снижает социально-психологическую напряженность. Посредством Интернет активности происходит снижение стигматизации, тем самым снижает и влияние социальной изоляции.

В сети Интернет люди увеличивают круг своего общения, находят друзей и знакомых по интересам. Существуют группы самопомощи, где психически больные получают психологическую поддержку. В группах и форумах психологической поддержки люди делятся собственным опытом и переживаниями с другими участниками, получая при этом обратную связь. Данная социальная активность посредством сети Интернет позволяет людям, страдающим психическими заболеваниями, ощутить себя сопричастным к жизни других, что положительно сказывается на психологическом уровне и помогает преодолеть чувство одиночества.

С каждым днем становятся все более популярны социальные сети, где создаются сообщества по различным проблематикам. Люди общаются, делятся

опытом, помогают друг другу не только эмоционально, но и материально. Старые площадки такие, как форумы, сегодня менее популярны. В России сейчас распространение получают такие социальные сети, как Вконтакте, Instagram, facebook, развлекательно-информационная площадка youtube. Видео может быть различного содержания, которое интересно для многих, тем самым привлекая, объединяя людей и создавая некую социальную группу.

У виртуального пространства почти неограниченные возможности реализации личностных потребностей, что позволит психически больному включиться в социальную активность. Положительные качества Интернет пространства будут максимально выражены только в том случае, если будут контролировать и управлять процессом реабилитации специально обученные люди.

Список литературы

1. Источник данных: Слитые данные еженедельных опросов «ФОМнибус» граждан РФ 18 лет и старше. Опросы проходили с сентября по ноябрь 2017 г. 19 500 респондентов. Интервью по месту жительства. Данные осени 2017 г. в количестве человек рассчитываются на основе данных Росстата о численности населения России на 1 января 2017 г. Электронный ресурс. Доступ через <https://fom.ru/SMI-i-internet/13996>.

2. Бойко О.М. Пилотажное исследование поддерживающего потенциала использования интернета в социальной адаптации психически больных / О.М. Бойко, С.Н. Ениколопов, О.Ю. Казьмина, В.М. Рябцева, О.А. Щелокова // Клиническая и специальная психология. М: Издательство: Московский государственный психолого-педагогический университет. 2013. № 3. С. 86-98.

3. Завгородний М.Д. Социальная активность в сети Интернет // Вестник российского университета дружбы народов. Серия: социология. М: Издательство: Российский университет дружбы народов (РУДН). 2012. № 2. С. 49-55.

РАЗВИТИЕ СОЦИАЛЬНЫХ НАВЫКОВ В ИГРЕ DEVELOPMENT OF SOCIAL SKILLS IN THE GAME

М.В. Придатченко
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*
M.V. Pridatchenko
Lobachevsky University

Важным фактором развития человека и общества являются сохранение и поддержание психического здоровья. Предлагается посмотреть на игру как

наиболее экологичный и эффективный способ формирования социальных навыков, востребованных в современном обществе. Игра сохраняет целостность личности и поддерживает психическое здоровье. Относительная свобода и самонацеленность игры позволяют осваивать новые умения без насилия и ощущения принуждения. Творческий потенциал игры трансформирует и создает информацию в форме авторского результата, который быстрее встраивается в привычные алгоритмы действия.

An important factor in the individual's and society's development is the preservation and maintenance of mental health. In the article it is offered to look at the game as the most ecological and effective way of formation of the social skills demanded in a modern society. The game preserves the personality's integrity and maintains mental health. Relative freedom and purposefulness of the game allows mastering new skills without violence and feeling of coercion. The creative potential of the game transforms and creates information as an author's result, which is quickly built into the usual algorithms of action.

Ключевые слова: игра, социальные навыки, психическое здоровье, экологичность

Keywords: game, social skills, mental health, ecological

Современный мир требует от человека непрерывного освоения новых знаний и навыков. За последние десятилетия сфера социального взаимодействия отдельного индивида увеличилась в несколько раз, выросли разнообразие и интенсивность социальных контактов. Жизнь нашего современника не ограничивается только членством в семейной, профессиональной и поселенческой социальных группах. Количество ролей, социальных позиций и идентичностей значительно возросло, человек является субъектом множества социальных процессов. Социальные институты, алгоритмы и инструменты, обеспечивавшие привычное течение жизни (вступление в брак, общение с соседями, продвижение по службе), утратили свою эффективность. В настоящее время не только социальное продвижение и развитие, но даже удержание ранее достигнутого требуют от человека постоянной активности, освоения новой информации.

Социальные процессы современности отличаются многообразием форм, изменчивостью, разнонаправленностью и высокой динамичностью, требуют от индивида постоянной включенности и внимательности. Отказ от социальной активности, избегание содержательных социальных контактов выбрасывают человека на периферию социального. Высокие душевные качества и профессиональные навыки больше не являются залогом социального признания, интровертные особенности характера не являются оправданием

социальной апатии – динамика развития общества требует личного участия каждого во внедрении инноваций и контроле за участием в прибыли.

В настоящее время для социального актора наиболее актуальными являются гибкие социальные навыки, которые помогают формулировать индивидуальные цели с учетом социокультурного контекста, быстро адаптироваться к изменяющимся условиям, устанавливать и развивать социальные связи, работать в команде.

Развитие, обучение человека – процесс неоднозначный. С одной стороны, он связан с формированием новых компетенций и качеств личности, отвечающих потребностям общества. С другой стороны, это своеобразное насилие – навязывание человеку ожиданий общества посредством обобщенных форм и инструментов, которые, как правило, не соответствуют индивидуальным особенностям личности. Необходимость постоянного обучения, следования современным трендам, отказ от привычных способов действия вызывают стресс у большого количества людей, отчужденность от социокультурного пространства, протест и агрессию.

В этих обстоятельствах игра становится экологичным инструментом развития человека и общества. Учитывая индивидуальные интересы личности и объективные потребности социальной системы, она создает уникальные стили структуризации.

По мере социокультурной эволюции накопления определенной доли ресурсов общество позволило себе игру – творчество, искусство, культуру, нацеленных на самих себя, не имеющие изначальных материальных выгод, порождающие новые смыслы, ценности, новую реальность. Игра доступна тем, кто не озабочен насущными проблемами выживания по причине их неактуальности по разным мотивам. Полное ощущение и принятие себя освобождает человека, дает возможность насладиться своей собственной природой, расширить границы привычного существования. Игровая логика освоения мира – тонкий инструмент исследования, настройки, расширения пространства и конструирования нового. В то же время, это своеобразный инструмент воспроизводства несправедливости – она, естественно, доступна тем, кто «сыт», а необходима тем, кто в поиске ресурсов.

Игра – это свободная деятельность, осуществляемая только по воле игрока, обусловленная его интересами и стремлениями. Игра является автономной социокультурной системой, все элементы которой связаны между собой функционально, и их взаимодействие характеризуется синергией. Система игры принимает только те элементы, ту информацию, которые аутентичны ей, находятся с ней в одной тональности. Игра отграничена от реальности правилом и воображением игроков.

Игровое пространство чистое и экологичное. Оно конструируется воображением и интересами игроков, которые определяют характер, динамику и направление развития игры. Информация внешнего мира используется в форме и объеме, которые готовы принять участники игры, для создания эффекта реальности. Настольная игра, квест или стартап организуются в наиболее комфортном для игроков секторе социальной реальности, доступном для воздействия и трансформации. В ответ на нестабильность окружающей среды игроки создают собственную неопределенность, задавая правилом свою логику и параметры динамики социального взаимодействия.

Игровая свободная деятельность, разворачивающаяся в русле интересов игрока, снижает уровень стресса и агрессии. Сам процесс и его результаты воспринимаются участниками как самоорганизующиеся, самостоятельные, без постороннего влияния и насилия. Социальная среда, переформатированная по собственному правилу, воспринимается как дружественная и благоприятная. Запрос данной системы к игроку на изменение воспринимается как сформулированный в интересах субъекта. Ребенок, зубрящий таблицу умножения, часто воспринимает ее как бессмысленное покушение на свое свободное время. Рыцарское сражение, где успех рыцаря зависит от правильно и быстро подобранного математического выражения, воспринимается «узником» математики уже более благосклонно. Объяснение и аргументация приоритета командной работы вызывают отторжение у многих профессионалов, привыкших самостоятельно отвечать за свою работу. Метафорическая деловая игра помогает увидеть функциональность этого навыка в производственных процессах и освоить его как инструмент. Внутренние интересы игры и внешний социокультурный контекст, обуславливающий ее протекание, уравнивают запрос системы на трансформацию персональных навыков и личные ориентации акторов.

В процессе функционирования игра создает свою собственную информацию, которая преобразует игроков и другие пространства их активности. В игре общие знания, навыки преобразуются в уникальные индивидуальные формы и приемы, обусловленные психофизиологическими особенностями акторов, их индивидуально-биографической ситуацией и данным контекстом.

Игра находится в системной связи с окружающей средой, она обусловлена информацией этой среды. Любое игровое пространство конструируется на основе реальных объектов человеческого мира, трансформированных в материальном или смысловом аспекте. Игра не бывает абсолютно оторванной от реальности, она всегда находится в тесной взаимосвязи с общей социокультурной системой. Таким образом, сохраняя

относительную автономность, игра синхронизирует проявления социальной активности субъектов друг с другом и системой в целом.

Игра создает свободное от системного насилия пространство для формирования и развития социальных навыков, актуальных в современном обществе. Игровое освоение информации и умений способствует актуальному развитию личности наряду с сохранением психического здоровья, целостности личности, поддержанием культурного разнообразия.

**ПУТЕШЕСТВИЯ И ТУРИЗМ В РЕАБИЛИТАЦИИ
ИНВАЛИДОВ ПО ЗРЕНИЮ
TRAVEL AND TOURISM IN THE REHABILITATION
OF THE VISUALLY IMPAIRED**

М.А. Рощина
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*
M.A. Roshchina
Lobachevsky University

Представлен опыт Нижегородского областного центра «Камерата» и тифлоинформационного центра ННГУ им. Н.И. Лобачевского по использованию туризма в реабилитационной работе с незрячими и слабовидящими людьми, отмечены возможности использования технологии 3d-печати для расширения их представлений об окружающем мире.

This paper presents the experience of the Nizhny Novgorod regional center "Camerata" and the typhlo-information center of N.I. Lobachevsky State University of Nizhny Novgorod on the use of tourism in rehabilitation work with blind and visually impaired people, and the possibilities of using 3d printing technology to expand their ideas about the world.

Ключевые слова: инвалид по зрению, реабилитация, адаптированная экскурсионная программа, доступный туризм

Keywords: visually impaired, rehabilitation, adapted excursion program, accessible tourism

Глубокие нарушения зрения оказывают значительное влияние на свободу передвижения человека. Даже у тех незрячих, кто учится или работает, жизнь часто ограничивается домом, работой, магазином, поликлиникой. И это не только ограничение физического пространства, но и сужение интересов, социальных контактов, возможностей самовыражения – жизнь кажется однообразной и серой. Нарушения зрения серьезно ограничивают поступление информации об окружающем мире: если люди с нормальным зрением большую

долю информации и впечатлений получают визуально в фоновом режиме без дополнительных усилий, то инвалиды по зрению такой возможности практически лишены. Всё это вызывает снижение интереса к познавательной деятельности и мотивации социальной активности, отсутствие стимулов для саморазвития и реабилитации.

Эффективным средством активизации социальной жизнедеятельности и разносторонней реабилитации инвалидов по зрению может стать туризм (поездки, экскурсии, походы). Путешествие позволяет незрячему раздвинуть привычные рамки, получить множество так недостающих впечатлений и ярких эмоций. Кроме того, путешествие создаёт условия для многого, чему дома не находится места и времени: физической активности, освоения нового пространства, общению с незнакомыми людьми, решения в нестандартных ситуациях. Путешествие становится не просто запоминающимся событием, а интенсивным реабилитационным тренингом, нередко – это пробуждение интереса и первый шаг к активной жизни.

Однако большинство инвалидов по зрению по разным причинам не решаются или не имеют возможности путешествовать самостоятельно, поэтому многие организации, работающие с этой категорией населения, организуют групповые поездки и экскурсии, а также ведут другую работу по внедрению туризма как средства разносторонней реабилитации незрячих и слабовидящих людей (в [1] анализируется работа, которую ведут в обозначенном направлении специальные библиотеки для незрячих и слабовидящих).

Нижегородский областной центр реабилитации инвалидов по зрению «Камерата» также активно использует средства туризма в своей реабилитационной работе. В 2018-2019 гг. центр «Камерата» в партнерстве с тифлоинформационным центром Нижегородского государственного университета им. Н.И. Лобачевского реализуют социальный проект «К реабилитации туристическими тропами», с использованием гранта Президента РФ на развитие гражданского общества, предоставленного Фондом Президентских грантов.

Основная цель проекта: создание условий для разносторонней реабилитации инвалидов по зрению Нижегородской области средствами доступного туризма.

Одной из важнейших составляющих проекта стала разработка экскурсионной программы «Знакомьтесь: Нижний Новгород», адаптированной с учетом специфичных потребностей незрячих и слабовидящих в представлении информации.

Для знакомства инвалидов по зрению с географией города изготовлен рельефно-графический альбом, включающий как общую карту Нижнего Новгорода, так и планы отдельных частей исторического центра (Нижегородского кремля, улиц Рождественской и Большой Покровской и др.).

Технология изготовления рельефных карт и планов территорий хорошо освоена специалистами центра «Камерата» и тифлоцентра и активно используется для расширения пространственных представлений инвалидов по зрению уже на протяжении нескольких лет. Но, к сожалению, эта технология мало пригодна для доступного для восприятия незрячих изображения трехмерных объектов.

Для иллюстрации программы «Знакомьтесь: Нижний Новгород» с помощью технологии 3d-печати изготовлены трехмерные макеты 12 архитектурных сооружений города. Это предоставило незрячим туристам уникальную возможность получить наглядное представление о внешнем виде таких нижегородских достопримечательностей, как Чкаловская лестница, Михайло-архангельский собор в Кремле, собор Александра Невского и др. В ходе экскурсий в рамках проекта с макетами познакомились уже более 150 туристов с инвалидностью по зрению, и все они отметили, что тщательная проработка макетов позволяет получить представление не только об общем внешнем виде, но и об отдельных деталях.

К сожалению, разработка моделей для 3d-печати требует значительных затрат высококвалифицированного труда, что ограничивает применение этой технологии. Однако уникальные информационные возможности делают весьма привлекательным использование 3d-печати для расширения представлений инвалидов по зрению об окружающем мире.

Кроме разработки и апробации адаптированной для инвалидов по зрению экскурсионной программы по Нижнему Новгороду, в рамках проекта «К реабилитации туристическими тропами» организовано 4 туристические поездки, где незрячие и слабовидящие туристы получили позитивный туристический опыт, а также цикл виртуальных путешествий и мастер-классов, в ходе которых участники познакомились с интересными туристическими местами России и узнали о полезных для путешественников интернет-ресурсах и сервисах. Многие участники этих мероприятий отметили, что участие в них развивает дальнейший интерес к туризму и становится хорошим стимулом для активности.

С целью повышения творческой и познавательной активности инвалидов по зрению и продвижения путешествий и туризма для разносторонней реабилитации незрячих и слабовидящих людей среди нижегородцев с инвалидностью по зрению проведен конкурс творческих работ «История одного путешествия». На конкурс было представлено 27 работ (в том числе две авторские песни и одна музыкально-поэтическая композиция), в которых авторы делились своим туристическим опытом, рассказывали о понравившихся местах, рассуждали о влиянии путешествий на жизнь человека. Несмотря на

разный художественный уровень работ, все они отражают яркие впечатления и эмоциональные переживания авторов, связанные с путешествиями [2].

Собственный опыт имеющих инвалидность по зрению специалистов центра «Камерата» и тифлоинформационного центра, а также более чем 20-летний опыт реабилитационной работы с незрячими и слабовидящими убедительно показывают, что туристические поездки способны не только расширить представления об окружающем мире и внести разнообразие в жизнь, но и предоставить возможности для развития реабилитационных навыков, стать стимулом к дальнейшей социальной активности.

Список литературы

1. Лиханос Е.В. Доступный туризм и специальная библиотека: итоги всероссийского исследования / Е.В. Лиханос // Библиотековедение. 2015. № 4. С. 110-113.
2. История одного путешествия | «Камерата» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.kamerata.org/category/voyage/>. – Дата обращения: 01.09.2016.

СУБЪЕКТ-ОБЪЕКТНОЕ ВОСПРИЯТИЕ ЦЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ ПЕРСОНАЛА SUBJECT-OBJECT PERCEPTION OF PERSONNEL HEALTH VALUES

А.В. Рушева
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*
A.V. Rusheva
Lobachevsky University

В представленном материале рассматривается вопрос о ценности здоровья с позиции работодателей и персонала, анализируются факторы, влияющие на её восприятие. Подчеркиваются преимущества создания условий труда, способствующих поддержанию здоровья, приводятся мнения работников о влиянии на него образа жизни и отношения руководства организации.

The material presented addresses the issue of the value of health from the perspective of employers and staff, analyzes the factors that influence its perception. The advantages of creating working conditions conducive to maintaining health are emphasized, the opinions of workers on the impact on him of a lifestyle and the attitude of the organization's leadership are given.

Ключевые слова: здоровье, персонал, руководители, факторы, здоровый образа жизни, экономический подход, мотивация, профилактика

Keywords: health, staff, managers, factors, healthy lifestyle, economic approach, motivation, prevention

Качество жизни человека зависит от состояния его здоровья. Анализируя множество его определений, отметим, что здоровье — это комплексная категория, включающая биологическую полноценность организма, его трудоспособность, гармоничное и уравновешенное состояние всех его подсистем, отсутствие симптомов болезни. Одним из ключевых показателей здоровья следует считать адаптационный потенциал, позволяющий человеку эффективно справляться с физическими и психоэмоциональными нагрузками, комфортно ощущать себя в изменяющихся условиях.

Факторы здорового образа жизни, охватывают практически все жизненное пространство человека. К ним относят: питание, сон, наследственность, профилактику вредных привычек, распорядок дня, двигательную активность, санитарно-гигиенические условия, эмоциональную реакцию и восприятие жизненных ситуаций, культуру общения, уровень дохода, разнообразные условия внешней среды.

В 2017 г. Правительством РФ был утвержден приоритетный проект «Формирование здорового образа жизни». Его цель — «увеличение доли граждан, приверженных здоровому образу жизни, до 50% к 2020 г. и до 60% к 2025 г.» [1]. Данный факт подтверждает признание высшим органом государственного управления важности оздоровления населения, а также готовность к решению этой проблемы.

О положительном восприятии здорового образа жизни свидетельствуют и данные опроса, проведенного ВЦИОМ в том же 2017 г., согласно которому наиболее важной жизненной ценностью россиян остается здоровье (99%) [2]. Факт осмысленного выбора здорового образа жизни подтверждают и другие исследования, в частности, опрос АНО «Культура здоровья» 2018 г. [3].

Некая общность вышеприведенных оценок здоровья, безусловно, свидетельствует о его первостепенной роли в жизни отдельного человека и общества в целом. Но одного провозглашения ценности недостаточно, необходимы действия, реализация конкретных мер, чтобы быть здоровым. Постараемся несколько детализировать ситуацию, раскрывая особенности восприятия ценности здоровья работниками организации и ее руководства.

Одним из подходов к рассмотрению категории «здоровье» является экономический, согласно которому здоровье персонала является залогом/показателем работоспособности, важной составляющей человеческого капитала и ресурсом, необходимым для достижения целей предприятия.

Так, например, в микроэкономической модели формирования спроса на здоровье М. Гроссмана, «его уровень измеряется продолжительностью рабочих дней в году, пропущенных по болезни. Человек в одно и то же время является и «потребителем», и «производителем» собственного здоровья. В первом случае, здоровье как благо входит в его функцию полезности, во втором – он осуществляет инвестиции в человеческий капитал здоровья и, тем самым, изменяет его уровень» [4].

Ключевым вопросом в решении проблемы поддержания и сохранения здоровья персонала является её затратная составляющая, в связи с чем складывается сложная и, порой, конфликтная ситуация справедливого определения того, кто обязан «брать на себя» эти расходы и делать вложения. Казалось бы, очевидно, что ответственность за состояние здоровья и обеспечение надлежащего уровня работоспособности должна быть разделена в равной степени между персоналом и руководством организации. С другой стороны, понимание и осознание своей роли каждым участником данного процесса требует не только качественного выполнения формальных должностных обязанностей, но и проявления личной инициативы в поддержании здоровья, заинтересованности в здоровом окружении.

Статьи расходов, связанных со здоровьем, разнообразны. Например, кроме ресурсов, предусмотренных на восстановление здоровья человека, требуются немалые материальные и финансовые средства, позволяющие реализовать профилактические программы, поддерживать установленные санитарно-гигиенические нормы на рабочих местах. Постановка менеджером практически любой цели должна учитывать социальные последствия, влияние на человека и его здоровье, что актуализирует проблему создания благоприятных условий труда для воспроизводства трудового потенциала.

В мировой практике менеджмента существует достаточно много примеров заботы руководства о здоровье персонала, которая имеет самые разные формы и проявления. Особенно богатый опыт у зарубежных компаний в странах с развитой рыночной экономикой, где кадровая политика формируется в соответствии с положениями Международной организации труда. Во многих известных компаниях (например, Microsoft, Procter&Gamble, Nestle, Coca-Cola, Chevron, Johnson & Johnson) менеджменту присущи такие установки, как «Лучший сотрудник – здоровый сотрудник», «Здоровый персонал обходится дешевле», «Здоровые сотрудники не уходят из компаний», «Только здоровые рабочие могут обеспечить безопасность производства». Подобное восприятие задачи, связанной с заботой о здоровье персонала, является перспективным и экономически выгодным.

Дополнительную мотивацию менеджеров зарубежных компаний «вкладываться» в здоровье персонала и заботиться о нем формируют сами государственные органы, предоставляя налоговые льготы (при увеличении размера соцпакета).

Следует отметить, что и в российских организациях наблюдается health management (управление здоровьем персонала). Такие крупные предприятия, как РЖД, ВСМПО-АВИСМА, КАМАЗ, Яндекс, "ВымпелКом" (Билайн), уже разработали, например, "Политику в области охраны здоровья и безопасности персонала", в них активно функционирует один из самых традиционных вариантов контроля влияния производственных факторов на здоровье персонала – собственный медицинский кабинет (медпункт), широко распространена практика приобретения корпоративных абонементов в фитнес-клубы, персоналу предлагается участие в программах добровольного медицинского страхования (в том числе и страхования членов их семьи). Кроме того, есть и другие направления: профилактика заболеваний (поощрение отказа от вредных привычек, правильное питание, занятия фитнесом, создание эргономических условий труда, возобновление советского опыта производственной гимнастики), организация досуга как способа оздоровления (доплаты на путешествия, корпоративные «Дни здоровья», спартакиады, развитие командных видов спорта), профилактика эмоционального выгорания (тренинги, психологические консультации в режиме 24/7, четкое соблюдение режима труда и отдыха).

К сожалению, таким разнообразием предложений пока могут похвастаться лишь масштабные организации, корпорации, имеющие достаточные средства для оздоровления персонала и нацеленные на получение прибыли (в том числе и за счет качественной бесперебойной работы сотрудников). В остальных случаях, составляющих большинство, реализация оздоровительных программ на отечественных предприятиях явление, скорее, вынужденное, чем лично инициированное руководством. В России обязательные процедуры медицинских осмотров регламентируются Приказом Минздравсоцразвития РФ от 12.04.2011 г. №302н «Об утверждении перечней и (или) опасных производственных факторов и работ» и «Порядком проведения обязательных предварительных и медицинских осмотров (обследований) работников». Кроме того, заботе о здоровье персонала посвящено несколько статей Трудового кодекса [5] и отдельные федеральные законы [6].

«Министерством труда и социальной защиты РФ» подготовлен Комплекс мер, стимулирующих работодателей улучшать условия труда и уделять внимание укреплению здоровья персонала, а также по мотивированию граждан к ведению здорового образа жизни. Принятие данного Комплекса позволит

систематизировать и структурировать основные мероприятия по обеспечению охраны труда и здоровья граждан в процессе трудовой деятельности, снизить производственный травматизм и профессиональную заболеваемость до уровня экономически развитых стран [7].

Важен и другой аспект вложений в здоровье: определение того, на что они будут и/или должны быть направлены – на здоровье или лечение?

Как утверждают авторы учебной и научной литературы по данной теме, «защита здоровья работников связана не только с созданием благоприятных условий труда, но и со стимулированием их заинтересованности в достижении целей организации. Современное понимание существующей связи между активным использованием организацией своих мотивационных ресурсов и здоровьем сотрудников представлено в модели П. Рихтера «работа – ресурсы – здоровье». Центральной идеей, заложенной в данной модели, является использование различных способов мотивации как возможность ослабить многие негативные последствия нагрузки, приводящие к психосоматическим заболеваниям, эмоциональному выгоранию, а также депрессивным состояниям» [8].

Для лучшего понимания того, каково восприятие ценности здоровья самим персоналом, обратимся к результатам исследования корпоративных практик по поддержке здорового образа жизни офисных сотрудников в Российской Федерации [9].

Объектом социологического исследования стали офисные сотрудники (n=355). Опрос проходил с использованием электронной анкеты, составленной с помощью сервиса онлайн-исследований SurveyMonkey.

Большинство респондентов оценивают своё здоровье как среднее (47,1%), как плохое (4,3%). Менее половины уверены в том, что они абсолютно здоровы, причем примерно 40% опрошенных посещают врача менее 1 раза в год, что свидетельствует о недостаточной информированности офисных сотрудников о состоянии своего здоровья.

Только пятая часть респондентов (19,5%) отмечает отсутствие у себя любых хронических заболеваний; 21,6% имеют хроническое заболевание глаз, 21,3% – позвоночника, более 20% – страдают хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта. 19,8% опрошенных сотрудников отметили наличие варикозного расширения вен, гипертоническую болезнь и другие сердечные недуги; 5,3% имеют проблемы с эндокринной системой (в частности, сахарный диабет); 2,7% присущи болезни лёгких, а 0,6% признают у себя онкологию.

Залогом крепкого здоровья большинство сотрудников считают правильное питание (84,2%) и занятия спортом (78,5%). Среди офисных

работников наблюдается положительная тенденция: 74% из них ранее меняли свой рацион не только с целью изменения веса, но и для укрепления здоровья. В то же время, более половины (60%) работников оценивают свой уровень физической активности как низкий, 30% – как средний, включая в свой образ жизни небольшую физическую нагрузку, например, танцы или бассейн.

94% признали личную ответственность человека за состояние собственного здоровья. Практически единогласное мнение выражено в отношении негативного влияния их образа жизни и условий работы на состояние личного здоровья. 4 из 5 опрошенных не имеют в практике организации опыта использования корпоративных оздоровительных программ.

В ходе опроса офисными сотрудниками была выражена некоторая обеспокоенность, не коснётся ли финансирование программ поддержки здорового образа жизни их заработной платы, иными словами, не пострадают ли они материально от желания их работодателей заняться профилактикой здоровья подчинённых.

Подводя некоторые итоги, отметим, что в российской практике менеджмента есть еще много нерешенных задач, связанных со здоровьем персонала. Каждой стороне – и руководителям и подчиненным свойственно «свое» восприятие ценности здоровья, которое зависит от разных факторов, как субъективных, так и объективных.

Список литературы

1. Сайт Правительства РФ. – [Электронный ресурс]. – Доступ через: <http://government.ru/news/28745/> (дата обращения 17.10.2019)
2. Сайт ВЦИОМ. – [Электронный ресурс]. – Доступ через: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=1618> (дата обращения 17.10.2019)
3. Медицинский портал MedBlog. – [Электронный ресурс]. – Доступ через: <https://medblog.su/novosti-medsiny/zdorovyj-obraz-zhizni-osmyslennyj-vybor-a-ne-spontannoe-reshenie-rezultaty-oprosa-ano-kultura-zdorovya-2018-g.html> (дата обращения 18.10.2019)
4. Рощина Я.М. Отдача от позитивных и негативных инвестиций в здоровье: Препринт WP3/2008/05. М.: ГУ ВШЭ, 2008. С. 5.
5. Трудовой Кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 г. №197-ФЗ. Ст. 76, 212, 213, 214, 266. – [Электронный ресурс]. – Доступ через: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34683/ (дата обращения 20.10.2019)
6. Федеральный закон от 17.03.1999 г. №52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения». Ст. 34. – [Электронный ресурс]. – Доступ через: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_22481/ (дата обращения 20.10.2019); Федеральный закон "Об основах

охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323-ФЗ. – Доступ через: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения 20.10.2019).

7. Сайт Министерства труда России. – [Электронный ресурс]. – Доступ через <https://rosmintrud.ru/labour/safety/310> (дата обращения 20.10.2019)

8. Бакша Н.В., Данилюк А.А. Корпоративная социальная ответственность / Н.В. Бакша. – Тюмень: Тюменский государственный университет, 2013. 292 с. С. 83-84.

9. См.: Результаты социологического исследования студента Лесных Г.А., проведенного в рамках подготовки магистерской диссертации «Корпоративные практики по поддержке здорового образа жизни и устранению основных факторов риска хронических заболеваний». Москва, НИУ-ВШЭ, 2014.

ЦЕННОСТНЫЕ УСТАНОВКИ НА ЗДОРОВЬЕ И ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

VALUES FOR HEALTH AND HEALTHY LIFESTYLE

Ю.А. Рыбакова

*Приволжский исследовательский медицинский университет,
г. Нижний Новгород*

Y.A. Rybakova

*Privolzhsky research medical University,
Nizhny Novgorod*

Рассматриваются ценностные установки на здоровье и здоровый образ жизни. Анализ статистики позволил выявить, что большое количество заболеваний вызвано неправильным образом жизни. Предложены пути формирования этих ценностей и основные пути решения проблемы.

The article is devoted to the values of health and a healthy lifestyle. Analysis of statistics revealed that a large number of diseases causes an incorrect lifestyle. The article suggests ways of forming these values and the main ways to solve the problem.

Ключевые слова: здоровье, здоровый образ жизни, ценностные установки
Keywords: health, healthy lifestyle, value setting

Формирование ценностного отношения к здоровью человека является важнейшей проблемой современности. Данные установки связаны с воспитанием и условиями жизни человека. Именно эти составляющие определяют отношение личности к здоровью и здоровому образу жизни. В настоящее время доказано, что образ жизни на 50% определяет состояние здоровья человека (остальные – 20% – наследственность, 20% – экология и 10%

– медицина), что свидетельствует о важности формирования здорового образа жизни [1].

Понятие «здоровье» имеет множество значений. По уставу ВОЗ, «здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов»[2]. Е.А. Чернявская определяет здоровье как «динамическое состояние физического, духовного и социального благополучия, обеспечивающее полноценное выполнение человеком трудовых, психических и биологических функций при максимальной продолжительности жизни». [3] Исходя из этих определений, можно прийти к выводу, что «здоровье» – это способность организма приспосабливаться к внешним условиям. А вот «здоровым образом жизни» можно назвать жизнедеятельность человека, направленную на поддержание или улучшение физического и психологического состояния человека. К здоровому образу жизни можно отнести не только занятия спортом и правильное питание, но и отсутствие вредных привычек – курение, употребление алкоголя и наркотиков; оптимальный двигательный режим; режим дня; здоровый сон; закаливание; личная гигиена; гигиена жилища; положительные эмоции. Вредные привычки влияют не только на здоровье взрослого человека, но и на будущее поколение, т.к. они относятся к тератогенным факторам. Они способны вызывать нарушения в процессе эмбриогенеза, приводящие к возникновению врождённых уродств. [4] Очень важно, чтобы люди придерживались здорового образа жизни.

Статистика по Нижегородской области позволяет сделать вывод, что около 10% населения страдает заболеваниями, связанными с неправильным образом жизни. [5] Каждый год примерно 1800 человек умирают от заболеваний, вызванных алкоголем, и около 1000 человек от проблем с органами дыхания. Отсутствие ценности здоровья приводит к увеличению смертности и падению рождаемости, что является большой проблемой.

Многие люди не понимают, что подразумевается под здоровым образом жизни. В 2018 г. Минздрав определил критерии здорового образа жизни[6].

1. Человек не курит.
2. Потребляет не менее 400гр фруктов и овощей в день.
3. Занимается умеренной и высокой активностью не менее 30 мин, например, ходьбой в интенсивном темпе.
4. Нормальное или низкое потребление соли, т.е. не более 5гр в сутки.

Если человек курит, но соблюдает остальные три пункта – этот человек ведет нездоровый образ жизни.

Существуют четыре составляющих, определяющих формирование здорового образа жизни[7]:

1. Создание информационно-пропагандистской системы повышения уровня знаний всех категорий населения о негативном влиянии факторов риска на здоровье, возможностях его снижения.

2. Второе важное направление формирования здорового образа жизни – это так называемое «обучение здоровью». Это комплексная просветительская, обучающая и воспитательная деятельность, направленная на повышение информированности по вопросам здоровья и его охраны, на формирование навыков укрепления здоровья, создание мотивации для ведения здорового образа жизни отдельных людей и общества в целом.

3. Меры по снижению распространенности курения и потребления табачных изделий, снижению потребления алкоголя, профилактика потребления наркотиков и наркотических средств.

4. Побуждение населения к физически активному образу жизни, занятиям физической культурой, туризмом и спортом, повышение доступности этих видов оздоровления.

Я считаю, что различные образовательные и общественные организации должны устраивать как можно чаще спортивные мероприятия, тематические классные часы в школах, создавать информационные стенды. Спортивные мероприятия могут проходить в качестве открытых бесплатных тренировок, чтобы любой человек мог посетить. Такие тренировки могут проходить на улице или же в спортивных клубах, это поможет привлечь людей к спорту. Классные часы могут включать в себя различные темы, например, о последствиях курения или о правильном питании и режиме дня. Информационные стенды следует создавать в местах наибольшего скопления людей – торговые центры, школы, университеты. Стенд должен быть красочный, чтобы привлекать внимание, информация лаконична и доступна для понимания.

Важно понимать, что здоровье зависит от множества факторов, их воздействие увеличивает риск возникновения заболеваний сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, пищеварения. Следует отказаться от вредных привычек, вредной пищи, которая содержит большое количество жиров и углеводов, правильно организовывать время работы и отдыха. Л.Н Толстой писал: «Смешны требования людей курящих, пьющих, объедающихся, не работающих и превращающих ночь в день о том, чтобы доктор сделал их здоровыми, несмотря на их нездоровый образ жизни»[8]. Ни один врач не сможет сделать человека абсолютно здоровым, если тот сам не стремится быть таковым. Важно закладывать ценностные установки на здоровье с самого детства.

Список литературы

1. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / Ю.П.Лисицын. 2-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 512 с.
2. Преамбула к Уставу (Конституции) Всемирной организации здравоохранения
3. Казин Э.М.. Основы индивидуального здоровья человека: введение в общую и прикладную валеологию: учебное пособие для вузов / Э.М. Казин, Н.Г. Блинова, Н.А. Литвинова. М.: ВЛАДОС, 2000. 190 с.
4. Юров И.Ю. Молекулярные и клинические основы наследственности. 305 с.
5. Коновалов А.А., Варенова Л.Е. Основные показатели здоровья населения и деятельности государственных медицинских организаций Нижегородской области за 2018 год. 232 с.
6. Самое главное: 4 критерия ЗОЖ <https://zdrav.fom.ru/post/samoe-glavnoe-4-kriteriya-zozh>. (Дата обращения: 23.07.2019)
7. Пичугина И.Н. Ярмарка здоровья: учебно-методическое пособие / И.Н. Пичугина. Минск: Технопринт, 2007. 168 с.
8. Толстой Л.Н. Неизвестной (Л.И.П). 1894 г.

ГАБИТАРНЫЙ ИМИДЖ КАК ОСНОВА УСПЕШНОГО ОБРАЗА ЛИДЕРА GABITAR IMAGE AS THE BASIS OF A SUCCESSFUL IMAGE OF THE LEADER

Л.С. Сальникова
*Московский государственный институт международных отношений
(Университет) МИД России, г. Москва*
L.S. Salnikova
MGIMO University, Moscow

В эпоху глобализации и унификации стоит проблема «очеловечить» компанию, приблизить ее к рядовому гражданину, завоевав тем самым его доверие. Этого можно добиться через личный контакт с ее руководителем, который выступает «лицом» компании. Привлекательный внешний образ лидера становится важнейшим каналом трансляции позитивной информации об организации. В основе такого образа лежит габитарный имидж.

In the era of globalization and unification, the problem is to “humanize” a company, bring it closer to a person, thereby gaining his trust. This can be achieved through personal contact with its leader, who is the “face” of the company. An attractive external image of the leader becomes the most important channel for broadcasting information about the organization. The basis of such an image is a dimensional image.

Ключевые слова: образ руководителя, публичность, имиджмейкинг, габитарный имидж, репутация

Keywords: image of the head, publicity, image making, size image, reputation

В эпоху глобализации, когда унифицированными стали рынки сбыта, стандарты потребления, системы ценностей, рядовой гражданин воспринимает любую частную компанию или государственную организацию как обезличенную закрытую структуру, которая преследует свои интересы, далекие от нужд простого человека. Но именно рядовой член общества является главным потребителем товаров и услуг, от его потребительского выбора зависит успешность деятельности производителя, он формирует общественное мнение, является избирателем. Не случайно современные маркетинговые и политтехнологии направлены на то, чтобы «очеловечить» компанию, приблизить ее к людям, завоевав тем самым их доверие.[1] Этого можно добиться только через личный контакт с представителями организации, в первую очередь, с ее руководителем, который выступает ее «лицом». Когда компания воспринимается через узнаваемый образ лидера, она становится как бы «своей». Руководитель сегодня – это не просто управленец, принимающий решения, а живое воплощение организации в глазах внешнего мира. Каждое его слово, каждый поступок во многом определяют отношение к работе организации в целом. Чем крупнее организация, чем обширнее зона ее влияния, тем важнее публичность ее первого лица. В этих условиях ключевую роль начинает играть позитивный внешний образ руководителя, поскольку он становится важнейшим каналом трансляции позитивной информации о компании, госструктуре, политической партии.

Точно найденный образ первого лица – это важнейших коммуникационный инструмент, с помощью которого можно укрепить авторитет как самого лидера, так и той структуры, которую он представляет. Впервые это наглядно проявилось в ходе знаменитых теледебатов Джона Кеннеди с Ричардом Никсоном 26 сентября 1960 г. Кеннеди, открытый, обаятельный, с ослепительной улыбкой звучал и смотрелся с экранов телевизоров гораздо более выигрышно, чем Никсон, который только что перенес операцию на коленном суставе и выглядел болезненно и подавленно, в ходе дебатов у него несколько раз пропадал голос. И хотя до телевизионного поединка опытный политик Никсон считался лидером предвыборной гонки, после теледебатов зрители предпочли ему молодого, энергичного, харизматичного Кеннеди, хотя он был еще мало известен как политический деятель. Данные опросов показали: большинство смотревших теледебаты

поверили Кеннеди, они доверили свое будущее тому, кого еще вчера почти не знали [2].

Эта телевизионная дуэль считается днем рождения имиджмейкинга – искусства создания благоприятного имиджа. Без услуг имиджмейкеров сегодня не обходятся ведущие политики, бизнесмены, общественные деятели по всему миру. Оценивая потенциальную успешность того или иного лидера, эксперты в первую очередь обращают внимание на его внешние качества, позволяющие визуализировать наиболее выигрышные стороны успешной личности. По мнению одного из первых теоретиков имиджеологии Н. Макиавелли, в необходимых случаях надо менять не человека, не его характер или взгляды, а производимое им впечатление [3], которое зачастую больше зависит от СМИ, чем от перемен в самом действующем лице.

Первое впечатление о человеке определяет его имидж – понятие сложное, порой трудно вербализуемое, поскольку воздействует, в первую очередь, на эмоции публики. Большинство экспертов называют следующие основные параметры имиджа: габитарный (от латинского *habitus* – внешность), средовой, вербальный, кинетический. Габитарный имидж можно считать базовым, поскольку именно физические параметры личности формируют первое впечатление о нем. Физические кондиции успешного человека – это по сути его визитная карточка [4]. Как заявила известная «светская львица», безупречный цвет лица – лучший показатель социального статуса и финансовой состоятельности его обладателя. Несмотря на некоторую парадоксальность этого высказывания, нельзя не согласиться, что здоровая кожа, ухоженные волосы, подтянутая фигура, белозубая улыбка – все это является сегодня важнейшим конкурентным преимуществом, которое ничем нельзя заменить. Такой габитарный имидж транслирует окружающим, что лидер здоров, полон сил и энергии, а это является гарантией его эффективности и долголетия в избранной сфере деятельности. Для формирования подобного образа современному руководителю необходимо постоянно поддерживать хорошую физическую форму, что требует немалых инвестиций – как финансовых, так и временных.

Активные амбициозные люди много внимания уделяют своему здоровью: курить и много пить сегодня не принято, зато признаком хорошего тона являются регулярные медосмотры, свой персональный врач и престижная платная клиника с медицинскими услугами высокого уровня. На этом фоне бурно развивается огромная индустрия здорового образа жизни: фитнес, диетология, эстетическая медицина, spa-технологии. Спрос на такие услуги постоянно растет, поскольку поддерживать хорошую физическую форму –

значит демонстрировать окружающим свою принадлежность к классу состоятельных и успешных.

По некоторым данным, около 70% руководителей в нашей стране пока не понимают, что свою внешность можно использовать в качестве важного инструмента для продвижения по службе, достижения успеха в бизнесе или политике, и относятся к ней как к некоей данности. Самое большее, на что они ориентированы, поддержание физиологической чистоты и ухоженности.

А между тем с помощью специалистов-имиджмейкеров можно оценить свои физические ресурсы – рост, телосложение, особенности фигуры и лица – и решить, как их наиболее эффективно использовать в создании своего образа, который бы соответствовал поставленным целям. При этом важно не забывать про соответствие габитарного имиджа лидера ожиданиям своей целевой аудитории. Он должен ассоциироваться с той социальной группой, которая вызовет у публики позитивное отношение.

Важно отметить, что с помощью имиджевых технологий невозможно создать долгосрочную позитивную репутацию, поскольку она базируется не на симулякрах, а на реальных качествах и достоинствах личности. Соответственно, репутацию нельзя подменить имиджем, который является, прежде всего, средством коммуникации, инструментом общения его носителя с массовым сознанием. На специалистов, создающих виртуальные имиджи, ложится моральная ответственность перед обществом за транслируемые образы. Однако удачный имидж, визуализирующий реальные достижения и достоинства лидера, вносит свой вклад в деловую репутацию руководителя [5].

Список литературы

1. Литвак Н. Современные концепции информационного общества: учебное пособие. – М.: МГИМО-Университет, 2013.
2. «История далекая и близкая». Washington Profile, №43 (653). <http://www.russian-bazaar.com/ru/content/13588.htm>
3. Макиавелли Н. Государь (сборник). М.: Азбука. 2017.
4. Гандапас Р. Харизма лидера. М.: ООО «Манн, Иванов и Фербер», 2013.
5. Сальникова Л. Репутация в российском бизнесе. М.-Берлин, Директ-Медиа, 2016.

ПОХОРОННАЯ ИНДУСТРИЯ И АДДИКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ЛЮДЕЙ THE FUNERAL INDUSTRY AND THE ADDITIVE BEHAVIOR OF PEOPLE

М.М. Серафимов, Е.Н. Соломаха

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского,

Дзержинский филиал

M.M. Serafimov, E.N. Solomaha

Lobachevsky University, Dzerzhinsk branch

На первый взгляд кажется странным, что в конференции на заявленную тему «Здоровье как ресурс» включена статья о похоронной индустрии. Дело в том, что аддиктивное поведение людей (т.е. оторванное от реальности) бывает не только с приобретенными зависимостями человека, но и в ситуациях, связанными с похоронами близких и дорогих для него людей. Это состояние, требующее, с точки зрения общечеловеческой морали, сочувствия, сострадания и помощи пострадавшим людям, в условиях современного общества, используется коммерческими и даже государственными и муниципальными учреждениями и предприятиями для извлечения необоснованной прибыли через коррупционные схемы и за счет завышенного ценообразования.

At first glance, it seems strange that the conference on the declared topic "Health as a resource" includes an article on the funeral industry. The fact is that addictive behavior of people (i.e., detached from reality) is not only with the acquired dependencies of a person, but also in situations related to the funeral of loved ones and dear to him people. This condition, which requires, from the point of view of universal human morality, compassion, compassion and assistance to the affected people in the conditions of modern society, is used by commercial and even state and municipal institutions and enterprises to derive unjustified profit through corruption schemes and at the expense of overpricing.

Ключевые слова: аддиктивное поведение, похоронная индустрия, ритуальные услуги, рынок ритуальных услуг, крематорий, кладбища

Keywords: addictive behavior, funeral industry, ritual services, market of ritual services, crematoriums, cemeteries

Аддиктивное поведение – особый тип форм деструктивного поведения, которое выражается в стремлении к уходу от реальности посредством специального изменения своего психического состояния.

Уход от реальности путем изменения психического состояния происходит при использовании разных способов. Речь идет о сознательном действии человека. Но кратковременный уход от реальности происходил и происходит в жизни у большинства людей не по своей воле, в результате

сильного эмоционального потрясения, стресса. Например, при смерти близких родственников, друзей. В такой момент люди теряют чувство реальности, у них возникает чувство вины перед ушедшими от недостаточного внимания и любви к покойному. Причем это характерно для всех слоев населения: от олигархов до беднейших людей. Им хочется проводить в последний путь человека достойно, не считаясь с материальными затратами и своими возможностями. Ф.М. Достоевский назвал это чувством «гордости бедных людей». [1] Этим пользуются владельцы похоронной индустрии и продавцы ритуальных услуг.

Интерес к этой проблеме связан с интервью Сергея Мохова, опубликованное в интернет-сети, и его книгой-исследованием [2]. В основу исследования он положил инфраструктурный подход. «Под похоронной инфраструктурой я буду понимать весь комплекс социотехнических объектов, главная функция которых заключается в проведении процедуры захоронения человеческих останков – это морги, кладбища, крематории, катафалки, производство транспортных принадлежностей и памятных знаков, похоронные дома и т.д.» [2, с. 17].

Однако, его исследование в большей степени опирается на зарубежных авторов. История погребения в России написана абстрактно-теоретически, что, конечно, важно для дальнейшего анализа и изучения данной темы.

Справедливости ради, следует отметить, поздний советский период С. Мохов проанализировал достаточно глубоко и отразил все существующие тогда проблемы в ритуалах похорон. Хотя, как таковой похоронной индустрии у нас в стране не существовало.

За 26 лет существования Российской Федерации рынок ритуальных услуг, к сожалению, не продвинулся вперед. Постоянное торможение развития похоронного дела привело к тому, что отрасль представляет собой не современный бизнес, а неформальную суть держателей инфраструктурных ресурсов и локальных гробовых промыслов. Бизнес ритуальных предприятий использует государственную инфраструктуру для извлечения прибыли, прибегая к стратегии ограничения доступа потребителей к ресурсам.

Хотелось бы дополнить рассуждения, умозаключения и выводы С. Мохова, опираясь на конкретную практику этих процессов в двух городских округах: г. Дзержинск и г. Бор. Поскольку реальной статистики и официальных данных весьма мало, пришлось заниматься полевой работой методом глубинных интервью с акторами, участвующими в похоронной индустрии и ритуальных услугах.

Кстати говоря, наш культурный читатель безусловно знаком с произведением И. Ильфа и Е. Петрова «Двенадцать стульев», которое начинается с описанием состояния похоронной индустрии во времена НЭПа

[3]. Там приводится пример, что погребальная контора «Милости просим» лопнула за три года до описываемых событий. Возможно, в те времена так и было. Но в наше время, совсем наоборот, на каждого умершего приходится по России, как показал С. Мохов, 4-5 контор, и редко кто разоряется.

Это подтверждают данные по нашим округам. В Дзержинске на 11-12 смертей в сутки приходится 20 контор, на Бору на 6-7 смертей приходится 10 контор, предлагающих организовать похороны. Это не считая производств по изготовлению памятников, оград. В 2000 г. на Бору работали всего три компании по оказанию ритуальных услуг: «Ритуал» – бывшая муниципальная, ставшая частной, Военно-ритуальная компания и компания «Морг». Всего три, но справлялись с задачей. Почему их так много появилось потом, что «похоронный бизнес медом намазан»?

Да, намазан, коррупцией в этом виде деятельности. Один из акторов в интервью не под диктофон сказал, что это, после наркотиков и проституции, наиболее прибыльный бизнес. Кто-то может сказать, что это бездоказательно. Но мы предлагаем ознакомиться только с двумя материалами на эту тему. [4; 5]. Это про Москву и Омск. Но и в малых городах есть повод разобраться с этими проблемами.

Поскольку было отменено прежнее законодательное лицензирование этого вида предпринимательской деятельности, открыть контору или ИП, очень легко. Поэтому их число выросло после отмены лицензирования.

И тут начинаются «странности» после смерти кого-либо. Прежде всего оповещение о смерти получают органы полиции и морги. Так, некоторые ритуальные организации и образованы под их патронажем. Это позволяет создавать организации без соответствующей материальной базы, с блокнотом и авторучкой. В Дзержинске, например, муниципальные ритуальные конторы, имеющие базу и право выделения мест на кладбищах, убыточны, а все частные рентабельны.

К этой же сфере относятся и кладбищенские службы, которые находятся в ведении муниципалитетов, так как у нас еще нет частых кладбищ и земель распоряжаются органы МСУ.

Однако, в городском округе город Дзержинск из 12 кладбищ только 6 числятся в реестре муниципального имущества. Возникает вопросы: кому принадлежат остальные, кто распоряжается выделением земли под погребение?

На территории городского округа город Бор 88 кладбищ, подавляющее большинство которых не имеют кадастровых документов, документально оформленных границ.

Во всех законах и нормативно-нормативных актах [6; 7; 8], однозначно записано, что место под захоронение предоставляется бесплатно. Практика

свидетельствует о том, что редко кто не платит за место под захоронение. При этом люди платят добровольно, не получая никаких документов за оплату. Это на городских кладбищах. А на сельских, границы большинства которых до сих пор не определены, решение принимается исключительно единоличным распоряжением глав поселений или заместником городских и районных администраций.

В среднем скромные похороны, по словам агентов, стоят 15 тыс. руб. Вместе с тем ежедневная реклама Нижегородской ритуальной компании предлагает социальные похороны за 8300 рублей. Компенсация на погребение со стороны социальной защиты выплачивается в размере 6000 рублей. Почему такая разница в цене, проверить невозможно, так как эта сфера абсолютно не прозрачна, несмотря на вывешенные ценники услуг.

В похоронной индустрии набирает обороты новый вид услуг – кремация. В нашей области с 2017 г. начал работать Ритуальный дом, включающий крематорий и колумбарий. Однако, деятельность этого весьма доходного коммерческого заведения весьма закрыта. Оно зарегистрировано как малое предприятие и не предоставляет отчеты в органы статистики. В рекламе на сайте у них указано, что стоимость минимальных услуг от документов до передачи урны с прахом составит 11430 рублей. Здесь же предлагаются дополнительные услуги, в том числе отпевания. (Интересно, что по этому поводу думают священники православной церкви?) Хотелось бы узнать объективную информацию о деятельности подобного заведения от компетентных органов.

Для решения проблем в специфичной сфере можно предложить следующие рекомендации для ее совершенствования.

Для похоронных служб необходимо вернуть систему лицензирования. Ритуальные услуги смогут оказывать только компании, заключившие договор с местными властями. Для заключения договора им необходимо соответствовать сформулированным требованиям по имуществу и квалификации персонала. При заключении договора похоронное бюро обяжут указывать перечень услуг и реальные расценки на них. Компании, которые недобросовестно выполняют свои обязательства и некачественно оказывают ритуальные услуги, можно будет привлечь к административной или уголовной ответственности.

Необходимо ужесточить контроль над медицинскими учреждениями и сотрудниками полиции, привлекая их к административной или уголовной ответственности, как в некоторых странах Европы за продажу информации об умершем.

Низкая информированность населения по вопросам услуг предприятий сферы ритуального обслуживания требует развитие специальных служб. В этом

случае отсутствие соответствующей информационно-справочной поддержки организаций сферы ритуальных услуг порождает проблему недостаточной информированности населения. В качестве рекомендации необходимо проведение активной работы со средствами массовой информации. Следует более активно использовать современные информационно-коммуникационные технологии, в том числе создавать и поддерживать официальные интернет порталы специализированных учреждений в сети «Интернет», обеспечивать качественное наполнение их информацией о деятельности по решению вопросов в сфере ритуальных услуг.

В плане оформления соответствующих документов и договоров при организации похорон, развитие электронного формата оказания ритуальных услуг позволит снизить коррупцию в органах власти всех уровней.

Учитывая, что 20% опрошенных граждан сталкиваются с проявлением грубости и неуважения сотрудников ритуальных служб, необходимо уделить внимание принципам профессиональной этики при проведении профессионального обучения и аттестации работников. Необходимо разработать специальную памятку сотруднику ритуальной организации по работе с клиентами. В памятке обязательно должны быть указаны конкретные предложения по социально-психологическим основам и культуре ритуального обслуживания, обеспечивающих возможность индивидуального подхода к клиенту.

В связи с недостаточно эффективным регулированием и отсутствием четких регламентов деятельности на местном уровне, рынок ритуальных услуг во многом подвержен криминализации и широкому внедрению коррупционных схем, а именно: неуплата сумм налога, продажа информации о смерти и мест захоронения, недобросовестная конкуренция, включение в оказание услуг условий, ущемляющих права потребителя. Предлагается в качестве регулирования включение специализированных служб в соответствующий муниципальный реестр и заключение соглашений между службами и органами местного самоуправления. Такой реестр поможет потребителям быстро найти и выбрать качественное, проверенное ритуальное агентство с хорошей репутацией и отзывами.

Список литературы

1. Достоевский Ф.М. Соб.соч. в 15 томах, Ленинград, «Наука» 1989 г. Т. 5. С. 357.
2. «Рождение и смерть похоронной индустрии: от средневековых погостов до цифрового бессмертия». 2 издание. М.: Common place, 2018. 328 с.
3. Ильф И., Петров Е. «Двенадцать стульев». Москва «Книга», 1987 г. С. 25.

4. Анастасия Якорева. Статья «Расследование Ивана Голунова: Как УФСБ по Москве связано с похоронным бизнесом» Электронный ресурс <https://www.vedomosti.ru/rubrics/politics>.

5. Похоронит ли новый закон «О похоронном деле в РФ» коррумпированный ритуальный бизнес в Омске? Газета «Коммерческие вести» от 29 мая 2019 года.

6. Федеральный закон «О погребении и похоронном деле» ФЗ №68 от 19.12.2016 г.

7. Закон Нижегородской области «О погребении и похоронном деле в Нижегородской области» №139-З от 06.12.2018 г.

8. Концепция нормативно-правового регулирования похоронной отрасли Российской Федерации и совершенствования ее законодательства (основные положения) // Электронный ресурс. <http://www.funeralportal.ru/magazine/1116/4195.html>.

НАСТАВНИЧЕСТВО КАК СРЕДСТВО ФОРМИРОВАНИЯ ПРАКТИК ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ У МОЛОДЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ MENTORING AS A MEANS OF PROMOTING HEALTH-SAVING PRACTICES AMONG YOUNG PROFESSIONALS

Р.В. Сизоненко

*Институт социально-экономических исследований
Уфимского научного центра РАН, г. Уфа*

R.V. Sizonenko

*Institute of Socio-Economic Research
Ufa Scientific Center of the Russian Academy of Sciences, Ufa*

Молодые специалисты в первые годы испытывают множество проблем на рабочем месте. В условиях промышленного производства сложности детерминированы также отсутствием навыков здоровьесбережения, понимания и применения на практике правил и норм техники безопасности. По мнению автора, в решении данной проблемы целесообразно применение технологии наставничества, позволяющей не только ускорить процесс профессиональной социализации, но и содействовать формированию практик здоровьесбережения.

Young professionals experience many problems in the workplace in the early years. In industrial production, the difficulties are also determined by the lack of health and safety skills, understanding and practical application of safety rules and regulations. According to the author, in solving this problem it is expedient to use mentoring technology, which allows not only to accelerate the process of professional socialization, but also to contribute to the formation of health saving practices.

Ключевые слова: наставничество, молодой специалист, здоровьесбережение, техника безопасности, промышленное предприятие

Keywords: mentoring, a young specialist, health protection, safety, industrial company

Выпускник вуза, попадая на производственное предприятие, в течение некоторого времени не только адаптируется, приспособливаясь к новой обстановке, но и параллельно обучается, приобретая знания, умения и навыки работы непосредственно в данных условиях, с новыми людьми, руководством, по правилам, отличающимся от ранее усвоенных. Процесс профессиональной социализации может затянуться, но его можно ускорить, если организовать поддержку/сопровождение новичка опытным наставником.

Практики наставничества имеют глубокую традицию. В первобытных обществах юноши, готовясь к инициации, находились под наблюдением и набирали советы специально предназначенных для этого опытных старших членов племени. Считается, что «наставничество» – синоним термина «менторство» (или «менторизм»). В начале XX века в США термин «наставничество» начинает использоваться в технологиях социальной работы с «трудными» детьми: организация Big Brothers Big Sisters of America начала свою деятельность с 1900-х гг., объединив добровольцев-наставников для занятий с детьми-сиротами, безнадежно больными, из неблагополучных семей.

Наставничество планируется лишь на период адаптации новичка и не может продолжаться бесконечно. В идеале наставничество должно быть открытой системой культуры приобретения опыта. От ученика при этом требуется понимание необходимости определения, какие именно умения и навыки ему получить от наставника и каким образом ему лучше это сделать.

В процессе наставничества происходит передача не только знаний, но и опыта от наставника к стажеру, у которого формируются необходимые в данной конкретной работе навыки и умения. В роли наставника может выступать только высококвалифицированный специалист, который имеет достаточный опыт работы и готов передавать его новым сотрудникам.

Пилотажное исследование, проведенное на одной из площадок производственного предприятия «УМПО»^{*}, позволило выявить несколько проблемных моментов в отношении сотрудников к наставничеству и его перспективам. Пилотаж был проведен посредством включенного наблюдения и

^{*} ПАО «ОДК-Уфимское моторостроительное производственное объединение» – инновационное предприятие, осуществляющее разработку, производство и послепродажное обслуживание газотурбинных двигателей для военной авиации. Предприятие основано в 1925 г. В объединении работают более 23 тысяч человек. Основными видами деятельности предприятия являются разработка, производство, сервисное обслуживание и ремонт турбореактивных авиационных двигателей, производство и ремонт узлов вертолетной техники, выпуск оборудования для нефтегазовой промышленности.

интервьюирования 10 сотрудников, в том числе 3 экспертов из числа управленцев среднего звена (начальник участка, его заместитель и мастер) и 20 молодых специалистов. Опрос включал не только прямые вопросы об организации и перспективах наставничества, но и общие вопросы об управленческих отношениях, качествах руководителя и подчиненного. Таким образом планировалось выявить некоторые ценностные ориентиры в представлениях руководителей, что, в свою очередь, доводится до подчиненных в виде установок, что формирует в целом организационную культуру.

Опрошенные эксперты указали на необходимость организации наставничества, но исключительно в рамках рабочего времени и при условии обязательного материального стимулирования наставников. По их мнению, не все опытные сотрудники готовы и способны к взаимодействию с молодыми специалистами: в качестве наставников можно назначать сотрудников со стажем работы не менее 3 лет, но не более 5, поскольку в этот период сотрудник, обладая опытом, еще мотивирован к новым достижениям и карьерному росту. Поэтому здесь возможно продуктивное сотрудничество с наставляемым молодым специалистом: наставник овладеет вместе со своим подопечным новыми компетенциями, в том числе управленческими, педагогическими, инновационными, если последними обладает наставляемый. Любопытно, что опрошенные молодые специалисты (все с высшим техническим образованием и стажем работы 0,5-2 года) также отметили необходимость реализации наставничества, но при этом отмечается некоторая зависимость от стажа работы: сотрудники-новички (со стажем менее года) указали на потребность в молодом наставнике (со стажем работы более 2-3 лет, но не более того), который бы постоянно их курировал и «вводил в курс дела». На вопрос о том, «Какие знания Вы хотели бы получить от наставников», молодые специалисты ответили, что им необходимо понять, что нужно делать для успешной карьеры на предприятии. Ценными, по их мнению, могли быть рекомендации о личных контактах, стиле общения, способах разрешения конфликтных ситуаций в коллективе и в отношениях с руководством, а также о способах здоровьесбережения, рациональной организации работы и отдыха.

По мнению экспертов, на УМПО риск получения производственной травмы формально минимизирован: во-первых, на производстве уделяется большое внимание качеству оборудования с точки зрения его безопасности, во-вторых, все сотрудники регулярно проходят инструктаж по технике безопасности. Статистики по травматизму на производстве нет. Тем не менее, молодые специалисты указали на необходимость консультаций с наставником по здоровьесбережению. Вопросы на первый взгляд простые, но тем не менее,

важные для новичка: от правильной экипировки до физического положения в работе с оборудованием. Теоретически здоровьесбережение (или здоровьесохранение) подразумевает способность индивида сохранить/сберечь здоровье как некое состояние с определенными, оптимальными для жизнедеятельности параметрами. Как правило, о здоровьесберегающих технологиях принято рассуждать в контексте системы образования, подразумевая формирование культуры сохранения здоровья, приобретения навыков здорового образа жизни. В рамках рассматриваемой проблемы речь идет о здоровьесбережении работника предприятия, поэтому здесь прежде всего стоит вопрос о факторах, угрожающих здоровью, но при этом обусловленных особенностями производственного процесса. Как было сказано, все сотрудники в обязательном порядке проходят инструктаж по технике безопасности, но он, по сути, представляет собой формальную процедуру, не гарантирующую формирование навыков самосохранительного поведения, тем более у молодых специалистов. В ходе опроса респонденты с минимальным стажем работы отмечали наличие страха в процессе работы на заводском оборудовании.

Наставник может помочь новичку быстрее освоиться и разобраться с потенциальными угрозами и рисками на производстве. По информации на официальном сайте, на предприятии в 2016 г. разработано и введено в действие обучение по методике «Обучение внутри производства» (Training Within Industry, TWI) – это методы и инструменты обучения на рабочем месте, которые позволяют развить систему наставничества. Однако в настоящее время не все сотрудники осведомлены о внедрении названных программ. В объединении создан Совет молодых специалистов, но на вопрос о том, насколько эффективно работает Совет, сами молодые специалисты ответили, что пока реальной поддержки в процессе трудовой деятельности от Совета не получали. Из опрошенных молодых специалистов 75% оказались выпускниками УГАТУ, 10% УГНТУ и 5% – БГАУ. Все опрошенные получили в вузе квалификацию инженера, обучались по программам специалитета, но 75% из них очно, 25% – заочно. Все обучавшиеся по очным программам отметили недостаточность практической подготовки. Несмотря на пройденные практики в процессе обучения в вузе, необходимых навыков для работы на промышленном предприятии им получить не удалось.

Таким образом, технология наставничества может содействовать не только ускоренной профессиональной социализации молодых специалистов, но и формированию навыков здоровьесбережения в условиях производства, что, в свою очередь, отразится на качественных и количественных характеристиках кадровых ресурсов предприятия.

Список литературы

1. Есенина Е.Ю. Наставничество на производстве: «забытое старое» и «желаемое новое» / Е.Ю. Есенина // Профессиональное образование и рынок труда. 2015. № 7. С. 2-5.
2. Лебедева-Несевря Н.А., Соловьев С.С. Защищенность здоровья в структуре факторов выбора места работы (по результатам опроса производственного персонала промышленного предприятия) // Трансформация человеческого потенциала в контексте столетия / Под общей редакцией проф. З.Х. Саралиевой: В 2 т. Т 2. Н.Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2017. С. 688-692.
3. Липатов С.Е. Наставничество как процесс развития и мотивации молодых специалистов и наставников // Национальные приоритеты России. 2014. №2 (12). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/nastavnichestvo-kak-protsess-razvitiya-i-motivatsii-molodyh-spetsialistov-i-nastavnikov> (дата обращения: 21.06.2019). КиберЛенинка: <https://cyberleninka.ru/article/n/nastavnichestvo-kak-protsess-razvitiya-i-motivatsii-molodyh-spetsialistov-i-nastavnikov>
4. Социальная устойчивость региона: диагностика и проблемы развития: Монография / Под общей редакцией канд. социол. наук, доцента Р.М. Садыкова. Уфа: ИСЭИ УНЦ РАН, 2017. 188 с.

**ЗАНЯТИЯ БОЕВЫМИ ИСКУССТВАМИ И СОЦИАЛЬНЫМИ
ТАНЦАМИ У СОВРЕМЕННЫХ ГОРОЖАН КАК
ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ПРАКТИКИ: ПОПЫТКА
СОПОСТАВЛЕНИЯ**

**MARTIAL ARTS AND SOCIAL DANCE PRACTICES AMONG
CONTEMPORARY URBAN DWELLERS AS HEALTH-PRESERVING
PRACTICES: AN ATTEMPT OF COMPARISON**

А.Е. Солдаткин
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*
A.E. Soldatkin
Lobachevsky University

Сопоставляются занятия боевыми искусствами и социальными танцами как социальные явления, характерные для современного городского образа жизни. Рассматривается их здоровьесберегающий потенциал.

The article compares the practices of martial arts and social dancing as social phenomena characteristic for contemporary urban lifestyle, in the aspect of their health-preserving potential.

Ключевые слова: единоборства, спорт, социальные танцы, ценности, нормы, социализация, здоровьесбережение

Keywords: martial arts, combat sports, social dance, values, norms, socialization, health preservation

Боевые искусства и социальные танцы как социальные явления

Современный городской образ жизни предполагает заметное снижение физической активности горожан в процессе труда, даже по сравнению с индустриальным образом жизни городов 20 века. С другой стороны, всё большее распространение получают специально организованные практики, связанные с телесной активностью, имеющие самостоятельную ценность, не ограниченную рамками производства и потребления.

Примерами таких практик могут служить, в частности, единоборства (спортивные, прикладные, традиционные) и социальные танцы.

Как мы отмечали в предыдущей работе на подобную тему [1, с. 170-174] боевые искусства как социальное явление парадоксальны и исполнены противоречий, исследование которых открывает возможность для более глубокого понимания боевых искусств как социального явления.

Боевые искусства находятся на границе между природой и культурой. Их практика телесна и предельно эмпирична, в ней «*тело одновременно служит основой, инструментом и целью*». Однако эта практика невозможна без ценностей и культурных образцов, а также без внутренней психологической перестройки практикующего. Как правило, такая практика индивидуальна, однако социализация и подготовка единоборца – всегда плод коллективных действий, синхронных или диахронных. Таким образом, единоборства как социальное явление тесно включены в общество, однако отношение к ним, как отмечает Л. Вакан, отличается шизофреничностью – они притягивают и отталкивают одновременно [2, 107].

Социальные танцы, подобно боевым искусствам, занимают положение на границе природы и культуры. С одной стороны, они зачастую предполагают тесное (включая телесное) взаимодействие вовлеченных субъектов, с другой – высоко ритуализованы и регулируются системой норм и правил, фактически представляя собой социальный институт. Социальные танцы можно определить как танцы, акцентирующие внимание на участии, а не на представлении, имеющие преимущественную ценность для участников, а не зрителей. Социальный танец выполняет прежде всего рекреационные и *социализирующие* функции, реже ритуальные, соревновательные, эротические. Отношение к танцам менее настороженное и неприязненное, контекст, где они социально допустимы, шире, однако такая практика всё же опознаётся как выдающаяся из потока обыденности.

Еще одно общее свойство единоборств и социальных танцев – их *отделённость и, одновременно, зависимость от окружающей социальной среды*. При этом границы среды единоборств в большей мере закрыты для непосвященных, «спортивный зал представляет собой квазитотальный институт, который стремится определить все существование бойца, его поведение во времени и пространстве, владение телом и даже его душевное состояние» [2, с. 121]. Границы танцевальных сообществ более зыбки и проницаемы, для рекреационных целей жесткой дисциплины не требуется. В то же время сообщества единоборств и танцев могут пополнять свои ряды только извне, привлекая новых учеников, и делают это, демонстрируя и предлагая модели поведения, редко реализуемые вне стен спортивного или танцевального зала.

Как единоборства, так и социальные танцы, как правило, пространственно отделены от обыденной жизни. Клубы единоборств – уникальные социальные зоны, где, по выражению Л. Вакана, *«вновь становятся возможными социальные отношения, запрещенные за [их] пределами»* [2, с. 113], причем понимать это можно по меньшей мере двумя способами. С одной стороны, в спортивных залах разрешено насилие, формально запрещенное и преследуемое вне их, но с другой, как показывает Л. Вакан на примере боксерских клубов в чикагских гетто, спортзал является областью защищенной социальной жизни, позволяющей на время избавиться от давления улицы и гетто, вступить с товарищами по тренировкам в искренние, непосредственные отношения, основанные на доверии.

Важным является, что взаимодействие в среде единоборств и в танцах регулируется не только писаными правилами, но и неформальными конвенциями, нормами и обычаями. Эти нормы предполагают взаимное доверие, когда партнеры по тренировкам отдают свою безопасность в руки друг друга. Доверие важно и в парных социальных танцах, где партнеры допускают друг друга в близкое (интимное) пространство.

Здоровьесберегающий потенциал занятий боевыми искусствами и социальными танцами

Многочисленные научные исследования свидетельствуют о пользе занятий как боевыми искусствами, так и социальными танцами для физического и ментального здоровья. Так, исследование канадских ученых [3] показало улучшение концентрации внимания у подростков с проблемами с обучения и сопутствующими ментальными расстройствами после практики занятий боевыми искусствами.

Польские исследователи показали, что практика спортивных единоборств и традиционных боевых искусств положительно коррелирует с практиками

здорового питания, здоровьесберегающего поведения, позитивным эмоциональным настроением [4]. Можно предположить, что выбор, сделанный в пользу занятий боевыми искусствами, влечет за собой реформирование образа жизни в сторону большей ориентированности на здоровье.

Австралийские специалисты в своём обзоре публикаций о влиянии занятий танцами на здоровье пожилых людей делают выводы, что такие занятия значительно укрепляют дыхательную и сердечно-сосудистую системы, равновесие и гибкость, прочность костей нижних конечностей. [5]

Результаты ряда исследований (например [6, 7]) свидетельствуют о том, что занятия социальными танцами способствуют улучшению состояния пожилых людей с депрессией и психиатрическими расстройствами. Подчеркивается, что положительное влияние оказывают именно парные (партнёрские) танцы.

Российский исследователь И. Сироткина в своём обзоре подчёркивает, что танцы как социальная и физическая активность могут служить моделью активной жизни именно для людей старшего возраста [8].

Примечательно, что исследования влияния занятий танцами и боевыми искусствами на физическое и психическое здоровье заметно разделены по возрасту. Относительно подростков и молодых людей чаще проводятся исследования влияния боевых искусств и спортивных единоборств, пожилые люди чаще рассматриваются в контексте танцев. Представляется, что перспективным может стать сознательное перемещение фокуса исследовательского внимания на «нехарактерные» для соответствующих возрастов типы активности.

Список литературы

1. Солдаткин А.Е. Спортивные и игровые формы насилия: единоборства в современной городской культуре // Социокультурные корни насилия в современном обществе. Материалы международной научно-практической конференции. Нижний Новгород, ННГУ. 1-3 ноября 2012 г. под общей редакцией проф. З.Х. Саралиевой. Н.Новгород: Издательство НИСОЦ. 2013. 659 с.

2. Вакан Л. Социальная логика бокса в черном Чикаго: к социологии кулачного боя // Логос №3 (54) 2006. С. 104-140.

3. Milligan K., Sibalis A., McKeough T. et al. Impact of Mindfulness Martial Arts Training on Neural and Behavioral Indices of Attention in Youth with Learning Disabilities and Co-occurring Mental Health Challenges. *Mindfulness* (2019) 10: 2152. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01161-3><https://link.springer.com/article/10.1007/s12671-019-01161-3>

4. Kotarska K., Nowak L., Szark-Eckardt M., Nowak M.A. Intensity of Health Behaviors in People Who Practice Combat Sports and Martial Arts. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2019. 16. 2463. <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/14/2463>

5. Keogh Justin & Kilding Andrew & Pidgeon Philippa & Ashley, Linda & Gillis, Dawn. (2009). Physical Benefits of Dancing for Healthy Older Adults: A Review. *Journal of aging and physical activity*. 17. 479-500. 10.1123/japa.17.4.479. https://www.researchgate.net/publication/40033548_Physical_Benefits_of_Dancing_for_Healthy_Older_Adults_A_Review/citation/download

6. Romina Tavormina & Maurilio Giuseppe Maria Tavormina Overcoming Depression with Dance Movement Therapy: A Case Report. *Psychiatria Danubina*, 2018. Vol. 30. Suppl. 7. P. 515-520. http://www.psychiatria-danubina.com/UserDocs/Images/pdf/dnb_vol30_sup7/dnb_vol30_sup7_515.pdf

7. Madeleine E. Hackney, Gammon M. Earhart Social partnered dance for people with serious and persistent mental illness: A pilot study. <https://core.ac.uk/download/pdf/70382390.pdf>

8. Сироткина И.Е. ВЗРОСЛЫЕ+: танец как модель активной жизни для старших людей https://www.academia.edu/36415967/ВЗРОСЛЫЕ_танец_как_модель_активной_жизни_для_старших_людей

**ОРГАНИЗАЦИЯ И СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ
ИНТЕЛЛЕКТА В ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ
УЧРЕЖДЕНИЯХ РЕСПУБЛИКИ МОРДОВИЯ**
**ORGANIZATION AND SUPPORT FOR CHILDREN WITH
INTELLECTUAL DISABILITIES IN PRESCHOOL EDUCATIONAL
INSTITUTIONS OF THE REPUBLIC OF MORDOVIA**

Т.В. Соловьева

Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева, г. Саранск

T.V. Soloveva

Ogarev Mordovia State University, Saransk

Анализируются особенности процесса сопровождения детей с нарушением интеллекта. Предложены различные трактовки термина «сопровождение», в том числе авторская. Представлен детальный анализ специфики деятельности субъектов сопровождения в Республике Мордовия, в том числе дошкольных образовательных учреждений. Обоснованы выводы по проблеме исследования, представленной в данной статье.

The article analyzes the features of the process of accompanying children with intellectual disabilities. The author has proposed various interpretations of the term “accompaniment”, including the author. The author presents a detailed analysis of the specifics of the activities of support subjects in the Republic of Mordovia, including

pre-school educational institutions. In conclusion, reasonable conclusions are made on the problem of research presented in this article.

Ключевые слова: комплексное сопровождение, дети с нарушением интеллекта, процесс, помощь, дошкольные образовательные учреждения

Keywords: comprehensive support, children with intellectual disabilities, process, assistance, pre-school educational institutions

Ребенок с ограниченными возможностями – это лицо, которое не может самостоятельно обеспечить полностью или частично потребности нормальной личной и/или социальной жизни в силу недостатка, будь то врожденного или нет, его или ее физических или умственных способностей [1].

Анализ социологической и психолого-педагогической литературы показал, что термин «сопровождение» еще не получил устойчивого определения, несмотря на то, что он широко известен и активно используется.

С.М. Федорова в своем исследовании дает определение понятия «сопровождение» – это система деятельности психологов, педагогов, родителей, направленная на создание благоприятных условий для детей с проблемами, от которых зависит улучшение их психофизического состояния и успешность адаптации в обществе [2, с. 10].

В.И. Щеголь в своих исследованиях полагает, что сопровождение – это профессиональная деятельность взрослых, которые взаимодействуют с ребенком в образовательной среде. Ребенок, приходя в образовательное учреждение, решает свои определенные задачи, реализует свои индивидуальные цели психического и личностного развития, социализации, образования. Сопровождающая работа взрослых направлена на создание благоприятных социально-психологических условий для его успешного обучения, социального и психологического развития [3, с. 90].

Таким образом, сопровождение в нашем исследовании – это особый вид социально-педагогического, социально-психологического и медико-социального взаимодействия специалистов различного профиля с детьми и членами их семей в условиях дошкольного образовательного учреждения компенсированного вида, направленный на создание благоприятных условий для детей с ограниченными возможностями здоровья, от которых зависит улучшение их психофизического состояния и успешность социализации в обществе [4, с. 116].

В настоящее время существуют разнообразные структуры, осуществляющие сопровождение детей дошкольного возраста с нарушением интеллекта в Республике Мордовия.

В системе Министерства образования Республики Мордовия функционируют:

– *дошкольное образовательное учреждение компенсирующего вида с 12-ти часовым пребыванием детей* (МДОУ «Детский сад № 91» городского округа Саранск). Учреждение оказывает услуги в реализации адаптированной образовательной программы дошкольного образования для детей с умственной отсталостью с учетом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей, обеспечивающей коррекцию нарушений развития и социальную адаптацию воспитанников с умственной отсталостью. В МДОУ «Детский сад № 91» функционирует группа кратковременного пребывания, бесплатный консультативный пункт «Сотрудничество» для детей, не посещающих дошкольное образовательное учреждение;

– *дошкольные образовательные учреждения комбинированного вида*, в которых организованы специализированные коррекционные группы; коррекционные группы кратковременного пребывания в структуре общеобразовательных ДОУ.

Комплектование этих учреждений, решение вопроса о зачислении каждого конкретного ребенка в специальное (коррекционное) дошкольное учреждение компенсирующего вида или в коррекционную группу, дошкольные образовательные учреждения комбинированного вида и о выводе его находятся в компетенции психолого-медико-педагогической консультации (ПМПК), которая осуществляет свою деятельность в следующем составе: председатель (представитель управления образования) и члены комиссии – учитель-дефектолог, учитель-логопед, врач-психоневролог (или детский психиатр), психолог. ПМПК организуются и курируются областными, городскими или районными отделами комитетов образования.

Альтернативной формой сопровождения детей с нарушением интеллекта Дауна являются *частные образовательные организации*, в которые принимаются все желающие дети дошкольного возраста, с ними организуется индивидуальная коррекционно-развивающая работа узкими специалистами (учитель-дефектолог, учитель-логопед, специальный психолог), совместная досуговая деятельность детей с нарушением интеллекта и нормально развивающихся сверстников с обязательным сопровождением тьютером. Примерами таких организаций в городском округе Саранск являются: Центр продленного дня, Ресурсный центр интегрированного образования при МордГПИ имени М. Е. Евсевьева; центры раннего развития детей «Ладошки», «Букваренок», «ЯСАМ», «Почемучка», «Смышленок», «Колокольчик», «Планета мам», центр дошкольного образования детей «Непоседы».

В системе Министерства здравоохранения Республики Мордовия функционируют:

– *дома ребенка*. В Республике Мордовия сегодня вопросом воспитания и оказания медицинской помощи, в том числе восстановительного лечения, а также комплексной медико-психолого-педагогической реабилитации с использованием современных технологий детям сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей, с рождения до 4 лет занимается государственное казенное учреждение здравоохранения «Большеберезниковский дом ребенка специализированный с органическим поражением центральной нервной системы с нарушением психики»;

– *психоневрологические санатории*. В структуре санаториев Республики Мордовия имеются отдельные профили лечения, по которым детям дошкольного возраста с нарушением интеллекта предлагается индивидуальная программа оздоровления независимо от времени года (санатории «Саранский», «Алатырь», «Мокша»);

– *психоневрологические больницы*. Примером такого учреждения выступает государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Республиканский психоневрологический диспансер», который является центром амбулаторной психиатрической службы Республики Мордовия. Структура внебольничного звена психиатрической помощи позволяет оказывать специализированную помощь как городскому, так и сельскому населению. Республиканский психоневрологический диспансер координирует работу районных врачей-психиатров, психотерапевтов, логопедов, психологов общесоматической сети.

Другим примером служит детско-психиатрическое отделение государственного автономного учреждения здравоохранения Республики Мордовия «Республиканская психиатрическая больница», в которой определяется подбор адекватных доз психотропных препаратов, соблюдая преемственность в лечении после пройденного курса интенсивной терапии; осуществляется полная редукция острой психопатологической симптоматики; оказывается консультативная и организационно-методическая помощь по лечебно-диагностическим вопросам внутри больницы и в других учреждениях здравоохранения.

В системе Министерства социальной защиты, труда и занятости населения Республики Мордовия выделяются следующие организации, оказывающие коррекционную помощь детям дошкольного возраста с нарушением интеллекта:

– *детский дом-интернат*, который предназначен для постоянного проживания детей с ограниченными возможностями, нуждающихся в уходе,

бытовом и медицинском обслуживании, а также социально-трудовой адаптации, в возрасте с 4-х лет до совершеннолетия. Примером такого учреждения служит государственное бюджетное стационарное учреждение социального обслуживания системы социальной защиты населения Республики Мордовия «Потьминский детский дом-интернат для умственно отсталых детей».

В эти учреждения принимают детей с осложненными формами умственной отсталости: эписиндромом, шизофреноподобным синдромом, с нарушениями поведения и другими осложнениями. Организуют и курируют помощь проблемным детям в этих учреждениях детские психоневрологические больницы разного уровня (регионального, областного, городского). Основные задачи этих учреждений – привитие детям навыков самообслуживания, воспитание адекватного социального поведения, формирование элементарных навыков трудовой деятельности и элементарных учебных навыков.

– ГБУ РМ «Комплексный центр социального обслуживания по городскому округу Саранск», осуществляющий деятельность по реализации индивидуальных программ реабилитации в условиях дневного пребывания детей с отклонениями в физическом и умственном развитии совместно с учреждениями здравоохранения, образования, физической культуры и спорта, обучению родителей особенностям воспитания детей и методикам реабилитации.

Государственная система специальных дошкольных образовательных учреждений призвана выполнять следующие задачи по сопровождению детей с нарушением интеллекта:

– обеспечение права ребенка с нарушениями в развитии на получение коррекционной помощи;

– защита ребенка с нарушениями в развитии от некомпетентного педагогического воздействия;

– сохранение единого образовательного пространства на территории РФ в условиях самостоятельности регионов и образовательных дошкольных учреждений;

– обеспечение выполнения требований к разработке содержания и методов коррекционно-педагогического воздействия;

– обеспечение вариативности и разнообразия организационных форм обучения и воспитания и коррекционно-развивающих технологий;

– обеспечение материально-технической базы дошкольных образовательных учреждений с учетом характера и структуры нарушений в развитии воспитанников;

– разработка требований к подготовке квалифицированных педагогических кадров.

Коррекционно-воспитательная работа с дошкольниками, имеющими нарушение интеллекта, является частью процесса сопровождения, также предполагающего еще и социально-психолого-педагогическую работу с семьями этих детей.

В процессе пребывания ребенка с ограниченными возможностями здоровья в дошкольном образовательном учреждении специалистам необходимо знать следующие положения сопроводительной деятельности:

– включать в занятия всех детей группы, независимо от дефекта, разрабатывая для каждого из них индивидуальную развивающую и коррекционную программу;

– при оценке динамики продвижения ребенка с ограниченными возможностями здоровья сравнивать его не с другими детьми, а главным образом с самим собой на предыдущем уровне развития;

– создавать для ребенка атмосферу доброжелательности, психологической безопасности; педагог должен стремиться к безоценочному принятию ребенка, пониманию его ситуации;

– педагогический прогноз строить на основе педагогического оптимизма, стремясь в каждом ребенке найти сохранные психомоторные функции, положительные стороны его личности и развития, на которые можно опереться при педагогической работе;

– диагноз и прогноз должен быть предметом профессиональной тайны специалистов;

– разрабатывать динамичную индивидуальную развивающую коррекционную программу для каждого ребенка совместно с родителями; при разработке такой программы опираться на общие закономерности возрастного развития, как в норме, так и в условиях патологии;

– соблюдать основные принципы методического подхода к воспитанию и обучению детей с ограниченными возможностями здоровья:

а) создавать специальные условия для обеспечения мотивационной стороны деятельности;

б) осуществлять коммуникативную направленность сопровождения;

в) строго индивидуализировать процесс сопровождения;

г) всесторонне развивать у ребенка продуктивные виды деятельности: лепку, рисование, ручной труд, аппликации;

д) создавать условия для активного участия родителей и замещающих их лиц в воспитании и обучении детей.

Предлагается соблюдать следующие обязательные направления процесса сопровождения детей с нарушением интеллекта в условиях дошкольного образовательного учреждения:

1. развитие адекватных представлений о собственных возможностях и ограничениях, о насущно необходимом жизнеобеспечении, способности вступать в коммуникацию со взрослым, чтобы попросить помощи;

2. овладение социально-бытовыми умениями, используемыми в повседневной жизни;

3. овладение навыками коммуникации;

4. дифференциация и осмысление картины мира и ее временно-пространственной организации;

5. осмысление своего социального окружения и освоение соответствующих возрасту системы ценностей и социальных ролей.

Таким образом, в современной ситуации основной задачей образования выступает создание условий для развития личности, способной адаптироваться к происходящим изменениям. В дошкольных образовательных учреждениях организуется систематизированная работа специалистов по сопровождению воспитательно-образовательного процесса ребенка с нарушением интеллекта, основанная на принципах междисциплинарного взаимодействия.

Список литературы

1. Кузнецова О.В., Слесарев С.А., Гурина О.А. Белянинова Ю.В. Комментарий к Федеральному закону от 24 ноября 1995 г. N 181-ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" (постатейный) (под ред. Т.С. Гусевой). – Специально для системы ГАРАНТ (дата обращения 29.04.2019 г.).

2. Федорова С.С. Психолого-педагогическое сопровождение детей с ограниченными возможностями: автореф. на соискание ... канд. пед. наук. Ставрополь, 2006. 28 с.

3. Щеголь В.И. Психолого-педагогическое сопровождение образовательного процесса // *Фундаментальные исследования*. 2008. № 9. С. 89-91.

4. Соловьева Т.В. Особенности комплексного сопровождения детей с нарушением интеллекта в условиях МДОУ «Детский сад № 91» компенсирующего вида г. о. Саранск // *Гуманитарий*. 2017. № 4. С. 115-121.

**ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ ЦЕЛЕВЫХ РЕГИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ,
НАПРАВЛЕННЫХ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА
ЖИЗНИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В РЕСПУБЛИКЕ МОРДОВИЯ**
**EXPERIENCE IN IMPLEMENTING TARGETED REGIONAL PROGRAMS
AIMED AT PROMOTING A HEALTHY LIFESTYLE FOR CHILDREN
AND ADOLESCENTS IN THE REPUBLIC OF MORDOVIA**

Т.В. Соловьева, Д.А. Бистяйкина

Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева, г. Саранск

T.V. Soloveva, D.A. Bistaikina

Ogarev Mordovia State University, Saransk

Анализируются основные целевые региональные программы, реализуемые в Республике Мордовия и направленные на формирование здорового образа жизни детей и подростков.

The article analyzes the main target regional programs implemented in the Republic of Mordovia and aimed at promoting a healthy lifestyle for children and adolescents.

Ключевые слова: здоровый образ жизни, программа, регион, дети и подростки, спорт, здоровье

Key words: healthy lifestyle, program, region, children and adolescents, sport, health

Республика Мордовия является регионом страны, в котором большое внимание уделяется формированию здорового образа жизни детей и подростков. Ключевой региональной программой, направленной на формирование здорового образа детей и подростков, является государственная программа РМ «*Развитие физической культуры и спорта на 2014-2020 годы*». Общими задачами данной подпрограммы являются: повышение мотивации граждан к регулярным занятиям физической культурой и спортом и ведению здорового образа жизни; развитие инфраструктуры физической культуры и спорта, в том числе для лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов. Также отмечается, что к 2020 году доля населения, систематически занимающегося физической культурой и спортом, в том числе и подрастающего поколения, должна составить 40%. В случае достижения поставленных целей предполагается добиться:

– улучшения здоровья, физического развития и физической подготовленности населения, в том числе молодого поколения;

– повышения эффективности системы детско-юношеского спорта, отбора и подготовки спортивного резерва для спортивных сборных команд страны;

- усиления глобальной конкуренции в спорте высших достижений;
- ликвидации наметившегося в некоторых областях отставания в развитии и внедрении инновационных спортивных технологий.

Программа «Развитие физической культуры и спорта на 2014-2020 годы» включает 2 подпрограммы [1]:

- *«Развитие физической культуры и массового спорта»;*
- *«Развитие спорта высших достижений и системы подготовки спортивного резерва».*

Подпрограмма *«Развитие физической культуры и массового спорта»* ставит своей целью обеспечение возможностей гражданам систематически заниматься физической культурой и массовым спортом и вести здоровый образ жизни.

Цель подпрограммы *«Развитие спорта высших достижений и системы подготовки спортивного резерва»* – обеспечение высокой конкурентоспособности спортсменов Республики Мордовия на внутрироссийской и международной спортивной арене.

В соответствии с данной программой в республике реализуется ряд проектов и программ, направленных на формирование навыков здорового образа жизни детей и подростков. Рассмотрим ряд из них подробнее.

Анализ государственной программы показал, что основным мероприятием является – *«Мероприятия по вовлечению населения в занятия физической культурой и массовым спортом»*, в том числе:

1) проведение информационно-просветительских мероприятий по популяризации физической культуры и массового спорта, здорового образа жизни, а также спортивного стиля жизни, в том числе с привлечением ведущих спортивных специалистов, спортсменов, политиков, общественных деятелей;

2) обеспечение сотрудничества с республиканскими телерадиовещательными компаниями для содействия в создании программ спортивной и физкультурно-оздоровительной тематики в целях вовлечения населения в систематические занятия физкультурой и спортом;

3) создание и распространение кино-, теле-, радиопрограмм, печатной продукции, а также создание и поддержку Интернет-ресурсов, направленных на пропаганду здорового образа жизни, активных занятий физической культурой и спортом;

4) реализация программы *«Зритель»* при проведении крупных республиканских, межрегиональных, всероссийских и международных спортивных соревнований. [1]

Еще одной важной региональной программой, направленной на формирование навыков здорового образа жизни у детей и подростков, является

Государственная программа развития здравоохранения Республики Мордовия на 2013-2020 годы, конкретно ее подпрограмма «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи». Среди задач данной подпрограммы можно выделить следующие:

- повышение информированности населения по вопросам сохранения и укрепления здоровья через создание и поддержание постоянно действующей информационно-пропагандистской и образовательной системы, направленной на мотивацию населения к здоровому образу жизни, профилактику травматизма, привлечение к активному отдыху, занятию физической культурой, туризмом и спортом, начиная с детского возраста;

- информирование населения о негативных последствиях злоупотребления алкогольной продукцией (медицинских, юридических, социальных);

- применение организационных мер с целью снижения доступности алкогольной и табачной продукции для населения, особенно для молодежи;

- создание зон с оборудованными площадками для занятий физкультурой на территории учреждений здравоохранения;

- повышение информированности населения Республики Мордовия о поведенческих и алиментарно-зависимых факторах риска, составе продуктов питания, реализуемых через торговую сеть, побуждение к замене «нездоровых» продуктов питания или их ингредиентов на «здоровые»;

- разработка и внедрение программ по производству и обеспечению здоровым питанием детских дошкольных, школьных и других образовательных учреждений;

- включение в программы образовательных учреждений (школьных, средних и высших специальных) информации по пропаганде здорового образа жизни, борьбы с вредными привычками, мотивированию и обучению детей и подростков навыкам сохранения и укрепления здоровья (некурению, безопасному потреблению алкоголя, принципам здорового питания, достаточной физической активности);

- организация доступной окружающей среды на предприятиях и в образовательных учреждениях для занятий физкультурой и спортом. [2]

В г.о. Саранск также действует *Муниципальная целевая программа «Развитие системы образования городского округа Саранск»*, в рамках которой действует подпрограмма *«Развитие общеобразовательных организаций городского округа Саранск»*, *«Развитие дошкольного образования городского округа Саранск»*, *«Развитие дополнительного образования городского округа Саранск»*, *«Другие вопросы в области образования»*. Среди

задач основной муниципальной целевой программы можно выделить направленную непосредственно на формирование здорового образа жизни детей и подростков: создание в системе образования городского округа Саранск условий для сохранения и укрепления здоровья, формирования здорового образа жизни обучающихся и воспитанников, оказания помощи детям, нуждающимся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи. Необходимость введения данной задачи обусловлено бурным ростом инновационных процессов в образовательной сфере, что послужило созданию перегрузок учащихся и значительному снижению числа практически здоровых детей. Ведущей задачей, стоящей перед педагогическими коллективами образовательных организаций является сохранение здоровья обучающихся, формирование ценности здоровья и здорового образа жизни. В течение ряда лет в школах работают специализированные классы по различным видам спорта с продленным днем обучения. В этих учреждениях активно развиваются футбол, волейбол, баскетбол, спортивная ходьба, художественная гимнастика, лыжи, хоккей. [3]

Кроме того, ежегодно в рамках Единого календарного плана комплексных и спортивно-массовых мероприятий Минспортом Республики Мордовия совместно с подведомственными учреждениями и заинтересованными государственными органами проходят множество спортивных соревнований и мероприятий под девизом «Спорт – против наркотиков и алкоголя». В их числе Спартакиады среди детских домов и школ-интернатов, игра «Сын полка», «Мама, папа, я – спортивная семья», всероссийские и республиканские соревнования по различным видам спорта. Проводятся Спартакиады всех районов республики среди несовершеннолетних, находящихся в социально опасном положении.

В целях привлечения несовершеннолетних к регулярным занятиям физической культурой и спортом, пропаганды здорового образа жизни, формирования позитивных жизненных установок у подрастающего поколения, повышения уровня физической подготовленности и спортивного мастерства детей и подростков, организации занятости подростков в свободное от учебы время был проведен 2-й этап (зональные соревнования) Десятой Республиканской Спартакиады «Старты надежд» для несовершеннолетних, находящихся в социально-опасном положении и проживающих в семьях, находящихся в социально опасном положении [4].

Еще одно направление работы – организация работы по месту жительства. В республике функционируют 16 физкультурно-спортивных клубов по месту жительства, из которых 10 – подростковые и детские, 8 из них – в г. Саранске. Работают кружки технической и спортивно-технической

направленности. Основные направления работы: туризм; технические кружки по авиамоделированию, картингу и др. Спортивные секции по футболу, волейболу, легкой атлетике, греко-римской борьбе, силовому троеборью, кудо, баскетболу, спортивной аэробике, спортивной гимнастике, художественной гимнастике, шашкам, шахматам, дзюдо, настольному теннису, велоспорту-ВМХ, шейпингу [5].

Среди нетрадиционных форм работы стоит отметить проведение спортивных дворовых соревнований «Праздников дворов» (турнир по футболу среди дворовых команд), спортивно-массовые мероприятия в рамках календарных праздников, проведение утренней зарядки.

В Республике Мордовия действует муниципальная программа «Развитие физической культуры, спорта и здорового образа жизни населения городского округа Саранск». В программу включены мероприятия, предполагающие адресное строительство дворовых спортивных площадок, а также мероприятия по развитию новых форм физкультурно-оздоровительной работы по месту жительства.

При организации работы по формированию здорового образа жизни детей и подростков важно межведомственное взаимодействие, что четко прописано в региональных целевых программах, в частности, межведомственные рейды, операции, акции, направленные на выявление и пресечение преступлений и административных правонарушений, связанных с неоднократной продажей несовершеннолетним алкогольной продукции, а также правонарушений, связанных с употреблением несовершеннолетними табачной продукции, наркотических и одурманивающих веществ («Полиция и дети», «Шанс», «Здоровый образ жизни», «Стоп! Спайс!», 2 этапа «Алкоголь-подросток», «Неблагополучная семья», «Сообща, где торгуют смертью», «Без наркотиков!», «Всеобуч»).

В Республике Мордовия накоплен определенный опыт реализации целевых региональных программ, направленных на формирование здорового образа жизни детей и подростков. В регионе ведется продуктивная, целенаправленная работа в сфере формирования здорового образа жизни. Направления данной работы многопрофильны и затрагивают все категории населения республики, однако особое внимание уделяется развитию детско-юношеского спорта и организации физической активности детей. Работа по формированию здорового образа жизни детей и подростков, вовлечению их в массовый спорт, профилактики вредных привычек проводится на базе различных образовательных, воспитательных учреждений систем образования, социальной защиты населения, физической культуры и спорта. Особое внимание уделяется финансированию и развитию спортивной и медицинской

инфраструктуры, созданию условий для проведения различного уровня спортивных мероприятий, организации работы с детьми и подростками по привлечению к занятиям физической культурой и спортом по месту жительства и учебы.

Список литературы

1. Об утверждении государственной программы Республики Мордовия «Развитие физической культуры и спорта» на 2014 – 2020 годы» [Электронный ресурс] Постановление Правительства РМ от 16 сентября 2013 г. № 393 // Консорциум Кодекс [электр. фонд правовой и норм.-технич. документации]. – [М., 2019.]. – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/906302241>.

2. Об утверждении государственной программы развития здравоохранения Республики Мордовия на 2013-2020 годы [Электронный ресурс] Постановление Правительства Республики Мордовия от 20 мая 2013 г. № 185 // Консорциум Кодекс: [электр. фонд правовой и норм.-технич. документации]. [М., 2019]. – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/422402062>.

3. Об утверждении муниципальной целевой Программы «Развитие системы образования городского округа Саранск» [Электронный ресурс] Постановление Администрации городского округа Саранск от 16 ноября 2015 г. № 3276 // Консорциум Кодекс [электр. фонд правовой и норм.-технич. документации]. [М., 2019]. – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/446524082>.

4. Министерство юстиции Республики Мордовия [Электронный ресурс] // Официальный портал органов государственной власти Республики Мордовия. – Режим доступа: <http://e-mordovia.ru/gosudarstvennaya-vlast-rm/ministerstva-i-vedomstva/goskomjust/novosti>.

5. Министерство спорта и физической культуры Республики Мордовия [Электронный ресурс] // Официальный портал органов государственной власти Республики Мордовия. – Режим доступа: <http://www.e-mordovia.ru/powerbody/view/13>.

ДОВЕРИЕ В ПРАКТИКЕ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ TRUST IN THE PRACTICE OF MEDICAL INSTITUTIONS

А.М. Сорокина
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*
A.M. Sorokina
Lobachevsky University

Рассматривается феномен доверия и его значимость в современном обществе, формирование доверительных отношений к системе здравоохранения, институтам и врачам.

The phenomenon of trust and its importance in modern society, the formation of trust in the health care system, institutions and doctors.

Ключевые слова: доверие, медицина, здравоохранение, врач
Keywords: trust, medicine, healthcare, doctor

Проблема дефицита доверия стала актуальной темой в связи с тем, что недостаток доверия несет в себе угрозу безопасности современному миру, который погряз в людской ненависти, жестокости, агрессивности.

По мнению Г.М. Заболотной, доверие определяет характер как межличностных, так и всех социальных отношений. Оно является составной частью механизма, обеспечивающего стабильность общества [1].

Вопрос социальной коммуникации встает особенно остро в период перехода от главенствующих личностных отношений общества модерна к безличным отношениям в обществе постмодерна. Доверие и мораль в обществах с рыночными отношениями играют важную роль.

В современном обществе доверие базируется на знании, а не слепой вере. Доверие допускает рациональное отношение к поступкам людей в условиях неопределенности и охватывает значительно большее количество людей, как знакомых, так и незнакомых.

Нельзя обойти вниманием феномен доверия в медицине и здравоохранении. Можно выделить следующие типы доверия: межличностное (доверие в системе врач – пациент), институциональное (доверие к медицинским учреждениям), информационное доверие (доверие к системе здравоохранения) [2].

Взаимоотношения врач – пациент существовали всегда, так как всегда есть люди, которые болеют и нуждаются во врачебной помощи. А как известно, доверие, которое возникает между врачом и пациентом, играет большую роль в

процессе повышения эффективности медицинской помощи: увеличивается вероятность излечения, и процесс выздоровления идет быстрее.

Несмотря на то, что медицина не стоит на месте, диагностика становится все точнее, а техническое обеспечение приумножается, но как и прежде, на переднем фланге борьбы с болезнью стоит врач – тот, кто непосредственно общается с пациентом.

Здоровье населения напрямую зависит от эффективности работы врача, которому крайне необходимо умение наладить контакт с пациентом. Такое умение является показателем профессионализма врача, а именно профессионализм может укрепить или подорвать авторитет врача перед пациентом, следовательно, влияет на уровень доверия к врачу: установлению доверия или к полной потере контакта.

В исследовании М.А. Смирновой, проведенном в 2010 г., объектом были жители г. Москвы, пациенты государственных поликлиник (опрошено 748 человек, выборка репрезентативна по возрасту и полу). В процессе анализа ответов на вопрос: «Доверяете ли Вы Вашей поликлинике?» установлено, что 39% доверяют поликлинике, 51% – нет, остальные затруднились с ответом [3].

А в исследовании ФОМ, проведенном в апреле 2019 года, «Доверие врачам и медучреждениям» на вопрос, «Вы, как правило, доверяете или не доверяете врачам в больницах и поликлиниках?», 57% ответили, что доверяют, 34% – не доверяют, 9% – затруднились с ответом. А на вопрос, «Как вам кажется, большинство современных российских врачей обладают высоким или низким уровнем квалификации и профессиональных знаний?», 38% респондентов ответили, что высоким уровнем, 41% – низким уровнем, 21% – затруднились с ответом. [4]

Повышение медицинской осведомленности людей оказывает влияние на характер общения врача с больным. Такая компетентность человека в области медицины, с одной стороны, облегчает взаимопонимание, а с другой – вызывает недоверие и пренебрежение к рекомендациям врача, сомнение в правильности лечения, назначенного врачом, склонность к самолечению, а также к нетрадиционной медицине. [5]

В 2015 г. Фондом общественного мнения (ФОМ) было проведено исследование «Как россияне лечатся». В ходе исследования получены следующие данные: 46% респондентов лечатся самостоятельно, обращаются к врачам в крайнем случае, 44% – обращаются к врачам, самостоятельно лечатся в крайнем случае, 3% ответили, что никогда не болеют, остальные затруднились с ответом. [6]

Внутри системы здравоохранения происходят процессы переноса доверия от отдельного индивида к институту и обратно. Доверие к экспертному знанию,

к клинике в целом можно рассматривать как следствие суммарных персональных доверительных отношений, которые формируются между больным человеком и его лечащим врачом. В начале лечения, когда еще нет личного опыта общения с доктором (не сложились личные отношения), на формирование такого доверительного отношения может оказывать существующее институциональное доверие.

Здравоохранение в целом характеризуется низким уровнем институционального доверия. С распадом Советского Союза в системе здравоохранения начались негативные изменения, которые сопровождались сокращением финансирования, ухудшением инфраструктуры и качества предоставляемых медицинских услуг. [7]

По данным Федеральной службы государственной статистики за 2015 г., в 1990 г. в стране насчитывалось 12,8 тыс. медицинских организаций, в 2000 г. – 10,7 тыс., а в 2013 г. – 5,9 тыс. медицинских учреждений. Анализируя приведенные цифры, можно сделать вывод, что возникает угроза недоступности медицинской помощи, т.к. при сокращении числа государственных медучреждений растет число коммерческих [8], хотя предполагалось, что предоставление услуг на коммерческой основе будет происходить при сохранении гарантий бесплатного медицинского обслуживания. Ввиду того, что данные гарантии не подкреплялись достаточным государственным финансированием, они оказались невыполнимыми, поэтому финансирование здравоохранения постепенно стало перекладываться на население, доходы которого значительно ниже стоимости медицинских услуг.

Каковы причины, побуждающие человека доверять системам (институтам, организациям, методам), призванным оказывать медицинскую помощь в предотвращении и лечении заболеваний, реабилитации пациентов? Обладая глубокими познаниями в медицине, человеку значительно реже требовалось бы обращаться к медицинским работникам, а значит, не столь необходимым было бы доверие к врачу. В жизни происходит все наоборот. Не обладая медицинскими знаниями и ощущая свое бессилие перед лицом болезни, человек очень надеется на проявление честности и компетентности со стороны врачей, а это имеет прямое отношение к возможности выстроить доверительные отношения с ними.

Человек уверен в том, что в случае своего ограниченного знания или незнания его защищают действия институтов более высокого ранга, которые, как ему кажется, уменьшают его уязвимость от предоставления неквалифицированной медицинской помощи. Мы верим в то, что вышестоящие системы контроля не дадут медицинским работникам возможность уклониться

от стандартов профессионального поведения. В качестве примера можно рассматривать лицензирование медицинского персонала, потому что врач, нечестный или некомпетентный, не получит право на работу в медицинской организации.

Размытость оснований доверия к медицинским системам и ее представителям ведет к возникновению ложного чувства защищенности пациента, потому что угроза манипулирования со стороны медицинских экспертов велика. Структура доверительных отношений в системе здравоохранения сложна и противоречива, поэтому пациент всецело зависит от врача, обладающего профессиональными знаниями.

Список литературы

1. Заболотная Г.М. Феномен доверия и его социальные функции // Вестник РУДН. Серия Социология. 2003. №1 (4). С.67-71.
2. Лядова А.В., Восканян Э.В., Лядова М.В. Доверие в системе "врач-пациент" как условие эффективного функционирования системы здравоохранения // Возраст-ассоциированные и гендерные особенности здоровья и болезни. Курск, 2016. С. 199-208.
3. Смирнова М.А. Отношение жителей г. Москвы к государственным поликлиникам // Научное обозрение. Серия 2. Гуманитарные науки. 2011. № 2. С. 35-41.
4. Доверие врачам и медучреждениям. Исследование ФОМ, 2019 г. ФОМ [электронный ресурс]. URL: <https://fom.ru/Zdorove-i-sport/14208> (дата обращения: 21.09.2019).
5. Изотова А.В. Доверие в системе «Врач-пациент» // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. 2009. Т. 6. № 1. С. 137-143.
6. Как россияне лечатся. Исследование ФОМ, 2015 г. [Электронный ресурс]. URL: <https://fom.ru/Zdorove-i-sport/12348> (дата обращения: 21.09.2019).
7. Изотова А.В., Лебединцева Л.А. Доверие в системе здравоохранения // Вестн. Тюм.ГУ Социально-экономические и правовые исследования. 2011. № 8. С. 132-138.
8. Аймалетдинов Т.А., Моженкова Е.М. Угрозы принципам социальной справедливости в российской системе здравоохранения // Мониторинг общественного мнения: Экономические и социальные перемены. 2015. № 6. С.67-78.

**ДЕТСКИЕ ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ ЛАГЕРЯ НИЖЕГОРОДСКОЙ
ОБЛАСТИ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ
В СИСТЕМЕ ПРИОРИТЕТОВ СОЦИАЛЬНО-РЫНОЧНОГО
КОНКУРЕНТНОГО ГОСУДАРСТВА**

**CHILDREN'S HEALTH CAMPS IN THE NIZHNY NOVGOROD REGION:
PROBLEMS AND PROSPECTS OF DEVELOPMENT IN THE SYSTEM OF
PRIORITIES OF THE SOCIAL AND MARKET COMPETITIVE STATE**

Ю.Л. Софронова

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

Yu.L. Sofronova

Lobachevsky University

Ставится вопрос о необходимости системного анализа актуального состояния детских оздоровительных лагерей (ДОЛ) Нижегородской области, с точки зрения приоритетов построения социально-рыночной модели российского государства и приоритетов проконкурентного регулирования. Ключевым критерием оценки современного состояния ДОЛ является удовлетворённость потребителей ассортиментом, качеством, стоимостью предоставляемых услуг.

We need for a systematic analysis of the current state of children's health camps of the Nizhny Novgorod region, in terms of priorities for building a social-market model of the Russian state, and priorities for competitive regulation. The key criterion for assessing the current state of children's health camps here is customer satisfaction with the assortment, quality, and cost of the services provided.

Ключевые слова: детский оздоровительный лагерь (ДОЛ), развитие региона, социально-рыночное государство, конкурентная среда, оценка удовлетворённости потребителей на рынках, ассортимент, качество, стоимость услуг.

Keywords: children's recreation camp, the development of the region, the social market state, the competitive environment, the assessment of customer satisfaction in the markets, assortment, quality, cost of services

Тему эффективной организации и реализации детского отдыха в летний и зимний каникулярный периоды можно считать одной из актуальных для современного российского общества. Очевидно, что полноценный отдых ребёнка образует фундамент для укрепления его физического и психического здоровья, успехов в основном и дополнительном образовании. В связи с этим возникает вопрос, каковы возможности отдельных субъектов РФ в удовлетворении потребностей семей в летнем и зимнем детском отдыхе. Тема масштабная и предполагает системный анализ, и прежде всего, следует

обозначить объект и предмет исследования. Итак, объектом будем считать приоритеты становления социально-рыночного государства, стремящегося к балансу интересов свободных частных производителей и свободных индивидуальных потребителей. В рамках данной модели подразумевается, что контроль над экономикой распределён между государством и частным бизнесом. Государство в таком контексте выступает в качестве арбитра при конфликте интересов предпринимателей и потребителей, в последние годы федеральная власть декларирует соответствующие задачи. Так, согласно Указу Президента РФ от 21 декабря 2017 г. № 618 «Об основных направлениях государственной политики по развитию конкуренции», одной из первоочередных целей совершенствования данной политики является повышение удовлетворённости потребителей за счёт расширения ассортимента товаров, работ, услуг, повышения их качества и снижения цен.

Предметом исследования выступает актуальное состояние (проблемы и перспективы развития) детских оздоровительных лагерей в Нижегородской области. Интересен разрыв между действительным и желаемым – развитие предполагает изменение в лучшую сторону, поэтому один из ключевых вопросов – к чему именно следует стремиться, чего именно желать, в каком направлении двигаться. Каким может быть оптимальное состояние детского оздоровительного лагеря, по различным параметрам, при всех имеющихся в наличии ресурсах? Какой опыт может стать основой для определения такой оптимальной модели? Что «в идеале» может предложить частный сектор, каковы видение государства и пожелания потребителей, как соотносить все интересы таким образом, чтобы «на выходе» искомый капитал – здоровье ребёнка был преумножен? Как можно оценить эффективность реализованных усилий? Вопросов огромное количество, и получить ответы здесь можно и с помощью структурно-функционального анализа, и через изучение конкретных случаев.

Первичный анализ предметного поля позволяет обозначить основные проблемные точки, сформулировать гипотезы, требующие подтверждения, определить методологическую базу исследования. Так, на примере одного из детских оздоровительных лагерей Нижегородской области, расположенных в Володарском районе, можно выделить ключевые темы, нуждающиеся в более детальном рассмотрении. Это условная картина, которая даёт пока только самое приблизительное представление об актуальном состоянии детских оздоровительных лагерей в отдельных регионах РФ.

Прежде всего, к социокультурной проблематике можно отнести вопрос о том, в какой степени современные родители приветствуют и признают ценность, пользу коллективного детского отдыха, и есть ли в целом некая

рефлексия по этому поводу. С одной стороны, детский лагерь – это неотъемлемая часть советской действительности, и значительная часть тех, кто являются сегодня родителями, сами имеют тот или иной опыт пребывания в пионерских лагерях. Как этот опыт родители оценивают сегодня? Что из прежних практик мамы и папы хотели бы сохранить для своих детей, а что категорически отвергли бы? Как это соотносится с представлениями о том, каким должен быть цивилизованный, отвечающий духу времени детский отдых?

Становятся ли дети, которые проводят один или два летних месяца в загородных ДОЛ, действительно более здоровыми? Как структурируется понятие здоровья? Как это можно оценить на объективном и субъективном уровнях, какие именно факторы способствуют оздоровлению? Каковы риски пребывания подрастающего поколения в детских лагерях, в какой степени родители доверяют отечественной системе организации детского летнего и зимнего отдыха?

Исходя из заинтересованности государства в развитии конкуренции и учитывая приоритеты становления социально-рыночного государства, стоит отметить, что общество нуждается в формировании такого рынка услуг детского оздоровительного отдыха, где потребители были бы удовлетворены ассортиментом, качеством и уровнем цен, то есть существовал бы некий баланс между этими составляющими.

Предварительный анализ рынка рассматриваемых услуг в Нижегородской области позволяет предположить, что сегодня присутствует скорее дисбаланс указанных параметров, в частности, есть рыночная ниша, где сконцентрированы детские оздоровительные лагеря с относительно низким уровнем цен (имеется в виду стоимость 20-дневной путёвки – от 12 до 20 тыс. рублей), но при этом качество услуг по разным критериям оставляет желать лучшего. И наоборот, ниша, где сосредоточены ДОЛ со стандартным и высоким качеством услуг, где стоимость путёвок – от 35 тысяч и выше.

Одним из конкретных примеров является детский оздоровительно-образовательный лагерь (муниципальное автономное учреждение дополнительного образования) в Володарском районе Нижегородской области, где полная стоимость путёвки (21 день, лето 2019 г.) составляет 24 тысячи рублей.

На основе некоторых оценок, данных родителями детей в возрасте от 9 до 11 лет – участниками одной из летних смен 2019 года, можно сделать вывод о наличии ряда противоречий, нуждающихся в разрешении.

1. Ряд родителей указывают на неудовлетворительное состояние хозяйственной инфраструктуры детского оздоровительного лагеря. Основное – это обветшалость инфраструктуры, лагерь был построен в советское время,

нуждается в модернизации. Это касается как внутреннего обустройства жилых корпусов (протекающие потолки и облетающие куски штукатурки в комнатах – типичные примеры), так и оснащения площадок на территории ДОЛ. Бросается в глаза отсутствие соответствующего современным стандартам спортивного/досугового оборудования. В то же время как один из символов «застывшего времени» (и подобную картину можно увидеть не в единственном лагере Нижегородской области) – перекрашенная не один раз скульптурная группа советских пионеров с горнами и барабанами, образца 50-60-х гг. XX в.

2. Вызывают вопросы ассортимент и качество питания в детском оздоровительном лагере. Детское питание – в целом вопрос достаточно непростой, так как родителям довольно сложно организовать контроль со своей стороны, а мнение ребёнка опосредовано его индивидуальными привычками и личной культурой питания. Но, по крайней мере, одно из противоречий, на которое указали родители, исходя из детских комментариев – это отсутствие разнообразия блюд, недостаточное обеспечение фруктами. *«Ребёнок не наедаясь», «яблоки и груши самые дешёвые», «не всегда вкусно».* Кроме того, дети жаловались родителям на отсутствие вилок, салфеток и соли в столовой. Как потом пояснила представитель администрации, *«вилки есть на складе, но мы не выдаём их детям из соображений безопасности».*

3. Поскольку лагерь заявлен как оздоровительно-образовательный, представляет интерес, каким образом родители могут оценить ассортимент и качество услуг по этим критериям. Очевидно, что в первую очередь необходимо опираться на перечень, предложенный в договоре, который семья заключает с администрацией ДОЛ. С другой стороны, формулировки в договоре могут носить самый общий характер. В идеале, родители хотели бы, чтобы каждый час ребёнка в лагере был структурирован, приносил пользу для здоровья и способствовал развитию. По поводу услуг данного рода мнения родителей разделились. Кто-то, основываясь на впечатлениях своих детей, посчитал, что и досуговая, и развивающая часть соответствовала стандартам, кто-то отмечал, что вожатые могли бы уделять детям больше внимания, а часть детского времени, особенно во второй половине дня, оставалась незанятой.

Оценки родителей показывают, что существует некий разрыв в притязаниях и потребностях – одни довольствуются «советским стандартом» организации детского отдыха в лагерях, объясняемый воспоминаниями о тех временах. И не просто довольствуются, но даже отстаивают его «эталонный» характер. Другие же родители говорят о том, что отсутствие вилок в столовой и бытовые условия, не отличающиеся необходимым комфортом, – это повод для дискуссий и работы над ситуацией. Возникает вопрос, где разница между здоровым аскетизмом и банальной бедностью (бытовой необустроенностью)? В

какой степени необходимо приучать детей к «спартанским условиям», и не являются ли эти условия всего лишь архаичными привычками, которые присутствуют в жизненном опыте родителей и на самом деле оказываются привычками к бедности, в преодолении которой так нуждается наше государство. В данном случае речь идёт не только о физическом здоровье, но и других аспектах здоровья детей. А в случае признания проблем, каким путём возможно их решить? Очевидно, что здесь стоит говорить о принципе партисипаторности, о взаимодействии государства и гражданского общества.

**ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ОБЕСПЕЧЕНИЮ
ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
В КОРЕЕ И ЯПОНИИ**

**ORGANIZATIONAL APPROACHES TO ENSURING
THE EFFECTIVENESS OF HEALTH-SAVING ACTIVITIES
IN KOREA AND JAPAN**

Ю.В. Ставропольский

*Саратовский национальный исследовательский
государственный университет им. Н.Г. Чернышевского, г. Саратов*

Yu.V. Stavropolsky

Saratov State University, Saratov

Корея и Япония ввели у себя системы государственного медицинского страхования. Совокупные расходы на здравоохранение в Японии во много раз больше, чем в Корее. Обеим странам требуется усовершенствовать систему финансирования медицинского страхования, что позволит эффективно решать проблемы всеобщего здравоохранения в XXI веке.

Korea and Japan have introduced public health insurance systems. Total health care spending in Japan is many times higher than in Korea. Both countries need to improve their financing of health care insurance, which will enable them to effectively address the challenges of the comprehensive health care in the XXI century.

Ключевые слова: Япония, Корея, медицинский, здравоохранение, система, учреждение, лечение, соцобеспечение

Keywords: Japan, Korea, medical, health care, system, institution, treatment, social care

Японская и корейская системы здравоохранения опираются на государственное медицинское страхование. Однако, эти две системы формировались в различных политических, экономических и социальных

контекстах. Тем не менее, обе они сталкиваются с аналогичными проблемами, которые решаются по-разному.

В 2014 г. японский министр здравоохранения, труда и соцобеспечения назвал главнейшими целями продление здоровой жизни обеспечение каждому гражданину страны безбедного долголетия и возможности радоваться долгой и здоровой жизни. Он также заявил о важности отыскания путей к сокращению медицинских расходов в связи с уменьшением государственного долга и совершенствованием социального обеспечения.

В 2013 г. южнокорейский министр здравоохранения и соцобеспечения назвал средний класс целевой группой, ибо высокая стоимость медицинских расходов способна довести домохозяйства до кризиса и вернуть в состояние бедности.

Для совершенствования системы здравоохранения необходимо идти в ногу со временем, расширять объёмы медицинских услуг и соцобеспечения. Здоровому долголетию поможет система медицинской профилактики. В этом аспекте главные политические цели заключаются в том, чтобы больше внимания уделять среднему классу, обустройству безбедной и здоровой жизни и социальной интеграции каждого гражданина.

Корея и Япония вынуждены решать проблемы старения населения, уменьшения рождаемости, проблемы соцобеспечения. Сравнение ситуаций в обеих странах позволяет высветить сильные и слабые стороны в решении этих проблем.

Корея и Япония ввели у себя системы государственного медицинского страхования. Системы оплаты медицинских расходов в этих двух странах весьма аналогичны по структуре и состоят из похожих компонентов. Подобный тип системы представляет собой пример государственного контроля на первичном уровне. Медицинские услуги оказываются частным сектором. Пациенты вправе выбирать, к кому обратиться за услугами. Роли и функции медицинских учреждений дифференцированы.

При этом, системы медицинского страхования различны. Корейская государственная корпорация медицинского страхования (Korea National Health Insurance Corporation) включает в себя все страховые фонды и осуществляет единообразное управление ими. Такой порядок действует с 1 июля 2000 г.

В Японии управление фондами медицинского страхования разделено по работодателям и по регионам. Такая система управления лучше проработана в сравнении с корейской.

Кроме того, корейская система медицинского страхования предоставляет разные смешанные виды страхования и различные смешанные льготы. В Японии смешанное здравоохранение в принципе не покрывает расходов на

новейшие медицинские технологии, такие как пересадка органов (за редкими исключениями). Пациенты оплачивают 100% расходов из собственного кармана [1].

Система возмещения расходов на лечение также немного различна. Уполномоченный орган проводит проверку всех счетов за лечение. В корейском случае этим занимается Служба проверки и оценки медицинского страхования (Health Insurance Review and Assessment Service), в японском случае – Служба проверки заявлений и возмещения медицинского страхования (Health Insurance Claims Review & Reimbursement Services).

Основное различие между корейской и японской системами возмещения расходов на лечение заключается в том, что Корейская государственная корпорация медицинского страхования напрямую выделяет средства медицинским учреждениям после получения от Службы проверки и оценки медицинского страхования подтверждения заявленных медицинских расходов. Любые процедуры подтверждения и получения денег медицинскими учреждениями занимают не более 22 дней.

В отличие от корейской, японская система возмещения издержек не переводит деньги напрямую от страхователя в медицинское учреждение. Она привлекает агентства, занимающиеся проверкой и выплатами. В совокупности период проверки и выплаты способен растягиваться на срок до 51 дня.

Сооплаты в Корее и в Японии исчисляются по-разному. В корейском случае ставки сооплаты зависят от уровня медицинского учреждения и от оказанных услуг. Сооплата составляет от 5 до 20% за стационарное лечение и от 30 до 60% за амбулаторное лечение [2].

Увеличение продолжительности жизни, сокращение младенческой смертности и смертности в возрасте до пяти лет при относительно низких расходах на здравоохранение в Корее подают пример остальным. Однако, низкие коэффициенты фертильности способны в ближайшие двадцать-тридцать лет вызвать сокращение трудоспособного населения. В сочетании со старением населения это приведёт к увеличению экономической нагрузки и на государство, и на граждан.

Системы медицинского страхования в Корее и в Японии схожи. В обеих странах здравоохранение является всеобщим. В Японии схема медицинского страхования была запущена в 1922 г. Ей потребовалось 34 года, чтобы стать всеобщей. В корейском случае схема медицинского страхования была запущена в 1963 г., и ей потребовалось 26 лет, чтобы стать всеобщей.

Одно большое различие между системами медицинского страхования в двух странах состоит в разделении поставщиков страховых услуг и управляющих организаций в Японии, в противовес интегрированной системе в

Корее. В Японии строже законодательство, рассчитанное на долгосрочную перспективу, оно уже влияет на количество долгосрочных объектов и способность предоставлять стабильные услуги. Это же относится и к государственному медицинскому страхованию. Японский долгосрочный менеджмент в сфере медицинского страхования организован по муниципалитетам, в отличие от интегрированной корейской системы.

Сильной стороной обеих систем медицинского страхования выступает сооплата, при которой пациенту приходится платить из собственного кармана. Сооплата является инструментом предотвращения избыточного обращения за медицинскими услугами. Кроме этого, система медицинского страхования в Корее предоставляет льготы пожилым гражданам (старше 65 лет), страдающим хроническими либо психическими заболеваниями. В ближайшей перспективе в этой связи возможно возникновение проблем в силу роста психических и хронических заболеваний среди корейских граждан среднего возраста.

Другим фактором, влияющим на систему здравоохранения, служит управление ресурсами. В обеих странах количество больничных коек в расчёте на одну тысячу населения превышает средние требования [3]. С другой стороны, количество врачей и медсестёр меньше средне необходимого. В Корее 2,1 врача и 6 медсестёр, а в Японии 2,4 врача и 8,4 медсестры на одну тысячу населения при средне необходимом показателе 9,36, что свидетельствует о снижении качества медицинских услуг.

Характерной особенностью корейской системы здравоохранения оказывается наличие традиционных лечебных учреждений и очень большое количество учреждений, рассчитанных на долгосрочное оказание медицинской помощи. В то же время в Японии очень много стоматологических учреждений. Количество стоматологических учреждений в Японии превышает их количество в Корее в 4,4 раза. В связи с этим возникает необходимость пересмотра действующей политики оказания долгосрочных медицинских услуг в Корее и необходимость сокращения пересекающихся стоматологических учреждений в Японии.

Совокупные расходы на здравоохранение в Японии во много раз больше, чем в Корее. При этом расходы пациентов из собственного кармана в качестве доли от совокупных расходов на здравоохранение в Корее гораздо выше, чем в Японии. Обеим странам требуется усовершенствовать систему финансирования медицинского страхования, что позволит эффективно решать проблемы всеобщего здравоохранения в XXI веке.

Список литературы

1. Blank R.H., Cheng S.H. Mixed Governance and Healthcare Finance in East Asian Health Care Systems // The Palgrave International Handbook of Healthcare Policy and Governance. London: Palgrave Macmillan, 2015. P. 359-375.
2. Matsuda R. Public/Private Health Care Delivery in Japan: and Some Gaps in «Universal» Coverage // Global Social Welfare, 2016. No. 3. P. 201-212.
3. Powell M., Anesaki M. Health Care in Japan. New York: Routledge, 2013. 272 p.

ОСОБЕННОСТИ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ В ВОСПРИЯТИИ ЛИЦ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА FEATURES OF MOTOR ACTIVITY OF THE ELDERLY IN THE PERCEPTION OF MIDDLE-AGED PEOPLE

А.А. Судариков
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*
A.A. Sudarikov
Lobachevsky University

Представлен взгляд лиц среднего возраста на особенности двигательной активизации пожилых людей. Рассмотрены формы, уровень и основания для формирования активности лиц старшей возрастной группы на основании авторского исследования («Специфика активизации пожилых людей в представлении представителей среднего возраста»), участники исследования в возрасте от 30 до 50 лет опрошены методом анкетного опроса (N=400 чел.).

The article presents the view of middle-aged people on the features of motor activation of older people. The forms, level and grounds for the formation of activity of people of the older age group are examined on the basis of the author's study ("Specificity of Activating the Elderly in the Representation of Middle Age", study participants aged 30 to 50 years old were interviewed by questionnaire survey (N = 400 people).

Ключевые слова: пожилые люди, активизация, двигательная деятельность, пенсионный возраст, садоводство

Keywords: older people, revitalization, motor activity, retirement age, gardening

Давно и широко известно, что регулярная двигательная деятельность приносит массу пользы здоровью любого человека, не зависимо от его возраста. «Движение – это жизнь» – фраза, как считается, принадлежащая Аристотелю, демонстрирует понимание необходимости сохранять и

поддерживать физическую активность. Современный этап жизни общества предполагает необходимость обратить внимание на профилактику и предотвращение заболеваний, а также использование различных подходов к этой проблеме. Пожилой возраст наиболее опасен, с точки зрения развития всевозможных недугов. Снижение метаболических процессов организма, пагубные пристрастия приводят к развитию хронических заболеваний. Ослабление сердечно-сосудистой системы, развитие остеопороза, снижение когнитивных функций – лишь малая часть рисков способных значительно ухудшить качество жизни пенсионеров [1].

Поддержание собственного состояния здоровья, в первую очередь, забота исключительно самого человека. Развитие и достижения современной фармакологической промышленности – один из способов сохранения как можно более долгого периода активного старения, что несомненно влияет на способность и желание трудиться, оставаясь социально включенным членом общества. Но исключительно ли лекарственная терапия является инструментом здорового образа жизни? Важно признать, что здоровое старение – это закономерный результат комплекса факторов, которых придерживается личность, стремящаяся продлить и сохранить высокое качество своей жизни.

Перспектива активного пенсионера – это забота о себе в настоящем, без откладывания в «долгий ящик» [2]. Осознание ответственности за себя будущего ложится на современную молодежь и лиц среднего возраста. На этой основе исследовательский интерес представляет восприятие двигательной активности ближайшей к пенсионной границе возрастной группой – людьми среднего возраста.

Изменение социальной роли, а именно выход на пенсию, зачастую затрагивает качество и количество физической активности, порой изменяя ее в меньшую сторону. Среди родственников опрошенных продолжают вести трудовую деятельность за границами пенсионного возраста лица мужского пола – 48%, лица женского пола – 37%. Более половины лиц обоих полов, выходя на пенсию, прекращают трудовые отношения, что в свою очередь приводит к снижению материального достатка и к трудностям в самообеспечении.

На первый план выдвигается проблематика ресурсного обеспечения: продукты питания, одежда, обувь. В стремлении сэкономить пожилой человек обращается к созданию собственного приусадебного хозяйства.

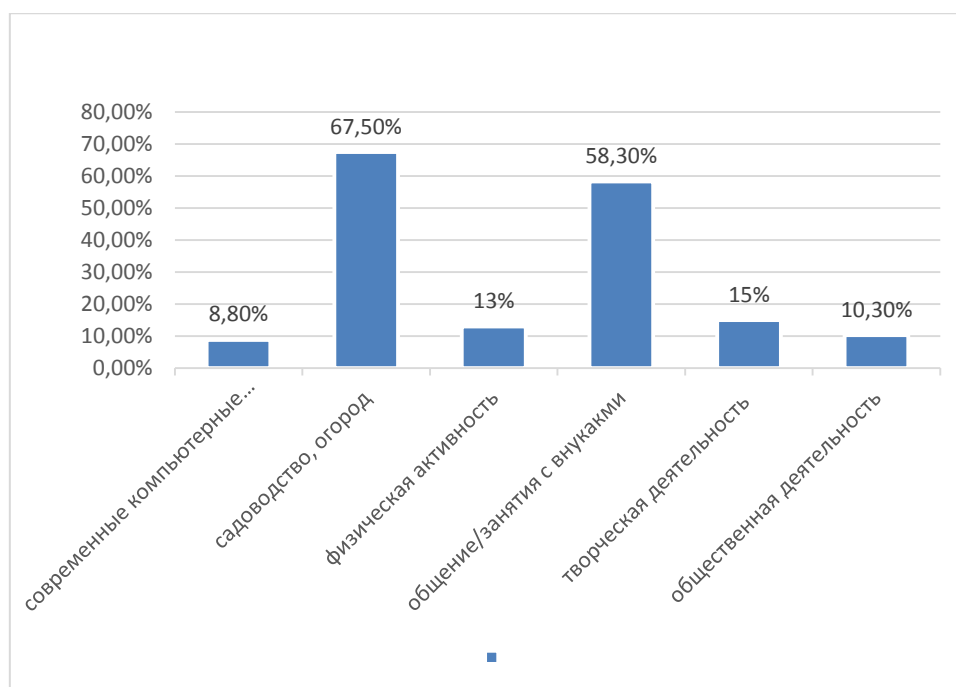


Рисунок 1. Сферы, в которые пожилой родственник респондента включен в наибольшей степени, в % (N=400 чел.)

Занятие садоводством несомненно является трудоемкой, энергозатратной сферой. Процесс ухода за растениями, а в ряде случаев и за животными, – это один из факторов сохранности уровня двигательной активности в постпенсионный период. Вынужденность ведения данного вида деятельности напрямую зависит от материальной обеспеченности индивида. Зачастую пожилой человек вынужден обеспечивать не только себя, но и более молодую часть семьи. Собственно уход за подсобным хозяйством, подготовка запасов на зимний период – вот основная составляющая физической активности в летний период.

Респонденты отмечают немаловажность взаимодействия с юным поколением семьи. Общение с внуками, прогулки, совместное времяпрепровождение становятся не только частью социальной жизни, но и возможностью поддерживать себя в тонусе. Качество эмоций от внутрисемейных контактов в совокупности с физической деятельностью характеризуют процесс двигательной активности как положительную форму активизации (рис. 2).



Рисунок 2. Уровень двигательной активности пожилого родственника, в % (N=400 чел.)

Превалирующее мнение респондентов было о нагрузках на уровне домашних хлопот и исключительно бытовых занятий. Пожилой человек занимается насущными делами и предположительно не имеет возможности или желания уделить время поддерживающей нагрузке, соответствующей его физиологическому состоянию. Одна треть опрошенных признала, что их близкий родственник использует прогулки, зарядку и легкую гимнастику в качестве физкультурно-оздоровительного комплекса.

В рамках региональной политики по привлечению населения к занятиям физической культурой абсолютно все возрастные категории получили доступ к объектам спортивной инфраструктуры. Занятия в бассейнах, оборудованных спортивными снарядами помещениях являются абсолютно бесплатными для пенсионеров.

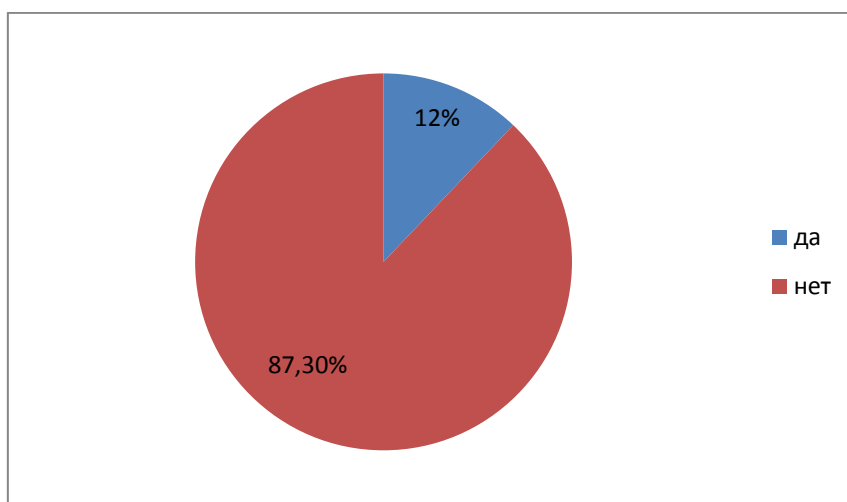


Рисунок 3. Посещение пожилым родственником ФОКов, спортклубов, в %

Лишь малая часть от общего числа пенсионеров посещают специализированные физкультурно-спортивные учреждения (рис. 3). В данном контексте можно судить о том, что активизация физкультурной направленности реализована в малой степени. Несмотря на то, что некие поддерживающие нагрузки выполняют около трети родственников респондентов, лишь 12% от общего числа используют инфраструктурные сооружения.

Вывод

Взгляд на пожилого человека открывает нам продолжающегося реализовываться в трудовой сфере, сохраняющего рабочее место, активно трудящегося на поприще приусадебного хозяйства индивида. Респонденты, признавая значительную роль садоводства, в то же время отмечают немаловажную роль внутрисемейного взаимодействия, что в свою очередь невозможно без физической активности. Значительная часть пожилого населения, по мнению лиц среднего возраста, используют легкие прогулки, а также простейшие гимнастические упражнения в качестве поддерживающей нагрузки, но несмотря на это, не прибегают к использованию специализированных спортивных сооружений, в том числе и на бесплатной основе.

Список литературы

1. Хоркина Н.А., Филиппова А.В. Физическая активность пожилых людей как объект управляющего воздействия государства // Вопросы государственного и муниципального управления. 2015. № 2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/fizicheskaya-aktivnost-pozhilyh-lyudey-kak-obekt-upravlyayuschego-vozdeystviya-gosudarstva> (дата обращения: 08.07.2019).

2. Шпагин С.В. Роль двигательной активности в профилактике и укреплении здоровья людей пенсионного возраста // Вестник ТГУ. 2015. № 3 (143). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rol-dvigatelnoy-aktivnosti-v-profilaktike-i-ukreplenii-zdorovya-lyudey-pensionnogo-vozrasta> (дата обращения: 09.08.2019).

**ИЗОБРАЗИТЕЛЬНОЕ ИСКУССТВО КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ
У МОЛОДЕЖИ УСТАНОВКИ НА ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ**
**FINE ARTS AS A FACTOR OF FORMATION
OF YOUNG PEOPLE'S ATTITUDE TO A HEALTHY LIFESTYLE**

Ю.С. Трофимова

Московский педагогический государственный университет, г. Москва

Y.A. Trofimova

Moscow State Pedagogical University, Moscow

Речь идет о проблемах состояния здоровья российских школьников, необходимости формирования у них установки на здоровый образ жизни и роли изобразительного искусства в этом процессе.

The article deals with the problems of health of Russian schoolchildren, the need to form their attitude to a healthy lifestyle and the role of fine arts in this process.

Ключевые слова: здоровье, учащиеся, здоровый образ жизни, изобразительное искусство, личностная структура

Keyword: health, student, healthy lifestyle, fine art, personality structure

Среди важнейших задач социальной политики российского государства в настоящее время – укрепление здоровья молодого поколения.

С начала 90х гг. 20 века в Российской Федерации произошла социальная деградация населения, особенно это заметно в подростковом и юношеском возрасте. В связи с быстрым развитием сети интернет и другими средствами информационно-коммуникационных технологий становится все сложнее контролировать поток негативной информации, направленный на пропаганду аморального образа жизни, курения, алкоголя и наркомании. А современное искусство не несет в себе идеологии и все чаще становится коммерческим, с элементами жестокости и насилия.

В середине первого десятилетия 2000-х лишь 14% детей были практически здоровы, в то время как более 50% имели различные функциональные отклонения; 35-40% – хронические заболевания. За период обучения в общеобразовательных организациях у учащихся в пять раз увеличивается количество нарушений зрения, в три раза – патологий органов пищеварения, в пять раз – осанки, в четыре раза – нервно-психических расстройств [1].

К сожалению, и к 2019 г. эта ситуация мало изменилась.

Среди угроз здоровью школьников прежде всего можно выделить чудовищные учебные перегрузки, плохое питание и вредные привычки самих

учащихся, вроде склонности к курению, которой, как оказалось, привержены сейчас 35,1% одиннадцатиклассников и 37,8% их одноклассниц, причем, прямо на территории школы курят 78% юношей и 54% девушек [2]. При этом информационная перегрузка приводит к сильному умственному переутомлению.

Очевидно, что в этих условиях важно не только совершенствовать медицинское обслуживание школьников, но и прежде всего уже с детского возраста воспитывать у детей установку на здоровый образ жизни.

Формирование здорового образа жизни должно носить поэтапный, систематичный характер и осуществляться на протяжении всей жизни человека, начиная с раннего возраста.

По современным представлениям в понятие «здоровый образ жизни» входят следующие составляющие: рациональная организация трудовой (учебной) деятельности; правильный режим труда и отдыха; рациональная организация свободного времени; оптимальный двигательный режим; рациональное питание; соблюдение правил личной гигиены, закаливание; сексуальная культура, рациональное планирование семьи; профилактика аутоагрессии; контроль над своим здоровьем [3].

В то же время результаты многих исследований молодежи (14-22 лет), показатели поведения учащихся и молодежи, которые уже вышли из школьного возраста, указывают на отсутствие навыков сохранения здоровья [4].

Эффективнее всего начинать формировать у человека установку на здоровый образ жизни в детстве. Одним из ведущих средств, которое, к сожалению, используется недостаточно полно, является изобразительное искусство.

Классическое искусство формировалось по принципам отображения лучших черт окружающего нас мира. Основываясь на изображениях прекрасного, оно является антагонизмом современному и воспитывает зрителя, читателя и слушателя в духе гуманизма, патриотизма и других высоких принципов. Классическое искусство не содержит в себе агрессию, а напротив, успокаивает мысли человека, побуждая его чувствовать и передавать любовь, совершать добрые поступки [5].

Кроме того, посредством изобразительного искусства развивается визуально-пространственное мышление учащихся как форма эмоционально-ценностного, эстетического освоения мира, как элемент самовыражения и ориентации не только в художественном и нравственном пространстве культуры, но и в практике повседневной жизни.

В процессе освоения изобразительно искусства происходит целый ряд изменений в личностной структуре молодого человека:

- формируется опыт смыслового и эмоционально-ценностного восприятия визуального образа реальности и произведений искусства;
- происходит освоение художественной культуры как формы материального выражения в пространственных формах духовных ценностей;
- возникает понимание эмоционального и ценностного смысла визуально-пространственной картины реальности;
- развивается способность к самостоятельным действиям в ситуации неопределенности и давления со стороны негативного социального окружения;
- формируется активное, заинтересованное отношение к собственному образу жизни как к личностно-значимой ценности;
- воспитывается уважение к традициям здорового образа жизни, отраженным в истории культуры своего Отечества, выраженным в ее архитектуре, изобразительном искусстве, в национальных образах предметно-материальной и пространственной среды и понимании красоты и духовности человека;
- овладение средствами художественного изображения как способом развития умения видеть и анализировать собственные реальные действия через структурирование визуального образа на основе его эмоционально-нравственной оценки.

Значимой составляющей изобразительного искусства в процессе формирования здорового образа жизни являются арт-терапевтические занятия. Они помогают детям выражать свои мысли, чувства, настроения в процессе творчества. Работа должна выстраиваться таким образом, чтобы личность и характер ребенка не обсуждались, в общении не применялись негативные оценочные суждения, отсутствовало бы сравнение с другими детьми, а акцент должен ставиться на продвижении ребенка в личностном росте посредством сравнения его с самим же собой.

Тем не менее, возможности изобразительного искусства не в полной мере применяются в практике деятельности воспитательных структур образовательных организаций для утверждения в молодежной среде здорового образа жизни, становления самосознания, формирования активной жизненной позиции личности.

Список литературы

1. Швед Л.В. Подготовка студентов педвуза к формированию здорового образа жизни у школьников/Автореферат диссертации на соискание ученой степени к.п.н., Чебоксары, 2007 г.

2. ВОЗ: здоровье российских школьников хуже, чем у их зарубежных сверстников. URL: <https://www.mk.ru/social/health/2019/07/19/voz-podvel-itog-zdorove-rossiyskikh-shkolnikov-khuzhe-chem-u-ikh-sverstnikov.html>.

3. Горячева В.В. Формирование потребности в здоровом образе жизни у старшеклассников средствами культуры, различных видов и жанров искусства, театрализованных представлений. URL: https://otherreferats.allbest.ru/pedagogics/00841814_0.html.

4. Особенности формирования здорового образа жизни школьников. URL: <https://multiurok.ru/files/osobiennosti-formirovaniia-zdorovogho-obraza-zhi-1.html>.

5. Разенков И.В. Влияние изобразительного искусства на развитие личности ребенка в системе дополнительного образования // Актуальные задачи педагогики: материалы V Междунар. науч. конф. (г. Чита, апрель 2014 г.). Чита: Издательство Молодой ученый, 2014. С. 171-173.

**МЕДИЦИНСКАЯ АКТИВНОСТЬ
КАК АСПЕКТ САМОСОХРАНИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ СТУДЕНТОВ
MEDICAL ACTIVITY
AS AN ASPECT OF SELF-PRESERVATION BEHAVIOR OF STUDENTS**

Я.В. Ушакова, Д.В. Зернов, И.В. Ситникова
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*
Y.V. Ushakova, D.V. Zernov, I.V. Sitnikova
Lobachevsky University

Представлены результаты социологического исследования «Образ жизни и репродуктивное здоровье студенческой молодежи» (2019): самооценка здоровья, беспокоящие проблемы здоровья, посещение врачей и цели этих посещений, основные причины необращения за медицинской помощью. В исследовании приняли участие 560 студентов вузов Нижнего Новгорода. Выборка репрезентативна половозрастному составу. Метод сбора информации – анкетный опрос.

The article presents the results of the sociological study «Lifestyle and reproductive health of students» (2019): self-assessment of health, health problems of concern, visits to doctors and the purpose of these visits, the main reasons for failure to seek medical care. The study involved 560 University students of Nizhny Novgorod. The sample is representative of gender and age composition. The method of collecting information – a questionnaire.

Ключевые слова: самооценка здоровья, проблемы здоровья, медицинская помощь, медицинская активность, самосохранительное поведение

Keywords: health self-assessment, health problems, medical care, medical activity, self-preservation behavior

Медицинская активность, наряду с другими социологическими показателями, является одной из важных характеристик отношения к здоровью и самосохранительного поведения. Она предполагает не только определенный уровень медицинской грамотности (информированности), гигиеническое поведение, своевременное обращение к врачу в случае проблем со здоровьем, выполнение медицинских предписаний и назначений, но и регулярное прохождение профилактических медицинских осмотров. Специфика самосохранительного поведения в современных условиях связана с низким потенциалом здоровья уже при рождении, в результате чего возрастает значимость медицинской активности – взаимодействия индивида с медициной и системой здравоохранения.

Оценки нижегородскими студентами состояния собственного здоровья свидетельствуют о неблагоприятной ситуации в этой сфере жизни студентов. Полностью здоровыми считают себя менее четверти юношей и менее десятой части девушек (рис. 1). Значительная разница в оценках говорит, скорее, о более объективном, или критичном, характере самооценок у девушек. Удовлетворительное состояние здоровья (а это означает наличие некоторых проблем со здоровьем) отмечают у себя почти четверть юношей и треть девушек.

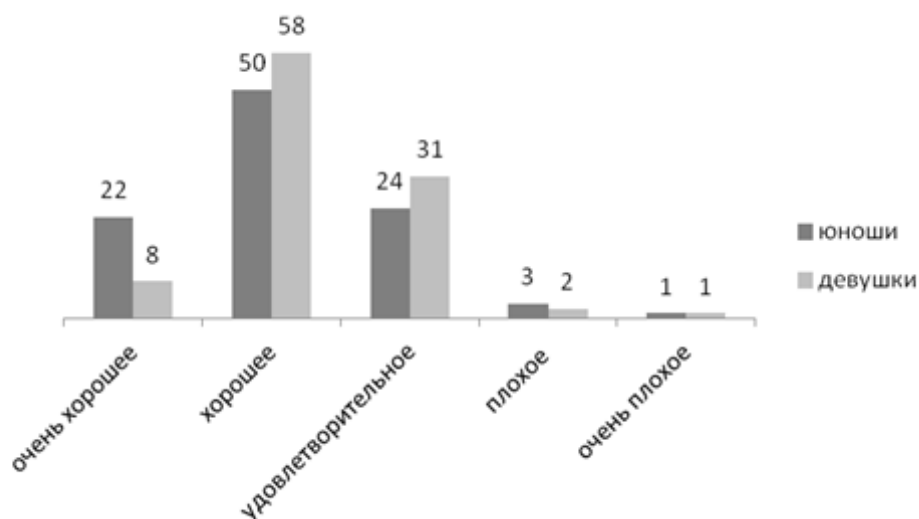


Рис. 1. Оценка собственного здоровья, %

Более подробный анализ состояния здоровья студентов позволил выявить ряд серьезных проблем (табл. 1). Пусть и редко, но студенты жалуются на простудные (63% юношей и 65% девушек) и инфекционные заболевания (58% и 68% соответственно). Головные боли, усталость, легкие недомогания,

угнетенное психологическое состояние (стрессы, депрессии) также являются значимыми проблемами, которые беспокоят студентов. Причем в большей степени психосоматическим расстройствам подвержены девушки. Боли в области сердца (редко беспокоят 30% юношей и 42% девушек) и повышенное (пониженное) артериальное давление (24% и 29% соответственно) могут быть не связаны с патологией сердечно-сосудистой системы, но полученные результаты свидетельствуют о том, что студентам требуются дополнительные медицинские осмотры.

Студенческая жизнь радикально меняет образ жизни многих молодых людей: меняется распорядок дня, формат отдыха, режим питания. Студентам не всегда удается питаться регулярно и сбалансированно: 31% юношей и 37% девушек питаются не более двух раз в день. Все это сказывается на состоянии пищеварительной системы: 34% юношей и 54% девушек беспокоят некоторые проблемы с органами пищеварения.

Отметим также, что результаты проведенного социологического исследования показали – почти половина студентов являются потенциальными клиентами стоматологической клиники (49% юношей и 62% девушек).

Т а б л и ц а 1 .

Проблемы здоровья, беспокоящие студентов, %

Проблемы	Юноши		Девушки	
	1*	2	1	2
Простудные заболевания	63	4	65	15
Инфекционные заболевания (ОРВИ, грипп)	58	3	68	10
Головные боли	57	7	56	27
Усталость	55	30	38	56
Легкие недомогания	55	7	70	22
Заболевания зубов	46	3	51	11
Угнетенное психологическое состояние (стрессы, депрессии)	40	13	48	32
Проблемы органов пищеварения	31	3	43	11
Боли в области сердца	30	4	42	5
Повышенное (пониженное) артериальное давление	24	8	29	17

*1 – Редко беспокоят

2 – Часто беспокоят

Понятно, что в высшие учебные заведения молодежь приходит уже с внушительным перечнем имеющихся заболеваний. По данным Российской академии медицинских наук, к возрасту 15-17 лет до 70% школьников имеют хронические заболевания. Свыше 30% детей имеют отклонения в физическом развитии, за последние 10 лет заболеваемость детей в возрасте до 14 лет увеличилась на 34%, детей в возрасте 15-17 лет – на 65% [1]. Эти проблемы усугубляются во время обучения в вузе: меняется структура суточного бюджета времени, режим питания, происходит приобщение к курению и употреблению алкогольных напитков, подготовка к зачетам и экзаменам провоцирует стрессы,

сексуальная жизнь молодежи по-прежнему характеризуется добрачными отношениями, частой сменой половых партнеров, случайным и незащищенным сексом.

Несмотря на беспокоящие студентов проблемы со здоровьем, они не всегда обращаются за медицинской помощью в специализированные лечебные учреждения (рис. 2). Только 13% юношей и 5% девушек всегда в случае заболевания обращаются за профессиональной помощью в медицинском учреждении, более половины студентов практикуют это лишь иногда (59% и 55% соответственно). Остальные, как показали результаты исследования, полагаются на выздоровление и самолечение (табл. 2).

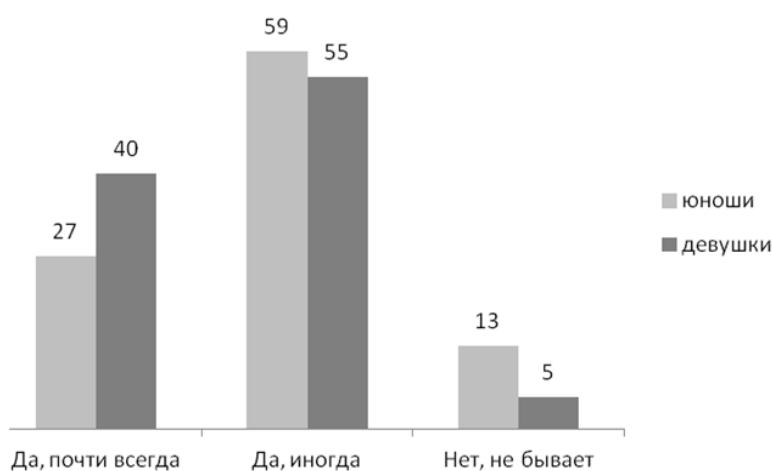


Рис. 2. Частота обращений в специализированные лечебные учреждения за медицинской помощью в случае заболевания, %

Причины обращения к профессиональной медицинской помощи лежат в двух плоскостях (табл. 2). С одной стороны, студенты, чувствуя легкие недомогания, не хотят пропускать учебные занятия и беспокоить врачей, по мнению самих студентов, «по пустякам». С другой стороны, прослеживается недоверие к институту здравоохранения: неудовлетворительная организация медицинского обслуживания (отметили 25% юношей и 36% девушек) и недоверие к врачам, к их квалификации (17% и 18% соответственно).

Т а б л и ц а 2 .

Причины обращения за медицинской помощью в случае заболевания, %

Причины	Юноши	Девушки
Надежда на то, что болезнь сама пройдет	51	49
Наличие достаточного количества медицинских знаний для того, чтобы вылечиться самостоятельно	45	44
Сложности, возникающие из-за пропусков занятий	33	48
Неудовлетворительная организация медицинского обслуживания	25	36
Недоверие к врачам, к их квалификации	17	18
Нежелание беспокоить врачей по пустякам	6	10

Структура обращений за медицинской помощью демонстрирует пренебрежительное отношение студентов к собственному здоровью (табл. 3). Самосохранительное поведение предполагает регулярные профилактические медицинские осмотры хотя бы один раз в год. На практике значительная часть студентов ими пренебрегает (48% юношей и 42% девушек). Четвертая часть студентов обращается за медицинской помощью два-три раза в год, столько же – один раз в год. Учитывая данные медицинской статистики, субъективные оценки здоровья и наличие проблем со здоровьем, эти показатели, на наш взгляд, должны выглядеть несколько иначе.

Медицинская активность, как и в целом отношение к здоровью, детерминированы ценностными ориентациями, интересами, потребностями индивида. Хотя здоровье, наряду с работой и семьей, возглавляет рейтинг важнейших жизненных ценностей у большинства студентов, оно по-прежнему носит инструментальный характер [2]. Поэтому главным условием самосохранительного поведения и медицинской активности, в частности, является осознание молодыми людьми непреходящей ценности здоровья, потребности личного участия в его сохранении и укреплении, не дожидаясь ухудшения здоровья.

Таблица 3.

Частота посещения врачей студентами за последний год, %

Частота посещений	По болезни		В целях профилактики		По другим причинам (например, за справкой)	
	юноши	девушки	юноши	девушки	юноши	девушки
Ни разу	37	24	48	42	24	29
Один раз	24	24	27	30	32	31
Два-три раза	22	29	10	17	22	23
Четыре-пять раз	3	9	2	2	5	3
Более пяти раз	2	7	2	3	6	5
Нет ответа	12	7	11	6	11	9

Своевременное обращение за медицинской помощью и регулярное прохождение профилактических осмотров способствуют сохранению здоровья студенческой молодежи и предотвращают возникновение хронических заболеваний.

Список литературы

1. ZDRAV.RU Портал информационной поддержки специалистов ЛПУ. Режим доступа: <https://www.zdrav.ru/articles/48012-vbr-zdorovyh-vypusnikov-v-rossii-lish-25> (дата обращения: 20.08.2019).

2. Ушакова Я.В., Зернов Д.В. Семья и дети в контексте репродуктивного здоровья молодежи // Национальные демографические приоритеты: подходы и

меры реализации. Серия «Демография. Социология. Экономика» / Под редакцией чл.-корр. РАН Рязанцева С.В., Ростовской Т.К. Том 5. № 4. М.: Изд-во «Экон-Информ», 2019. 558 с. С. 340-343.

**О ЗДОРОВОМ ХАРАКТЕРЕ
И ПАТОЛОГИИ-НОРМЕ БЕСХРЕБЕТНОСТИ
ON THE HEALTHY CHARACTER
AND PATHOLOGY-NORM OF SPINELESSNESS**

А.Н. Фатенков

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

A.N. Fatenkov

Lobachevsky University

В центре внимания автора ценность характера, понимаемого экзистенциально-натуралистически. Человек с характером противопоставляется человеку с амбициями и человеку с интересом.

The value of character interpreted in accordance with existentialism and naturalism is in the focus of author's attention. Man with a character is opposed to man with ambitions and man with an interest.

Ключевые слова: характер, бесхребетность, человек с характером, человек с амбициями, человек с интересом

Keywords: character, spinelessness, man with a character, man with ambitions, man with an interest

Существительное и прилагательные. Мне говорят: «Ты возвеличиваешь характер, – что правда, – а ведь он бывает и несносным, эгоистичным, завистливым, капризным, подлым». Не стану в спешке парировать иными случаями – встречами с характером стойким, отзывчивым, самоотверженным. Каждое прилагательное, добавляя частности, штрихи, детали, расшатывает существо содержания, то, которое просится в строку, как у немцев, с прописной буквы. Но и в обычном, строчном написании имён существительных кроется немалый смысл: намёк на неброское достоинство, на уверенную в себе скромность. Она и позволяет прилагательным вносить некоторое уточнение в то, что, по глубокому уму, способно обойтись без явно выраженной конкретизации.

Поэтому о «здоровом» характере – только в начале и лишь для того, чтобы сходу, без погружения в скрытые смысловые пласты, противопоставить однозначно ценное наличие в человеке экзистенциального стержня двойственности его отсутствия. Бесхребетность индивида аномальна в

контексте нонконформизма и нормальна, даже удобна, в конформистской проекции. Характер же вообще не признаёт критерия удобства, иначе сказать – с характером неудобно нигде и никогда. И часто не разобрать, кому беспокойно в особенности: его владельцу или тем, кто того окружает. Полярность конформизма и нонконформизма для характерного человека не очень важна, относится он к ней не без иронии: один её элемент – унизительно смешон, другой – претенциозно высокопарен.

Возникает, естественно, вопрос о соотношении бесхарактерности с характером негативным: что лучше, иметь его или не иметь никакого? Ответ, впрочем, дать не сложно: уж лучше какой-нибудь, пусть даже с серьёзными изъянами, для того, разумеется, кто не ищет забвения и не собирается плыть по течению, хотя бы течение это оказалось самым совершенством. Шанс залатать прорехи, избавиться от недостатков – не велик (не надо множить иллюзии), но всё-таки есть. А из отсутствия, из ничто, даже непорочного, ничего не выйдет и не вытечет, никакой ручеек совершенства.

На семантическом кусту философских категорий «характер» рядом с «природой (происхождением)», «сущностью», «самостью (Я)» и «экзистенцией». Характер – это сущность, с нарастающей конкретизацией перетекающая из природы в самость. Событийно он связан с экзистенцией. Та распознаётся и понимается как существование, становящееся сущностью; характер – как сущность, обречённая на существование.

Самое сильное, что написано и прочитано о характере (теперь и далее – без всяких прилагательных), с чем соглашаешься безоговорочно и с чем местами решаешься спорить, встретил у Эрнста Юнгера. Доброволец Первой мировой, окопный лейтенант – он из поколения моего деда (тут много личного). Нижеследующие выкладки, в немалой их части, выстроились в процессе-состоянии соразмышления с этим немецким философом. Его позиция по обсуждаемому вопросу куда более жёсткая, нежели у идейно близких ему Ф. Ницше и М. Хайдеггера. Тех академически смущает погружённость характера, германского особенно, в кровь и почву. Человека, пролившего кровь за родную страну (11 ранений), не смутит ничем. По Юнгеру, если сжато, характер – от природы, не от воспитания; от сердца, не от рассудка; от судьбы, не от причинно-следственной канители (см.: [1]). Если цитатно: «Характер – главное в нас; он наша подлинная стихия, внутренний неложный образ, чьим внешним запечатлением является наша жизнь. <...> Характер “процарапывается” в человеке раз и навсегда. Над ним не властны законы прогресса, только законы развития» [1, с. 72-74].

Да, характерность – та же натурность. Вернее, сосредоточенная натурность: весьма значима в ней конкретная наследственная компонента. Кто

бы что ни говорил о роли воспитания. Воспитывается, как и воссоздается, только то, что в основе своей уже заложено, и вместе с последующими заимствованиями извне (в первую очередь, опять же, от людей близких) возвращается твоими собственными, не чьими-то, небезрассудными волевыми усилиями. Всё точь-в-точь как со свободой: «Свободным нужно *быть*, чтобы стать таковым...» [2, с. 130]. Декларируемый оппонентами примат внешнего воздействия – просвещенческий, механистического толка, предрассудок, с его всегдашней подозрительностью к индивидуальной воле, допускаемой лишь в качестве слагаемого воли общей, которая видится изначально подчинённой некоей разумной необходимости. И природа, конечно, полна необходимо происходящим – но она полна и желанным, которое заведомо не вписывается без остатка ни в одну логику. Судьбоносна и характерна наша любовь к природе. «Именно она в форме полового влечения составляет существеннейшую часть человека» [1, с. 72].

Характер, плох он или хорош, не отчуждаем от действующего или созерцающего субъекта ни при каких обстоятельствах – в отличие от логической формы мысли, от манеры высказывания и поведения: те можно тиражировать и навязывать окружающим, можно скопировать и украсть. Напротив, пронизанные характером слово и дело – всегда в тебе, а ты – в них. Добро и зло, так же по существу своему характерные, истекая из человеческого нрава, остаются в нём, делая индивида нравственным или безнравственным. Не существует ни универсального морального закона, ни внеморального и вненравственного прочтения юридических норм. «Каждый закон определяется характером, императивом крови. <...> Убийство из ревности перед лицом норвежского правосудия – одно, а перед лицом итальянского – другое» [1, с. 73–74]. Взятые в отвлечении от природно-экзистенциального стержня народа, добро и зло усыхают до пропозиций, вариативно заполняемых общественной моралью, извечно прислуживающей власти и усердно обрабатывающей подданных (не важно, строгими запретами или провоцированием распущенности).

Жизненный опыт подсказывает вычертить определённую антропологическую вертикаль: *человек с характером – человек с амбициями – человек с интересом*. Последний – расчётливый до цинизма индивид массового покроя с нехваткой воли и упрямства, с худосочной мечтой о страховке на все случаи жизни. Закон «возвышения потребностей» (и нагнетания интересов, стало быть) написан для него, бухгалтерски правильного субъекта. Над ним и над всей людской массой пытается возвыситься человек с амбициями: столь же расчётливый и с тем же дефицитом воли, но не чуждый риска и авантюры, он, тщеславный и не без черт упрямства, играет на слабостях рассудочно-

опасливых обывателей, зачастую не замечая наличия этих же слабостей в себе. Иное дело – человек с характером: предельно требовательный к себе, он, опираясь на разумную волю, подкрепляя её порой «бараньим» упрямством, действует в отношении себя и других вопреки тенденциям омассовления: властвует – прежде всего над собой, любит и ненавидит – невзирая на обстоятельства.

Человек с интересом не интересен – не притягателен – по существу. Всего-навсего рассудочная марионетка из той же онтической плоскости, что и павловская собака и фордовский конвейер. Оперирова интересами, мысленно и практически, он абстрагируется от добра и зла (указанием и на практику усиливаем тезис Ханса Фрайера, см.: [3, с. 77]). Абстрагируется для того, надо думать, чтобы избавиться себя от оценки состояния, которое его одолевает: это состояние перманентной зависти. Мелочному, калькулирующему всё и вся индивиду характерно отвечает Луи-Фердинанд Селин: «я терпеть не могу торговаться из-за каждого су, *кассовая* ненависть у меня в крови <...> чёрт побери! скорее *кассовое* чутьё... оно у всех людей такое обострённое!.. нечеловеческое! почти звериное!..» [4, с. 97]. Интересу содержательно противостоит не столько незаинтересованность, сколько бескорыстие. А ещё – щедрость и дар. Не поддаются они подсчёту – ни замшелому мещанскому, ни инновационно сциентистскому.

Человек с амбициями – суеверен. Человек с характером – ценит неспешность. Один – пронырлив и изворотлив, но, как ни старается, предсказуем в своих схематичных действиях. Другого – неманерно глубокого, характерного, действующего по интуиции и ощущениям – до конца не просчитать. Человек с характером – может. Человек с амбициями – домогается. Должности, власти, женщины – чего и кого угодно. Он дока в причинных связях и отношениях, но не сведущ в основаниях, лишён их – и потому поверхностен и ненадёжен. Напротив, характерный индивид не причиняет, а обосновывает; он, укоренённый в бытии, неподдельно надёжен. Подспорьем ему служит не мораль, не право, не идеология, всегда социально и политически конъюнктурные, а природная упёртость, сдобренная нравственной интуицией экзистенциального порядка. От срывов, разумеется, никто не застрахован, они случаются (жизнь есть жизнь) – но не по расчёту, а под напором иррационального, того же «основного инстинкта» чаще всего. Ни отнекиваться, ни оправдываться, ни слезливо каяться здесь тогда ни к чему. Атрибутивное противоречие характерного человека – между двумя нераздельно-неслиянными его ликами: непритворно нравственного существа, ничуть не озабоченного своей моральной образцовостью, и пассионария, пребывающего по ту сторону добра и зла. Или, иначе, это противоречие между сердечностью и

брутальностью; между героями Дж.Д. Сэлинджера и Э. Хемингуэя (имея в виду литературную проекцию). Стильное его снятие находим у Эрнесто Че Гевары в приписываемом ему наставлении: «...становиться грубее, сохраняя в себе свою нежность».

Рассмотренные антропологические типы различаются таким образом, что человек с амбициями и человек с интересом – существа собственно социальные (тут далеко до Марксова оптимизма касательно эмансипирующего потенциала общества), тогда как человек с характером – существо по преимуществу экзистенциальное со свойственной ему аномальной социальностью: либо избыточной (у вождя и мессии), либо недостаточной (у бунтаря и строптивца). Вождь жертвует своей экзистенцией, подчиняя её общественному служению. Мессия хранит экзистенцию, жертвуя собой. Оба они на авансцене общественной трагедии. Бунтаря и строптивца нередко обнаруживаем в координатах провинциального городка или тропической глуши. Между собой эти фигуры разнятся формами протеста и схожи формой трагедийности: их победы априори временны, в то время как вождь и мессия грезят эпохальным или даже вечным, светлым будущим. Строптивец порой перебарщивает с экспрессией (Митя Карамазов), бунтарь – с рассудочным самоедством и чертовщиной (Иван) или с молчаливым поцелуем в ответ на чьё-то неприятие мира (Алёша, тёзка). Но именно они – живее всех живых. Их не превратить ни в мумию, ни в икону.

Выстроенная антропологическая вертикаль отчётливо просматривается в период социальных переворотов: революция на подъёме, когда в её авангарде люди с характером; революция идёт на спад, когда характерные деятели подменяются амбициозными; от революции не остаётся и следа при доминировании в обществе человека с интересом. Наступивший эволюционный период вновь сменяется предреволюционным отрезком истории, когда задавленные и соблазнённые пирамидой интересов, спеленованные рутинной повседневности осмеливаются поддержать характерных, а те чувствуют поддержку, или хотя бы возможность обретения таковой. Если на поступок решаются единицы, вместо революции получаем бунт. Он, надо заметить, не прекращается и в самые застойные времена: характерность и бунтарство всегда в связке.

Список литературы

1. Юнгер Э. Характер // Националистическая революция. Политические статьи (1923-1933) / Пер. с нем. А.В. Михайловского. М.: Скимень, 2008. С. 71-76.

2. Юнгер Э. Уход в Лес / Пер. с нем. А. Климентова. [Б. м., б. и.], 2014. 149 с.
3. Фрайер Х. Революция справа / Пер. с нем. Ю.Ю. Коринца. М.: Праксис, 2008. 144 с.
4. Селин Л.-Ф. Из замка в замок: Роман / Пер. с франц. М. Климовой и В. Кондратовича. Харьков: Фолио; М.: Изд-во АСТ, 1999. 416 с.

**САМООЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ И ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЕ
ПОВЕДЕНИЕ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО КЛАССА
SELF-ASSESSMENT OF HEALTH AND HEALTH-SAVING BEHAVIOR
OF THE KNOWLEDGE-CLASS**

М.В. Федосеева

Научный центр социально-экономического мониторинга, г. Саранск

M.V. Fedoseeva

The Research Center of Social and Economic Monitoring, Saransk

В фокусе находятся самооценки здоровья и практики здоровьесберегающего поведения представителей интеллектуального класса. Приведены динамические данные социологических опросов.

The focus of this article is on self-assessments of the health and health-saving behavior of members of the knowledge-class. The dynamic data of opinion polls are given.

Ключевые слова: интеллектуальный класс, интеллигенция, здоровье, здоровьесберегающее поведение

Keywords: knowledge-class, intelligentsia, health, health-saving behavior

В условиях формирования инновационной экономики особое значение для развития современного российского общества приобретает становление именуемого представителями западной социологической мысли «*knowledge-class*», а российскими учеными – класса интеллектуалов.

Ретроспективный анализ интеллектуального класса позволяет констатировать, что базисом для его формирования в российском обществе выступил слой *интеллигенции*, основной функцией которого традиционно является просветительская деятельность, духовное воспроизводство человеческого потенциала, трансляция эффективных образцов культурных и поведенческих практик, а также критически-конструктивное отношение к социальной реальности [1].

В современных условиях, когда знания и информация превращаются в важнейший ресурс производства, происходит трансформация социальной

структуры общества и становится очевидным, что среди многочисленных социальных групп особое значение приобретает интеллектуальный класс. По нашему мнению, представителями рассматриваемой группы являются *высококвалифицированные работники умственного труда, обладающие уникальными знаниями и культурными активами и участвующие в производстве и передаче знаний, направленных на развитие и совершенствование экономики страны*. Следует отметить, что дискуссионным остается вопрос относительно роли интеллектуалов в воспроизводстве морально-нравственных конструктов.

Потенциал здоровья во многом определяет степень включенности индивида в социальную жизнь, качество выполнения его профессиональных обязанностей и функций, вследствие чего здоровье для современного человека становится инструментальной ценностью – ресурсом достижения необходимых жизненных благ. В этой связи особую актуальность представляет изучение самооценок здоровья и стратегий здоровьесбережения представителей класса интеллектуалов.

Эмпирические данные получены в ходе двух опросов, объектом которых выступили представители класса интеллектуалов (N=197, 2014 г.; N=154, 2019 г.). В структуре выборки соблюдались гендерная и возрастная пропорции. Профессиональная принадлежность экспертов связана с научно-исследовательской, преподавательской и культурной деятельностью.

Здоровье человека на протяжении жизни формируется в зависимости от социально-экономических условий, специфики профессиональной деятельности, его возрастных особенностей. Безусловно, по мере увеличения возраста функциональные возможности организма снижаются, однако скорость данного регресса различна и зависит от потенциала здоровья, образа жизни и условий труда человека.

Анализ эмпирического материала, полученного в ходе исследований, свидетельствует, что доля респондентов, отмечающих незначительные отклонения состояния здоровья, выросла за исследуемый период с 41,1% до 45,0%. Численность опрошенных, подверженных хроническим заболеваниям, снизилась в рамках статистической погрешности. Аналогичная ситуация наблюдается относительно экспертов, считающих себя абсолютно здоровыми: их доля снизилась лишь на 2,0%. Подобные оценки свидетельствуют о том, что за исследуемый период не зафиксировано негативной динамики отношения представителей интеллектуального класса к собственному здоровью. Гендерные различия в самооценках здоровья характеризуются традиционно завышенной оценкой у мужчин по сравнению с женщинами практически во всех возрастных категориях (табл. 1).

Т а б л и ц а 1 .

Самооценка состояния здоровья представителей интеллектуального класса
в динамике

№	Вариант ответа	2014			2019		
		Муж.	Жен.	Итого	Муж.	Жен.	Итого
1	Считаю себя практически здоровым	32,7	13,1	19,9	29,3	13,6	17,9
2	Имею незначительные отклонения в состоянии здоровья	42,3	40,4	41,1	48,8	43,6	45,0
3	Имею хронические заболевания	21,2	44,4	36,4	22,0	40,0	35,1
4	Имею инвалидность	3,8	1,0	2,0	0	2,7	2,0

Исследования мужских и женских стилей самосохранительного поведения позволили сделать вывод, что более «*рискованные*» стили (регулярные занятия спортом, закаливание, активный отдых) характерны для мужчин, а женские модели самосохранительного поведения более «*сохранные*» (правильное питание, профилактический медицинский осмотр, соблюдение режима труда и отдыха).

Экономический статус является одним из важнейших факторов, определяющих качество жизни индивида, возможности профилактического наблюдения и своевременного выявления возникающих отклонений в состоянии здоровья. Однако, по данным исследований, статистически значимых различий в состоянии здоровья представителей групп различного финансового достатка выявлено не было, что в ряде случаев можно объяснить компенсацией неблагоприятного влияния невысокого материального достатка ряда групп здоровьеориентированным образом жизни, установками на поддержание и сохранение как физического, так и психоэмоционального здоровья.

Осознанное отношение к здоровью находит отражение в здоровьесберегающих практиках, реализуемых индивидом и имеющих регулярный характер [2]. Данные опроса, проведенного в 2019 г., свидетельствуют, что лишь десятая часть экспертов (12,5%) постоянно заботятся о поддержании своего здоровья, физической формы и регулярно посещают различные спортивные объекты (бассейн, тренажерный зал, спортивные секции). Эпизодически подобные практики реализуют около трети опрошенных (29,9%). Около 40,0% респондентов не уделяют должного внимания физической активности. Таким образом, можно говорить о парадоксах в отношении к здоровью представителей интеллектуального класса: при высокой значимости ценности здоровья, его роли для социальной и профессиональной деятельности, осознания важности реализации моделей

поведения, ориентированных на повышение, укрепление и сохранение потенциала здоровья, отмечается преимущественно декларативный характер здорового образа жизни.

Необходимым условием поддержания здоровья является качественный отдых. По мнению ряда авторов, его характер должен быть противоположен характеру профессиональной деятельности человека (так называемый, «контрастный» принцип построения отдыха). По данным опроса, значительная доля респондентов (56,9%) проводит свой отпуск за городом (дача, деревня и т.д.). Более трети опрошенных (38,6%) не имеют возможности выехать за пределы города и проводят свой отпуск, занимаясь домашними делами. Путешествуя по России, отпускной период проводят 28,6% экспертов, зарубежные поездки могут себе позволить лишь незначительная доля опрошенных (5,9 %).

Подводя итог, следует отметить, что, с одной стороны, здоровье традиционно занимает одно из первых мест в системе ценностей представителей интеллектуального класса, а с другой – реальные составляющие, обеспечивающие его высокий уровень, не занимают в ней высокого места. Необходимость ведения здорового образа жизни осознается многими. Но за этим пониманием редко стоят реальные действия, что объясняется нежеланием менять устоявшиеся привычки, стереотипы поведения. Чаще всего лишь экстремальные ситуации (как тяжелая болезнь, жизненный кризис) способны побудить человека к изменению образа жизни, принятию ответственности за свое здоровье.

Список литературы

1. Гришина Е.А. «Старая» и «новая» российская интеллигенция – противоречия социальной идентификации // «Новая» и «старая» интеллигенция: общее и особенное: материалы XII Междунар. теорет.-метод. конф. М. 2012. С. 41-42.
2. Журавлева И.В. Отношение к здоровью индивида и общества. М.: Наука, 2006. 238 с.

**ЗДОРОВЬЕ КАК ЦЕННОСТЬ:
ВЗГЛЯД СТУДЕНТОВ УНИВЕРСИТЕТОВ АРКТИКИ
HEALTH AS A VALUE:
A VIEW OF ARCTIC UNIVERSITY STUDENTS**

Д.Н. Филиппова
Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова,
г. Якутск
D.N. Filippova
North-Eastern Federal University in Yakutsk,
Yakutsk

Арктика – особая и особенная территория Российской Федерации. Сегодня качество жизни человека в российской Арктике – все еще проблемный вопрос. Сложные климатические условия, малонаселенность и труднодоступность отдельных населенных пунктов отражаются и в системе здравоохранения регионов АЗ РФ. Предпринята попытка анализа взгляда студентов университета Арктики на здоровье как ценность.

The Arctic is a special and special territory of the Russian Federation. Today, the quality of human life in the Russian Arctic is still a problematic issue. Difficult climatic conditions, low population density and inaccessibility of individual settlements are reflected in the health care system of the regions of the Russian Federation. The article attempts to analyze the views of students of the University of the Arctic on health as a value.

Ключевые слова: здоровье как ценность, Арктика, студенты университетов Арктики, здравоохранение, здоровый образ жизни

Keywords: health as a value, Arctic, students of universities in the Arctic, health, healthy lifestyle

В арктическую зону Российской Федерации входят территории Мурманской области, Ненецкого, Чукотского и Ямало-Ненецкого автономных округов, Республики Коми, нескольких районов Республики Саха (Якутия), города Норильска, двух районов Красноярского края, муниципальных образований Архангельской области. Кроме того, к российской арктической зоне относятся часть островов и архипелагов Северного Ледовитого океана. Более 2 миллионов россиян – жители Арктической зоны РФ [1].

Анализ взгляда студентов университетов Арктики на здоровье как ценность основывается на результатах анкетного опроса «Арктика в ценностях студентов университетов Арктики», проведенного в 2017 г. с участием автора под руководством научного руководителя У.А. Винокуровой. Совместно с научным руководителем нами была составлена анкета на основе положений Арктической циркумполярной цивилизации [2] для исследования

приверженности Арктике студентов университетов Арктики, определения роли Арктики в их системе ценностей. В анкетном опросе приняли участие 137 студентов Северо-Восточного федерального университета (город Якутск), 80 студентов Мурманского арктического государственного университета (город Мурманск) и 171 студент Северного (Арктического) федерального университета (город Архангельск).

Рассмотрим состояние здоровья населения Арктики данных регионов по статистике, приведенной в различных документах. Состояние здоровья населения Арктической зоны Республики Саха (Якутия) характеризуется снижением младенческой и материнской смертности на фоне высокого уровня показателей общей заболеваемости, в том числе туберкулезом и другими социально значимыми заболеваниями, такими как алкоголизм, болезни органов кровообращения. Об этом говорится в проекте Стратегии социально-экономического развития Арктической зоны Республики Саха (Якутия) [3].

Среди основных причин смерти на данной территории региона на первом месте на протяжении многих лет остается смертность от болезней системы кровообращения. «Второе место занимает смертность от внешних причин, показатель которой с 2005 г. имеет устойчивую тенденцию к снижению. Смертность от новообразований находится на третьем месте» [4].

В Архангельской области отмечается демографическое старение населения, что обусловлено миграционным оттоком граждан трудоспособного возраста и процессом естественной убыли населения, доля которой в последние годы увеличивается за счет снижения рождаемости. «В сохранении естественного прироста населения региона решающее значение приобретает продолжительность жизни северян, которая, начиная с 2005 г., имеет положительную динамику. В 2017 г. этот показатель для населения в целом составил 71,96 лет» [5].

Сообщается, что «доминирующее положение в структуре причин общей смертности населения по-прежнему занимают болезни системы кровообращения (57,3 процента), новообразования (17,7 процента). На долю умерших от внешних причин приходится 9,1 процента в структуре причин смертности» [5].

По данным СМИ, за год «Мурманская область потеряла 5,5 тысяч человек. По информации Мурманскстата, это в основном переселенцы – 4,4 тысячи. Среди причин называется и естественная убыль. Уровень рождаемости в регионе снизился на пять процентов за прошедший год. Смертность наоборот продолжает расти. Среди причин смертности более половины случаев – заболевания системы кровообращения [6].

Мы видим, что в регионах, где проживают опрошенные студенты, отмечается миграционная убыль населения, в двух регионах наблюдается естественная убыль населения и снижение рождаемости, и только в Якутии – высокая рождаемость. Среди причин смертности наиболее высокий процент занимают заболевания системы кровообращения.

Общеизвестно, что прогулки на свежем воздухе, активные виды отдыха являются залогом крепкого здоровья. И один из вопросов нашей анкеты звучал таким образом, «Сколько времени Вы проводите на свежем воздухе, на природе, вне помещения зимой?». До 1 часа в день проводят на свежем зимнем воздухе треть опрошенных студентов: в СВФУ – 35%, МАГУ – 33%, САФУ – 36%. Не менее 2-3 часов в день – большинство, это 46% опрошенных в СВФУ, 53% в САФУ, 59% в МАГУ. И меньшинство (8-19%) выбрали ответ «выхожу редко из помещения на длительное время». Каждый четвертый опрошенный студент выбрал этот вариант, скорее всего, это связано с экстремально низкими температурами в республике Саха (Якутия).

Интересны ответы студентов на вопрос, занимаются ли они зимними видами отдыха, физической культуры и спорта. «Да, постоянно» – ответ оказался наименее выбираемым: 14-15% опрошенных в федеральных вузах. В МАГУ каждый четвертый (25%) занимается спортом зимой, в основном это катание на лыжах, коньках, хоккеей. Указали, что редко занимаются зимними видами спорта, чуть больше половины опрошенных: 53% в САФУ и 58% в МАГУ. Меньше выбрали этот ответ в СВФУ (37% респондентов). Вариант «нет» выбрали чаще всего якутские студенты – 47%, меньше всего – мурманские (19%). И каждый третий в САФУ не занимается зимними видами спорта.

Проживание на Севере, в Арктике обусловлено экстремально низкими температурами воздуха на протяжении трех месяцев. На вопрос, были ли у Вас случаи обморожения, переохлаждения, положительно ответили практически каждый четвертый респондент – 24% в СВФУ, 23% в МАГУ, 18% в САФУ. Большинство студентов ответили отрицательно на этот вопрос.

Умеют оказывать медицинскую помощь при переохлаждении, обморожении половина опрошенных (50-54%). При пребывании в зимних холодных условиях молодежь испытывает разные чувства. Большая половина опрошенных отметили, что это для них обыденные, привычные условия, при этом не испытывают ни особого удовольствия, ни явного дискомфорта (47-60%). Удовольствие отметили: студенты СВФУ – 21%, МАГУ – 17%, САФУ – 17%. Больше всех дискомфорт ощущают студенты САФУ (35%), меньше всего – в СВФУ (19%), в МАГУ – каждый пятый (24%).

Ответы на вопрос, «Какие ценности, на Ваш взгляд, являются наиболее важными в жизни человека Арктики?» представлены в таблице 1.

Т а б л и ц а 1 .

Какие ценности, на Ваш взгляд, являются наиболее важными в жизни человека Арктики? (выберите не более 3 вариантов ответов)

Ценность	СВФУ	МАГУ	САФУ
1. семейное счастье	65	53	51
2. материальная обеспеченность, богатство	21	31	32
3. верные друзья	18	29	26
4. единство с природой, ее красота и ресурсы (рыбалка, сбор ягод, отдых на природе)	39	39	27
5. личная свобода и независимость	7	11	15
6. здоровье	50	46	49
7. карьера, власть, возможность руководить другими людьми	11	5	7
8. северное притяжение	7	24	8
9. спокойная жизнь	26	22	19
10. возможность реализовать свои таланты	10	11	12
11. интересная работа	12	18	25
12. возможность приносить пользу другим людям	18	13	12
13. другое	1	1	1
13. затрудняюсь ответить	2	0	5

Большинство студентов отметили «семейное счастье» (51-63%), половина – «здоровье» (46-50%). Много значит для студентов единство с природой, ее красота и ресурсы – 39% опрошенных в СВФУ и МАГУ, 27% в САФУ. Материальная обеспеченность, богатство значимы для трети студентов – 31-32% опрошенных студентов МАГУ и САФУ, 21% в СВФУ. Четверть студентов (19-26%) ценят спокойную жизнь. Реже всего студентами выбран ответ «Карьера, власть, возможность руководить другими людьми» (5-11%).

Мы видим, что студенты университетов Арктики видят ценность здоровья для человека Арктики. Большинство студентов проводят зимой не менее 2-3 часов на свежем воздухе, на природе, вне помещения. Респонденты не очень активно, редко, время от времени занимаются спортом. Половина опрошенных умеют оказывать медицинскую помощь при переохлаждении, обморожении. Мы видим, что климатические условия влияют на установки студентов. Меньше всего времени на улице в зимнее время проводят студенты СВФУ, они же и реже занимаются зимними видами спорта. Однако в ряду указанных ценностей половина опрошенных студентов всех трех вузов определяют здоровье на первую и вторую позиции после семейного счастья.

Список литературы

1. Оценка численности постоянного населения сухопутных территорий Арктической зоны РФ на 1 января. URL: <https://narfu.ru/upload/medialibrary/1ee/otsenka-chislennosti-postoyannogo-naseleniya-sukhoputnykh-territoriy-arkticheskoy-zony-rf-na-1-yanvaryaya.pdf>.
2. Винокурова У.А., Филиппова Д.Н. «Жить Арктикой»: анкета. М-во образования и науки Рос. Федерации, Сев.-Вост. федер. ун-т имени М.К. Аммосова, Финансово-экон. ин-т, каф. социологии и управления персоналом. Якутск, 2017. 10 с.
3. Стратегия социально-экономического развития Арктической зоны Республики Саха (Якутия) (проект). Якутск, 2019. 118 с.
4. Самсонова А.Н., Гнатюк Г.А. Медико-демографическая ситуация и заболеваемость населения Республики Саха (Якутия). Московский экономический журнал, 2019. № 1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/mediko-demograficheskaya-situatsiya-i-zabolevaemost-naseleniya-respubliki-saha-yakutiya>.
5. Доклад о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения в Архангельской области по итогам деятельности за 2018 год. URL: https://www.minzdrav29.ru/ministry/Open_data/.
6. Население Мурманской области уменьшается из-за переселенцев. URL: <https://vmnews.ru/novosti/2019/04/29/naselenie-murmanskoy-oblasti-umenshaetsya-iz-za-pereselencev>.

ИППОВЕНЦИЯ КАК ИННОВАЦИОННЫЙ МЕТОД РЕШЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ НАСЕЛЕНИЯ МЕГАПОЛИСА HIPPOVENTION AS AN INNOVATIVE METHOD FOR SOLVING THE PSYCHOLOGICAL PROBLEMS OF THE POPULATION OF MEGAPOLIS

О.А. Хлюпина

Нижегородский центр иппотерапии «Контакт», Нижний Новгород

O.A. Hlyupina

Nizhny Novgorod Hippotherapy Center «Contact», Nizhny Novgorod

Материал посвящен обоснованию эффективности применения ипповенции в психотерапии и психологической работе со взрослым населением мегаполиса. Стресс, потеря собственного «я» в условиях стремительной и агрессивной жизни горожан требует инновационных и эффективных решений. Таким может стать использование лошади в психотерапии и психологической работе, где большое и сильное животное выполняет роль зеркала человеческих эмоций.

The material is devoted to substantiating the effectiveness of hippovention in psychotherapy and psychological work with the adult population of a city. Stress, the loss of one's self in a fast-paced and aggressive life of citizens requires innovative

and effective solutions. This may be the use of a horse in psychotherapy and psychological work, where a large and strong animal acts as a mirror of human emotions.

Ключевые слова: ипповенция, психологические проблемы
Keywords: hippovention, psychological problems

Ипповенция – метод достижения психологического терапевтического эффекта в процессе грамотно организованного специалистом (психологом, психотерапевтом) общения с лошадью.

Психотерапевтическое обоснование эффективности ипповенции состоит в том, что во время контакта с лошадью происходит осознание глубинных процессов, в момент переживания которых человек может восстановить связь со своим подлинным «я». Поведение лошади является отражением эмоций контактирующего с ней человека.

Лошадь – табунное социальное животное со своей четкой иерархией среди сородичей. Оно демонстрирует жёсткие границы поведения («что можно», «что нельзя», «договоримся») с одной крайне важной особенностью – невербальным языком, которым человек пользуется в большинстве случаев неосознанно. Для всех очевидно, что в человеческом обществе мы можем выразить агрессию или показать симпатию, не прибегая к речи, однако, по сравнению с лошадьми, наш невербальный язык слишком «топорный» и выразительный. Между тем, напряжение – это не только сведенные брови, сосредоточенный взгляд в одну точку, но и характерное положение тела и определенный эмоциональный заряд, что не всегда будет очевидно для собеседника, но всегда найдет отражение в поведении лошади, которая обладает, к тому же, типичным поведением животного-«жертвы».

Задача психолога-специалиста – научить человека четко держать личные границы, осознавать эмоции (энергии) гнева, страха, радости, преобразовывать их в действие телом (например, принимать предупреждающую позу, позу обороны). Лошадь в такой работе становится выразительным зеркалом человеческих эмоций. Благодаря этому человек осознает на уровне тела собственные страхи переживания (как положительные, так и отрицательные), он учится выражать их телом, а затем вербально. Общение с лошадью, выстроенное определенным образом с помощью специалиста по ипповенции, благотворно воздействует на процесс преодоления психологических травм, помогает справиться с тревожностью и побороть страхи, развивает лидерские навыки и эмпатию. Акцент делается на различных вариантах контакта «человек – лошадь»: наблюдение, чистка, кормление, вождение.

Занятия проводят психологи, психотерапевты, имеющие опыт работы с лошадьми.

При взаимодействии с лошадью развивается сенсорно-кинестическая чувствительность, мышечная координация и реакция, качественно улучшаются способности к коммуникации, повышается стрессоустойчивость. Происходит достижение гармонии с природой через общение с лошадью, посредством взаимодействия, наблюдения, эмпатии, рефлексии полученного опыта, стимулирования творческого потенциала сознания.

Ипповенция ориентирована на широкую аудиторию и позволяет активизировать внутренние природные ресурсы в себе самом, необходимые для сохранения и восстановления здоровья, переживания счастья в гармонии с другими людьми, полноты и осмысленности жизни.

Внутреннее стремление человека со-настраиваться с другими живыми существами и природными процессами, необходимость телесного включения, восстановление связи между языком тела и словами, внимание к сигналам лошади, среда, отличная от привычных психологических кабинетов и площадок, помогают преодолеть стереотипные ситуации и для некоторых клиентов является более комфортной.

Движение рядом с лошадью или верхом задействует телесность и является мощным помощником в работе с эмоциями и стрессом.

Метод является новым, и ещё продолжаются споры между специалистами, что же можно назвать именно «ипповенцией»: работу беспосадочным способом (то есть, человек находится на земле во время контакта с лошадью) либо с посадкой верхом (это открывает больше возможностей работать телесно ориентированно, адресно воздействуя на те или иные группы мышц и зажимы, учит расслабляться после осознания определенной зажатости, нечувствительности какой-то части тела благодаря сохранению баланса движущихся тел человека и лошади), но именно поэтому представляет большой интерес для исследований.

**ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ
НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ**
**THE INFLUENCE OF ENVIRONMENTAL FACTORS
ON CHILDREN'S HEALTH**

Е.Б. Ходырева
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*
E.B. Khodyreva
Lobachevsky University

На основе зарубежных публикаций автор обобщает научные принципы, которые необходимо учитывать при оценке рисков для здоровья детей от воздействия химических веществ в окружающей среде и предоставляет информацию и результаты исследований таких воздействий.

Based on foreign publications, the author summarizes the scientific principles that must be considered when assessing risks to children's health from exposure to chemicals in the environment, and provides information and research results of such effects.

Ключевые слова: экологические риски, окно восприимчивости, индукция и обострение респираторных заболеваний, мутагенное воздействие, восприимчивость

Keywords: environmental risks, window of susceptibility, induction and exacerbation of respiratory diseases, mutagenic effects, susceptibility

Факторы окружающей среды играют важную роль в определении здоровья и благополучия детей. Накопленные мировые и российские данные свидетельствуют, что дети, которые составляют более трети населения мира, наиболее уязвимы, поскольку экологические факторы воздействуют на здоровье детей иначе, чем на здоровье взрослых. Оценки спектра заболеваний вследствие экологических рисков подчеркивают особую уязвимость детей перед лицом экологических проблем. Так, по данным Всемирной Организации Здравоохранения, в то время как 24% глобального спектра болезней, вызванных экологически неблагоприятными условиями, влияют на здоровье взрослого населения, 33% тех же глобальных рисков оказывают воздействие на детское население [1]. Дети из неблагополучных семей, социальные сироты испытывают наиболее сильное воздействие неблагоприятных экологических факторов. Эти дети часто живут в нездоровых условиях или жилье, им не хватает чистой воды и санитарно-гигиенических услуг, их доступ к услугам здравоохранения, уходу и школам ограничен.

Воздействие экологических факторов лежит в основе плохого здоровья детей во всех регионах мира, но особенно в развивающихся странах среди тех, кто беден и истощен, кто сталкивается как с традиционными, так и вновь возникающими воздействиями на окружающую среду. Большая осведомленность в последние годы об особой уязвимости детей привела к увеличению числа новых исследовательских программ, международных соглашений, специально созданных для создания и продвижения здоровой среды жизнедеятельности детей. Несмотря на значительный прогресс за последние десятилетия, считается, что почти 11 миллионов детей в возрасте до пяти лет ежегодно умирают от заболеваний, которые в значительной степени могут быть предотвращены. По данным ЮНИСЕФ и ВОЗ, большинство из них имеют место в Африке и на юго-востоке Азиатских регионов [2]. К основным причинам смерти детей в возрасте до пяти лет относятся такие «традиционные» риски, как экологические угрозы, включая загрязнённую питьевую воду, плохие санитарные условия, загрязнение воздуха внутри помещений, инфекционные и трансмиссивные заболевания и сомнительные запасы продовольствия. Тем не менее, «возникающие» риски, включая воздействие антропогенных токсических веществ в окружающей среде, представляют все большую угрозу для здоровья детей.

Химическая опасность, социальные и экономические факторы также оказывают влияние на здоровье детей. Существуют научные доказательства того, что воздействие химической опасности на разных этапах развития приводит к повышенной заболеваемости некоторыми детскими заболеваниями. Широкий ассортимент химических веществ может повлиять на здоровье детей, но несколько химических классов вызывают особое беспокойство. К ним относятся тяжелые металлы, стойкие органические загрязнители, пестициды и загрязнители воздуха. Тяжелые металлы и липофильные стойкие органические загрязнители проникают через плаценту, а также попадают в грудное молоко, основной источник питания большинства новорожденных детей [3]. Тяжёлые металлы и стойкие органические загрязнители мешают нормальному росту и развитию детей [4].

Помимо воздействия окружающей среды другие риски вызывают осложнения состояния здоровья. Социокультурные факторы рассматриваются как ещё одна серьёзная причина детской заболеваемости и смертности. Экономические и пищевые факторы, особенно бедность, являются ключевыми среди движущих сил, которые создают вредные для здоровья детей условия. В дополнение к этим факторам такие внутренние факторы, как состав родительских генов, контролирующей динамику развития, играет ключевую роль в определении восприимчивости детей к воздействию факторов

окружающей среды на разных этапах жизни. Например, присутствие гена, который приводит к снижению уровня ацетилхолинэстеразы (целевой фермент органофосфатов) увеличит уязвимость мозга к фосфорорганическим пестицидам [5]. Неблагоприятные эффекты у детей могут возникнуть в результате воздействия вредных факторов до зачатия с отцовской или материнской стороны, во время внутриутробного развития или уже постнатально, и ко времени полной зрелости привести к серьёзным заболеваниям. Даже на ранней стадии развития более короткие интервалы воздействия могут определять восприимчивость детей к опасным факторам окружающей среды. Различные системы органов развиваются с разной скоростью, но это имеет решающее значения на этапе формирования внутренних органов и систем детского организма. Рядом учёных было доказано, что для каждой стадии развития существуют определённые окна восприимчивости и более узкие периоды восприимчивости [6]. Неблагоприятные последствия для здоровья от раннего воздействия могут проявиться на любом этапе жизни. В некоторых случаях они могут быть очевидны только после длительных латентных периодов. Влияние токсического воздействия на процессы развития могут быть результатом различных механизмов действия, а токсическое воздействие может привести к более серьёзным последствиям для здоровья по сравнению с таким же воздействием на организм взрослых. Таким образом, воздействие окружающей среды на ранних этапах жизни ребёнка может привести к значительной иммунотоксичности, тогда как те же последствия не всегда наблюдаются у взрослых.

Последствия раннего воздействия могут включать увеличение восприимчивости к инфекционным заболеваниям и раку, повышенный риск развития астмы и атопии, и рост некоторых форм аутоиммунных заболеваний. Полученные доказательства свидетельствуют, что предполагаемый результат воздействия неблагоприятных факторов может отличаться в зависимости от окна иммунного развития, когда непосредственно происходит негативное воздействие. Следовательно, состояние развития иммунной системы находится в тесной зависимости от тяжести и периода воздействия на организм неблагоприятных факторов окружающей среды и является ключевым при определении вероятного риска для здоровья [7].

Далее рассмотрим корреляцию между периодом развития внутренних органов и систем и степенью тяжести воздействия на них неблагоприятных экологических факторов. Развитие легких продолжается от эмбриональной фазы до возраста 18-20 лет. Поскольку это непрерывный процесс, логично предположить, что дети более подвержены воздействию дыхательных

интоксикантов, чем взрослые, чьи лёгкие уже сформировались, поскольку незрелые дифференцирующиеся клетки дыхательных путей детей более чувствительны к дыхательным интоксикантам.[7, с. 489]

Многие исследования пытаются выявить различия между воздействиями окружающей среды, которые вызывают новые заболевания, и теми, которые вызывают обострения ранее существовавшего заболевания. Учёные пришли к выводу, что это различие является результатом негативного воздействия на раннем этапе развития организма. Загрязнение воздуха внутри и снаружи помещений является фактором риска для индукции и обострения респираторных заболеваний, особенно астмы. Провокаторы респираторных заболеваний включают газы, образующиеся при сжигании органического топлива, в том числе диоксид азота и твердые частицы дизельные выхлопных газов; плесень, аллергены и бактериальные продукты; аэротоксины, в том числе формальдегид и другие летучие органические соединения; пестициды и тяжелые металлы [8].

При пассивном курении ребёнок подвергается воздействию дыма, который содержит не только загрязняющие вещества, но также токсины и канцерогены. Воздействие пассивного курения начинается в утробе, где составляющие табачного дыма, такие как никотин и окись углерода, проникают через плаценту и концентрируются в системе кровообращения плода. Потенциально мутагенное воздействие табачного дыма приводит к нарушению нормального деления клеток и дифференцировки в дыхательном древе, что приводит к снижению функции легких и увеличению гиперчувствительности бронхов [9].

Состояние здоровья детей является важным демографическим показателем здоровья человека. В последнее время исследователи сосредоточились на методологии, разработанной специально для выявления уникальных характеристик детей и необходимости рассматривать внешние воздействия в контексте жизненных этапов. Те же методологии, которые использовались для оценки состояния здоровья взрослых в отношении факторов окружающей среды, могут быть использованы применительно к детям, но они должны учитывать темп роста и характеристики развития. Необходимо более частое измерение результатов воздействия и их последствий с учётом ключевых этапов роста и развития: эмбриональный, неонатальный, младенческий, детство, юность и зрелость.

Несмотря на накопленные знания о предотвращении экологической опасности для детей, необходимы исследования в следующих областях:

- разработка и внедрение проспективных когортных исследований беременных женщин, младенцев и детей;

- усиление эпидемиологического надзора с использованием систем для сбора данных о состоянии здоровья в режиме реального времени, включающего современные системы наблюдения, такие как отслеживание естественного движения населения для регистрации числа рождений и врожденных дефектов развития;
- мониторинг воздействия на детей неблагоприятных факторов на всех этапах развития, включая оценку совокупных воздействий в развивающихся странах;
- определение групп населения с самыми высокими уровнями воздействия неблагоприятных факторов и разработка экономически эффективных биомаркеров для выявления восприимчивости к ним и их последствий, особенно на ранних стадиях развития;
- выявление токсикокинетических и токсикодинамических свойств ксенобиотиков на разных этапах развития.

Список литературы

1. Principles for evaluating health risks in children associated with exposure to chemicals. Geneva, World Health Organization, International Programme on Chemical Safety. WHO Press, World Health Organization.
2. Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. UNICEF [Электронный ресурс] URL: <http://www.childmortality.org/> (Дата обращения 24.06.2019).
3. Damstra T. Global assessment of the state-of-the-science of endocrine disruptors. Geneva, World Health Organization 2002.
4. Coccini T. Effects of developmental co-exposure to methylmercury and 2,2',4,4',5,5'-hexachlorobiphenyl on cholinergic muscarinic receptors in rat brain. Journal of Neurotoxicology. Issue 27. Pp.468-477. 2006.
5. Costa LG. Polymorphism of paraoxonase and their significance in clinical toxicology of organophosphates. Journal of Toxicology – Clinical Toxicology. Issue 41. P. 37-45. 2003.
6. Faustman E.M. Mechanisms underlying children's susceptibility to environmental toxicants. Journal "Environmental Health Perspective". Issue 108. Pp. 13-21. 2000.
7. Dietert R.R. Workshop to identify critical windows of exposure for children's health: Immune and respiratory systems work group summary. Journal "Environmental Health Perspective". Issue 108. Pp. 483-490. 2000.
8. Volkmer R.E. The prevalence of respiratory symptoms in South Australian children. Factors associated with indoor air quality. Journal of Pediatrics and Child Health. Issue 31. Pp. 116-120. 1995.
9. Collins M.H, Moessinger A.C, Kleinerman J, Bassi J, Rosso P, Collins A.M, James L.S Fetal lung hypoplasia associated with maternal smoking:

СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ АСПЕКТЫ ЦИФРОВОГО ЗДОРОВЬЯ SOCIO-CULTURAL ASPECTS OF DIGITAL HEALTH

Н.В. Шалютина

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

N.V. Shalyutina

Lobachevsky University

Дается общий анализ социокультурных факторов цифровизации в сфере здравоохранения на макро- и на микросоциологических уровнях, рассматривая как позитивные, так и негативные аспекты этого процесса. Цифровые технологии активно внедряются в повседневную жизнь и становятся частью социальных отношений, трансформируя практики взаимодействия врачей и пациентов.

The author carries out a General analysis of socio – cultural factors of digitalization in the field of health care at macro-and microsociological levels, considering both positive and negative aspects of this process. Digital technologies are actively introduced into everyday life and becoming part of social relations, transforming the practice of interaction between doctors and patients.

Ключевые слова: цифровое здоровье, мобильное здравоохранение, цифровизация, обязывающее доверие

Keywords: digital health, mHealth, digitalization, binding trust

В последние годы в социологический тезаурус активно входят новые термины: «цифровой здоровье», «медицина 2.0.», «электронное здравоохранение», «mHealth». Интерес социологии к цифровому здоровью и цифровой медицине связан, с одной стороны, с внедрением в некоторых странах систем цифрового здравоохранения в качестве элемента системы, а с другой стороны с активным включением цифровых технологий в повседневность, особенно это касается различных мобильных приложений, количество которых стремительно растет. По оценкам, к 2020 г. на каждого пользователя будет приходиться 6 подобных приложений [1].

Цифровое здоровье — термин, обозначающий использование цифровых технологий в области медицины и обеспечение с их помощью здорового образа жизни. Цифровое здоровье и здравоохранение включают использование цифровых технологий, в том числе смартфонов и социальных сетей, для сбора

данных о поведении, связанном со здоровьем, и анализа этой информации (в том числе, искусственный интеллект, Big Data и использование блокчейн в медицине); развитие телемедицины и облегчение доступа к здравоохранению; использование цифровых медицинских записей и системы мониторинга заболеваний; профилактику заболеваний и поддержание здоровья; координацию рабочих процессов в учреждениях здравоохранения; в фармакологической отрасли.

В обыденной жизни пользователи могут увидеть развитие eHealth в двух направлениях: технологии, устройства, приложения и услуги для лечения и ухода за пациентами, второе – это системы и устройства, предназначенные для контроля за соблюдением здорового образа жизни (wellness) и фитнеса (fitness). Эти направления развиваются параллельно, с разной скоростью, оказывая взаимное влияние друг на друга, с тенденцией к слиянию. Поэтому будет правильнее говорить не о здравоохранении или медицине, а об обеспечении здоровья человека во всех смыслах с использованием цифровых технологий.

При оценке последствий внедрения цифрового здравоохранения часто высказываются крайне противоположные точки зрения. С одной стороны, внимание акцентируется на позитивных аспектах трансформации систем здравоохранения, вызванных использованием цифровых данных [2], с другой стороны, звучат опасения, связанные с возможной деградацией традиционных систем здравоохранения [3]. Поэтому важно применять социокультурный подход при анализе этого явления, рассматривая процесс цифровизации здравоохранения на макро- и микросоциологических уровнях.

Большинство дискуссий о цифровых технологиях здравоохранения используют в основном инструментальный подход, ориентируясь на очевидные преимущества цифровизации здравоохранения, с точки зрения финансовой экономии. Но цифровые технологии не являются социально нейтральными, они вовлечены в плотную паутину экономических и социокультурных отношений.

С макросоциологической точки зрения, основные направления развития цифровизации здоровья связаны, прежде всего, с экономическими аспектами существования цифровой медицины. С одной стороны, предполагается [4], что технологии mHealth позволяют сократить издержки на здравоохранение. Пациенты, которые используют mHealth технологии, реже нуждаются в посещении медицинских учреждений, так как имеют более детальное представление о своем здоровье, а в случае необходимости могут получить консультации специалистов удаленно. С другой стороны, нельзя не обойти вниманием тот факт, что коммерческий интерес компаний, внедряющих цифровую медицину, связан с коммодификацией цифровых пациентов, которые вместо лечения получают продажу медицинских услуг.

Вопрос дискриминации и доступности медицинских услуг также может рассматриваться с двух точек зрения: с одной стороны, применение технологий mHealth потенциально способствует доступности и качеству здравоохранения. Эта отрасль быстро развивается во всем мире, даже в регионах, имеющих ограниченный доступ к врачебной помощи. Совместное исследование Economist Intelligence Unit и PWC показывает, что основным мотивом использования mHealth является упрощение доступа к здравоохранению – 46%, участвовавших в опросе [5]. С другой стороны, некоторые социологи отмечают, что цифровизация здравоохранения несет риски, связанные с конфиденциальностью данных пользователей. Цифровые устройства мониторинга потенциально позволяют поставщикам медицинских услуг, работодателям и компаниям медицинского страхования получать доступ к данным о здоровье пользователей в мельчайших деталях. На основе данных о привычках пользователей, они могут быть классифицированы в некоторые дискриминируемые социальные группы, в том числе и на рынке труда [6]. Кроме того, использование цифровых технологий может привести к дискриминации пользователей, не обладающих достаточными навыками ориентации в цифровом пространстве или не имеющих к нему доступа.

На макросоциологическом уровне можно констатировать смену моделей экономического поведения всех игроков рынка медицинских услуг, смещение локуса контроля с государства на пациента. Формирование образа «цифрового пациента», способного самостоятельно отслеживать различные показатели своего здоровья и активно заниматься поиском медицинской информации в интернете, может быть аргументом для сокращения государственных обязательств и замещения некоторых функций государства коммерческими компаниями. На микросоциологическом уровне персонализация здравоохранения, с одной стороны, ведет к снижению рисков и ошибок, с другой – потенциально генерируют новые способы мышления и практики поведения в области здоровья. С социокультурной точки зрения, эти изменения могут поставить под сомнение традиционный опыт болезни и медицинского обслуживания. Большая вовлеченность пациентов дает пользователям возможность самостоятельно управлять своим здоровьем, искать информацию и обмениваться опытом на специализированных порталах, что может способствовать распространению самопомощи [7]. По результатам опроса PWC, изменение практик взаимодействия врачей и пациентов, а именно, обретение пациентами большей независимости от врачей беспокоит 42% опрошенных врачей [8]. Факт ослабления профессиональных обязательств врачей по отношению к «премудрым пациентам» отмечен П. Штомпкой [9], который объясняет это тем, что независимость пациента отбирает у врача

возможность быть объектом обязывающего доверия и нести полную ответственность за пациента.

В российских условиях технологии создают как новые возможности, так и новые риски, так как уровень доверия к медицинским организациям сравнительно невысок (по данным исследовательского проекта «Евробарометр» в России 47% опрошенных в случае болезни предпочитают заниматься самолечением, следовать советам друзей или рекомендациям в Интернете) [10], а уровень доверия к технологиям и информации, полученной из социальных сетей, напротив высок (57% склонны доверять информации, опубликованной в группах, основанных на взаимном интересе [11]).

Цифровые технологии сбережения здоровья не являются нейтральными по отношению к пользователям. С одной стороны, это облегчение такого взаимодействия с обеих сторон: для пациента упрощается процесс получения медицинской помощи, для врача – уменьшается нагрузка рутинными процедурами. С другой стороны, технологии становятся частью социальных отношений; их использование – двусторонний процесс: цифровые технологии наделяют пользователей субъектностью и смыслом так же, как пользователи формируют технологии и придают им смысл.

Список литературы

1. The Internet of Things Was «Born» Between 2008 and 2009. URL: https://www.cisco.com/web/about/ac79/docs/retail/Beyond-the-New-Normal_IBSG_051211-FINAL.pdf. (дата обращения 27.08.2019).

2. Цветкова Л.А., Кузнецов П.П., Куракова Н.Г. Оценка перспектив развития мобильной медицины – mHealth на основании данных наукометрического и патентного анализа // Врач и информационные технологии. 2014. № 4. С. 68-79. URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/otsenka-perspektiv-razvitiya-mobilnoy-meditsiny-mhealth-na-osnovanii-dannyh-naukometri-cheskogo-i-patentnogo-analiza> (дата обращения 27.08.2019).

3. Alan Petersen <https://www.healthcare.digital/single-post/2019/01/07/Digital-Health-and-Technological-Promise-A-Sociological-Inquiry> (дата обращения 29.08.2019).

4. Чеснов О.П., Бойцов С.А., Куликова А.А., Батулин Д.И. Мобильное здравоохранение: мировой опыт и перспективы // Политика и стратегии профилактики неинфекционных заболеваний URL: <https://www.mediasphera.ru/issues/profilakticheskayameditsina/2014/4/downloads/ru/031726-6130201441> (дата обращения 29.08.19).

5. The Wearable Life 2.0. Connected living in a wearable world. Consumer Intelligence Series. URL: <https://www.pwc.com/ee/et/publications/pub/pwc-cis-wearables.pdf> (дата обращения 29.08.2019).

6. Deborah Lupton Digital Health Technologies and Digital Data: New Ways of Monitoring, Measuring and Commodifying Human Embodiment, Health and Illness // Research Handbook on Digital Transformations, edited by F. Xavier Olleros and Majlinda Zhegu. Edward Elgar, Northampton, MA, Forthcoming. 2015. URL: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2552998 (дата обращения 25.08.2019).

7. Мобильное здравоохранение: состояние и перспективы развития. Аналитический обзор / ООО «Аксимед». М., 2012. URL: <http://www.aksimed.ru/download/center/present/mhealth.pdf> (дата обращения 29.08.19).

8. The Wearable Life 2.0. Connected living in a wearable world. Consumer Intelligence Series. URL: <https://www.pwc.com/ee/et/publications/pub/pwc-cis-wearables.pdf> (дата обращения 29.08.2019).

9. Штомпка П. Доверие – основа общества. М.: Логос, 2012. С. 87.

10. Вахштайн В., Степанцов П. Евробарометр в России: социальный капитал, уровень городского развития и образовательные стратегии (2012-2016) URL: https://www.hse.ru/data/2014/12/26/1103971596/П1%20Вахштайн%20Презентация_ВШЭ.pdf (дата обращения 29.11.18).

11. Шалютина Н.В., Придатченко М.В., Ситникова И.В. Роль социальных медиа в формировании межличностного доверия у молодежи // Вестник ННГУ. Серия: Социальные науки. № 2 (54). 2019. С. 135-141.

**ТРУДОВАЯ САМОПРЕЗЕНТАЦИЯ МОЛОДЕЖИ:
АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ В ЭЛЕКТРОННЫХ РЕЗЮМЕ
LABOR SELF-REPRESENTATION OF YOUNG PEOPLE:
HEALTH ASPECTS OF ELECTRONIC SUMMARIES**

Е.А. Шинкаренко
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*
Е.А. Shinkarenko
Lobachevsky University

Представлены результаты исследования электронных резюме молодежи в возрасте от 18-25 лет, размещенные на крупнейшем портале по поиску работы. Анализируется упоминание различных аспектов здоровья: образ жизни, наличие/отсутствие вредных привычек, спортивные увлечения. В результате выявлен ряд лексем, характеризующих прямое и косвенное упоминание здоровья.

The paper is represented a results of survey curriculum vitae of young people (18-25 years old), which is placed on the major portal of employment. We are analyzed some aspects of health, such as lifestyle, pernicious habits, sport hobby. As a result, we find the set of lexemes, which is characterized health mention in directly and implicitly way.

Ключевые слова: трудоустройство молодежи, молодежь на рынке труда, здоровье молодежи

Key words: youth employment, youth on job market, youth health

В настоящее время здоровье можно рассматривать как вид социального капитала, который определяет самочувствие не только отдельного индивида, но отдельных групп и общества в целом. По данным национального мониторинга, реализованного ВЦИОМ* в 2017г., большинство россиян оценивают состояние своего здоровья как удовлетворительное (49%) или хорошее (29%) [1]. Состояние здоровья может выступать как один из факторов конструирования трудовой траектории. Есть профессии, где обязательна медицинская книжка, регулярные осмотры, имеется перечень противопоказаний. В ситуации отсутствия обязательных требований со стороны работодателя, упоминают ли кандидаты в резюме аспекты здоровья наравне с умениями, навыками, хобби?

В октябре-ноябре 2018 г. автором был осуществлен сбор электронных резюме молодежи Нижнего Новгорода в возрасте от 18-25 лет, размещенных на крупнейшем портале вакансий HeadHunter. Выборка сплошная, объем выборки 1021 резюме от 953 персон (в выборку попали кандидаты, имеющие несколько резюме для разных вакансий). Одним из разделов электронного резюме выступает пункт «О себе», где соискатель в свободной форме сообщает подробную информацию. В полученном массиве было выбраны все тексты раздела (777 резюме) для проведения процедуры контент-анализа с использованием пакета Лекта. Базовый словарь составил 56 406 слов. Для того, чтобы выделить интересующий аспект, были включены лексемы, характеризующие здоровье как напрямую (здоровый образ жизни, отсутствие вредных привычек, занятие определенным видом спорта), так и косвенно (качества, необходимые для выполнения трудовых задач).

В результате подсчета лексем, можно говорить о том, что косвенные упоминания здоровья встречаются чаще прямых. Стрессоустойчивость встречается 121 раз, женщины пишут об этом качестве чаще, чем мужчины. Наибольшее число упоминаний стрессоустойчивости приходится на возраст 21

* Инициативный всероссийский опрос «ВЦИОМ-Спутник» проведен 28 мая 2019 г. В опросе принимают участие россияне в возрасте от 18 лет. Метод опроса – телефонное интервью по стратифицированной двухосновной случайной выборке стационарных и мобильных номеров объемом 1600 респондентов. Выборка построена на основе полного списка телефонных номеров, задействованных на территории РФ. Данные взвешены на вероятность отбора и по социально-демографическим параметрам. Для данной выборки максимальный размер ошибки с вероятностью 95% не превышает 2,5%. Помимо ошибки выборки смещение в данные опросов могут вносить формулировки вопросов и различные обстоятельства, возникающие в ходе полевых работ.

год и 25 лет. Почти треть лексем встречается в резюме соискателей позиций в сфере бизнеса и администрирования (менеджеры рекламных подразделений и отделов по работе с клиентами, специалисты по логистике, маркетингу, экономисты и финансисты).

Достаточно часто (около 20% от общего количества) стрессоустойчивость встречается в резюме кандидатов на должности среднего специального персонала в области права, культуры и спорта (администраторы, офис-менеджеры, закупщики, менеджеры по продажам, агенты страхования). Также упоминание выделенного качества (около 10%) можно встретить в резюме соискателей, которые хотели бы работать секретарями, операторами ПК, делопроизводителями. Подобный процент упоминаний стрессоустойчивости приходится на специалистов в области науки и техники (инженеров, дизайнеров, архитекторов). В ряде резюме наряду со стрессоустойчивостью указывается способность работать в режиме многозадачности (упоминается 18 раз), чаще об этом пишут женщины.

Отсутствие вредных привычек встречается в резюме 42 раза, чаще об этом пишут мужчины в возрасте старше 22 лет. По результатам комплексного наблюдения условий жизни населения, реализованного Росстатом, среди курильщиков в возрасте 20-24 лет 79,2% составляют ежедневно курящие мужчины, для потребителей алкоголя этого возраста доля лиц мужского пола равна 57% [2, с. 62]. В таком контексте отсутствие пристрастия к алкоголю и курению для мужчины этой возрастной категории может выступать как конкурентное преимущество на рынке труда.

Упоминание здорового образа жизни встречается всего в 5 резюме (4 мужчины, 1 женщина), соискатели не претендуют на работу непосредственно в сфере спорта. В качестве желаемых позиций указаны администратор, экономист, инженер, прораб в строительстве. То есть, ведение здорового образа жизни выступает как некая личностная характеристика кандидата, влияющая на его профессиональные качества: *«Раньше активно занимался спортом (футбол), проблем с мотивацией и желанием добиваться поставленных задач нет»* (М., 21 год, желаемая позиция «Администратор»).

Из всего массива 7 резюме направлены на поиск вакансии тренера (4 женщины, 3 мужчины в возрасте от 21-25 лет), с желаемым уровнем зарплаты 20-25 000р. Практически у всех кандидатов на такие позиции в запасе профессиональная спортивная карьера (гребля, легкая атлетика, теннис), и курсы переподготовки с получением сертификатов для ведения групповых программ, силовых тренировок.

Согласно отчету Министерства спорта РФ за 2018 г., число занимающихся физической культурой и спортом в России составило 54 млн.

200 тысяч человек, в сельской местности этот показатель равен 12 млн. 100 тысяч человек. Среди работающих граждан спортом занимаются 20 млн. 400 тысяч человек, число активных учащихся и студентов насчитывает 33 миллиона 100 тысяч. Самым популярным видом спорта среди россиян стал футбол, им занимается 3,1 млн. человек. На втором месте волейбол (2,3 млн.), затем плавание (1,9 млн.), лёгкая атлетика (1,7 млн.) и баскетбол (1,7 млн.). В первую десятку также попали фитнес-аэробика, лыжные гонки, настольный теннис, шахматы и хоккей [3].

В резюме молодые люди говорят об определенном виде спорта или физической активности. Наибольшее число упоминаний у футбола, тренажерного зала, тенниса и танцев. В основном эти слова присутствуют в «мужских» резюме, исключение составляют лишь танцы. Интересно различие контекстов употребления. Например, «футбол» звучит в контексте хобби или же как одно из серьезных занятий в прошлом, показатель мотивации, работы на результат: *«Занимался более 13 лет футболом на любительском и профессиональном уровне. Играл за футбольный клуб Спартак-Телеком и футбольный клуб Эггер на профессиональном уровне»* (Мужчина, 21 год, желаемая позиция «Финансист»). Лексема «футбол» встречается в резюме мужчин разных возрастов (от 18-25 лет), а про посещение тренажерного зала упоминают соискатели 21 года и старше. Можно предположить, что такой спорт выступает своего рода статусным досугом.

Танцы в контексте виртуальной самопрезентации можно рассматривать как универсальный вид спорта, о котором пишут и юноши, и девушки. Встречается как общее упоминание активности: *«Увлекаюсь спортом, танцами, веду активный образ жизни, люблю психологию, чтение книг»* (Женщина, 23 года, желаемая позиция «Экономист»), так и свидетельства профессиональных достижений: *«Приверженец спортивного образа жизни, имею диплом артиста танцевального отделения, 15 лет профессионально занимался танцами»* (Мужчина, 23 года, желаемая позиция «Инженер»). Другие виды спорта упоминаются реже и не по одному, а в сочетании между собой (плавание, бег, сноуборд, йога, волейбол, баскетбол, айкидо, стритбол, бокс).

Итак, по результатам контент-анализа можно говорить о наличии в резюме прямых и косвенных показателей здоровья. Стрессоустойчивость воспринимается соискателями как одно из необходимых качеств при работе с людьми, администрировании, реализации инженерно-технических задач. Но в целом умение справляться со стрессом встречается в электронных резюме намного чаще, чем способность выполнять несколько задач одновременно. Отсутствие вредных привычек далеко не всегда означает ведение здорового

образа жизни, именно так можно объяснить большой разрыв в упоминании обеих лексем. Увлечение определенным видом спорта выступает как один из элементов имиджа кандидата наряду с другими возможными увлечениями. Даже соискатели на должность тренера или фитнес-инструктора в своих резюме делают очень краткие описания состояния здоровья.

Список литературы

1. Национальный мониторинг здоровья россиян // Инициативный опрос ВЦИОМ. (28.05.2018). Интернет-ресурс. Доступ через <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=922>.
2. Женщины и мужчины России. 2018: Стат.сб./ Росстат. М., 2018. 241 с.
3. Итоговое заседание коллегии Минспорта России (10.04.2019). Интернет-ресурс. Доступ через <https://www.minsport.gov.ru/press-centre/news/33509/>.

ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СОТРУДНИКАМ ПОЛИЦИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

THE LEGAL BASIS FOR PROVIDING MEDICAL CARE TO POLICE OFFICERS IN THE RUSSIAN FEDERATION

Е.Н. Шлягина

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

E.N. Shliagina

Lobachevsky University

Дается анализ нормативно-правового регулирования и материалов судебной практики, посвященных вопросам оказания медицинской помощи сотрудникам полиции в России. Выявлены несколько наиболее распространенных проблем правоприменения в рассматриваемой области.

The article is devoted to the analysis of legal regulation and materials of judicial practice on the issues of providing medical care to police officers in Russia. Some of the most common enforcement problems in this area have been identified.

Ключевые слова: полиция, Министерство внутренних дел, медицинская помощь, медицинская услуга

Keywords: police, Ministry of the Interior, medical care, medical service

Сотрудники полиции осуществляют охрану общественного порядка, защиту прав и законных интересов граждан, а также противодействие

преступности. В связи с высокой общественной значимостью данной профессии особое внимание со стороны государства уделяется вопросам медицинской помощи полицейским.

Базовым нормативно-правовым актом, устанавливающим различные социальные гарантии сотрудников полиции, является Федеральный закон от 07.02.2011 № 3-ФЗ «О полиции» (далее – ФЗ «О полиции»). Анализ статьи 45 данного закона позволяет сделать вывод о том, что содержание права полицейского на медицинскую помощь включает в себя:

1) возможность получения медицинской помощи в специализированных организациях – медицинских организациях федерального органа исполнительной власти в сфере внутренних дел;

2) возможность получения медицинского обеспечения за счет средств федерального бюджета;

3) распространение данного права на членов семьи сотрудника полиции, а также лиц, находящихся на его иждивении (с некоторыми ограничениями) [1].

Однако указанная информация не позволяет в полной мере охарактеризовать рассматриваемое право полицейского без анализа используемого в статье 45 закона «О полиции» термина «медицинская помощь», потому что именно его содержание помогает понять, какие услуги медицинского характера должны быть оказаны бесплатно.

Закон «О полиции» определения указанного термина не дает, обуславливая тем самым необходимость обращения к акту общего назначения, определяющего правовые, организационные и экономические основы обеспечения здоровья граждан [2] в России. Так, согласно Федеральному закону от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», под медицинской помощью понимается «комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг» [2]. В свою очередь, медицинская услуга представляет собой медицинское вмешательство, целью которого является: профилактика заболеваний; диагностика заболеваний; лечение заболеваний; медицинская реабилитация [2].

Несмотря на то, что в рассматриваемом законе достаточно подробно описано содержание медицинской помощи, нельзя отрицать, что каждая из описанных категорий возможного медицинского вмешательства, в свою очередь, может состоять из различного рода конкретных мероприятий, проводимых в соответствии с установленным или предполагаемым диагнозом.

Так, среди особых видов медицинских услуг законодатель отдельно выделяет возможность сотрудника полиции бесплатно получить по рецепту

лекарственные препараты, необходимые медицинские изделия, а также изготовить и установить зубные протезы [1; 3].

Кроме того, следует отметить, что право на получение медицинской помощи полицейскими устанавливается также в федеральных законах от 19.07.2011 №247-ФЗ «О социальных гарантиях сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации ...» (частично дублирует положения статьи 45 ФЗ «О полиции») и от 30.11.2011 № 342-ФЗ «О службе в органах внутренних дел Российской Федерации...» (содержит ссылку на ФЗ «О полиции»), а конкретизируется в постановлениях Правительства РФ [3].

Обзор законодательства в сфере охраны здоровья сотрудников полиции с первого взгляда позволяет сделать вывод об их защищенности с точки зрения правового регулирования. Однако, насколько эффективно указанные нормы права реализуются?

Анализ судебной практики по делам о медицинской помощи сотрудникам полиции за последние 8 лет (с момента принятия ФЗ «О полиции») позволил выявить две наиболее распространенные в данной области проблемы, которые тесно взаимосвязаны (анализируются материалы судов общей юрисдикции, уровень – суд субъекта РФ, Верховный суд РФ, N – 56):

1) отсутствие медицинских организаций федерального органа исполнительной власти в сфере внутренних дел в территориальной доступности к пациентам [4];

2) отсутствие в медицинских организациях федерального органа исполнительной власти в сфере внутренних дел необходимого пациентам перечня медицинских услуг (например, зубного протезирования, оплата изготовления и установки которого часто становится предметом спора) [5].

Безусловно, действующим законодательством устанавливается возможность получения медицинской помощи в иных медицинских организациях в порядке, установленном Правительством РФ. Однако сложность реализации данного права обусловлена необходимостью заключения договора об оказании медицинской помощи сотрудникам органов внутренних дел между государственными или муниципальными медицинскими организациями и медико-санитарной частью МВД РФ [3], который зачастую отсутствовал [6].

Таким образом, пациент был вынужден оплачивать лечение за счет собственных средств (сотрудники полиции в связи с их особым статусом не входят в систему обязательного медицинского страхования граждан РФ [7]), не имея потом возможности получить компенсацию своих затрат.

У судов при рассмотрении указанного спора прослеживается схожая позиция, согласно которой бездействие со стороны уполномоченных

структурных подразделений МВД РФ по незаключению договора с государственными или муниципальными медицинскими организациями нарушает право сотрудника полиции на бесплатное получение медицинской помощи [8]. В такой ситуации произведенные затраты должны быть компенсированы за счет государственного бюджета.

Таким образом, несмотря на установление на уровне федеральных законов права сотрудника полиции на медицинскую помощь, на практике периодически возникают сложности в его эффективной и своевременной реализации.

Список литературы

1. Федеральный закон от 07.02.2011 № 3-ФЗ (ред. от 18.07.2019) «О полиции» // *Собрание законодательства РФ*, 14.02.2011. № 7. Ст. 900.
2. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 29.05.2019) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // *Собрание законодательства РФ*, 28.11.2011. № 48. Ст. 6724.
3. Постановление Правительства РФ от 15.12.2018 № 1563 «О порядке оказания сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации, отдельным категориям граждан Российской Федерации, уволенных со службы в органах внутренних дел, органах по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, членам их семей и лицам, находящимся на их иждивении, медицинской помощи и обеспечения их санаторно-курортным лечением» // *Собрание законодательства РФ*. 24.12.2018. № 52. Ст. 8290.
4. Апелляционное определение Липецкого областного суда от 21.01.2015 по делу № 33-71/2015 // СПС «Консультант Плюс».
5. Апелляционное определение Пермского краевого суда от 23.12.2015 по делу № 33-14219-2015 // СПС «Консультант Плюс».
6. Миклошевич А.С. Медицинское обеспечение сотрудников органов внутренних дел // *Вестник Восточно-Сибирского института МВД России*. 2015. № 4 (75). С. 116-121.
7. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // *Собрание законодательства РФ*. 06.12.2010. № 49. Ст. 6422.
8. Кассационное определение Брянского областного суда от 19.01.2012 по делу № 33-82/12 // СПС «Консультант Плюс».

**СОЦИАЛЬНОЕ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВО
В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ
SOCIAL ENTREPRENEURSHIP IN THE FIELD OF HEALTH CARE**

П.А. Яковлев
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*
P.A. Yakovlev
Lobachevsky University

Рассматривается деятельность социальных предпринимателей в сфере здравоохранения. Анализируются кейсы функционирования социальных предприятий в различных направлениях, особенности бизнес моделей социальных предприятий в данной сфере на реально существующих примерах.

The article discusses the activities of social entrepreneurs in the health sector. Cases of the functioning of social enterprises in various directions are analyzed. Also considered are the features of business models of social enterprises in this area using real-life examples.

Ключевые слова: социальное предпринимательство, социальные услуги, здравоохранение, незащищенные группы, социальные предприятия, социальная работа

Keywords: social entrepreneurship, social services, vulnerable groups, healthcare, social enterprises, social work

Социальное предпринимательство — это деятельность, соединяющая социальную работу и бизнес. С одной стороны, она направлена на производство общественного блага, решение определенной социальной проблемы, с другой – сочетает черты бизнес-проектов, т.е. должна быть коммерчески успешной и прибыльной. В отличие от обычного бизнеса, получение прибыли в социальном предпринимательстве не является основной целью и нужно не само по себе, а чтобы обеспечить устойчивость социальной составляющей, меньше зависеть от спонсоров и грантодателей.

Социальное предпринимательство распространяет свою деятельность в различных направлениях, особенно приоритетной для неё сфера является здравоохранения, которая привлекает особое внимание социальных предпринимателей. Рассмотрим различные примеры социальных предприятий, осуществляющих свою деятельность в настоящее время.

Детское развитие и образование «Плаваем с пеленок» и «Открытие частного мини-детского сада» г. Астрахань

Первый в Астрахани частный бассейн «Аква-Ляля» появился в 2009 г., приспособленный для занятий с детьми с 6 месяцев до 7 лет, открывает новые

возможности для физического развития малышей, позволяет обучать плаванию начиная с младенческого возраста, а также служит общему оздоровлению дошкольников. Бассейн, созданный на базе центра «Цветное молоко», посещают 120 детей. Здесь также проводятся занятия по подготовке к родам для беременных. Действуют гибкая система скидок и льготные абонементы для людей с инвалидностью и многодетных семей. Благодаря большой популярности бассейна в городе, руководителю проекта удалось на полгода раньше вернуть заем Фонду «Наше будущее» и получить заем на новый проект – создание частного мини-детского сада в одном из спальных районов города. Сад, отвечающий всем современным требованиям и обеспечивающий комплексный подход к обучению и развитию ребенка, может принять до 45 детей от 2 до 7 лет. В этом саду оборудованы помещения для игр, занятий физкультурой и музыкой. Родители могут привести сюда ребенка не только в будни, но и в выходные на 5-8 часов.

Центр развития современных образовательных технологий «Беби-лайф», г. Пермь

Создание малобюджетных детских садов со спортивной площадкой служит пропаганде здорового образа жизни и делает доступнее услуги дошкольного образования. Каждый из трех садов работает в рамках муниципального заказа (часть стоимости за родителя платит государство). Сад могут посещать дети от полутора лет, а дети из социально незащищенных семей получают ряд услуг бесплатно. Формируются малые группы – до 15 человек. Также создано 21 рабочее место для высококвалифицированного персонала по реализации развивающих и оздоровительных программ. Для этих сотрудников организованы обучение и курсы повышения квалификации.

Центр дошкольного развития «Школа радости», г. Ирбит, Свердловская область

Организация при центре развития детей групп кратковременного пребывания детей от 1 года чрезвычайно актуальна, так как существует острая нехватка мест в детских садах и яслях. У матерей, оставляющих малышей в группе с невысокой почасовой оплатой, освобождается время для домашних дел, работы и подработки, что, естественно, улучшает качество жизни семей. Помимо этого, проект открывает семьям с малым и средним доходом доступ к программам раннего развития: опытные педагоги с учетом современных методик ведут в центре курсы по подготовке к школе, творческие кружки.

Академия ЭкоС, Нижегородская область

Сегодня, когда все большее число детей имеют проблемы со здоровьем, особенно возрастает значение профилактики и, в частности, плавания. Проект, в рамках которого построен специализированный бассейн, создает условия для

занятий с малышами от 1 месяца до 3 лет. Проект создан в 2012 г. Вигрияновой Мариной Робертовной*. Кроме того, Академия ведет подготовку в школе будущих родителей. За месяц бассейн посещают 5060 малышей.

Реабилитация

Ипотерапия с «Эльфо», г. Екатеринбург

Ипотерапия – эффективный метод здравоохранения с помощью верховной езды и общения с лошастью, способна обеспечить комплексную психологическую и физическую реабилитацию детей с заболеваниями нервной системы, в том числе ДЦП, нарушениями психики и другими расстройствами. Научно-социальный центр «Эльфо» создал в Екатеринбурге три площадки, где ипотерапией занимаются 67 детей, 20 из которых страдают аутизмом, синдромом Дауна и различными заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Центр стал местом не только для лечения, но и общения, способствуя социальной адаптации детей и помогая преодолеть изоляцию, в которой часто оказываются семьи, где есть дети с ограниченными возможностями.

Лечебно-оздоровительный центр, г. Лангепас

Лечебно-оздоровительный центр создан для профилактики и лечения заболеваний, распространенных у людей, живущих в особых климатических и экологических условиях Крайнего Севера. В рамках проекта было приобретено современное медицинское оборудование для проведения электростатического массажа, вакуумного массажа, высокотоновой терапии и биоуправляемой магнитотерапии. Часть услуг оказывается инвалидам и неработающим пенсионерам со значительной скидкой или бесплатно.

Круглосуточный травматологический центр.

Станция скорой помощи.

Многопрофильная поликлиника Realmed, г. Пермь

Комплексный проект по повышению доступности качественной и современной медицинской помощи реализуется автономной некоммерческой организацией «Медицинское объединение «Реалмед»». На его базе были созданы травматологический и реабилитационный центры, а также многопрофильная поликлиника, где ведут прием специалисты тринадцати профилей, консультирующие как взрослых, так и детей. Участие в программе государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи позволяет реализующему проект медицинскому объединению, оставаясь частной некоммерческой организацией, оказывать ряд бесплатных услуг социально незащищенным категориям граждан, а также предоставлять

* Академия ЭкоС [электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.nb-fund.ru/social-entrepreneurship/supported-projects/akademiya-ekos.html>

льготы жителям Перми. В 2012 г. Центром было обслужено около 15000 пациентов, создано 77 рабочих мест для медиков.

Экология

Неорганический мусор, годами скапливающийся на полигонах, является острой экологической проблемой России. Так, например, в Волгограде создан специальный проект, предлагающий безопасную технологию переработки отходов в гранулы, являющиеся основой для производства строительных материалов, и позволяет утилизировать 90% выбрасываемого пластика. В месяц предприятие перерабатывает 10-15 тонн мусора, производя плитку, черепицу, пластиковые люки, полимерные полы по ценам ниже рыночных.

Популяризация здорового образа жизни

Здоровый образ жизни для жителей большого города, ООО «Хэлси Фуд», г. Москва

Главная миссия проекта – заменить фастфуд на здоровую пищу (хэлси фуд), доступную и полезную еду, отвечающую стандартам здорового образа жизни. Абсолютное новаторство проекта состоит в том, что сэндвичи, сырники и супы, приготовленные путем варки или запекания и имеющие срок хранения до 5 дней, продаются через вендинговые аппараты. В настоящее время в Москве установлено 30 аппаратов.

Развитие доступного спорта в регионах, г. Тольятти, Самарская область

Сеть тренажерных залов «Атлант» решает проблему досуговой занятости молодежи Тольятти, предлагая молодым людям альтернативу сомнительным компаниям и продвигая здоровый образ жизни. Цены сети позволят заниматься спортом юношам и девушкам из семей с невысоким достатком. Ежегодно в сети занимаются около 1300 человек.

Парк активного отдыха «Юго-Камские горы», Пермский край

Проект решает проблему организации досуга жителей Пермского края, а также способствует снижению уровня безработицы в области. Для населения Перми и близлежащих поселков становится доступным горнолыжный отдых (студентам и лицам старшего возраста предоставляются существенные скидки в будние дни). Проект создает 15 новых рабочих мест.

Специализированная туристическая компания для инвалидов ООО «Либерти», г. Санкт-Петербург

Компании «Либерти» специализируется на инватуризме – сравнительно новом направлении в отечественном туристическом бизнесе, способствующем социальной реабилитации и интеграции людей с ограниченными возможностями. Компания разрабатывает для туристов-колясочников

экскурсионные программы с использованием спецсредств и инновационных технологий (специализированного транспорта, телескопических и верных пандусов), а также собирает базу данных культурных объектов, доступных для посещения инвалидами. Своей деятельностью «Либерти» оказывает влияние на развитие доступной среды и формирование услуг для инвалидов в других сферах.

За 2012 г. услугами турфирмы воспользовались 150 человек, совершивших поездки по России и за границу. Коммерческий самостоятельный проект осуществляется за счет выручки от приема иностранных граждан. Это позволяет предлагать услуги российским инвалидам по льготным ценам.

Благотворительный фонд содействия инвалидам и лицам пожилого возраста «Надежда», г. Санкт-Петербург

Обеспечить инвалидов и пожилых людей доступными и современными техническими средствами реабилитации стало возможным благодаря созданию в Санкт-Петербурге инновационного проекта – пункта проката оборудования. Прокат предоставляет нуждающимся техсредства во временное пользование по льготной цене – не более 20% от его стоимости на время сбора справок, а впоследствии затраты – стоимость проката и коляски компенсируются Фондом социального страхования. Здесь консультируют клиентов по вопросам подбора и эксплуатации средств реабилитации, а также осуществляют их ремонт и обслуживание. Все обязательства перед Фондом «Наше будущее» организация выполнила в срок.

Центр продолжает успешную деятельность: в пунктах проката имеется более 30 наименований различных изделий – инвалидные кресла-коляски, костыли, ходунки, телескопические пандусы, вертикализаторы, функциональные кровати. С 2009 по 2012 гг. услугами проката воспользовались более 1700 человек. За 2012 г. было выдано бесплатно или с частичной оплатой более 10 000 изделий.

Список литературы

1. Аврорина Л.В. Россия: НКО как особый сегмент рынка социальных услуг // Вклад негосударственных некоммерческих организаций в решение социальных проблем в России. Развитие социальных услуг / Под ред. О.Б. Казакова. М., 2003. С. 10.

2. Волков Д. Рост общественной активности в России: становление гражданского общества или очередной тупик? // Вестник общественного мнения. 2011. № 2 (108). С. 8–28.

3. Демидов Е.Е., Николаева М.И. Корпоративная социальная ответственность: сообразим на троих // Материалы конференции

«Антикризисная программа Правительства РФ». [Электронный ресурс]. Режим доступа http://www.cfin.ru/anticrisis/macroeconomics/government_program/csr.shtml.

4. Жогин Б.Г. Конкуренция в сфере социальных услуг: преимущества и слабости НКО // Вклад негосударственных некоммерческих организаций в решение социальных проблем в России. Развитие социальных услуг / Под ред. О.Б. Казакова. М., 2003. С. 85.

5. Заславская Т.И. Бизнес-слой российского общества: сущность, структура, статус / Т.И. Заславская // СОЦИС. 1995. № 3. С. 23-26.

СЕКЦИЯ 3

ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

ДОКЛАДЫ

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ – НАСТОЯЩЕЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ZDROWIE PUBLICZNE – TERAŹNIEJSZOŚĆ I PERSPEKTYWY ROZWOJU PUBLIC HEALTH – PRESENT AND DEVELOPMENT PERSPECTIVES

Мирослав Борковски

Гданьская Высшая Школа, г. Гданьск, Польша

Mirosław Borkowski

Gdansk Higher School, Gdańsk, Poland

Здравоохранение является приоритетом как для государственных институтов, так и для отдельных лиц. Взаимосвязь между защитой здоровья отдельных людей все чаще признается через необходимость осуществления глобальных действий. Такой характер общественного здравоохранения, понимаемого как макросоциальное поведение, направлен на поддержание, улучшение и защиту здоровья общества.

Health care is a priority for both governmental institutions and individuals. The relationship between the protection of individual health is more and more often recognized through the need to implement global actions. This is the nature of public health understood as macro-social behavior aimed at maintaining, improving and protecting the health of the community.

Ochrona zdrowia stanowi priorytet działań zarówno instytucji rządowych jak i pojedynczych osób. Coraz częściej dostrzega się związek ochrony zdrowia pojedynczego człowieka poprzez potrzebę realizacji działań o charakterze globalnym. Taki właśnie charakter ma zdrowie publiczne rozumiane jako zachowania o charakterze makrospołecznym ukierunkowane na utrzymanie, poprawę i ochronę stanu zdrowia zbiorowości.

Ключевые слова: здоровье, общественное здоровье, права человека

Keywords: Health, public health, human rights

Słowa kluczowe: Zdrowie, zdrowie publiczne, prawa człowieka

Здоровье

Каждый человек заинтересован в своем здоровье. Для его поддержания, защиты или улучшения он способен «сделать все» – верить в различные

притчи, обещания, верить в чудесные исцеления. Каждый хочет достичь состояния равновесия и гармонии тела, хочет быть физически и психически здоровыми, хочет функционировать в обществе. Предполагается, что «быть здоровым» большинством людей воспринимается не только как отсутствие болезни.

Такое состояние ощущения или восприятия здоровья можно рассматривать как традиционное, «нормальное». Это связано с тем, что науки – медицинские, общественные или юридические – сталкиваются с проблемой определения здоровья.

Обычно используемое понятие здоровья – это определение, сформулированное ВОЗ в 1948 г., согласно которому здоровье – это «состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не просто отсутствие болезни или инвалидности». И хотя это определение не является совершенным и даже подвергается жесткой критике в течение последних 20 лет, в настоящее время невозможно обсуждать здоровье, не цитируя его.

Стоит также подчеркнуть, что то, что считалось недостатком этого определения в течение многих лет, то есть его неопределенность, упрощение вопроса, теперь становится его силой. Это определение или, скорее, его «мутации» упоминаются во многих международных документах, различных резолюциях ЕС и научных исследованиях. Стоит привести определение здоровья в так называемой Белой книге Комиссии «Вместе для здоровья: стратегический подход для ЕС на 2008-2013 годы» (Законодательный вестник ЕС С 2008, № 172/41) «здоровье – это состояние полного физического, психического и социального комфорта, а не просто отсутствие болезней или инвалидности». Как видно из этого сравнения, несмотря на более чем 50-летнюю разницу между этими определениями, определение ВОЗ оказывается почти «вне времени».

Независимо от наличия юридических определений «здоровья», а в источниках указывается, что существует более 120 таких определений [1], независимо от попытки поместить его в некие жесткие доктринальные рамки, следует помнить, что здоровье как «состояние» обычно рассматривается с учетом критериев:

- субъективных – каждый человек воспринимает его по-своему, считает, что на его здоровье влияют различные факторы (например, сон, еда, атмосфера на работе или дома, атмосферные условия),
- объективных – сравнение индивидуальных человеческих показателей с принятыми стандартами, медицинскими данными (например, температура, давление, физическая форма, характерная для конкретных возрастных групп, пола),

– социальных – возможность функционирования в определенной группе, среде, обществе.

Общественное здоровье

Не существует и единого универсально применимого определения «общественного здоровья». Однако в этом отношении широко признается область применения этой научной дисциплины, поскольку предполагается, что эта область включает среди прочего:

- законодательство об охране окружающей среды,
- пищевые и лекарственные правовые нормы,
- правовые положения о медицинских профессиях,
- правовые положения, касающиеся организации и функционирования учреждений здравоохранения,
- правовые положения, связанные с пропагандой здорового поведения, санитарного просвещения и пропагандой натуральных продуктов [2].

Можно предположить, что «общественное здоровье» – это наука, касающаяся взаимодействия общества и организации здравоохранения (системы охраны здоровья) в области индивидуальной защиты здоровья. Одно из определений общественного здоровья, принятое в 2007 г. Польским обществом общественного здоровья, гласит:

«Общественное здоровье – это забота о поддержании и укреплении здоровья в макросоциальном, местном и экологическом измерениях, заключающееся в научном признании состояния здоровья и потребностей населения в области здравоохранения, а также основных угроз для здоровья и риска для здоровья, а также в иницировании и организации скоординированных усилий государственных органов и учреждений самоуправления, организаций неправительственных и других государственных и частных учреждений для достижения желаемых результатов политики здравоохранения и стратегии, изложенной в Национальной программе здравоохранения, как того ожидает общество и для обеспечения безопасности здоровья: [3]. Исходя из этого и аналогичных определений, следует указать, что общественное здоровье является междисциплинарной областью знаний, практики и науки, в которой заняты представители многих, а не только медицинских профессий.

Разнообразие профессиональных групп, занимающихся вопросами общественного здоровья (включая юристов, социологов, диетологов, специалистов по охране окружающей среды), придающих политический характер этой междисциплинарной отрасли, обуславливает, что она становится предметом правового анализа, интереса многих организаций, различных сфер

влияния (среди прочего: Европейский Союз, различные европейские комиссии, ВОЗ, Европейское агентство по лекарственным средствам). Такой подход приводит к разнообразию целей и задач общественного здоровья.

Основой для разграничения, например, национальных целей, стратегических целей или оперативных целей общественного здравоохранения являются руководящие принципы Всемирной организации здравоохранения, которая в 1995 г. составила список из 11 основных принципов:

- мониторинг состояния здоровья и развитие информации о здравоохранении,
- защита от угроз для среды обитания,
- пропаганда здорового образа жизни и санитарного просвещения,
- сотрудничество в определении приоритетов политики здравоохранения,
- профилактика инфекционных и неинфекционных заболеваний и травм,
- комплексные санитарные правила,
- оценка эффективности и стандартизация используемых технологий,
- обучение в области общественного здравоохранения,
- исследования в области здоровья населения,
- защита работающих и гигиена труда,
- отдельные медицинские услуги для отдельных групп населения. [3].

Задачи общественного здоровья

Задачи общественного здоровья также сформулированы и описаны в документах ЕС или стран-членов ЕС.

Основные цели общественного здоровья Европейского Союза сформулированы в Разделе XIV Договора о функционировании Европейского Союза. Из статьи 168 Договора следует:

- улучшение здоровья населения, профилактика заболеваний и недугов человека,
- устранение источников опасности для физического и психического здоровья.

Эти задачи должны решаться путем:

- борьба с эпидемиями, поддержка исследований их причин, путей их распространения и их предотвращения,
- санитарное просвещение,
- мониторинг серьезных угроз здоровью, раннее предупреждение и борьба с такими угрозами,
- меры по снижению вредного воздействия наркомании, включая информацию и профилактику.

Эти стратегические цели стали основой или вдохновителями создания дальнейших документов в региональном масштабе или в масштабе ЕС, посвященных общественному здравоохранению.

Здесь стоит напомнить (документ, упомянутый в пункте I настоящей статьи) – Белая книга «Вместе для здоровья: стратегический подход» или правовые акты регионального значения:

– Постановление Совета министров от 4 августа 2016 г. о Национальной программе здравоохранения на 2016–2020 г. [4],

– Закон от 11 июня 2015 г. об общественном здравоохранении [5].

Общественное здоровье – перспективы развития

Изменения, которые происходят в поведении людей относительно образа жизни, мода на так называемые здоровый образ жизни или отношение к окружающей среде как к общему благу – все это приводит к восприятию общественного здоровья как чрезвычайно важного элемента охраны здоровья.

Многоотраслевой характер общественного здоровья, участие местных сообществ, экономических организаций, научных учреждений и органов государственного управления влияют на форму, масштабы и темпы развития этой области. Такое участие различных организаций, несомненно, должно восприниматься как позитивные действия. В случае общественного здоровья обращает на себя внимание «экономизация здоровья». Области общественного здоровья, которые дают возможность быстрого возврата вложенных средств, развиваются быстрее, и услуги доступны «без очередей», например, телемедицина, электронное здравоохранение. Нет серьезных проблем с широко понимаемым продвижением здоровья и санитарным просвещением – в этих областях активно участвует частный сектор, частные средства.

Однако таким функционированием и подходом к избранным вопросам не следует обольщаться. Это типичный пример введения рыночных механизмов, рассматривающих здоровье как товар и человека как одного из его элементов. К сожалению, это не имеет ничего общего с тем, чтобы рассматривать право на здоровье как одно из основных прав человека.

Наблюдая за развитием общественного здоровья, следует отметить его несомненные успехи. Само участие такого большого количества организаций в сфере здравоохранения уже является очень позитивным. Вероятно, никто не сомневается в том, что сотрудничество в глобальном масштабе приводит к повышению уровня безопасности здоровья путем устранения эпидемиологических угроз, сокращения инфекционных заболеваний и защиты окружающей среды.

Тем не менее, чрезвычайно важным компонентом всей деятельности в области здравоохранения, направленной на реализацию и защиту общественного здоровья, должно быть сотрудничество, в первую очередь, со стороны государств и правительств. Трудно представить возможность улучшения общественного здоровья, например, в области снижения

инфекционных заболеваний в Европе, без сотрудничества всех стран (не только членов ЕС), если некоторые из них не будут включены (например, внедрена вакцинация). Точно так же устранение загрязнения – запуск программы по снижению загрязнения в одной или нескольких странах – следует считать ошибкой, равно как и ошибкой платить штраф только за загрязнение окружающей среды. Именно защита окружающей среды является одной из областей, где четко видно размывание ответственности за общественное здоровье, а выделяемые средства переходят на физических лиц (например, повышенные сборы за сортировку отходов, дополнительные сборы за выбросы выхлопных газов в автомобилях, не взимаемые с производителей, а пользователей).

Исходя из сферы воздействия – общество, а не личность, глобальные, а не локальные действия, необходимо стремиться к гармонизации как системы организации, финансирования, так и управления медицинскими учреждениями, институтами экономики здравоохранения и научно-исследовательскими институтами.

Чрезвычайно важным элементом реализации и защиты общественного здоровья являются правовые действия, в том числе обеспечение единых принципов медицинского и прецедентного права, связанных с основными компонентами общественного здравоохранения. Прецедентное право, которое гарантирует и защищает права человека.

Краткие соображения на тему общественного здравоохранения должны акцентировать внимание, направленное на людей, «находящихся у власти» во всех странах. Общественное здравоохранение должно быть приоритетом действий, создавать и реализовывать политику в области здравоохранения (в соответствии с потребностями человека), но не осуществлять политическую деятельность в системе охраны здоровья.

Список литературы

1. Domaradzki Jan, O definicjach zdrowia i choroby, Folia Medica Lodziensia 2013. 40/1. S. 6.

2. Poździej Stefan, Prawo Zdrowia Publicznego. Zarys problematyki, Kraków 2004. S. 20-21.

3. Wojtczak Andrzej, Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku, Warszawa 2009. S. 9.

1. 4. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia w latach 2016 -2020 (Dz. U 2016.1492).

4. Ustawa z dnia 11 czerwca 2015 r o zdrowiu publicznym (Dz. U 2017.2239).

**РЕАБИЛИТАЦИЯ И РЕСОЦИАЛИЗАЦИЯ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ
АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ, В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ,
АЛЖИРЕ, США: ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВОЙ АСПЕКТ***
**REHABILITATION AND RESOCIALIZATION OF PERSONS AFFECTING
ALCOHOL DEPENDENCE IN THE RUSSIAN FEDERATION, ALGERIA,
USA: THEORETICAL AND LEGAL ASPECT**

В.Б. Романовская, К.И. Воронков, Е.Л. Айзман, Э.М. Хаддад
Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского
К.И. Voronkov, V.B. Romanovskaya, E.L.Aizman, E.M. Haddad
Lobachevsky University

Дается сравнительно-правовой анализ российского и зарубежного законодательства и правоприменительной практики по вопросам предоставления социальной помощи, реабилитации и ресоциализации лиц, страдающих алкогольной и наркотической зависимостью. Авторами выявлена современная тенденция сокращения количества лиц, страдающих алкогольной или наркотической зависимостью. Обосновывается тезис о том, что современное социальное государство может иметь модернизированную социальную функцию, в структуру которой входит ресоциализация граждан.

The article provides a comparative legal analysis of russian and foreign legislation and law enforcement practice regarding the provision of social assistance, rehabilitation and re-socialization of persons suffering from alcohol and drug addiction. The authors track a trend leading to a reduction in the number of people suffering from alcohol or drug addiction. The thesis is drawn that the modern social state can have a modernized social function, the structure of which includes the resocialization of citizens.

Ключевые слова: ресоциализация, реабилитация, ресоциализация лиц, страдающих алкогольной зависимостью, социальное государство, социальная функция

Keywords: resocialization, rehabilitation, resocialization of persons with alcohol dependence, social state, social function

Отечественный и мировой опыт показывает, что повысить эффективность помощи в прекращении потребления алкоголя до 30% алкозависимых граждан представляется возможным в том случае, если после прохождения курса медицинского лечения потребитель алкоголя пройдет долгосрочный курс социальной реабилитации и ресоциализации.

* «Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 19-311-90018». The reported study was funded by RFBR, project number 19-311-90018»

Сокращение употребления алкоголя населением достигается посредством применения со стороны государства серии мер в области социальной политики и создания соответствующей инфраструктуры ресоциализационных мероприятий, что в настоящее время приобрело не только внутри-государственный, но и общемировой характер.

В 2010 г. Шестьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения приняла резолюцию WHA63/2010, в которой была одобрена Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя WHA63.13 [1].

Концепция этой стратегии заключается в достижении улучшения здоровья и социальных последствий для отдельных лиц, семей и сообществ, Цель этой стратегии – в значительном сокращении количества заболеваний и смертей от вредного употребления алкоголя и связанных с этим социальных последствий. Для реализации поставленной задачи требуется эффективное сотрудничество с государствами-членами при соответствующем участии международных партнеров по развитию гражданского общества и частного сектора, а также учреждений общественного здравоохранения и научных учреждений.

Кроме этого, в отчете Всемирной Организации Здравоохранения о потреблении алкоголя в странах Европы за 2018 год содержится настоятельный призыв к странам и далее «совершенствовать меры реагирования на основе политики, используя области, определенные в Европейском плане действий по сокращению вредного употребления алкоголя на 2012-2020 гг., для поддержания и ускорения прогресса».

На заседании президиума Государственного совета Российской Федерации 17 июня 2015 г. Президент России В.В. Путин сказал: «Необходимо решать проблему избавления людей от наркотической и алкогольной зависимости, но, к сожалению, исключительно медицинскими мерами, конечно, здесь не справиться. Нужна последующая социальная реабилитация и возвращение граждан к нормальной полноценной жизни».

В связи с этим одной из приоритетных задач, сформулированных в Указе Президента РФ от 09.06.2010 г. № 690 "Об утверждении Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года" и в Распоряжении Правительства РФ от 30.12.2009 г. № 2128-р "О Концепции реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года", является создание национальной системы комплексной реабилитации и ресоциализации лиц,

допускающих немедицинское потребление наркотических средств, психотропных веществ, алкогольной продукции. [2; 3]

Цель ресоциализации заключается в изменении поведения лиц, страдающих алкогольной зависимостью в сторону постепенного контролирования тяги к алкоголю с последующим исключением этой зависимости из повседневной жизни и включение гражданина в социальную жизнь.

Реализация государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 г. направлена на снижение объемов потребления населением алкогольной продукции, улучшении демографической ситуации в стране, увеличении продолжительности жизни населения, сокращении уровня смертности, формировании стимулов к здоровому образу жизни.[3]

Кроме федерального уровня, активная антиалкогольная политика в Российской Федерации развернута и на уровне регионов. Например, широкое распространение и вовлечение граждан получили стратегия антинаркотической и антиалкогольной политики в Камчатском крае до 2020 г. и государственная антиалкогольная программа Республики Тыва на 2014-2020 гг.

В Российской Федерации есть регионы, традиционно мало потребляющие алкоголь. Это связано с историко-культурными и религиозными традициями. В частности, в Чеченской Республике уровень потребления алкогольной продукции оказался на самом низком уровне в Российской Федерации.

Ключевая роль в ресоциализации и реинтеграции лиц, страдающих алкогольной зависимостью, возложена в России на негосударственные организации. Так, в Ростовской области социальную реабилитацию наркозависимых и алкозависимых лиц осуществляют 18 негосударственных организаций. Из них 12 некоммерческих общественных организаций и фондов, 2 религиозные организации, 4 коммерческие организации. Наиболее эффективно указанная работа проводится в реабилитационном центре «Ростов без наркотиков». В 2015 г. в г. Ростове-на-Дону открылся реабилитационный центр «Спутник», входящий в группу компаний «Клиника доктора Исаева» г. Москва. По информации негосударственных центров, представленной в УФСКН России по Ростовской области, ежегодно в этих центрах находится на реабилитации около 700 лиц, страдающих алкогольной и наркотической зависимостью.

В феврале 2016 г. сформирован и утвержден Реестр негосударственных организаций, осуществляющих комплексную реабилитацию и ресоциализацию

лиц, потребляющих алкогольную продукцию, наркотические средства или психотропные вещества без назначения врача.

В настоящее время в Реестре состоят несколько негосударственных организаций, прошедших добровольную сертификацию. Среди них: региональная общественная организация по профилактике и реабилитации лиц, страдающих заболеваниями, наркоманией и алкоголизмом «Чистый путь» и реабилитационный центр «Гармония» в городе Сургут; региональная общественная организация «Центр социальной реабилитации «Борей» в Ханты-Мансийском районе; центр социальной адаптации «Независимость» в Нефтеюганске; региональная благотворительная общественная организация социальной адаптации граждан «Путь к Себе» в Ханты-Мансийске.

Благодаря активной антиалкогольной пропаганде, серии мер по противодействию распространению алкогольной продукции среди несовершеннолетних, запрета ее рекламы в средствах массовой информации и прочим государственным мерам в настоящее время в Российской Федерации наметилась тенденция к сокращению численности населения, страдающих алкогольной или наркотической зависимостью.

Данный вывод подтверждается позицией Министерства Здравоохранения России. В ведомстве отметили, что это произошло благодаря систематической работе, которая проводится в соответствии с концепцией реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения России на период до 2020 г. Системная работа на этом направлении позволила за прошедшие годы существенно сократить потребление алкоголя на душу населения — почти на 40%.

В Соединенных Штатах Америки в начале прошлого века тема предоставления социальной помощи гражданам, страдающим алкогольной зависимостью, на государственном уровне не поднималась. Оказание помощи нуждающимся проходило через благотворительную деятельность частных лиц и через религиозные организации.[4, с. 69]

В конце 40-х годов прошлого столетия в Америке возникла Миннессотская модель лечения зависимого поведения как следствие необычайно высокой эффективности групп «Анонимных алкоголиков» и других подобных движений.

В настоящий момент работа по ресоциализации различных категорий граждан в Соединенных Штатах ведется и на уровне штатов, и на уровне местной власти, где такими проблемами занимается администрация городов. На уровне отдельных штатов вероятность успешной ресоциализации повышается за счет использования программ и практик вторичной реинтеграции.

Департамент Коррекции штата Вашингтон сосредоточен на возвращении лиц в общество, поэтому он предоставляет необходимые ресурсы «нуждающимся в помощи» американцам в целях их безопасного и успешного перехода в общество. Построение безопасного и крепкого общества посредством успешного возвращения людей выступает основной целью Департамента Коррекции штата Вашингтон. С целью улучшения общественной безопасности Губернатор Инсли подписал Распоряжение 16-05 от 26 апреля 2016 г. «Building safe and strong communities through successful reentry» («О создании безопасных и крепких сообществ посредством успешного возвращения») во время Национальной Недели Возвращения.

Это распоряжение предписывает конкретным государственным органам принять меры для устранения препятствий в целях успешной ресоциализации. Кроме этого, в распоряжении делается вывод, что законодательное собрание штата Вашингтон признало важность успешного процесса возвращения в общество людей путем «создания сертификата восстановления и программы возможностей (CROP), которая устраняет барьеры для людей, продемонстрировавших, что они успешно реинтегрировались в общество».

19 апреля 2017 г. канцелярия губернатора выпустила первый отчет исполнения распоряжения 16-05, в котором подробно расписала прогресс, достигнутый в выполнении указаний, содержащихся в распоряжении. Согласно отчету, распоряжение губернатора было выполнено в полном объеме. Была создана программа «Ориентация в жизни», которой воспользовалось 18 тысяч человек, из которых 95% процентов добились успешной ресоциализации в общество.

Если рассматривать предоставление социальной помощи на местном уровне, то в городе Нью Йорк, как впрочем и во всех других городах Соединенных Штатов Америки, существует специальная организация, на которую возложена социальная работа по ряду важнейших направлений социальной политики государства, среди которых и борьба с алкоголизмом.

15 августа 1966 г. Специальным Указом номер 28 (Executive Order № 28) была создана Администрация по управлению кадрами – Human Resource Administration (HRA). Она стала самым крупным объединением при руководстве мэра города Джона Линдси, созданным для улучшения и интеграции социальных служб города. Кроме HRA туда вошло агентство по кадрам и развитию карьеры, агентство по делам молодежи, агентство по развитию общественных организаций и агентство помощи нарко- и алкозависимым.

В администрации города Нью Йорка существует департамент кадров и социальных услуг (сокращенно HRA|DSS), который помогает отдельным

людям и целым семьям добиться финансовой независимости и оказывает помощь в удовлетворении основных жизненных потребностей.

Особое внимание уделено программе WeCARE, рассчитанной на заботу о людях с медицинскими проблемами, в том числе, страдающих какой-либо зависимостью. Речь идет о комплексной помощи людям, у которых имеются физические и психические проблемы, не позволяющие им самостоятельно устраивать свою жизнь, и не имеющих близких людей, которые могли бы их опекать. Этим гражданам социальная служба города предоставляет различные услуги.

Политика США состоит в осуществлении обязательств помогать лишь отдельным, наиболее уязвимым, категориям населения, оказавшимся в крайней нужде.[5, р. 517]

Такой подход к социальной политике в известной степени обусловлен национальными особенностями страны, в числе которых: огромные размеры и федеративное устройство; пестрый этнический и расовый состав; индивидуализм как национальная черта характера.

В современных США как на федеральном, так и на уровне штатов имеется разветвленная система социальной поддержки лиц, страдающих алкогольной зависимостью, которая дает большому количеству людей шанс возвратиться в общество и иметь более или менее нормальные условия жизни и перспективу ее улучшения.

На основании отчета Всемирной Организации Здравоохранения за 2014 г., потребление алкоголя в северной Африке, в исламских регионах Восточного Средиземноморья является одним из самых низких в мире. Причины этого явления очевидны. По оценкам специалистов, это примерно в 10 раз меньше мирового потребления. Так, в Алжире 93,5% граждан никогда не употребляли спиртные напитки, и распространенность заболевания алкоголизмом имеется только лишь у 0.7% населения. В связи с этим на государственном уровне нет программ, направленных на сокращение количества лиц, страдающих алкогольной зависимостью. Тем не менее, даже для 0.7% населения в Алжире есть центры, помогающие людям избавиться от наркологической и алкогольной зависимости.

Так, в городе Блида одноименного вилайета (области), центр лечения от алкоголизма им. Фанона ежедневно принимает лиц, страдающих алкогольной и наркотической зависимостью. В нем имеется 40 коек для мужчин и 10 для женщин, которые контролируются 7 врачами и 7 психологам. В 2013 г. центр посетило около 8 тысяч человек, из них 6860 наркоманов и 1240 лиц, страдающих алкогольной зависимостью. Всего в Алжире существует 15

центров по уходу за лицами, страдающими алкогольной и наркотической зависимостью.

В настоящее время во всем мире наметилась четкая тенденция расширения социальной функции государств путем оказания адресной помощи нуждающимся лицам, страдающим алкогольной и наркотической зависимостью, с дальнейшей успешной реинтеграцией и ресоциализацией этих граждан в общество при активном использовании различных программ реабилитации.

Современные государства, реализуя свои социальные функции, стремятся минимизировать или смягчить социальные противоречия путем использования цивилизованных средств их разрешения, понимая необходимость обеспечения людям надлежащих условий жизни и гарантирования определенного объема благ за счет государства.

Деятельность государственных органов по ресоциализации лиц, страдающих алкогольной и наркотической зависимостью, является необходимым элементом в структуре социальной функции государства [6, с. 439].

Список литературы

1. Всемирная организация здравоохранения. Шестьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения. Документ WHA63/2010. 17-21 мая 2010 г. Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя WHA63.13.

2. Указ Президента РФ от 09.06.2010 № 690(ред. от 23.02.2018) "Об утверждении Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года" // "Российская газета", № 128, 15.06.2010.

2. Распоряжение Правительства РФ от 30.12.2009 № 2128-р "О Концепции реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года"// "Собрание законодательства РФ". 11.01.2010. № 2. Ст. 264.

3. Романовская В.Б., Айзман Е.Л. Социальная работа в городе Нью-Йорке//Специфика профессиональной деятельности социальных работников. К 100-летию Нижегородского государственного университета им.Лобачевского /Под общей редакцией проф. З.Х. Саралиевой.Н.Новгород.,2015.С. 68-75.

4. Peterson J. Welfare Reform and Inequality: the TANF and UI Programs // Journal of Economic Issues. Lincoln (Neb.). Vol. 34. 2000. No 2. P. 517-526.

3. Воронков К.И. Ресоциализация как функция социального государства: теоретико-правовой аспект // Динамика социальной среды как фактор развития потребности в новых профессионалах в сфере социальной работы и организации работы с молодежью. Материалы международной научно-

практической конференции. Под общей редакцией З.Х. Саралиевой. 2019. С. 438-446.

**ДОБРОВОЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ КАК ПРАВОВАЯ
ГАРАНТИЯ ПОЛУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
VOLUNTARY MEDICAL INSURANCE AS A LEGAL GUARANTEE
OF MEDICAL ASSISTANCE**

А.А. Самсонов

Городская больница №35, г. Нижний Новгород

Д.В. Суходоев, Л.Ф. Суходоева

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И.Лобачевского

A.A. Samsonov

City Hospital №35, Nizhny Novgorod

D.V. Sukhodoev, L.F. Sukhodoeva

Lobachevsky University

Классифицированы виды услуг по ДМС и представлены инструменты государственного регулирования в механизме страхования. Выявлено, что в этом механизме первостепенное значение имеют конституционно-правовые гарантии человека на медицинскую помощь. Предложены этапы получения медицинской помощи в различных случаях обращения за помощью. Подробно представлены нормативно-правовые документы, дающие гарантию человеку на медицинскую помощь при заболевании, лечение которого не входит в программу обязательного медицинского страхования.

The types of VHI services are classified and the tools of state regulation in the insurance mechanism are presented. It is revealed that in this mechanism the constitutional-legal guarantees of a person for medical assistance are of paramount importance. The proposed stages of obtaining medical care in various cases of recourse. Detailed presented regulatory documents that give a guarantee to a person for medical care in case of a disease, the treatment of which is not included in the compulsory health insurance program.

Ключевые слова: медицинское страхование, качество жизни человека, медицинская помощь, социальное страхование, юридические гарантии, добровольное медицинское страхование

Keywords: medical insurance, quality of life, medical care, social insurance, legal guarantees, voluntary medical insurance

Главной целью системы социальной защиты граждан становится трансформация конституционного права на материальное сопровождение в

случае болезни или потери трудоспособности [1]. При отсутствии поддержки государства разновидностью получения медицинской помощи является добровольное социальное страхование (ДСС). Отличие ДСС от других форм медицинской помощи заключается в видах взаимоотношений работодателей и работников.

Согласно статьям Конституции РФ, добровольное социальное страхование представляется в виде разновидности дополнительных конституционно-правовых гарантий прав и свобод человека. Прежде всего, гарантируется помощь медицинская, если наступил страховой случай, если клиент был добровольно застрахован от этого заболевания. ДМС содержит публично-правовой характер правоотношений. В этом случае Гражданский Кодекс Российской Федерации [2], согласно программе ДМС, требует от страховщиков действий в соответствии с правовыми нормами, так как договор становится публичным.

Различные разделы правового регулирования медицинской помощи – терминология, определения, возникающие ситуации представлены в таких документах, как Гражданский Кодекс (ГК) РФ и Законе РФ №4015-1 от 27 ноября 1992 г. «Об организации страхового дела в Российской Федерации» [3]. В ГК РФ разработаны цели, миссия и задачи, которые призваны осуществлять различные виды медстрахования. Статья 927 пункт 1 ГК РФ разрешает применительно к страховщикам заключать договора со страховым учреждением. В статьях 934 и 940 этого документа формулируется положение для страхования личности. Разработка и заключение подобного соглашения осуществляется в стандартном виде.

ФЗ №1499-1 от 28 июня 1991 г. определяет основополагающие инструменты добровольного страхования граждан, включая как экономические, так и правовые механизмы работы с гражданами [1]. Предусмотрены два вида возможного страхования: добровольное и обязательное.

Здесь разными могут быть как страховые выплаты, так и программы самой страховки [4]. Развитие ДСС привело к возникновению добровольных видов страхования (ДМС). Оно становится конституционно-правовой гарантией права человека на получение медицинской помощи. При возникновении случая заболеваемости, по которому не предусмотрено медицинское вмешательство, согласно заключенному добровольному договору, медицинская организация должна предоставить необходимую медицинскую помощь. Все это гарантируется заключенными договорами ДМС в соответствующих программах (рисунок 1).

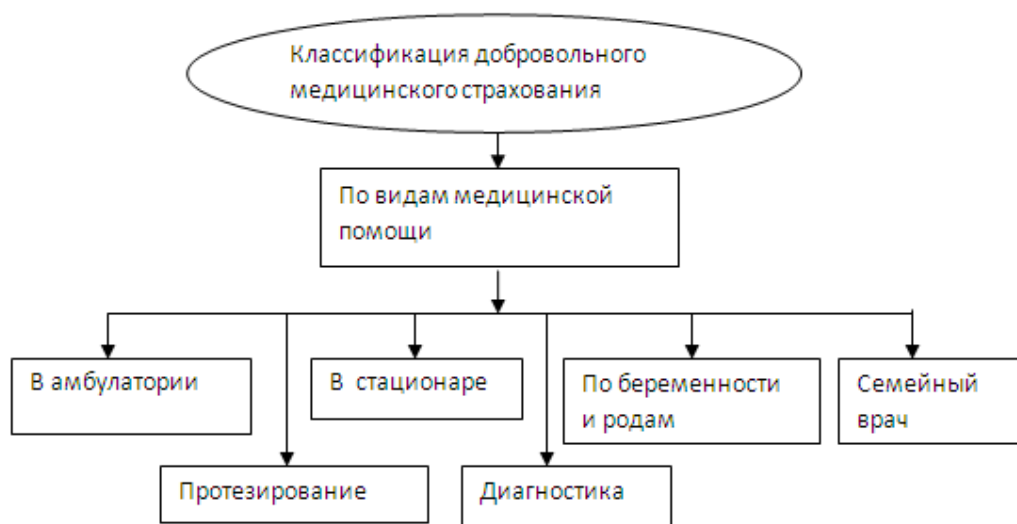


Рис.1. Классификационная структура ДМС

Действия страхователей не ограничивают число застрахованных клиентов [4]. В связи с этим, договор имеет не только правовой, но и публичный характер. Правовые особенности регулирования правоотношений объясняются разными условиями и видами предоставляемых страховых программ. Волеизъявление страховщика рассматривается в возможности или несогласии заключения договора добровольного страхования. Во взаимоотношении страховщиков по ДМС с государством существуют обязательства с обеих сторон.

Действия участников публичного права при заключении договора полностью определены предоставленными каждому из них полномочиями [5]. Гражданский Кодекс предоставляет государству право заключать договор ДМС конкретным субъектам под определенные условия. Позитивные возможности страховщиков заключаются в самостоятельном их выборе программ ДМС.

Благодаря этому реализуется главная цель с точки зрения конституционного права, – обеспечивается гарантия страховщику использования помощи медиков. Правовые последствия могут нести обе стороны, в зависимости от того, кто нарушил договор ДМС (рисунок 2).

Отношения между застрахованным субъектом и страхователем в добровольной системе страхования осуществляются, как правило, в зависимости от таких объектов, как медицинские организации, учреждения по страхованию и практикующие врачи [6]. В ДМС очень большой круг объектов взаимодействий с застрахованными гражданами, которые выбирают их самостоятельно.

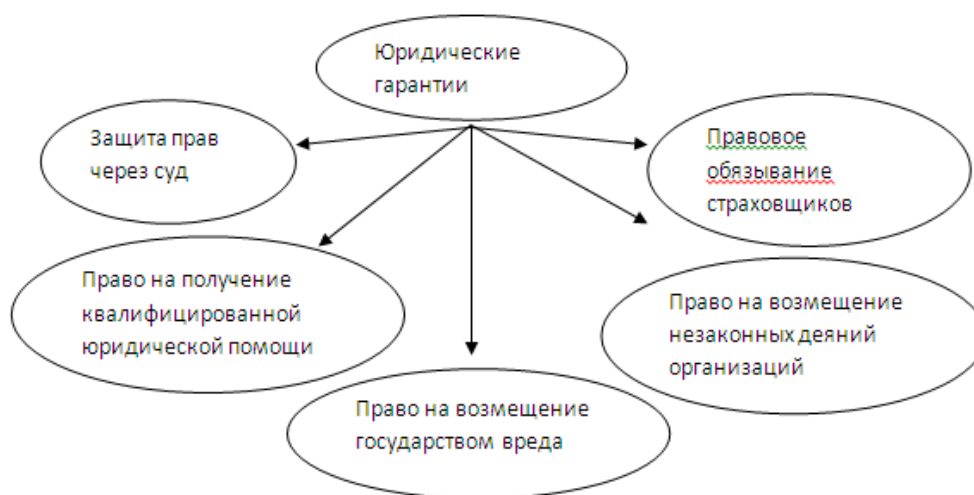


Рис.2. Система защиты прав на медицинскую помощь

Калькуляция дотаций и компенсаций при добровольном заключении страховых договоров базируется на принципе эквивалентности. Установление процента, который показывает наступление ответственности страховщика, отсекаются случаи с минимальным размером компенсаций, но высокой частотой обращения клиентов. Другими словами, в новых условиях цифрового становления экономики организации вынуждены руководствоваться рыночными принципами и ориентироваться на спрос, складывающийся в обществе на подобные услуги, выявляя те из них, когда потенциальные клиенты готовы платить, а также всячески рекламируя качество предлагаемого продукта конкретной страховой организации.

Список литературы

1. Федеральный Закон РФ «О медицинском страховании граждан в РФ» №1499-1 от 28.06.1991 (с изм. и дополн. 29.05.2002г. №57-ФЗ, 27.072006г. №137-ФЗ).
2. Гражданский кодекс РФ (часть вторая) от 26.01.1996 № 14-ФЗ // Собрание законодательства РФ. N 5. Ст. 410.
3. Федеральный Закон РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» № 4015-1 от 27.11.1992 // Российская газета. 12.01.1993. N 6.
4. Никулина Н.Н., Березина С.В., Суходоева Л.Ф. Модель взаимодействия процессов управления рисками // Вестник Московского университета МВД России. 2014. № 4. С. 203-211.
5. Никулина Н.Н., Суходоева Л.Ф. Внутренний аудит формирования изменений уставного капитала страховщика // Аудит и финансовый анализ. 2015. № 5. С. 139-143.

6. Суходоева Л.Ф., Рачинский А.В., Суходоев Д.В. Инвестирование ресурсов в конкурентной среде // Конкурентоспособность в глобальном мире: экономика, наука, технологии. 2017. № 8-1(55). С. 117-121.

**ОХРАНА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИНЫ КАК
ВАЖНЕЙШЕЕ УСЛОВИЕ РЕАЛИЗАЦИИ ПРАВА НА
ИСКУССТВЕННОЕ ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ
(ОПЫТ США)**

**WOMEN'S REPRODUCTIVE HEALTH PROTECTION AS AN
ESSENTIAL CONDITION FOR THE REALIZATION OF THE RIGHT TO
ABORTION (US EXPERIENCE)**

О.Ю. Серпухова

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

O.Yu. Serpukhova

Lobachevsky University

Рассматривается опыт США в сфере регулирования права на искусственное прерывание беременности, его ограничений и условий реализации, важнейшим из которых является охрана репродуктивного здоровья женщины.

In this article the experience of the United States in the field of legal regulation of the right to abortion, its limitations and conditions of implementation, the most important of which is the protection of reproductive health of women are considered.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, репродуктивные права, искусственное прерывание беременности, аборт, Верховный суд США

Keywords: reproductive health, reproductive rights, artificial termination pregnancy, abortion, Supreme Court of the United States

В связи с обострившейся во всем мире проблемой количественного и качественного воспроизводства населения, особую актуальность в настоящее время приобретают вопросы охраны репродуктивного здоровья. Одним из факторов, негативно влияющих на репродуктивные процессы, является искусственное прерывание беременности (аборт). Представляется, что для минимизации отрицательных последствий абортов на репродуктивное здоровье населения необходимо не только осуществление качественной медицинской деятельности в данной сфере, но качественное правовое регулирование, в соответствии с которым такая деятельность осуществляется.

Всемирная организация здравоохранения отмечает, что «охрана репродуктивного здоровья направлена на обеспечение того, чтобы люди могли

вести ответственную, приносящую удовлетворение и безопасную сексуальную жизнь, а также могли сохранять способность деторождения и иметь возможность выбора в отношении того, иметь ли детей, когда и в каком количестве» и определяет репродуктивные права как «право мужчин и женщин на получение информации и на доступ к безопасным, эффективным, недорогим и доступным способам регулирования рождаемости, в соответствии с их выбором, а также право на доступ к надлежащим службам здравоохранения, которые могут обеспечить для женщин безопасные беременность и роды, а также создать для супружеских пар наилучшие возможности для того, чтобы иметь здорового ребенка» [1].

Учитывая данные положения, право на искусственное прерывание беременности, предполагающее вмешательство с целью ограничения репродуктивных процессов, должно отвечать требованиям безопасности. В первую очередь, это касается безопасности здоровья женщины.

В законодательстве США соблюдение принципа охраны здоровья женщины является важнейшим условием реализации права на аборт.

Право на искусственное прерывание беременности в США было легализовано решением Верховного суда по делу *Roe v. Wade*, 410 U.S. 113 (1973), согласно которому право женщины определять, рожать ребенка или нет, включается в фундаментальное право на неприкосновенность частной жизни («privacy»), защищаемое положением о «надлежащей правовой процедуре» XIV поправки к Конституции США.

Признавая право на искусственное прерывание беременности, Верховный суд США отметил, что данному праву противостоит государственный интерес в защите потенциала человеческой жизни и сохранении и защите здоровья беременной женщины.

«Государство действительно имеет важный и законный интерес в сохранении и защите здоровья беременной женщины и у него есть еще один важный и законный интерес в защите потенциала человеческой жизни. Эти интересы различны. Каждый из них растет в субстанциональности и становится «убедительным» в зависимости от срока беременности» [2]. Таким образом, Верховным судом США была сформулирована концепция «убедительного интереса государства», включающая в себя 2 аспекта: защита потенциала человеческой жизни и сохранение и защита здоровья беременной женщины. Для определения преобладающего интереса применялся так называемый триместровый подход, в соответствии с которым тот или иной государственный интерес становится «убедительным» в зависимости от срока беременности.

«Основываясь на этом и на медицинских знаниях о развитии эмбриона, Верховный суд США разделил период беременности на три триместра.

Поскольку рождение ребенка в первом триместре представляет большую угрозу для здоровья матери, чем аборт, и плод нежизнеспособен вне тела матери, ни один из двух государственных интересов не превалирует. Аборты в последнем триместре в конце периода беременности представляют собой значительную угрозу для здоровья матери и уничтожают плод, который способен выжить вне материнского тела. Поэтому интерес государства в регулировании абортов в последний период беременности становится «главенствующим», и оно может совсем запретить аборты за исключением случаев, когда необходимо спасти жизнь матери. Во время среднего триместра интерес государства в сохранении здоровья матери сильнее, чем во время первого периода, и оно может предусматривать необходимые для обеспечения этого интереса меры, такие как установление требования о том, чтобы процедура выполнялась в соответствующем медицинском учреждении, например, в больнице или клинике» [3, с. 595].

Стоит отметить, что одновременно с легализацией права на искусственное прерывание беременности штатами принимались многочисленные законы, стремящиеся данное право ограничить. Концепция «убедительного интереса государства» служила ориентиром для решения вопроса о том, оправдано ли то или иное положение законодательства, ограничивающее право на аборт или нет. Многие из таких положений были отменены как необоснованные с точки зрения охраны здоровья женщины. Например, в решении по делу *Doe v. Bolton* 410 U.S. 179 (1973) Верховный суд США отменил следующие положения разрешительного закона об абортах: 1) аборт должен быть проведен в больнице, аккредитованной частной аккредитуемой организацией; 2) операция должна быть одобрена комитетом по абортам, состоящим из персонала больницы; 3) заключение врача-исполнителя должно быть подтверждено независимым обследованием пациентки двумя другими врачами, имеющими лицензию [4]. Данные положения были сочтены необоснованными с точки зрения заинтересованности государства в охране здоровья женщины, поскольку они не были разумно связаны с указанным интересом.

Подход к правовому регулированию условий производства абортов был несколько изменен в 1990-х гг. и связан с принятием Верховным судом США решения по делу *Planned Parenthood v. Casey*, 505 U.S. 833 (1992). Ссылаясь на принципы *stare decisis*, Верховный суд США подтвердил право на аборт, установленное в деле *Roe v. Wade*, 410 U.S. 113 (1973), но изменил стандарт анализа ограничений этого права, разработав стандарт «неоправданного бремени» («*undue burden*») для ограничений абортов, а также отказался от установленного *Roe v. Wade*, 410 U.S. 113 (1973) триместрового подхода. В

указанном судебном решении говорилось, что суд поддерживает «существенное судебное решение» *Roe v. Wade*, 410 U.S. 113 (1973) (*Roe's essential holding*)), которое включает три части. «Во-первых, это признание права женщины сделать аборт до достижения жизнеспособности плода и реализовать данное право без неоправданного вмешательства со стороны государства. До достижения жизнеспособности интересы государства недостаточно сильны, чтобы поддержать запрет аборт или создание существенного препятствия для эффективной реализации данного права. Во-вторых, это подтверждение полномочий государства по ограничению абортов после достижения жизнеспособности плода, если закон содержит исключения для беременностей, угрожающих жизни или здоровью женщины. И третье – принцип, согласно которому государство с самого начала беременности имеет законные интересы в защите здоровья женщины и жизни плода, который может стать ребенком» [5].

Таким образом, в 1992 г. Верховным судом США разработан новый стандарт анализа ограничений права на аборт – стандарт «неоправданного бремени», который позволял оценить положения законодательства, ограничивающие аборт на предмет законности и обоснованности. Данный стандарт приходит на смену «концепции убедительного интереса государства», также отменяется триместровый подход. В 2016 году стандарт «неоправданного бремени» находит свое развитие в решении по делу *Whole Woman's Health v. Hellerstedt*, 579 U.S. ____ (2016) и требует от суда рассмотрения того или иного ограничения права на аборт в совокупности с преимуществами, установленными законом, для решения вопроса об обоснованности установленного ограничения [6]. Несмотря на появления нового стандарта, принцип, согласно которому государство с самого начала беременности имеет законные интересы в защите здоровья женщины, был сохранен.

Таким образом, с момента легализации права на искусственное прерывание беременности в США было установлено обязательное условие его реализации – охрана репродуктивного здоровья женщины, рассматриваемого в качестве государственного интереса. Значение данного условия заключалось, во-первых, в обеспечении безопасных условий аборта. Во-вторых, в предотвращении установления необоснованных ограничений права на аборт, поскольку данное условие включалось в важнейшие стандарты анализа ограничений рассматриваемого права, применяемых при оценке законности и обоснованности нормативно-правовых актов штатов, регламентирующих данную сферу общественных отношений. Учет данного принципа представляется важным и необходимым для охраны репродуктивного здоровья как отдельной личности, так и населения в целом.

Список литературы

1. Репродуктивное здоровье [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.who.int/topics/reproductive_health/ru/ (дата обращения 05.04.2019).
2. Roe v. Wade, 410 U.S. 113 (1973) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://supreme.justia.com/cases/federal/us/410/113/> (дата обращения 20.05.2019).
3. Бернам У. Правовая система США. 3-й выпуск. М. 2006. 1216 с.
4. Doe v. Bolton 410 U.S. 179 (1973) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://supreme.justia.com/cases/federal/us/410/179/> (дата обращения 20.05.2019).
5. Planned Parenthood v. Casey, 505 U.S. 833 (1992) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://supreme.justia.com/cases/federal/us/505/833/> (дата обращения 21.05.2019).
6. Whole Woman's Health v. Hellerstedt, 579 U.S. ____ (2016) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://supreme.justia.com/cases/federal/us/579/15-274/> (дата обращения 23.05.2019).

ПОЛИТИКА ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ В НОРМАХ ТРУДОВОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ HEALTH SAVING POLICY IN THE LABOUR LAW OF THE RUSSIAN FEDERATION

С.В. Соловьева
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*
S.V. Solovieva
Lobachevsky University

Говорится о направлениях политики здоровьесбережения в нормах действующего трудового законодательства и перспективах его усовершенствования в связи с переходом на профилактическую стратегию управления охраной труда.

The article considers the main directions of the health saving policy in the norms of the current labour legislation and the prospects for its improvement in connection with the transition to a preventive strategy for managing labour protection.

Ключевые слова: здоровьесбережение, работник, работодатель, трудовое законодательство, охрана труда

Keywords: health saving, employee, employer, labour legislation, labour protection

Термин «здоровьесбережение» неоднократно применяется в нормативных правовых актах Российской Федерации, в основном касающихся образовательного пространства, но понятие его отсутствует. Не применяет законодатель данный термин и в Трудовом кодексе Российской Федерации (далее – Трудовой кодекс РФ)[1].

В Российской Федерации право на охрану здоровья принадлежит каждому от рождения, что подкрепляется конституционными нормами (ст. 41 Конституции РФ[2]), нормами текущего федерального законодательства. Помимо этого, в соответствии с ч.2 ст. 18 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон об основах охраны здоровья[3]) право на охрану здоровья обеспечивается, в том числе и созданием безопасных и благоприятных условий труда. Трудовой кодекс РФ в ст. 219 предусматривает право работника на труд, отвечающий требованиям безопасности и гигиены, что соответствует ч.3 ст. 37 Конституции РФ.

Здоровье – состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма (п. 1, ст. 2 Закона об основах охраны здоровья). Здоровье работника является одним из важнейших факторов его трудового потенциала и одним из основных ресурсов развития организации. Соответственно политика здоровьесбережения в рамках трудовых отношений представляет собой комплекс мер по реализации деятельности работодателя (профилактике, предупреждению, созданию условий труда), которая обеспечивает сохранение в процессе труда здоровья работника и предусматривается трудовым законодательством в нормах института охраны труда. Так, например, нормы по технике безопасности и гигиены труда на рабочем месте требуют от работодателя четко прописывать в трудовом договоре и давать характеристику условий труда, в которых будет трудиться работник, и в связи с этим, гарантии и компенсации. Специальной оценке условий труда подлежит каждое рабочее место, она должна проводиться не реже одного раза в пять лет со дня утверждения отчета о ее проведении[4].

Со стороны государства ведется надзорно-контрольная деятельность в форме инспектирования работодателей и их деятельности, которая урегулирована разделом X Трудового кодекса РФ и иными нормативно-правовыми актами.

Однако, здоровьесбережение – это двусторонний процесс, который требует от работника и самостоятельных активных действий по использованию трудовых норм, направленных на сохранение его благополучного физического, психического и социального состояния. Даже при самой хорошо организованной системе охраны и безопасности труда со стороны работодателя

и его представителей собственное отношение работника к своему здоровью и «здоровому образу жизни» в процессе выполнения трудовой функции невозможно переоценить.

Действующее трудовое законодательство в настоящее время содержит нормы, стимулирующие работников на активные действия по улучшению и сохранению своего здоровья: запрет требовать от работника выполнения работы, не предусмотренной трудовым договором, и отказ от ее выполнения, отказ от выполнения работы, которая непосредственно угрожает его жизни и здоровью, а также в случае невыплаты заработной платы или выплаты ее не в полном размере свыше 15 дней (ст. 60, 142, 379 Трудового кодекса РФ).

Нормы института рабочего времени и времени отдыха, устанавливающие максимальную недельную нагрузку по объему рабочих часов и минимальное количество дней отпуска, имеют императивный характер, и их соблюдение является обязанностью как работодателя, так и работника.

Нормы, ограничивающие объем сверхурочных часов (ст. 99 Трудового кодекса РФ), предусматривающие обязательные медицинские осмотры (ст. 213 Трудового кодекса РФ), возможности переводов (ст. 73 Трудового кодекса РФ) на другую работу по состоянию здоровья (как постоянные, так и временные), а в некоторых случаях и сохранение за работником на время перевода его средней заработной платы (ст. 182 Трудового кодекса РФ) также призваны способствовать здоровьесбережению работника.

Отстранение от работы (ст. 78 Трудового кодекса РФ), применение мер дисциплинарной ответственности вплоть до увольнения за появление на работе в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения (п.п.б п. 6 ст. 81 Трудового кодекса РФ) стимулирует работников вести здоровый образ жизни и заботиться о себе и своей занятости.

В условиях развивающейся нетрадиционной (нетипичной) занятости вопросы здоровьесбережения не только не утрачивают своей актуальности, но и приобретают новое звучание. Дистанционный труд, например, требует от работника высокой самоорганизации, мотивации и распределения рабочего времени и времени отдыха не в ущерб своему здоровью. Гибкость графика выполнения трудовой функции, без традиционного контроля со стороны работодателя вызывает соответствующие риски и может обернуться для работника необратимыми последствиями для его самочувствия и здоровья.

Российское трудовое законодательство в части обеспечения здоровых и безопасных условий труда постоянно совершенствуется. Принят и еще планируется принять ряд нормативно-правовых актов, обеспечивающих переход на профилактические рельсы управления охраной труда. Так, например, один из последних документов – распоряжение Правительства РФ от

24 апреля 2019 г. «Об утверждении комплекса мер по стимулированию работодателей и работников к улучшению условий труда и сохранению здоровья работников, а также по мотивированию граждан к ведению здорового образа жизни»[5] отражает многоаспектность правового регулирования данной сферы и требует согласованности действий всех участников совместного труда на всех уровнях, включая государственный и локальный. Акцент правового регулирования теперь будет сделан на профилактических мерах и в качестве предупреждающих мероприятий – выявление профессиональных рисков на производстве, в том числе и мотивирование работников к ведению здорового образа жизни.

Список литературы

1. Трудовой кодекс Российской Федерации от 30 декабря 2001 г. (с изм. от 01.04.2019 г.) // СЗ РФ. 2002. № 1 (ч. 1). Ст. 3.
2. Конституция Российской Федерации // Российская газета, 1993. 25 декабря.
3. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. (ред. от 29.05.2019) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // СЗ РФ. 2011, N 48, ст. 6724.
4. Федеральный закон «О специальной оценке условий труда» от 28 декабря 2013 г. // СЗ РФ. 2013. N 52 (часть I). Ст. 6991.
5. Распоряжение Правительства РФ от 26 апреля 2019 года «Об утверждении комплекса мер по стимулированию работодателей и работников к улучшению условий труда и сохранению здоровья работников, а также мотивированию граждан к ведению здорового образа жизни»// СЗ РФ. 2019. N 18. Ст. 2259.

О НЕКОТОРЫХ ВОПРОСАХ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ НАРОДНОЙ МЕДИЦИНЫ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ SOME ISSUES OF LEGAL REGULATION OF TRADITIONAL MEDICINE IN THE RUSSIAN FEDERATION

С.А. Судьин, О.Г. Жукова
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*
S.A. Sudin, O.G. Zhukova
Lobachevsky University

Анализируются вопросы правового регулирования народной медицины как формы коллективных представлений и практик здоровьесберегающего поведения. Делается вывод о необходимости правового регулирования

народной медицины в Российской Федерации с целью установления контроля со стороны медицинских работников за процессом подготовки и сдачи экзаменов для получения статуса лица, практикующего народную медицину, а также за осуществлением деятельности в области народной медицины.

The issues of legal regulation of folk medicine as a form of collective ideas and practices of health-saving behavior are analyzed. The conclusion is made about the necessity of legal regulation of folk medicine in the Russian Federation in order to establish control by medical workers over the process of preparation and passing the exams to obtain the status of a person practicing folk medicine, as well as the implementation of activities in the field of folk medicine.

Ключевые слова: народная медицина, культурные детерминанты здоровьесбережения, правовое регулирование народной медицины в РФ

Key words: folk medicine, cultural determinants of health-saving behavior, legal regulation of folk medicine in Russia

Народная медицина имеет долгую историю и представляет собой общий итог накопленных знаний, навыков и практик, основанных на теориях, верованиях и опыте коренных народов и представителей различных культур, независимо от того, можем мы их объяснить или нет, и используются для поддержания здоровья, а также для профилактики, диагностики, улучшения состояния или лечения при физических и психических расстройствах [1]. Методы народной медицины не теряют своей популярности и в первой четверти XXI века.

В настоящее время понятие «народная» и «традиционная» медицина являются равнозначными, однако еще три десятилетия назад под традиционной медициной понимали медицину, использующую официально узаконенные методы. Остальные методы, эффективность и безопасность которых не была доказана научным методом, относили к понятию «нетрадиционная», «народная» медицина.

В Российской Федерации дефиниция «народная медицина» законодательно закреплена в части 1 статьи 50 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – ФЗ № 323-ФЗ) [2]. В соответствии с указанной нормой, к народной медицине относятся методы оздоровления, утвердившиеся в народном опыте, в основе которых лежит использование знаний, умений и практических навыков по оценке и восстановлению здоровья.

Оказание услуг оккультно-магического характера, а также совершение религиозных обрядов к народной медицине не относится.

Для осуществления деятельности в области народной медицины необходимо получить разрешение, выдаваемое органом исполнительной власти

субъекта РФ в сфере охраны здоровья. Такое разрешение распространяется только на территорию того субъекта РФ, где оно было выдано (части 2-3 статьи 50 ФЗ № 323-ФЗ). В частности, на территории Нижегородской области такое разрешение выдается Министерством здравоохранения Нижегородской области сроком на 3 года [3].

До 01 января 2012 г. деятельность в области народной медицины регламентировалась Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан.

В соответствии со статьей 50 «Основ», порядок занятия народной медициной и порядок занятия частной медицинской практикой совпадали, т.е. требовалось получение лицензии.

В настоящее время ни в статье 50 ФЗ № 323-ФЗ, ни в Положении о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») [4] не содержатся требования об обязательном лицензировании.

Однако следует учитывать, что рефлексотерапия, медицинский массаж, мануальная терапия, традиционно рассматриваемые в качестве методик народной медицины, были внесены в указанное положение, таким образом, их правовое регулирование было приравнено к официальной медицине.

На федеральном уровне имеется ряд нормативно-правовых актов, регулирующих отдельные методики, например, приказ Минздравмедпрома России от 29 ноября 1995 г. № 335 «Об использовании метода гомеопатии в практическом здравоохранении». Иные акты относятся к методическим рекомендациям: «Об использовании метода гирудотерапии в практическом здравоохранении. Методические рекомендации № 2002/78» (утв. Минздравом России 15 июля 2002 г.); «Электропунктурный вегетативный резонансный тест. Методические рекомендации № 99/96» (утв. Минздравом России 7 апреля 2000 г.). Все эти акты содержат требование о наличии у лица медицинского образования.

Общероссийский классификатор занятий (ОК 010-2014 (МСКЗ-080) (далее – ОК 010-2014 (МСКЗ-08)) в сфере народной медицины в зависимости от уровня квалификации (высшего и среднего) разделяет специалистов на врачей народной медицины, целителей и на высококвалифицированных целителей и практиков альтернативной и народной медицины.

Согласно положениям ОК 010-2014 (МСКЗ-08), врачи народной медицины и целители (костоправ, лекарь-фитотерапевт) относятся к среднему медицинскому персоналу здравоохранения и оказывают профилактическую

помощь, осуществляют уход и лечение физических и психических заболеваний человека, расстройств и травм путем применения траволечения и других народных методов, основанных на теориях, верованиях и опыте конкретных культур и народов. Кроме того, они организуют применение процедур, основанных на использовании традиционных методов и лекарственных средств (самостоятельно или в рамках планируемой терапевтической помощи со стороны традиционной медицины или других медицинских работников).

В их обязанности входит:

- обследование пациентов, собеседование с ними и членами их семей для определения состояния здоровья и характера физического или психического расстройства, болезни или других заболеваний;

- рекомендации по уходу и лечению заболеваний болезней с использованием традиционных народных средств и методов: физических манипуляций и упражнений, натуральных экстрактов и препаратов, полученных на основе трав, растений, насекомых и животных экстрактов;

- назначение лечения с помощью гомеопатических препаратов и лекарственных трав в соответствии с терапевтическими схемами и процедурами;

- осуществление ухода и лечения физических травм, связанных с вправлением и исцелением переломов и вывихов костей, на основе традиционных методов физического воздействия и травяной терапии;

- консультирование отдельных лиц, семей и общин в области здравоохранения, питания, гигиены, образа жизни и других вопросов для поддержания или улучшения здоровья и благополучия;

- направление пациентов к другим специалистам, оказывающим медико-санитарную помощь, и обмен с ними информацией для обеспечения полноценного лечения и непрерывного ухода.

Высококвалифицированные целители и практики альтернативной и народной медицины (врач аюрведической медицины, гомеопат, иглотерапевт, натуропат, врач мануальной терапии, фитотерапевт, бальнеолог) отнесены к специалистам высшего уровня квалификации и оценивают состояние пациентов; занимаются профилактикой и лечением заболеваний, болезней, травм и других физических и умственных нарушений, поддерживают общее состояние здоровья у людей посредством применения знаний, навыков и опыта, полученных в результате глубокого изучения теорий, убеждений и опыта, накопленных в определенных культурах.

В их обязанности входит:

- проведение медицинских осмотров пациентов и собеседований с ними и членами их семей для выяснения состояния их здоровья;

- составление и претворение в жизнь планов лечения физических, душевных и психологических недугов с использованием таких методов, как иглоукалывание, аюрведическая, гомеопатическая медицина и фитотерапия;
- оценка и документальное подтверждение течения болезни пациентов посредством планов лечения;
- консультирование отдельных лиц, семей и групп лиц по вопросам здоровья, питания и образа жизни;
- назначение и приготовление средств народной медицины, таких как травяные, растительные, минеральные и животные экстракты с целью усиления способностей организма к самовосстановлению;
- обмен информацией о пациентах с другими медицинскими работниками по мере необходимости для обеспечения непрерывного и всеобъемлющего медицинского ухода;
- проведение исследований в области альтернативной и народной медицины, а также распространение результатов, в частности посредством научной документации и отчетов.

Как было указано, для осуществления деятельности в области народной медицины необходимо получить соответствующее разрешение. Решение о выдаче разрешения на занятие народной медициной принимается на основании заявления гражданина и представления медицинской профессиональной некоммерческой организации либо заявления гражданина и совместного представления медицинской профессиональной некоммерческой организации и медицинской организации.

В целях защиты прав потребителей с 20 января 2006 г. была введена в действие система добровольной сертификации услуг в области народной медицины «Реестр целителей» [6].

Добровольная сертификация представляет собой подтверждение соответствия оказываемых услуг техническим регламентам, стандартам, условиям договоров, осуществляемое по инициативе заявителя на условиях договора между заявителем и органом по сертификации. На услуги, прошедшие добровольную сертификацию, выдается сертификат соответствия.

Центральным органом по сертификации Системы добровольной сертификации услуг в области народной медицины «Реестр целителей» является ФГУ «Федеральный научный клинико-экспериментальный центр традиционных методов диагностики и лечения Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию».

Приказом Росздравнадзора от 25 января 2006 г. № 154-Пр/06 установлен порядок проведения сертификации услуг в области народной медицины и

порядок ведения реестра сертификатов соответствия. Сертификат соответствия выдается на срок до 3 лет.

Система добровольной сертификации услуг в области народной медицины «Реестр целителей» зарегистрирована в едином реестре систем добровольной сертификации Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии.

Таким образом, в настоящее время отсутствует единая и стройная система законодательной регламентации деятельности в области народной медицины, что создает основную проблему: обеспечение безопасности жизни и здоровья пациента. Имеется необходимость в реформировании правового регулирования народной медицины в Российской Федерации с целью установления контроля со стороны медицинских работников за процессом подготовки и сдачи экзаменов для получения статуса лица, практикующего народную медицину, а также за осуществлением деятельности в области народной медицины.

Список литературы

1. Стратегия ВОЗ в области народной медицины 2014-2023 гг. (http://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/ru/index.html).

2. Федеральный закон от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // «Российская газета». № 263. 23.11.2011 г.

3. Административный регламент министерства здравоохранения Нижегородской области по предоставлению государственной услуги «Выдача разрешения на занятие народной медициной», утвержден приказом министерства здравоохранения Нижегородской области от 10.05.2012 г. № 1138.

4. Постановление Правительства РФ от 16 апреля 2012 г. № 291 // СЗ РФ. 2012. № 17. Ст. 1965.

5. Приказ Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 12 декабря 2014 г. № 2020-ст «О принятии и введении в действие Общероссийского классификатора занятий (ОКЗ) ОК 010-2014 (МСКЗ – 08)».

6. Приказ Росздравнадзора от 25 января 2006 г. № 154-Пр/06 «О введении в работу Системы добровольной сертификации услуг в области народной медицины «Реестр целителей (вместе с Порядком проведения сертификации услуг в области народной медицины, Порядком ведения реестра сертификатов соответствия Системы добровольной сертификации услуг в области народной медицины «Реестр целителей)»».

**ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ КАК ОСНОВНОЕ
НАПРАВЛЕНИЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
ОБЩЕСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ ЮРИСТОВ И ВРАЧЕЙ
В ДОСОВЕТСКОЙ РОССИИ**

**PUBLIC HEALTH PROTECTION AS THE MAIN AREA OF
INTERACTION BETWEEN PROFESSIONAL PUBLIC ORGANIZATIONS
OF LAWYERS AND DOCTORS IN PRE-SOVIET RUSSIA**

В.С. Сэруа

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

V.S.Serua

Lobachevsky University

Рассмотрены примеры взаимодействия институтов гражданского общества по проблемам охраны здоровья населения в досоветской России. Проанализированный опыт совместной деятельности профессиональных сообществ показывает, что с оформлением и «взрослением» гражданского общества охрана здоровья населения выходит из-под монополии государства и становится сферой применения объединенных усилий государственных и общественных структур.

The article describes examples of interaction institutions of civil society to the health problems of population in pre-Soviet Russia. Experience of joint activity of professional communities show that with registration of civil society protection of health of population becomes a sphere of application of the joint efforts of the state and other structures.

Ключевые слова: юридические общества, общества охранения народного здоровья, офтальмологическое общество, суд присяжных

Keyword: law society, society for the protection of health, society of ophthalmologists, jury trial

Охрана здоровья населения в настоящее время рассматривается как стратегическая задача, решение которой лежит в плоскости совместной деятельности всех социальных институтов. Однако первоначально создание и разработка мер управления охраной здоровья относились исключительно к ведению государства. Так, один из первых исследователей организации охраны здоровья населения в России Н.Ф. Рождественский указывал на приоритетную роль государства в деле охраны жизни и здоровья населения, определяемую тем обстоятельством, что это «необходимо не только для самого человека, но и для безопасности и благосостояния государства» [1]. В досоветской России существовала, например, специальная медицинская полиция, принимавшая

активное участие в мерах, направленных на охрану здоровья населения страны [1]. Современное российское государство проблему охраны здоровья населения выделяет как одну из основных, ведет системную работу в данной сфере, закрепляя за собой безоговорочно лидирующие позиции. Например, в 2006 г. в перечень приоритетных национальных проектов был включен проект «Здоровье», в успешной реализации мероприятий которого, по мнению Е.В. Фахрутдиновой, ключевую роль сыграли создание эффективной системы управления и координации его реализации и информационное обеспечение [2]. Систему охраны здоровья граждан России призван усовершенствовать национальный проект «Здравоохранение» с периодом реализации 2018-2024 гг. и колоссальным бюджетом 1,726 трлн. рублей [3].

Наряду с действиями государства в области охраны здоровья населения активность стала проявлять и общественность, участвуя в обсуждении соответствующих законопроектов, промежуточных и итоговых результатов осуществления национальных проектов. С оформлением и «взрослением» гражданского общества охрана здоровья населения стала сферой применения совместных усилий государственных и иных структур. В связи с этим, обращение к опыту включения профессиональных сообществ в работу по поиску эффективных мер, направленных на охрану здоровья населения в досоветской России, представляет как научный, так и практический интерес.

Проблематика охраны здоровья населения неоднократно становилась предметом научных дискуссии на совместных заседаниях юридических обществ, общества врачей (офтальмологов) и общества охранения народного здоровья. Так, в ноябре 1902 г. в г. Харькове на совместном заседании местного юридического общества и общества охранения народного здоровья обсуждалась необходимость выделения санитарного права как отдельной юридической дисциплины (отрасли права). Причинами такой постановки вопроса, по мнению основного докладчика – профессора гигиены И.П. Скворцова, стали, прежде всего, катастрофическая статистика преждевременных смертей (обусловленных болезнями) в противовес естественным смертям (80% против 20%) и положительные итоги разработки специального санитарного законодательства в Англии. Преждевременные смерти, по словам докладчика, могут и должны быть предотвращены разработкой и применением соответствующих мер, реализуемых на государственном уровне, вслед за защитой человека от насильственной смерти, которая давно уже стала предметом права [4]. Отмечая наличие в России медицинской полиции как санитарного органа, И.П. Скворцов указал на низкую эффективность ее деятельности в силу ее чисто полицейского характера и односторонности оснований ее деятельности [4]. Докладчик подчеркнул комплексный характер задач, которые могут быть

успешно разрешены санитарным правом при его надлежащем развитии и обособлении в самостоятельную отрасль права наряду с гражданским, уголовным и другими. Вклад профессиональной общественности в решение данной проблемы И.П.Скворцов видел в создании особой смешанной санитарно-юридической комиссии для разработки разных вопросов санитарного права и возможной их кодификации. Члены юридического общества со своей стороны высказали несколько предложений по тематике доклада. Так, по мнению И.Ю. Шайтана, юристы смогут внести свою профессиональную лепту только на этапе анализа материала, подготовленного обществом охранения народного здоровья к кодификации; Я.М. Затворницкий предложил ввести в состав комиссии по разработке санитарных вопросов несколько членов юридического общества; Л.Я. Таубер посчитал целесообразным составление программы предполагаемых работ [4]. В целом, предложение о создании совместной комиссии было встречено членами юридического общества положительно, что свидетельствует о признании потенциала совместных действий профессиональных сообществ.

Другим примером сотрудничества профессиональных организаций по вопросам охраны здоровья населения служит взаимодействие Санкт-Петербургского юридического общества и Санкт-Петербургского офтальмологического общества. Так, в феврале 1912 г. на заседании уголовного отделения юридического общества под председательством В.Д.Набокова был заслушан и обсужден доклад доктора А.В. Лотина, написанный им по поручению специальной комиссии офтальмологического общества для исследования участвовавших случаев «облития кислотой и щелочами» [5]. Докладчик привел статистику, которая свидетельствовала о значительном росте преступлений такого рода. Если в 1908 г. в Санкт-Петербурге было совершено 9 таких преступлений, то в 1911 г. – 29. При этом суд присяжных проявил к преступлениям такого рода чрезвычайную снисходительность: из 32 дел в 16 случаях вынесен оправдательный вердикт и лишь в 2 случаях назначена каторга на 5 и 6 лет. Кроме того, 18 уголовных дел вообще не дошли до судебного разбирательства. При этом почти в половине случаев такое преступление привело к тяжкому увечью пострадавшего (полная потеря глаза, полная слепота). Обращение врача А.В. Лотина к юристам диктовалось необходимостью поиска мер охраны здоровья потенциальных жертв, в частности посредством призыва присяжных заседателей к более строгому отношению к подобным преступлениям и, возможно, ужесточению санкций за совершение данных преступлений. В дискуссии по итогам доклада А.В. Лотина приняли участие члены общества А.И. Гиллерсон, А.Н. Кремлев, П.И. Люблинский

В.Н. Новиков, И.А. Шендзиковский. Позиции П.И. Люблинского и В.Н. Новикова, состоящей в признании социальных корней таких преступлений и необходимости русскому законодательству идти по пути не усиления репрессий, а улучшения положения потенциального преступника – покинутой женщины [5], было противопоставлено мнение И.А. Шендзиковского, увидевшего в облитии кислотой акт жестокого самоуправства, требующего соответствующей реакции – ужесточения наказания. Резюмируя сказанное членами общества, председательствующий В.Д. Набоков отметил, что это типичное «модное» преступление, бороться с которым следует не усилением репрессий и осуждением присяжных заседателей, а путем влияния на общественную совесть, объединив усилия различных общественных групп.

Таким образом, при пересечении предмета исследования, как в случае с проблемой охраны здоровья населения, для его всестороннего анализа, получения о нем полных и достоверных сведений, успешного поиска моделей реагирования осуществлялась совместная деятельность юридических и иных профессиональных сообществ в досоветской России.

Список литературы

1. Шаяхметова Т.Е. Медицинская полиция в Российской империи 19 – нач.20 в.в.// Genesis: исторические исследования. 2015, №5. С. 63-78.
2. Фахрутдинова Е.В. Национальный проект «Здоровье»: итоги и перспективы реализации // Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Санкт-Петербург. 2008. С. 300-314.
3. Stategy24.ru/health/projects
4. Журнал Министерства Юстиции. 1902. № 1. С. 248-250.
5. Право. 1912. С. 517-520.

ВЫСТУПЛЕНИЯ

К ВОПРОСУ О НЕКОТОРЫХ КАТЕГОРИЯХ В МЕДИЦИНСКОМ ПРАВЕ TO THE QUESTION OF CERTAIN CATEGORIES IN MEDICAL LAW

Н.В. Евдеева

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

N.V. Evdeeva

Lobachevsky University

Рассматриваются некоторые основные понятия и категории, применяемые в отрасли медицинского права, а также вопросы их соотношения.

This article discusses some of the basic concepts and categories used in the field of medical law, as well as issues of their relationship.

Ключевые слова: медицинская помощь, медицинская деятельность, врач, медицинская услуга

Keywords: medical care, medical activity, doctor, medical service

Право человека на охрану здоровья и медицинскую помощь относится к группе социальных прав человека и принадлежит человеку от рождения. Это право установлено ст. 41 Конституции РФ. Право на охрану здоровья означает совокупность обязанностей государства, выполняя которые государственные органы создают национальную систему здравоохранения (подготовка медицинских кадров, социальные, организационные, экономические, научно-медицинские, санитарно-эпидемиологические и профилактические меры). Право на медицинскую помощь – это субъективное право человека на лечение в поликлиниках, больницах, специальных медицинских учреждениях. Определение медицинской помощи дает п.3 ст.2 ФЗ от 21.11.2011. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: медицинская помощь – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг. Толкование положения закона дает основание Т.Е. Сучковой утверждать, что «медицинскую помощь могут оказывать не только специально подготовленные для этой цели лица, но и лица, не являющиеся профессионалами в сфере медицины, т.е. ухаживающие за больными детьми матери (лечение простуды, ссадин), оказывающие первую медицинскую помощь спасатели и пожарные. Однако такая «непрофессиональная»

медицинская помощь не относится к медицинской деятельности» [1], так как медицинская деятельность носит профессиональный характер.

Определение медицинской деятельности содержится в п. 10 ст. 2 того же закона: медицинская деятельность – профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и профессиональная деятельность, связанная с трансплантацией (пересадкой) органов и (или) тканей, обращением донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях.

Медицинскую деятельность, таким образом, может осуществлять только медицинский работник. Понятие медицинского работника дает п. 13 ст. 2 ФЗ от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: медицинский работник – физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности, либо физическое лицо, которое является индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность. Таким образом, медицинский работник – это лицо, которое может осуществлять медицинскую деятельность. Закон устанавливает круг субъектов, имеющих право на осуществление медицинской деятельности. Право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации имеют лица, получившие медицинское или иное образование в Российской Федерации в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие свидетельство об аккредитации специалиста. Статус медицинского работника относится к специальному статусу, так как этот статус отражает специфику положения определенной категории людей с профессиональным медицинским образованием, прошедших аккредитацию и имеющих право заниматься профессиональной медицинской деятельностью. Понятия «медицинский работник» и «врач» не являются синонимами. Понятие «медицинский работник» носит более широкий характер и включает, помимо врачей, средний медицинский персонал: акушерки, фельдшеры, медицинские сестры. Как полагает Ю.А. Тихомиров, в современном медицинском законодательстве доминирует понятие «врач» [2], однако законодательство не дает дефиниции этого термина.

Кроме этого, понятие «медицинский работник», сформулированное в ст. 2 ФЗ от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», как полагает Т.Е. Сучкова, «значительно шире по содержанию. В него, помимо лиц, непосредственно ведущих медицинскую

деятельность, можно включить тех, кто, не всегда обладая медицинским образованием, способствует оказанию профессиональной медицинской помощи, – это не только санитарки, медицинские регистраторы, нянечки или сестры-хозяйки, которых относят к младшему медицинскому персоналу, но и высококвалифицированные техники, обслуживающие сложные медицинские приборы или аппараты» [3]. На наш взгляд, такой подход неоправданно расширяет понятие медицинского работника. Обратимся к понятиям, приведенным выше: медицинский работник – это лицо, осуществляющее медицинскую деятельность, а медицинская деятельность – это профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи. Таким образом, медицинский работник – это лицо, имеющее право осуществлять профессиональную деятельность по оказанию медицинской помощи.

Медицинские работники, осуществляя медицинскую деятельность, оказывают медицинскую услугу. Определение медицинской услуги дано в п. 4 ст.2 ФЗ от 21.11.2011. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: медицинская услуга – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение. Медицинская услуга направлена на здоровье человека. Результат медицинской услуги обнаруживается по завершении ее выполнения. «Следствием оказания медицинской услуги могут являться: получение полного эффекта (согласно прогнозу, договору); получение частичного эффекта (от прогнозируемого, предполагавшегося); отсутствие эффекта, на который вправе был рассчитывать пациент; причинение вреда жизни или здоровью гражданина» [4].

Следует отметить, что в процессе осуществления медицинской деятельности большое внимание уделяется *качеству медицинской помощи*. Качество медицинской помощи определяется совокупностью признаков медицинских технологий, правильностью их выполнения и результатами их проведения. Некачественное оказание медицинской помощи – оказание медицинской помощи с нарушениями медицинских технологий и правильности их проведения.

Список литературы

1. Сучкова Т.Е. К вопросу о правовом статусе врача // Земский врач. 2012. №6. С. 57.
2. Тихомиров А.В. Законодательная реформа здравоохранения: подведение итогов // Главный врач: хозяйство и право. 2012. № 1. С. 13-28.

3. Сучкова Т.Е. К вопросу о правовом статусе врача // Земский врач. 2012. №6. С. 57.

1. Мохов А.А., Мохова И.Н. «Врачебная ошибка» как актуальная проблема судебной практики // Медицинское право. 2004. № 2.

**НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ
УСЛУГ ВО ВЬЕТНАМЕ: ИСТОРИКО-ПРАВОВОЙ АСПЕКТ
NORMATIVE AND LEGAL REGULATION OF MEDICAL SERVICES IN
VIETNAM: HISTORICAL AND LEGAL ASPECT**

Е.А. Есаева

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

Е.А. Yesaeva

Lobachevsky University

Рассматривается развитие нормативного регулирования здравоохранения и здоровьесбережения во Вьетнаме с давних времен по настоящее время. Выявлены и обоснованы причины синтеза традиционной и европейской медицины в законодательстве Социалистической Республики Вьетнам.

The development of regulatory framework for healthcare and health protection in Vietnam from ancient times to the present is considered. The reasons for the synthesis of traditional and European medicine in the legislation of the Socialist Republic of Vietnam are identified and justified.

Ключевые слова: Вьетнам, Шень-нун, медицина, традиционная медицина, здравоохранение

Keywords: Vietnam, Shen-nun, medicine, traditional medicine, healthcare

Правовые основы здравоохранения и предоставления медицинских услуг во Вьетнаме тесно связаны с развитием медицины в данном регионе. Основы были заложены ещё в конце XVII веке, когда в рамках своих миссий французский священник Ваше и португальский священник Коффлер строили монастыри, при которых европейские врачи лечили больных «телом и душой», не беря за это никакой платы [1, р. 30]. Вьетнамское население с настороженностью относилось к новому виду медицины, так как более 1000 лет во Вьетнаме практиковалась традиционная медицина, которая принципиально отличалась от европейской.

Традиционная медицина до сих пор является важной частью всей вьетнамской медицины. Кроме традиционной медицины существовала и так называемая «народная медицина». Эти две различные системы отличались формой передачи знаний: положения традиционной медицины всегда

оформлялись в виде письменных руководств, а рецепты народной медицины передавались целителями устно. Представители народной медицины считались целителями, а традиционной – лекарями. Традиционная медицина появилась во Вьетнаме во времена Северной зависимости (1 век до н.э.), когда многие сферы жизни общества формировались под влиянием Китая, и долгие годы развивалась во вьетнамо-китайском ключе. Поэтому можно считать, что вьетнамская медицина берёт начало со времён китайского императора Шень-нун и его трактата “О лекарственных травах” (2737 г. до н.э.). Подобные трактаты являлись руководством, которым должны были следовать все лекари. С X века в Дайвьете (Вьетнаме) начинают преподавать медицину на китайском языке. Медицинский корпус постепенно иерархизируется и ассимилируется с классом мандаринов при императорском дворце [2, р. 376].

Традиционная вьетнамская медицина вслед за китайской рассматривает человека как единый организм, в котором циркулирует жизненная энергия, а каждый орган выполняет свою функцию. Во вьетнамском трактате XVIII века «Y hoc» (Медицина) врачу предлагается знать и практиковать 8 “продольных” и 8 “поперечных” правил. «Продольные: иглоукалывание, надрезы, прижигание, отвары, пилюли, порошки, мази и пластыри» [2, р. 377]. Мышечные и кожные заболевания надлежало лечить мазями и пластырями. «Энергетические сосуды», «полые» и «плотные» органы следовало лечить иглоукалыванием, прижиганием и надрезами. Для правильного лечения лекари должны были использовать «поперечные» правила: осмотр, прослушивание, опрос пациента, измерение пульса, тонизация, выпрямление, поиск болевых ощущений. Лекари должны были соблюдать правила гигиены, уметь делать отвары, а также владеть прижиганием и иглоукалыванием, в этом случае они могли надеяться вылечить заболевание. «Более сложные манипуляции: разрезание кожи, выправление костей и промывание желудка могли делать и обучать этому только “гениальные” лекари» [2, р. 378].

Вьетнамцы сравнивали врачей с генералами и государственными деятелями, так как считали, что в их работе есть общее – безопасность и процветание народа, только масштаб разный. «Тщательно знать своё дело и действовать в соответствии с обстоятельствами – разве это не поведение, достойное великого государственного деятеля и хорошего врача!» [2, р. 382].

С приходом европейцев в XVII в Юго-Восточную Азию постепенно складывается «медицинская революция» во Вьетнаме. Первые колониальные врачи не брали во внимание традиционную медицину Вьетнама, хотя некоторые из них, изучив вьетнамские трактаты, пытались в своей деятельности использовать местные лекарства. В целом развитию западной медицины в XIX мешала изолированность европейских врачей, работающих во

Вьетнаме, от новых открытий Запада и незнание ими местного языка. До конца XIX французские и местные врачи практически не сотрудничали, не доверяя методам работы друг друга.

До XIX века медицинская инфраструктура Вьетнама не была развита на достаточном уровне, что затрудняло европейцам создать национальный корпус врачей. Как известно, первый вьетнамский врач, который в своей работе использовал западные методы, Нгуен-Дич, пытался объединить традиционные методы с западной медициной (1885 год).

В конце XIX века французская администрация реформировала систему здравоохранения во Вьетнаме и положила начало европейской системы профилактической медицины. Вьетнамское население всё чаще стало обращаться к европейским врачам. В своём письме французскому правительству министр Аннама и Тонкина (части Вьетнама) Поль Бер говорил о необходимости организации санаториев для французских гражданских и военнослужащих. «Все гражданские и военнослужащие могут требовать шестинедельный, оплачиваемый отпуск в целебном месте, дабы отдохнуть от жары и поправить подорвавшееся здоровье... таким образом отпадает необходимость ехать за оздоровлением в Европу» [3, р. 603]. Решением от 11 мая 1890 г. в Йокогаме был открыт санаторий для служащих Индокитайского союза. Дальнейшие решения регулировали порядок направления служащих и финансирование санатория. Для отдыхающих устанавливались цены в 4, 3 и 1 пиастр за день пребывания, в зависимости от класса.

В сфере здравоохранения 5 августа 1883 г. генерал-губернатором Тонкина и Аннама был издан приказ о создании Совета здравоохранения в Тонкине. Совет собирался два раза в месяц и решал вопросы, касающиеся медицинского и фармацевтического персонала, предлагал меры по здравоохранению жителей протекторатов. Генерал-губернатор консультировался с Советом в вопросах строительства больниц, казарм и тюрем, а также по вопросам здравоохранения в случае эпидемий и локальных конфликтов. Решение от 9 января 1890 г., подписанное президентом Французской Республики Сади Карно, расширило географию и полномочия Совета, а также конкретизировало полномочия и ответственность руководителей и работников службы здравоохранения. Согласно статье 23, в каждом главном городе колонии или протектората должен быть учрежден свой совет, состоящий из трех членов (президент совета, сотрудников медицинской и фармацевтической службы). Для врачей устанавливалась минимальная продолжительность службы – не менее 1 года на посту. Служащим колонии гарантировалось бесплатное лечение [3, р. 609].

20 сентября 1884 г. генерал-губернатор Тонкина и Аннама подписал приказ о создании комиссии по здравоохранению в Хайфоне (важный торговый центр Индокитайского Союза). 20 февраля 1889 г. была учреждена служба здравоохранения Тонкина и Аннама. Руководителем этой службы назначался главный врач Аннама и Тонкина, который должен проживать в Ханое и был призван решать вопросы, касающиеся гигиены и здравоохранения.

В период с 1901 по 1938 гг. правительство Франции построило много больниц во Вьетнаме. Открывались курсы врачебного и медсестринского дела. В периоды войн и ослабления французского влияния наращивает силу традиционная вьетнамская медицина. В 1959 г. состоялась национальная конференция по медицине, которая вернула традиционную медицину в военные госпитали.

Важным этапом создания непосредственно вьетнамской системы здравоохранения было решение от 27 августа 1945 г. ЦК Коммунистической партии Индокитая об организации Министерства Здравоохранения Вьетнама. Оно является правительственным учреждением и выполняет функции по защите здоровья населения в областях профилактики, обследования, лечения, традиционной медицины, реабилитации, гигиены продуктов питания и медицинского оборудования [4]. Постановление Правительства Социалистической Республики Вьетнам от 20 июня 2017 г. “О функциях, задачах, полномочиях и организационной структуре Министерства здравоохранения” в рамках развития здравоохранения Вьетнама до 2020 года устанавливает основные положения Министерства в различных областях здравоохранения, появляется раздел традиционной медицины, регламентирующий контроль со стороны компетентных органов [5].

В 2005 г. во Вьетнаме был проведен Конгресс, резолюция которого содержала следующие положения: «Здоровье — это драгоценный ресурс каждого человека и общества в целом. Инвестиции в здоровье — это инвестиции в социально-экономическое развитие. Здравоохранение — это государственная услуга, нацеленная не на получение прибыли. Устойчивое развитие возможно только в здоровом обществе. Высококачественные человеческие ресурсы создают высокую производительность труда и качество жизни. Справедливость системы здравоохранения проистекает в первую очередь из качества правовых документов в сфере здравоохранения [6].

Сегодня в системах здравоохранения Вьетнама мы видим синтез восточной традиционной медицины и быстро развивающейся западной. Эффективная система здравоохранения позволит создать устойчивое социальное развитие, которое будет учитывать потребности всех без исключения слоёв населения, не ради прибыли, а ради будущих поколений.

Список литературы

1. Launay A. Documents historiques relatifs a la Societe des Missions Etrangeres T. 1. P. 30.
2. Bulletin de l'École française d'Extrême-Orient Année. 1973. 60. La médecine vietnamienne au XVIIIe siècle, texte original de Pham Đình Ho, extrait du «Vu Trung Tùу But». P. 376.
3. Recueil de la legislation en vigueur en Annam et au Tonkin 2e edition. Hanoi, 1895. P. 603.
4. Официальный сайт Министерства здравоохранения Вьетнама [Электронный ресурс] <https://www.moh.gov.vn/web/guest/home> (дата обращения 10.08.2019)
5. Постановление от 20 июня 2017 г. “О функциях, задачах, полномочиях и организационной структуре Министерства здравоохранения ” (на вьетнамском языке) [Электронный ресурс] <https://thuvienphapluat.vn/van-ban/Bo-may-hanh-chinh/Nghi-dinh-75-2017-ND-CP-chuc-nang-nhiem-vu-quyen-han-co-cau-to-chuc-Bo-Y-te-352896.aspx> (дата обращения 10.08.2019)
6. Доклады по реализации резолюции 46-NQ / TW, 23 февраля 2005 г [Электронный ресурс] <https://tinhuycuongtri.vn/281-bctu-> (дата обращения 10.08.2019)

ПРОБЛЕМЫ ПОДРОСТКОВОЙ НАРКОМАНИИ: ПРАВОВОЙ АСПЕКТ PROBLEMS OF TEENAGE ADDICTION: A LEGAL ASPECT

Е.А. Есаева, А.Х. Алиева
Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского
Е.А. Yesaeva, A.H. Aliyeva
Lobachevsky University

Рассматривается нормативное регулирование в сфере противодействия, лечения и профилактики подростковой наркомании. Предложены меры для выявления подростковой наркомании на ранних стадиях.

The regulatory regulation in the field of counteraction, treatment and prevention of teenage drug addiction is considered. Measures have been proposed for detecting teenage drug addiction in the early stages.

Ключевые слова: подростковая наркомания, наркотики, учебные учреждение

Keywords: teenage addiction, drugs, educational institution

В современном мире многие люди, в частности молодые родители, практически всё своё внимание уделяют работе, карьере, доходам и тому подобным вещам. И всё бы ничего, но чаще всего такие родители очень мало времени посвящают своим детям: минимум общения, максимум «планшетов», семейные традиции становятся редкостью. Ребёнок, в свою очередь, чувствуя себя брошенным, замыкается в себе; перестаёт радоваться жизни, делиться с родителями своими переживаниями; пытается самостоятельно решить все свои проблемы и перестаёт видеть различия между "хорошим" и "плохим". Спасение от всего этого он пытается найти в компании друзей с улицы, и далеко не всегда эти компании бывают хорошими. Зачастую уличные компании состоят из «трудных подростков» с зависимостями различных видов. В последнее время на передний план выходят наркозависимые подростки. А ведь это точно такие же дети, с которыми в своё время родители не вели различные профилактические беседы, которыми не занимались, которых бросили... Как следствие для общества, с каждым годом отмечается повышение смертности в связи с вредными привычками и увеличение преступности. Однако многие люди стараются не замечать данных проблем, держась в стороне, другие, в том числе и сами зависимые, рассчитывая на "авось", "трава не наркотик", "а что тут такого?" и т.д., продолжают заниматься своими делами. Очевидно, наркозависимый больной сам не признаёт своей зависимости.

С современным развитием «химической промышленности», тематических интернет форумов и некоторых сериалов употребление легких наркотиков стало своего рода «модой» для одних и попыткой сбежать от своих проблем для других. Галлюциногены способствуют появлению галлюцинаций на фоне эйфории, а также вызывают покраснение глаз, жажду и смех. Опиоиды, считавшиеся в XVII веке универсальным лекарственным средством, снимают боль, поднимают настроение, ослабляют иммунную систему. Психостимуляторы возбуждают нервную систему, вызывая нервозность, смену настроения, бессонницу, сужение зрачков. Депрессанты обладают сильным успокаивающим действием. Замедляется речь, обедняются эмоции, появляется белый налет на языке, сухость и вялость кожи. Эти и другие «модные» вещества с каждым годом уносят всё больше жизней и ухудшают здоровье подростков в целом.

При несоблюдении мер гигиены во время приготовления и принятия "дозы" (набор наркотических веществ из общей посуды, использование одной иглы и шприца) частицы различных вирусов попадают в кровь человека, в итоге он инфицируется. Поэтому употреблению наркотиков часто сопутствуют приобретённые заболевания, такие как вирусный гепатит, разрушающий печень, ВИЧ и СПИД, разрушающие клетки иммунной системы. У больных

смерть наступает от инфекционных осложнений. Заражения крови и гнойные заболевания могут быть последствием занесённой инфекции при получении «дозы» в антисанитарных условиях. Развитие различных психических заболеваний, деградация личности, ухудшение памяти, нервозность и плохое настроение.

В ситуации, когда подросток уже зависим, задачами родителей, педагогов и общества в целом является выявление зависимости и помощь. Существует несколько признаков, по которым можно определить, что подросток принимает наркотические средства. Здесь следует отметить, что признаки зависят от препаратов и частоты их употребления. В основном признаки делятся на прямые и сопутствующие. К прямым относятся: слишком быстрая или слишком медленная речь, растянутая речь; заплетающиеся ноги; при употреблении опиатной группы веществ зрачок становится очень маленьким и не реагирует на свет; при употреблении психотропных наркотиков зрачок становится очень широким и тоже не реагирует на свет. Часто подростки пытаются скрыть следы употребления, используя капли для глаз, возвращающие зрачок к нормальному состоянию, но он все равно перестает реагировать на свет; при употреблении психотропных наркотиков может быть бессонница в течение нескольких дней, а после этого – длительный, около 18-20 часов, сон; красные глаза при употреблении марихуаны; сухость во рту от употребления некоторых препаратов; изменение аппетита при употреблении конопли аппетит увеличивается, особенно на сладости. Сопутствующие признаки проявляются в образе жизни, изменении привычек, воровстве, скрытности, новых компаниях «друзей» [1].

Согласно докладу ООН по наркотикам за 2018 г., мировое производство опиума с 2016 г. выросло на 65% и составило 10,500 тонн в год, наркорынки продолжают расти, а производство кокаина и опиума достигает рекордных уровней [2].

По данным официальной статистики, в России сегодня употребляют наркотики 500 тыс. человек, однако это те, что добровольно встали на медицинский учет. Реальное количество наркоманов гораздо выше. От общего числа наркоманов в России по статистике – 20% — это школьники, 60% – молодежь в возрасте 16-30 лет и 20% – люди более старшего возраста. Возраст приобщения к наркотикам составляет 15-17 лет, но в последние годы возраст приобщения снижается. В 2018 г. в России был составлен «рейтинг антинаркотических регионов», первое место в нём занимает Архангельская область, последнее 85ое – Приморский край. Нижегородская область заняла 42ое место.

Борьба с наркоманией в России ведётся по трём направлениям и включает в себя предупреждение, лечение и карательные меры [3]. Глава 25 Уголовного кодекса Российской Федерации (далее УК РФ) содержит нормы, направленные на ликвидацию незаконного оборота наркотических средств. За нарушение УК РФ в области оборота наркотиков предусмотрена ответственность в виде лишения свободы от 3 до 20 лет со штрафом.

Федеральный закон № 3-ФЗ "О наркотических средствах и психотропных веществах" от 08.01.1998 г. устанавливает правовые основы государственной политики в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров. Кроме этого, данный закон содержит нормы, регулирующие противодействие незаконному обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров; профилактику незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, наркомании, а также нормы, устанавливающие наркологическую помощь больным наркоманией и их социальную реабилитацию. Согласно закону, больным наркоманией гарантировано оказание медицинской помощи, включающей профилактику, диагностику, лечение и медицинскую реабилитацию [5, с. 40].

Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 29.05.2019) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" определяет полномочия и ответственность органов государственной власти Российской Федерации в сфере охраны здоровья. В соответствии с этим законом специализированные сообщества могут разрабатывать «Клинические рекомендации», используемые для оценки качества оказания медицинской помощи. В 2014 г. коллектив авторов ФГБУ НИЦ наркологии МЗ РФ издал ряд федеральных рекомендаций по диагностике и лечению расстройств, связанных с употреблением ПАВ. В рамках реализации ФЗ №323 Министерство здравоохранения 30 декабря 2015 г. выпустило приказ № 1034н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "психиатрия-наркология"». Приложение № 7 Приказа содержит правила организации деятельности кабинета врача-психиатра-нарколога для обслуживания детского населения и кабинета врача-психиатра-нарколога участкового для обслуживания детского населения [6].

Третье направление борьбы с наркоманией представляет собой деятельность по предупреждению (профилактике) наркомании, и в идеале профилактика должна осуществляться на всех уровнях: государственном, общественном, локальном и семейном.

Профилактика включает в себя антинаркотическую пропаганду среди подростков и молодежи, психологическую работу по преодолению сложных жизненных ситуаций, проведение профилактических мероприятий и

антинаркотических программ. В современных условиях «молодеющей наркомании» важно привлекать к работе по борьбе с наркоманией образовательные учреждения. С 15 сентября 2019 г. в школах и ВУЗах страны запланировано начало проведения двухмесячного социально-психологического обследования для молодых людей. Отмечается, что оно будет не обязательным, этот факт может исказить информацию о реальной ситуации и затруднит выявление наркомании на ранних стадиях [7].

В этой связи автором А.Х. Алиевой в сентябре 2019 г. проводился анонимный опрос учащихся школ и студентов юридического факультета ННГУ им. Н.И. Лобачевского, для выявления пожеланий учащихся. Данные опроса показали, что самыми популярными предложениями по контролю и антинаркотической профилактике в учебных учреждениях стали:

1. Проведение регулярных бесед с психологом в образовательных учреждениях (позволит нуждающимся своевременно получить помощь и разгрузить психологическую обстановку в классе(группе);

2. Анонимные сообщения руководству и /или психологу учебного заведения о своих одноклассниках(одногоруппниках), при подозрении у них наркомании и сложных жизненных ситуаций;

3. Организация бесед с бывшими наркоманами из реабилитационных центров (данные мероприятия помогут учащимся увидеть негативные последствия наркомании);

4. Введение **ОБЯЗАТЕЛЬНОГО** тестирования на наркотики в образовательных учреждениях с 13 лет;

5. Создание специальных комитетов из учителей (преподавателей) при образовательных учреждениях для сотрудничества с родителями в целях решения вопроса об истинности или ложности подозрений в отношении подростка наркомании (повышенная нервозность, бессонница, замедленная реакция, изменение аппетита и апатия, могут быть симптомами приближающегося ЕГЭ и экзаменов, а не употребления наркотиков. В таком случае уязвимое состояние добропорядочного обучающегося может ещё более ухудшиться от осознания, что его подозревают в употреблении наркотиков).

В заключение необходимо отметить, что проблема наркомании волнует человечество много десятилетий. Современное российское законодательство в сфере регулирования оборота наркотических средств постоянно дополняется, что говорит, с одной стороны, о развивающемся наркобизнесе, с другой – о высокой заинтересованности государства в здоровье населения (особенно молодого поколения). Введение добровольного тестирования на наркотики в школах и ВУЗах с 15 сентября 2019 г. – это новая ступень

развития антинаркотического законодательства в сфере защиты здоровья подростком.

Список литературы

1. Подросток и наркотики: как распознать проблему [Электронный ресурс] https://ru.tsn.ua/lady/dom_i_deti/deti/podrostok-i-narkotiki-kak-raspoznat-problemu.html (дата обращения 01.08.2019).

2. Всемирный доклад о наркотиках 2018: опиоидный кризис, растущий уровень употребления рецептурных препаратов, рекордные уровни производства кокаина и героина [Электронный ресурс] https://www.unodc.org/unodc/ru/frontpage/2018/June/world-drug-report-2018_-opioid-crisis--prescription-drug-abuse-expands-cocaine-and-opium-hit-record-highs.html (дата обращения 14.08.2019).

3. Сайт об антинаркотической деятельности Русской Православной Церкви, В России составлен антинаркотический рейтинг регионов [Электронный ресурс] <https://www.protivnarko.ru/v-rossii-sostavlen-antinarkoticheskiy-reyting-regionov/> (дата обращения 14.08.2019).

4. "Уголовный кодекс Российской Федерации" от 13.06.1996 N 63-ФЗ (ред. от 02.08.2019).

5. Информационные материалы для руководителей и административного персонала медицинских и аптечных организаций, медицинских и фармацевтических работников, дистрибьюторских организаций, по вопросам, связанным с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и других препаратов для медицинского применения, подлежащих предметно-количественному учету: в 2 ч. Москва: РУДН, 2016. 70 с.

6. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 декабря 2015 г. № 1034н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» и Порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ" [Электронный ресурс] <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71260612/#review> (дата обращения 14.08.2019).

7. "Открытая студия": Тест на наркотики для школьников [Электронный ресурс] <http://vestinn.ru/news/society/128338/> (дата обращения 24.08.2019).

**ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ
СОТРУДНИКОВ ИСПРАВИТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ
И МЕР ЕЕ ПРОФИЛАКТИКИ**
**PREVENTION OF PROFESSIONAL DEFORMATION
OF CORRECTIONAL OFFICERS**

Е.А. Морозова
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И.Лобачевского*
Е.А. Morozova
Lobachevsky University

Анализируется проблема профессиональной деформации сотрудников исправительных учреждений. Выявляются ее признаки и проявления, которые работники демонстрируют как на рабочем месте, так и дома. Показана специфика и значимость профилактической работы психологов, направленной на предупреждение профессиональной деформации их коллег из исправительных учреждений.

The article examines the problem of professional deformation of employees of correctional institutions. We presented its signs and manifestations that employees demonstrate both in the workplace and at home. There is a specificity and importance of preventive work of psychologists aimed at preventing professional deformation of their colleagues from correctional institutions.

Ключевые слова: профессиональная деформация, синдром эмоционального выгорания, уголовно-исполнительная система, деятельность психологов

Keywords: professional deformation, emotional burnout syndrome, penal system, activity of psychologists

В настоящее время в России реализуется Концепция развития уголовно-исполнительной системы (далее УИС) до 2020 г. [1], направленная не только на улучшение положения осужденных, но и на повышение психофизической подготовки кадров УИС. В частности, обозначено развитие сети региональных медико-реабилитационных центров для профилактики профессиональной деформации и психологической перегрузки.

Профессиональная деформация личности сотрудника уголовно-исполнительной системы представляет собой изменения профессиональных возможностей, а также личности сотрудника в асоциальную сторону, которые возникают в результате негативных особенностей содержания, организации и условий служебной деятельности [2]. Частным проявлением профессиональной деформации является синдром эмоционального выгорания (далее СЭВ). СЭВ проявляется в симптомах эмоционального, умственного истощения,

физического утомления, снижения удовлетворенностью работой [3]. Кроме этого, данное явление может способствовать развитию психосоматических заболеваний таких, как сердечно-сосудистые заболевания, гастрит, язва желудка и др. [4].

Изучение профессиональной деформации сотрудников УИС достаточно активно ведется научно-исследовательскими институтами ФСИН. Е.В. Гусева [2] анализирует источники, факторы, способствующие развитию данного явления. Авторский коллектив в составе С.Б. Пономарева, О.А. Свидерского, А.А. Бурта [3] освещает меры профилактики пенитенциарного стресса. Особый интерес представляет практический опыт психологов исправительных учреждений по работе с профессиональной деформацией личного состава.

Для изучения проблемы профессиональной деформации сотрудников УИС и ее профилактики автором были проанализированы материалы ведомственного журнала «Преступление и наказание» за период с 2010 по 2018 гг. Выбор пал именно на это издание, ввиду того, что в нем содержится практический опыт сотрудников УИС из различных регионов России. Материалы (224 статьи) содержат интервью о профессиональной деятельности и рядовых служащих, и руководящего состава. Для обработки полученных данных был применен метод контент-анализ с привлечением специализированного пакета ЛЕКТА. В результате анализа материалов была выявлена наиболее значимая и часто рассматриваемая тема, имеющая отношение к психологической трансформации личности работника УИС и превентивным мерам деформации специалиста.

По полученным данным существует несколько типичных ситуаций для запуска психологических изменений личности:

= случаи несоответствия сотрудника занимаемой им должности (низкий интеллектуальный уровень, неумение ориентироваться в сложных взаимоотношениях, низкая социальная ответственность);

= низкая мотивация к подобной трудовой деятельности;

= некритическое восприятие собственного поведения или искаженного представления о стиле и методах работы.

Профессиональная деформация сотрудника УИС имеет свои специфические признаки в поведении, которые проявляются на службе и дома. Появляются негативные стереотипы поведения, склонность к агрессивным действиям. Меняются манеры и стиль поведения, в общении присутствуют властно-командный тон, жаргонизмы, нецензурная лексика. Кроме этого, у человека меняется восприятие самого себя – завышенный уровень притязаний, необоснованная уверенность в своей ценности, болезненная реакция на критику. *«Сотрудник воспринимает рабочие проблемы как личные и с*

гордостью сообщает: «Я живу на службе». И, действительно, проводит выходные на рабочем месте, сильно тревожась за незавершенные дела. Речь его тоже меняется, появляется тюремный жаргон и специфический юмор» («Преступление и наказание» 2016 г., №12).

Ведомственные психологи должны следить за психоэмоциональным состоянием сотрудников и при необходимости занимается его корректировкой и проведением мероприятий по реабилитации. Важно, чтобы была оказана своевременная помощь, иначе могут быть трагические последствия, например, как пристрастие сотрудника к алкоголю в качестве ложного выхода из сложившейся ситуации, неслужебные отношения с криминальным миром, суицид. Это крайние случаи, но вовремя не проведенная работа с сотрудником сказывается в целом на выполнении им работы, взаимодействии в коллективе и семье.

В рамках работы с личным составом психологи должны помочь сотруднику сформировать стиль индивидуального реагирования на стрессогенные факторы, источники которых могут исходить как из семьи, так и из профессиональной деятельности. Необходимо, чтобы специалист контролировал процесс формирования способов психической саморегуляции, представил и обучил правильным техникам саморегуляции психоэмоционального поведения. Работа может проводиться в индивидуальной или коллективной формах. Коллективная форма подразумевает решение организационных моментов, разрешение межличностных конфликтов, корректировку и устранение причин негативного психологического климата в служебных коллективах. Из представленного практического опыта психологов исправительных учреждений в работе с личным составом они иногда встречаются с отказом идти на контакт. Чаще сотрудниками, которые отказывают от помощи данного специалиста, являются мужчины в виду их психологических особенностей – привыкли все держать в себе, а также с сотрудниками старшей возрастной группы – отрицание самой возможности вмешательства психолога. В работе с личным составом психологи применяют различные техники, например, тренинги и психотерапии. Основными формами тренинга являются деловые и ролевые игры, групповые дискуссии, метод анализа практических ситуаций. В ходе них усваиваются и оттачиваются модели поведения в конфликтных ситуациях, противодействия манипулированию. Из представленного опыта ведомственных психологов наиболее распространенными видами психотерапии являются песочная и АРТ-терапия. Они позволяют проанализировать психотравмирующую ситуацию на символическом уровне, изменить отношение к ней, найти правильное решение для себя, выстроить новые взаимоотношения с самим собой и окружающим

миром. *«У тех, кому мы его рекомендовали, заметны неплохие результаты: в процессе игрового тренинга человек приобретает навыки противостояния стрессу, учится по-новому реагировать на конфликтные ситуации, нарабатывает привычку снижать излишнее внутреннее напряжение тогда, когда требуется повышенная работоспособность» (Преступление и наказание 2017 г., №6).*

Для предупреждения возникновения профессиональной деформации, в том числе и эмоционального выгорания, важна работа не только психолога, но и сама личность сотрудника и его работа над самим собой. Еще находясь в статусе кандидата на службу в УИС, человек проходит профессиональный психологический отбор. Результаты отбора – это показатель соответствия и способностей ведения профессиональной деятельности в данной сфере конкретного претендента. Сотрудник УИС должен обладать устойчивостью к негативным воздействиям социальной среды, стойкостью, уравновешенностью, сопротивляемостью, позволяющим держать в равновесии эмоциональные и когнитивные процессы, адаптивно реагировать на внешние воздействия в стрессовых ситуациях. К предпосылкам, блокирующим возникновение профессиональной деформации относятся: широкий круг интересов, ощущение проявления заботы о реализации потребностей сотрудников со стороны руководства; четкость в определении функционально-ролевых обязанностей; удовлетворенность режимом службы и взаимоотношениями с коллегами по работе. *«Замечено, что ситуации постоянного и повторяющегося негативного воздействия при решении служебных задач особенно тяжело переживают сотрудники, имеющие специфические личностные особенности, создавая тем самым источник повышенного риска для себя, близких, коллег и осужденных» («Преступление и наказание» 2015 г., №10).*

Итак, профессиональная деформация изменяет личность человека в асоциальную сторону, сказывается не только на трудовой деятельности, но и на семейной обстановке. Для снижения риска возникновения данного явления важно, чтобы кандидаты в сотрудники УИС обладали необходимыми личностными и профессиональными качествами. В качестве профилактической меры сотрудникам рекомендуется иметь широкий круг интересов, чтобы отвлечься от рабочих проблем. Помимо профилактических действий со стороны самого лица, несущего службу, важна работа ведомственного психолога. Данный специалист должен следить за психоэмоциональным состоянием личного состава, вовремя проводить тренинги, обучающие саморегуляции психоэмоционального состояния и снижению уровня стресса. Ответственность за здоровье личного состава несет и руководство, от которого

зависит создание и организация рабочего процесса с четким распределением функционально ролевых обязанностей, удовлетворяющим режимом работы.

Список литературы

1. Российская Федерация [online] Законы. Концепция развития уголовно-исполнительной системы Российской Федерации до 2020 г.: [Распоряжение: принят Правительством РФ 14 октября 2010 г.: по состоянию на 31 мая 2015г.]. – Доступ через <<https://base.garant.ru/1357449/>>. [Обращение к документу 10 сентября 2019 г.]

2. Гусева Е.В. Профессиональная деформация личности сотрудников УИС / Е.В. Гусева // Материалы Международной научно-практической конференции «Пенитенциарная безопасность: национальные традиции и зарубежный опыт». 2018. С. 67-69.

3. Пономарев С.Б., Свидерский О.А., Бурт А.А. Профессиональный стресс у сотрудников учреждений уголовно-исполнительной системы // Материалы Международной научно-практической конференции «Пенитенциарная безопасность: национальные традиции и зарубежный опыт». 2018. С. 229-230.

4. Штефан Е.Ф. Особенности эмоционального выгорания у сотрудников исправительных учреждений, включенных в служебное общение с осужденными // Вестник института: Преступление, Наказание, Исправление. 2016. № 3 (33). С. 90-96.

НЕОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ БОЛЬНОМУ: ПРАВОПРИМЕНИТЕЛЬНАЯ ПРАКТИКА

FAILURE TO ASSIST A PATIENT: PRAVOPRIMENTELNOJ PRATCSICE

Н.Л. Назарова

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

N.L. Nazarova

Lobachevsky University

Представлен анализ составов преступлений, предусмотренных ст. 124 УК РФ "Неоказание помощи больному". Дается толкование термина «больной». Уделяется внимание вопросам квалификации преступления, терминологии, используемой для их обозначения в теории и практике применения законодательства об охране здоровья и уголовного законодательства. Выделены основание для привлечения к уголовной ответственности виновного лица, акцентируя внимание на признаках субъекта.

The article presents an analysis of the elements of crimes under article 124 of the criminal code "Failure to help the patient." The interpretation of the term

"patient" is carried out. Attention is paid to the qualification of the crime, the terminology used to refer to them in the theory and practice of the legislation on health and criminal law. The author highlights the basis for criminal prosecution of the guilty person, focusing on the characteristics of the subject.

Ключевые слова: больной, лицо, нуждающееся в оказании медицинской помощи, неоказание медицинской помощи, смерть, уголовная ответственность

Keywords: patient, person in need of medical care, failure to provide medical care, death, criminal liability

Законодательство в сфере охраны здоровья основывается на Конституции Российской Федерации и состоит из Федерального закона N 323-ФЗ от 21.11.2011 г., принимаемых в соответствии с ним других федеральных законов, иных нормативных правовых актов Российской Федерации, законов и иных нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации [1]. В статье 41 Конституции РФ закреплено право каждого гражданина на охрану здоровья и медицинскую помощь. Недопустимость отказа в оказании медицинской помощи закреплена в статье 11 Федерального закона от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ (ред. от 29.05.2019) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации.

Неоказание помощи больному без уважительных причин влечет уголовную ответственность (ст.124 УК РФ) в случаях наступления смерти и причинения вреда средней тяжести и тяжкого вреда здоровью. В 2012 г. было зарегистрировано 58, в 2017 г. – 41, в 2018 г. – 2 таких преступления [2]. Как видим, факты привлечения лиц к уголовной ответственности в судебной практике фиксируются редко, и следует отметить, что в основном дела возбуждаются в случае смерти потерпевшего (ч. 2 ст. 124 УК РФ). Однако это связано и со сложившейся правовой неопределенностью в оценке действий медработников, в ошибках квалификации при разграничении неоказания помощи больному, повлекшего причинение смерти по неосторожности (ч. 2 ст. 124 УК РФ), и причинения смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 109 УК РФ), а также при халатности с тяжкими последствиями (ч. 2 ст. 293 УК РФ).

Итак, рассмотрим основные проблемные вопросы, связанные с толкованием и применением указанной уголовно-правовой нормы (ст. 124 УК РФ).

Потерпевшим в данном преступлении является «больной». Применительно к ст. 124 УК РФ термин «больной» используется в широком смысле. Это лицо, которое нуждается в первичной или медицинской помощи.

Первая помощь – это помощь до оказания медицинской помощи, которая оказывается гражданам при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, угрожающих их жизни и здоровью. Медицинская помощь – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг[3]. Лицо, которое получает отказ в медицинской услуге нелечебного характера (косметическая операция), не признается потерпевшим.

Необходимым условием уголовной ответственности является отсутствие уважительной причины для неоказания медицинской помощи. Отсутствие или наличие уважительных причин влияет на квалификацию содеянного.

Данный вопрос решается правоприменителем в каждом конкретном случае с учетом всех обстоятельств дела. К уважительным причинам относят: обстоятельства природного и техногенного характера, общественно опасные действия людей, коллизия обязанностей, личные обстоятельства объективного и субъективного характера [4]. Примеры из судебной практики показывают, что в основном к уголовной ответственности привлекаются медицинские работники в связи с полным бездействием: оставление потерпевшего без оказания медицинской помощи или отказ в ее оказании, например, в госпитализации. Так, бездействие медицинских работников стало причиной гибели плода и удаления органа у роженицы. Экспертиза показала, что в случае адекватного лечения такой исход мог быть предотвращен. В связи с этим приговором мирового судьи медицинские работники были признаны виновными в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 124 УК РФ[5].

Субъектами данного преступления считаются и лица, которые обязаны оказать первую помощь в соответствии с федеральным законом или со специальным правилом. Например, сотрудники органов внутренних дел Российской Федерации, военнослужащие и работники Государственной противопожарной службы, спасатели аварийно-спасательных формирований и аварийно-спасательных служб [6]. Водитель, причастный к ДТП и своим поведением поставивший потерпевшего в опасное для жизни и здоровья состояние, не оказав первой помощи пострадавшему, несет ответственность по ст. 125 УК РФ (оставление в опасности).

Сотрудник полиции обязан оказывать первую помощь гражданам, пострадавшим от преступления, а также гражданам, находящимся в беспомощном состоянии либо в состоянии, опасном для их жизни и здоровья, независимо от места и времени нахождения, то есть и в нерабочее время[7].

В отличие от него медицинский работник оказывает медицинскую помощь только во время исполнения своих трудовых обязанностей. Отказ в

медицинской помощи, например, во время отпуска, не влечет уголовной ответственности.

Таким образом,

– термин «больной» применительно к потерпевшему ст. 124 УК РФ имеет широкое понятие. Предлагается заменить на термин «лицо, нуждающееся в оказании первой и медицинской помощи»;

– включить в диспозицию ст. 124 УК РФ наряду с лицом, обязанным оказывать помощь в соответствии с законом или со специальным правилом, указание на специального субъекта – медицинского работника;

– исключить из диспозиции последствия в виде причинения по неосторожности средней тяжести вреда здоровью, поскольку законодатель декриминализировал такие последствия во всех составах УК РФ. В настоящее время к уголовной ответственности привлекаются лица, причинившие такой вид вреда только с умыслом.

Список литературы

1. Конституция Российской Федерации; Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Правовая система «ГАРАНТ.РУ» [Эл.ресурс]. Режим доступа: <http://www.garant.ru> (дата обращения 03.06.2019).

2. Статистика предоставлена Генеральной прокуратурой РФ // Официальный сайт Генеральной прокуратуры РФ. [Эл.ресурс]. Режим доступа: genproc.gov.ru (дата обращения: 03.06.2019).

3. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Правовая система «ГАРАНТ.РУ» [Эл.ресурс]. Режим доступа: <http://www.garant.ru> (дата обращения 03.06.2019).

4. Цыганова О.А., Ивашин И.В. Неоказание помощи больному: теоретические аспекты и правоприменительная практика // Медицинское право. 2014. №6. С. 26-32.

5. Росправосудие [Эл. ресурс] // Режим доступа: <https://rospravosudie.com/court-bezhickij-rajonnyj-sud-g-bryanska-bryanskaya-oblast-s/act-100013162/>; Об отказе в госпитализации: см. Постановление Базарно-Карабулакского районного суда Саратовской области от 26 января 2018 г. по делу №1-1-8/2018; Приговор Кропоткинского городского суда Краснодарского края от 08 мая 2013 г. по делу № 1-123/13; Оставление без медицинской помощи: см. Приговор суда г.Златоуста от 19.04.11 по делу № 10-28/1; [Эл.ресурс]. Режим доступа: <https://sudakt.ru> (дата обращения: 5.06.2019); Апелляционное определение судебной коллегии по уголовным делам Верховного Суда РФ от 06.03.2019 №85АПУ19-1. [Эл.ресурс]. Режим доступа: ukrfkod.ru (дата обращения: 12.06.2019).

6. Ст. 12 Федерального закона от 7 февраля 2011 г. № 3-ФЗ «О полиции»; Ст. 4 Федерального закона от 21 декабря 1994 г. № 69-ФЗ «О пожарной безопасности»; Ст. 27 Федерального закона от 22 августа 1995 г. № 151-ФЗ «Об аварийно-спасательных службах и статусе спасателей». // СПС «КонсультантПлюс». [Эл. ресурс] Режим доступа: <http://www.consultant.ru>.

7. Ст. 12 Федерального закона от 7 февраля 2011 г. № 3-ФЗ «О полиции» // СПС «КонсультантПлюс». [Эл. ресурс] Режим доступа: <http://www.consultant.ru>.

ИЗ ИСТОРИИ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ОБОРОТА И РАСПРЕДЕЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ В МЕДИЦИНСКИХ ЦЕЛЯХ В НАЧАЛЕ XX ВЕКА

FROM THE HISTORY OF LEGAL REGULATION OF THE SALE AND DISTRIBUTION OF NARCOTIC DRUGS FOR MEDICAL PURPOSES AT THE BEGINNING OF THE TWENTIETH CENTURY

Е.Н. Пронина

*Приволжский исследовательский медицинский университет,
г. Нижний Новгород*

E.N. Pronina

*Privolzhsky Research Medical University,
Nizhny Novgorod*

Рассматриваются нормативно-правовые акты, регулирующие распределение и учет наркотических средств в медицинских целях в начале XX века, а также законодательные запреты, направленные на борьбу с незаконным оборотом наркотиков.

The article deals with the legal acts regulating the distribution and accounting of drugs for medical purposes in the early XX century, as well as legislative prohibitions aimed at combating drug trafficking.

Ключевые слова: наркотические средства, правовое регулирование распределения наркотических средств в медицинских целях, борьба с незаконным оборотом наркотиков

Keywords: drugs, legal regulation of distribution of drugs for medical purposes, the fight against drug trafficking

Проблема немедицинского потребления наркотических средств имеет особую значимость, поскольку влияет на здоровье населения, уровень преступности, снижение интеллектуального потенциала страны.

Законодательные способы борьбы с незаконным оборотом наркотиков на государственном уровне можно проследить за период более ста лет.

Распространение наркотических средств в разные исторические периоды было обусловлено многими факторами, в том числе, развитием международных торговых связей, участием в войнах, миграцией населения, сложными социальными изменениями.

В начале XX века в России наркомания была распространена, вызванная потрясениями войны и событиями революции. Государство выстраивало нормативно-правовую базу, регулирующую незаконный оборот наркотических средств. С 1.07.1922 г. был введен в действие Уголовный кодекс РСФСР. Статьей 215 УК РСФСР предусматривалась ответственность за приготовление ядовитых и сильнодействующих веществ лицами, не имеющими на то права. 6.11.1924 г. был принят Декрет ВЦИК и СНК «О мерах регулирования торговли наркотическими веществами», который воспрещал свободное обращение в пределах РСФСР всех сильнодействующих средств, служащих или могущих служить для различных видов опьянения и разрушительным образом действующих на народное здоровье. 22.12.1924 г. Уголовный Кодекс РСФСР был дополнен новой статьей 140-д, карающей изготовление и хранение с целью сбыта и сам сбыт кокаина, опия, морфия, эфира и других одурманивающих веществ без надлежащего разрешения.

Декретом СНК РСФСР от 06.11.1924 г. «О мерах регулирования торговли наркотическими средствами» в пределах РСФСР воспрещалось свободное обращение всех сильнодействующих средств, служащих или могущих служить для различных видов опьянения, разрушительным образом действующих на народное здоровье (кокаин и его соли, опий и его производные, как-то: морфий, героин и др.). Наркомздравом РСФСР определялось ежегодное количество наркотических веществ из перечисленных необходимое для лечебных целей внутри страны. Производство наркотических веществ осуществлялось органами Высшего Совета Народного Хозяйства по согласованию с Народным Комиссариатом Здравоохранения, а ввоз и вывоз – органами Народного Комиссариата по Внешней Торговле по списку потребителей и наименований наркотических средств. Все предприятия, которым были разрешены производство и торговля сильнодействующими средствами, были обязаны представлять сведения о количестве находящихся в их распоряжении и заготовленных ими вышеуказанных средств и не имели права отпускать их без особого разрешения Народного Комиссариата Здравоохранения или уполномоченных им органов.

23.05.1928 г. ЦИК СССР и СНК СССР приняли Постановление «О мерах регулирования торговли наркотическими средствами», которым в пределах СССР воспрещалось свободное обращение кокаина, его солей, гашиша, опия, морфия, героина, дионина и их солей и пантопона.

Существовало и легальное применение наркотических средств, то есть в установленном порядке с целью лечения больных. Наркотические вещества широко применялись в медицинских целях в качестве снотворных, успокаивающих, болеутоляющих, в качестве наркоза [1]. Распределение, учет и контроль наркотических средств осуществлял Наркомздрав РСФСР.

27.07.1918 г. Народный комиссариат здравоохранения издал Постановление «О регулировании продажи и отпуска аптекарских товаров» [2]. Им отменялись существующие циркуляры и статьи Врачебного устава, касающиеся хранения и продажи медикаментов и других лечебных средств. В аптекарских магазинах запрещалось: изготовление лекарств и примесей, в том числе и по рецептам врачей; лечение больных; отпуск патентованных, галеновых и химических препаратов, кроме применяемых для хозяйственных и технических надобностей. Учреждения, занимающиеся хранением, продажей и отпуском фармацевтических, галеновых и химических препаратов исключительно для аптек и лечебных заведений, должны были получить на дальнейшее продолжение своей деятельности разрешение от местных губернских медико-санитарных отделов при губернском Совете рабочих и крестьянских депутатов.

В последующем торговля сильнодействующими веществами допускалась только в тех магазинах (оптовых и розничных), которые на это получали разрешение от соответствующих губернских или центральных органов Народного Комиссариата Здравоохранения.

24.07.1922 г. Циркуляром Наркомздрави РСФСР № 206 было разрешено за отпуск из аптек лекарств по списку I «произвести изменение цен в таксе 1911 г. с увеличением их в двое».[3] В эти списки входили, в том числе, кокаин и морфий. [4]

Ввиду ощущающегося острого недостатка в медикаментах и в целях правильного их распределения Наркомздрав РСФСР в 1918 г. обязывал все медико-санитарные отделы Губисполкома предоставлять сведения о потребностях в количестве медикаментов согласно спискам как Советских, так и частных аптек. [5] В эти списки были включены кокаин, морфий, опиум.

Постановлением СНК СССР от 22.10.1937 г. N 1882 наблюдение и контроль на всей территории Союза ССР за производством, переработкой, хранением, торговлей и всякого рода использованием, в том числе для экспорта, опиума, его производных и других наркотических веществ по особому списку, утвержденному Советом Народных Комиссаров СССР, были возложены на Народный Комиссариат Здравоохранения СССР.

Так происходило становление государственных органов, контролирующих оборот наркотических средств в медицинских целях, а также

формировалась нормативная база, определяющая особый правовой режим в этой сфере.

Список литературы

1. Большая советская энциклопедия. О.Ю. Шмидт. Москва. 1937 г. С. 167.
2. О регулировании продажи и отпуска аптекарских товаров: постановление Народного комиссариата здравоохранения от 27.07.1918 г. // Собрание узаконений и распоряжений правительства за 1917-1918 гг. № 56. Ст. 616. С. 743-744.
3. ЦАНО, фонд 102, оп. 1 дело 1578 стр. 97.
4. ЦАНО, фонд 102, оп. 1 дело 1578 стр. 98.
5. ЦАНО, фонд 102, оп. 1 дело 252 стр. 18.

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ СУДЕБНЫХ ЭКСПЕРТОВ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ИМИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ **LEGAL FRAMEWORKS OF HEALTH PROTECTION OF FORENSIC EXPERTS IN BOTH THEIR PROFESSIONAL ACTIVITIES**

Л.Р. Романовская, Ю.Ю. Аксенова
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*
L.R. Romanovskaya, Yu.Yu. Aksonova
Lobachevsky University

Посвящается исследованию правовых основ охраны здоровья судебных экспертов. Исследуется проблема отсутствия законодательства, регулирующего медицинское обеспечение судебных экспертов.

This article focuses on research of legal frameworks of health protection of forensic experts. The authors investigate the problem of absence of legislation governing the health care of forensic experts.

Ключевые слова: судебный эксперт, законодательство о медицинском обслуживании, оказание медицинских услуг

Keywords: forensic expert, health-care legislation, provision of health services

Раскрытие преступления — это установление фактов о преступлении и лиц, виновных в его совершении, позволяющее предъявить обвинение. Важнейшим условием его полного и качественного обеспечения является участие лица, наделенного знаниями и навыками в сфере криминалистической

науки, технико-криминалистической и лингвистической экспертизы текстов и документов, трасологии, судебной фотографии и видеозаписи и т.п. Согласимся с мнением Е.Р. Россинской, утверждающей, что «доказательственная информация, полученная в результате осуществления судебных экспертиз, дает возможность быстро и обоснованно выносить решения при разрешении дел» [1, с. 5].

Согласно действующему УПК РФ, судебный эксперт – это «лицо, обладающее специальными знаниями и назначенное в порядке, установленном настоящим Кодексом, для производства судебной экспертизы и дачи заключения»[2].

Наряду с полицейскими сотрудники экспертно-криминалистических подразделений участвуют в различных процессуальных действиях, включая осмотр места происшествия, и возможны ситуации, при которых возникает угроза их жизни и здоровью. Иногда среди участвующих в осмотре места совершения преступления могут оказаться подозреваемые в совершении преступных деяний, что может быть опасным для судебного эксперта.

В одном из интервью заместитель начальника экспертно-криминалистического центра МВД по Республике Саха (Якутия) полковник полиции Александр Афанасьевич Васильев признался, что работа судебного эксперта далеко не такая спокойная, как всем кажется. Он рассказал, что в его практике был прецедент, когда сотрудники органов внутренних дел с судебным экспертом проводили осмотр места происшествия, во время проведения которого эксперт первым из следственной группы увидел, что в квартиру ворвался неизвестный. Заметив эксперта-криминалиста, мужчина запаниковал и быстро побежал с места совершения преступления. Полковник полиции пишет, что судебный эксперт без промедлений выбежал из квартиры и, «увидев, как в движении мужчина выбросил похищенный пистолет под лестницу, догнал и задержал подозреваемого» [3].

Этот случай показывает, что судебные эксперты, наряду с сотрудниками органов внутренних дел, подвергают свою жизнь и здоровье опасности в процессе осуществления профессиональной деятельности. Однако, Федеральный Закон «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» не содержит специальных норм, гарантирующих охрану жизни и здоровья судебных экспертов [4].

В то же время действующее законодательство устанавливает и гарантирует сотрудникам правоохранительных органов право на охрану их здоровья (мы имеем в виду дополнительные права и гарантии, установленные наряду с общими, которые распространяются на всех граждан РФ). Среди нормативных актов, закрепляющих нормы и принципы предоставления

медицинского обеспечения работникам органов внутренних дел Российской Федерации, можно назвать следующие: Федеральный закон «О полиции» от 07.02.2011; Федеральный закон «О социальных гарантиях сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» от 19.07.2011 г.; Постановление Верховного Совета Российской Федерации от 23 декабря 1992 г. № 4202-1 «Об утверждении положения о службе в органах внутренних дел Российской Федерации и текста Присяги сотрудника органов внутренних дел Российской Федерации».

Правовые основы медицинского обеспечения сотрудников правоохранительных органов также установлены в Постановлении Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2004 г. № 911 «О порядке оказания медицинской помощи, санаторно-курортного обеспечения и осуществления отдельных выплат некоторым категориям военнослужащих, сотрудников правоохранительных органов и членам их семей» [5]. Данное постановление распространяется на военнослужащих войск национальной гвардии, сотрудников федеральной противопожарной службы, работников уголовно-исполнительной системы, лиц, проходящих службу в войсках национальной гвардии и имеющих специальные звания полиции, лиц начальствующего состава органов федеральной фельдъегерской связи, а также граждан, уволенных с соответствующей службы (бывших сотрудников). Постановление от 24 апреля 2019 г. № 491 определяет также порядок медицинского обеспечения сотрудников, имеющих специальные звания и проходящих службу в учреждениях и органах уголовно-исполнительной системы Российской Федерации, таможенных органах Российской Федерации и федеральной противопожарной службе, отдельных категорий граждан Российской Федерации, уволенных со службы в указанных учреждениях и органах, федеральной противопожарной службе Государственной противопожарной службы, в медицинских организациях уголовно-исполнительной системы Российской Федерации, Федеральной таможенной службы, Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий или Министерства внутренних дел Российской Федерации. А Постановление Правительства от 15 декабря 2018 г. № 1563 устанавливает соответствующий порядок оказания медицинской помощи сотрудникам органов внутренних дел и членам их семей в медицинских организациях Министерства внутренних дел Российской Федерации и медицинских организациях Федеральной службы войск национальной гвардии Российской Федерации.

Согласно данным нормативным правовым актам, указанные лица вправе получить следующие услуги в сфере медицинского обслуживания:

1) Оказание врачебной помощи на бесплатной основе, в которую входит первичная, в том числе неотложная, и высокоспециализированная медицинскую помощь, включая протезирование;

2) Проведение медицинского обследования с целью обеспечения контроля за здоровьем и жизнью сотрудников органов внутренних дел;

3) Проведение медицинского освидетельствования лиц на бесплатной основе;

4) Предоставление лекарственных препаратов и средств для медицинского применения по назначению и рецептам врача на безвозмездной основе;

5) Восстановительное лечение и лечебно-профилактические мероприятия, назначаемые врачом;

6) Бесплатное обеспечение медицинскими изделиями, то есть устройствами, необходимыми для выявления, профилактики и лечения различных заболеваний;

7) Санаторно-курортное лечение в ведомственных санаторно-курортных учреждениях в соответствии с заключением врачей.

Данные правила определяют порядок бесплатного медицинского обслуживания в соответствующих медицинских учреждениях и организациях.

Но эксперты-криминалисты тоже работают в структурах ФСБ, МВД, ФСКН, СК, в таможенных органах, в страховых компаниях и частных экспертных бюро. Кроме того, существует еще и Российский федеральный центр судебной экспертизы при Министерстве юстиции Российской Федерации, где также работают судебные эксперты. И несмотря на место работы эксперта, его целью остается «защита интересов государства, прав и свобод человека и гражданина, прав юридического лица посредством проведения объективных научно обоснованных судебных экспертиз и экспертных исследований» [6].

В результате проведенного исследования были сделаны следующие выводы:

Во-первых, сложность некоторых следственных действий, заключающаяся в выявлении сложных причинно-следственных связей, делает необходимым участие специалиста – судебного эксперта, жизнь и здоровье которого при этом может подвергаться угрозе.

Во-вторых, в действующем законодательстве в сфере здравоохранения и оказания медицинских услуг есть существенные недостатки, одним из которых является то, что не предусмотрено положение об организации медицинского

обслуживания и охране здоровья судебных экспертов при осуществлении ими профессиональной деятельности. Поэтому возникает необходимость включение в действующее законодательство норм, предоставляющих право судебным экспертам, работающим в различных учреждениях, на бесплатное получение медицинской помощи, включая протезирование, бесплатное обеспечение лекарственными средствами, обеспечение изделиями и устройствами, необходимыми для выявления, профилактики и лечения различных заболеваний, обеспечение санаторно-курортным лечением и т.д. наряду с работниками правоохранительных органов.

Список литературы

1. Россинская Е.Р. Судебная экспертиза в гражданском, арбитражном, административном и уголовном процессе. Москва: НОРМА, 2006. С. 5 URL: <https://znanium.com/catalog/product/977661/>

2. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 18.12.2001 N 174-ФЗ (ред. от 03.07.2019) // <http://base.garant.ru/12125178/>

3. Пресс-служба МВД по Республике Саха (Якутия) // <https://14.xn--b1aew.xn--p1ai/press/>

4. Федеральный закон 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» (ред. от 26 июля 2019 г.) // <http://base.garant.ru/12123142/>

5. Постановление Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2004 г. № 911 «О порядке оказания медицинской помощи, санаторно-курортного обеспечения и осуществления отдельных выплат некоторым категориям военнослужащих, сотрудников правоохранительных органов и членам их семей, а также отдельным категориям граждан, уволенных с военной службы» (ред. от 28 августа 2018 г.) // <http://base.garant.ru/12138461/>

6. Устав федерального бюджетного учреждения Российского федерального центра судебной экспертизы при Министерстве юстиции Российской Федерации (Утвержден Приказом Министерства юстиции Российской Федерации от 31 марта 2014 г. № 49) // <https://rg.ru/2014/04/16/ustav-dok.html>

7. Постановление Правительства РФ от 15 декабря 2018 г. N 1563 «О порядке оказания сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации, отдельным категориям граждан Российской Федерации, уволенных со службы в органах внутренних дел, органах по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, членам их семей и лицам, находящимся на их иждивении, медицинской помощи и обеспечения их санаторно-курортным лечением. // <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72030322/>

8. Постановление Правительства РФ от 24 апреля 2019 г. N 491 «О порядке медицинского обеспечения сотрудников, имеющих специальные звания и проходящих службу в учреждениях и органах уголовно-

исполнительной системы Российской Федерации, таможенных органах Российской Федерации и федеральной противопожарной службе Государственной противопожарной службы, отдельных категорий граждан Российской Федерации, уволенных со службы в указанных учреждениях и органах, федеральной противопожарной службе Государственной противопожарной службы, членов их семей и лиц, находящихся на их иждивении, в медицинских организациях уголовно-исполнительной системы Российской Федерации, Федеральной таможенной службы, Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий или Министерства внутренних дел Российской Федерации» // http://base.garant.ru/72231260/7528f60df52c51df93bfccb8f99fe79e/#block_3

9. Федеральный закон «О социальных гарантиях сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» от 19.07.2011 г. № 247-ФЗ (ред. от 23 апреля 2018 г.) // <http://base.garant.ru/12188106/>

10. Федеральный закон от 30.11.2011 N 342-ФЗ (ред. от 02.08.2019) «О службе в органах внутренних дел Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» // <http://base.garant.ru/12192456/>

ПРАВА ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ RIGHTS OF PERSONS WITH MENTAL DISORDERS

Л.Р. Романовская, Д.А. Воеводина
Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского
L.R. Romanovskaya, D.A. Voevodina
Lobachevsky University

Материал посвящен анализу прав лиц, страдающих психическими заболеваниями. Затрагиваются такие темы, как дискриминация и стигматизация душевнобольных.

The scientific article is devoted to the study of the rights of persons suffering from mental illness. Topics such as discrimination and stigmatization of the mentally ill are addressed.

Ключевые слова: психическое расстройство, закон о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании, дискриминация

Keywords: mental disorder, the law on mental health care and guarantees of the rights of citizens in its provision, discrimination

Важной составляющей здоровья человека, обеспечивающего полноценную социальную жизнь, является психическое здоровье. Однако только по официальным данным, в России различными психическими расстройствами страдают около 3 миллионов человек [1, с. 29-31]. Большой проблемой является не только само заболевание, но и отношение общества к трудностям, которые испытывал или испытывает человек. Если ситуация с физическими болезнями более благоприятна, и люди относятся к заболевшему с сочувствием, то к человеку с психическими расстройствами относятся менее снисходительно. Несмотря на существующее законодательство, по которому у психически больных есть свои права и им гарантирована юридическая и социальная защита, большинство людей либо не знают об этом, либо не хотят уважать эти права. Нельзя забывать, что помимо прав и обязанностей, установленных государством, существуют нравственные принципы и ценности, нормы поведения, которые должны признаваться каждым социализированным человеком. Порой люди не хотят вникать в подробности той или иной ситуации и вешают ярлыки на душевнобольных. Психически больные подвергаются стигматизации и не всегда способны доказать своими силами, что они такие же люди, как и все остальные.

Как пишет Н.А. Польская: «...Такие больные испытывают на себе весь спектр негативных, маргинализирующих социальных практик, которые сопровождают их заболевание. Пребывание в психиатрической клинике, амбулаторный учет по месту жительства автоматически ограничивают социальную ангажированность человека, пережившего психотический эпизод. Возникает ряд запретов, маркирующих этого человека как неполноценного и потенциально опасного» [2, с. 145-146].

В настоящее время описано и изучено большое количество факторов, способных вызвать расстройство психической деятельности. Следует отметить, что нарушение любого физиологического процесса в организме человека, обусловленное внутренними (генетический дефект, нарушение обмена веществ, эндокринопатия) или внешними (инфекция, интоксикация, травма, гипоксия и прочие) причинами, может привести к появлению психической патологии. Кроме того, в возникновении расстройств психики важную роль играют факторы эмоционального стресса, нарушения межличностных отношений и социально-психологического климата.

При диагностике психических расстройств врач всегда сталкивается со сложностью в определении ведущих причин заболевания. Проблема состоит в том, что, во-первых, механизмы развития наиболее распространенных психических заболеваний (шизофрении, биполярного аффективного расстройства, эпилепсии, атрофических заболеваний позднего возраста) до сих пор

не определены. Во-вторых, у одного и того же больного может быть обнаружено воздействие сразу нескольких патогенных факторов. В-третьих, влияние повреждающего фактора не обязательно вызывает возникновение психического расстройства, поскольку люди существенно различаются по психической устойчивости. Одно и то же повреждающее воздействие может быть расценено врачом по-разному, в зависимости от конкретной ситуации [3, с. 20].

Конституция Российской Федерации и федеральные законы защищают права и свободы абсолютно всех граждан страны, в том числе и лиц с психическими расстройствами. Специальные нормы, касающиеся их правового положения, закреплены в Гражданском, Трудовом, Семейном, Жилищном кодексах, а также в федеральных законах о здравоохранении и социальной защите.

Но определенно важным является то, что психические расстройства не следует принимать за проявление отрицательных сторон личности или черт характера. Душевнобольные люди не являются и не должны считаться плохими. К сожалению, не все способны это признать, поэтому государство с помощью законов старается защитить их права.

Принципиальная норма, касающаяся прав лиц, страдающих психическими расстройствами, установлена в п. 1 ст. 5 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». В ней указано, что лица, страдающие психическими расстройствами, обладают всеми правами и свободами граждан, предусмотренными Конституцией Российской Федерации и федеральными законами. Ограничение прав и свобод граждан, связанное с психическим расстройством, допустимо лишь в случаях, предусмотренных законами Российской Федерации [4].

Далее в ст. 5 перечислены права, которые имеют душевнобольные при оказании им психиатрической помощи, это: право на уважительное и гуманное отношение, исключаящее унижение человеческого достоинства; право на получение информации о своих правах и применяемых методах лечения; право на помощь в наименее ограничительных условиях и с учетом места жительства; пребывание в стационаре только в течение необходимого для оказания помощи срока; на условия, соответствующие санитарно-гигиеническим требованиям; право отказаться от участия в любого рода медицинских экспериментах и исследованиях, а также фото- и видеосъемках; помощь адвоката или законного представителя.

Психиатрическая помощь состоит из обследования, диагностики, лечения, ухода, медико-социальной реабилитации. Государство гарантирует оказание неотложной психиатрической помощи в стационарных и

амбулаторных условиях, а также проведение всех видов экспертизы психиатрических состояний и установление утраты временной нетрудоспособности.

Права на свободу и личную неприкосновенность могут серьезно пострадать от принудительной госпитализации человека в психиатрическую больницу. Широкую огласку получили многочисленные случаи насильственного помещения здоровых людей в психиатрические заведения для завладения их жильем. Это возможно именно потому, что контроль за состоянием законности в сфере оказания психиатрической помощи совершенно не достаточен.

Закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» отдельно устанавливает перечень прав лиц, находящихся в медицинских организациях, которые оказывают психиатрическую помощь в стационарных условиях, и обязывает медиков разъяснить пациенту основания и цели госпитализации и его права (о чем должна быть сделана запись в медицинской документации). К этим правам относятся следующие:

- непосредственно обращаться к главному врачу или заведующему отделением по вопросам лечения, обследования, выписки и соблюдения прав пациента;
- подавать жалобы и заявления в органы государственной власти (например, в суд, прокуратуру);
- встречаться с адвокатом и священнослужителем наедине;
- исполнять религиозные обряды, в том числе соблюдать пост;
- выписывать газеты и журналы;
- получать вознаграждение за труд наравне с другими гражданами (если пациент трудится).

Эти права не подлежат ограничению. Есть также права, которые могут быть ограничены по рекомендации врача в интересах здоровья или безопасности пациентов (или других лиц): вести переписку, пользоваться телефоном, принимать посетителей, пользоваться собственной одеждой, получать и отправлять посылки, приобретать предметы первой необходимости.

Соблюдение этих прав без сомнения улучшило бы качество жизни лиц, находящихся в психиатрических стационарах.

В ст. 38 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» с 1992 г. существует норма, которая в течение вот уже 27 лет не находит своей реализации и существует только на бумаге – это норма о том, что «Государством создается не зависящая от органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья служба защиты прав пациентов, находящихся в медицинских организациях, оказывающих психиатрическую помощь в стационарных условиях. Представители этой

службы защищают права пациентов, принимают их жалобы и заявления, которые разрешают с руководителем указанной медицинской организации либо направляют в зависимости от их характера в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру или суд». Только в 2015 г. был разработан соответствующий законопроект, который до сих пор так и не принят! В то время как нарушения прав лиц, находящихся, например, в психоневрологических интернатах, носит системный характер. Более того, такая служба должна была быть создана уже давно во исполнение взятых на себя Россией международных обязательств.

Важнейшим международным документом в этой сфере является Резолюция Генеральной Ассамблеи ООН от 17 декабря 1991 г. N 46/119 «Защита психически больных лиц и улучшение психиатрической помощи» [5].

Следует отметить, что от результатов психиатрического обследования, в частности от лиц, которые его осуществляют, зависят такие важные правовые последствия, как признание недееспособным или невменяемым. От одного лишь заключения врачей может измениться дальнейшая судьба человека. Проблемным является то, что психиатрические диагнозы носят субъективный характер, и их почти невозможно доказать с помощью специальных аппаратов и инструментов.

К сожалению, душевнобольные подвержены дискриминации не только со стороны работников больниц или иных органов, но и обычных людей. Это проявляется в негативном отношении к ним и нарушении их прав лишь на основании наличия у них психического расстройства или психиатрического диагноза. В обществе распространена психофобия, то есть боязнь, нетерпимость к душевным заболеваниям и душевнобольным.

Мы вынуждены констатировать, что, хотя законодательно закреплён довольно широкий перечень прав лиц, страдающих психическими заболеваниями, уровень реализации и защиты этих прав остается в нашей стране крайне низким. Требуются совместные усилия государства и гражданского общества для решения существующих в этой сфере проблем.

Список литературы

1. Заболеваемость всего населения России в 2017 году. Статистические материалы. Ч. 1. Москва. 2018. 140 с.
2. Польская Н.А. Психически больной в современном обществе: проблема стигмы // Социологический журнал. 2004. № ½. С. 145-158.
3. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия: учебник. М.: Медицина, 2002. 544 с.

4. Закон РФ от 02.07.1992 № 3185-1 (ред. от 19.07.2018) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» // <http://base.garant.ru/10136860/>

5. Резолюция Генеральной Ассамблеи ООН от 17 декабря 1991 г. N 46/119 «Защита психически больных лиц и улучшение психиатрической помощи» // <http://base.garant.ru/2565323/>

**ЭВТАНАЗИЯ: ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ И ПРОБЛЕМЫ
ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ
EUTHANASIA: LEGAL FRAMEWORK
AND REGULATORY CHALLENGES**

В.А. Силантьева
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*
V.A. Silantyeva
Lobachevsky University

Освещается история эвтаназии и состояние проблемы в современной России. Отмечается правовая неопределенность и противоречия в нормативно-правовых актах. Приводится перечень оснований, свидетельствующих о невозможности легализации данного института в Российской Федерации. Выявлена необходимость создания детализированного правового документа, регулирующего проблемы эвтаназии, исключающего возможность двусмысленного толкования и злоупотреблений.

The article highlights the history of euthanasia and the state of the problem in modern Russia. Legal uncertainty and contradictions in normative legal acts are noted. The list of the bases testifying to impossibility today of legalization of this Institute in the Russian Federation is resulted. Identified the need to create a detailed legal document that governs the issue of euthanasia, eliminating the possibility of ambiguous interpretation and abuse.

Ключевые слова: права человека, право на жизнь, эвтаназия, самоубийство, уголовная ответственность

Keywords: human rights, the right to life, euthanasia, suicide, criminal responsibility

Проблема прав и свобод человека и гражданина не теряет своей актуальности последние столетия. В результате научной систематизации появилось множество теорий и классификаций. Французский юрист Карел Вазак в начале 70-х гг. XX в. предложил интересную концепцию по времени возникновения прав человека: права первого поколения (гражданские и политические), второго (социально-экономические) и третьего (права

солидарности). Научные открытия XXI в. в области медицины, генетики, микробиологии, в частности фармакологии, трансплантологии, реаниматологии, позволили говорить о появлении четвертого поколения прав, связанных с вмешательством в психофизиологическую сферу (например, суррогатное материнство, выращивание органов человека из его стволовых клеток, клонирование, пересадка органов, эвтаназия). В результате возникла необходимость законодательного регулирования подобных проблем, связанных с правом на жизнь. Если в вопросах клонирования человека мировое сообщество идет по пути запрета (клонирование человека запрещено на законодательном уровне в более 70 государств), то в вопросах суррогатного материнства и эвтаназии единства нет.

Термин «эвтаназия» (от греч. «эу» и «танатос» – «хорошая смерть») был впервые введен в научный оборот Ф. Бэконом в работе «О достоинстве и приумножении наук», полагающим, что долг врача состоит и в том, чтобы облегчить страдания и мучения больного, когда нет никакой надежды на спасение [1]. Сегодня под эвтаназией понимается намеренное ускорение смерти или умерщвление неизлечимо больного с целью прекращения его страданий.

Эвтаназия – явление, уходящее корнями в историю. Отношение к этому социальному явлению на протяжении истории было неоднозначным. Так, во многих первобытных обществах существовали обычаи умерщвления стариков и больных, в Древней Индии врачи брались лечить больных с благоприятным прогнозом [2]. В Европе в XII в. получил распространение кинжал милосердия – «мизерикорд», который использовали для добивания смертельно раненного поверженного противника (подобный стилет существовал и в Японии под названием «ёрой доси»).

Эвтаназия как явление включает в себя ряд аспектов: моральный, религиозный, социальный, медико-биологический, правовой.

В настоящее время на законодательном уровне проблемы эвтаназии регулируются в 40 странах мира [3]. В ряде государств разрешена как пассивная, так и активная эвтаназия: Нидерланды, Бельгия, Швейцария, Германия, Финляндия, Канада, Австралия, Швеция, США (штаты Вашингтон и Орегона) [4].

В России к институту эвтаназии относились почти всегда негативно. Так, согласно Артикулу воинскому 1715 г., «Властно яко убийца сам, тако и прочие имеют быть наказаны, которые подлинно к смертному убийству вспомогали или советом или делом вступались» (гл. 19. арт 155). В Уголовном уложении 1903 г. по ст. 460 «Виновный в убийстве, учиненном по настоянию убитого и из сострадания к нему, наказывается заключением в крепости на срок не свыше трех лет. Покушение наказуемо» [5].

Некоторые изменения в отношении к эвтаназии наметились в первые годы советской власти. В Уголовном кодексе РСФСР, принятом 26 мая 1922 г., в примечании к ст. 143 «Убийство, совершенное по настоянию убитого из чувства сострадания, не карается» [6]. Однако уже на IV сессии ВЦИК примечание было отменено Постановлением от 11 ноября 1922 г. «Об изменениях и дополнениях Уголовного Кодекса РСФСР» [7]. По мнению А.А. Рубан и И.А. Чигвинцева, «настояние убитого можно было доказать, а вот сострадание как категорию, находящуюся на стыке наук психологии и философии, проверить было невозможно» [8]. К тому же нередки были случаи злоупотребления в отношении граждан, «попросивших» о лишении их жизни.

Согласно современному российскому законодательству, эвтаназия как способ медицинского решения проблемы смерти в любом ее проявлении рассматривается как правонарушение и преследуется законом. Мотивы сострадания в Уголовном кодексе РФ (ст. 61) учитываются как смягчающее обстоятельство лишь при назначении наказания виновному лицу, но не при квалификации деяния [9]. Прямой запрет эвтаназии в РФ содержится в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. в ст. 45 «Медицинским работникам запрещается осуществление эвтаназии, то есть ускорение по просьбе пациента его смерти какими-либо действиями (бездействием) или средствами, в том числе прекращение искусственных мероприятий по поддержанию жизни пациента» и ст. 71 «Клятвы врача»: «проявлять высочайшее уважение к жизни человека, никогда не прибегать к осуществлению эвтаназии» [10]. Статья 20 данного закона указывает, что «необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство...». Однако статья 19 декларирует право гражданина на отказ от медицинского вмешательства [10]. Это дает право утверждать некоторым исследователям, что имеются предпосылки для легализации пассивной эвтаназии в российском законодательстве [11], она негласно применяется в России и является правомерной [4]. По их мнению, если человек обладает правом на жизнь, то, соответственно, обладает и правом на смерть [12], а законодатель опосредованно предоставил право распоряжения своей жизнью: человек самостоятельно делает выбор между принятием медицинской помощи или отказом от нее.

На наш взгляд, легализация эвтаназии в РФ в современных условиях невозможна по следующим основаниям: во-первых, сложившийся менталитет на основе религии и морали не одобряет умерщвление из сострадания; во-вторых, уровень развития медицины: с одной стороны, легализация эвтаназии

может препятствовать созданию эффективных методик лечения тяжело-больных, прекращение научных изысканий; с другой – постулат о наличии неизлечимого заболевания: возможно что некогда неизлечимую болезнь перестанут считать таковой; кроме того, не исключены ошибки в установлении диагноза. Эвтаназия противоречит и основному принципу медицины – нести исцеление людям, поэтому врачи обязаны облегчить страдания больных. В-третьих, эвтаназия может распространяться не только на неизлечимых больных, но и на людей с хроническими и психическими заболеваниями, пожилых, инвалидов, как это произошло в Нидерландах [13]. В-четвертых, узаконенная эвтаназия может использоваться со стороны наследниками с целью присвоения имущества пациента.

Таким образом, в российском законодательстве, как и в обществе, сложилась неоднозначная трактовка такого социального явления, как эвтаназия. Необходимо создание детализированного нормативно-правового акта по эвтаназии, исключающего возможность двусмысленного толкования и злоупотреблений. Законодательство должно гарантировать пациенту, что медицина обладает методами, позволяющими, если не излечить, то хотя бы облегчить страдания. Эвтаназия, на наш взгляд, представляется особой форму убийства, а ведь назначение права – это охрана человека на всем его жизненном пути.

Список литературы

1. Бэкон. Ф. Сочинения в 2-х томах. М.: Мысль, 1971. Т. 1. С. 268.
2. Чернышева Ю.А. Уголовно-правовые вопросы причинения смерти потерпевшему по его просьбе (эвтаназия) : автореф. дис. ... канд. юрид. наук / Ю.А. Чернышева. М., 2008. 26 с.
3. Умуракова Г.Х., Тактаева З.Р. Эвтаназия как социальная проблема // Вестник современных исследований. 2018. № 6.3. (21). С. 340-343.
4. Сапёров В.Н. Эвтаназия: состояние проблемы в России // Здоровоохранение Чувашии. 2012. №3. С. 72-80.
5. Артикул воинский 1715 г. [Электронный ресурс] – URL: http://pravo.by/upload/pdf/krim-pravo/ugolovnoe_ugolovanie_1903_goda.pdf.
6. Уголовный кодекс РСФСР от 26.05.1922 г. [Электронный ресурс] – URL: <https://constitutions.ru/?p=5341>
7. Постановление «Об изменениях и дополнениях Уголовного Кодекса РСФСР» от 11.11.1922 г. [Электронный ресурс] – URL: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=ESU&n=4972#015817085965393107>

8. Рубан А.А., Чигвинцев И.А. Согласие лица на лишение его жизни (эвтаназия) как обстоятельство, исключающее преступность деяния // Вестник современных исследований. 2018. № 9.4. (24). С. 438-440.

9. Уголовный Кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ (ред. от 02.08.2019) // СПС Консультант Плюс. [Электронный ресурс] – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_10699/

10. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 29.05.2019) // СПС Консультант Плюс. [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/

11. Мустафаев С.Э.-оглы. Эвтаназия: легализация и уголовная ответственность // Актуальные проблемы российского права. 2016. № 3 (64). С. 130-135.

12. Малиновский А. Имеет ли человек право на смерть? // Российская юстиция. 2002. № 8. С. 54.

13. Симанович Л.Н. Самоубийство и эвтаназия – соотношение и правовые аспекты // WORLD SCIENCE: PROBLEMS AND INNOVATIONS. Сборник статей XVIII Международной научно-практической конференции. В 2 частях. 2018. С. 175-179.

**ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ
В НАРКОЛОГИЧЕСКИХ КЛИНИКАХ
LEGAL FRAMEWORK FOR THE PROVISION
OF MEDICAL SERVICES IN DRUG CLINICS**

С.С. Шишарина
*Приволжский исследовательский медицинский университет,
г. Нижний Новгород*
S.S. Shisharina
*Privolzhsky Research Medical University,
Nizhny Novgorod*

Рассмотрена проблема предоставления медицинской помощи людям с наркоманией. Проанализированы права пациентов наркологических клиник в настоящее время. Рассмотрены меры ответственности и способы наказаний, используемые в Российской Федерации. Предложен способ решения данной проблемы.

This article discusses the problem of providing medical care to people with drug addiction. The rights of patients in drug treatment clinics are analyzed. Responsibility and methods of punishment used in the Russian Federation are considered. And also a method for solving this problem is proposed.

Ключевые слова: наркомания, психотропные вещества, медицинская помощь, наркологическая клиника

Keywords: addiction, psychotropic substances, medical care, narcological clinic

Статистика распространения наркомании как в России, так и в мире неутешительная. По данным ВОЗ (Всемирной Организации Здравоохранения), из 7 млрд. человек населения нашей планеты — 210 млн. употребляют ПАВ (психоактивные вещества). То есть 3% человечества является химически зависимыми [1]. Согласно официальной статистике за 2016 год, в России регулярно употребляют наркотики более 7,3 миллионов человек [2]. Поэтому так важно рассмотреть правовые особенности предоставления медицинских услуг данной категории пациентов.

Наркомания – заболевание, обусловленное зависимостью от наркотического средства или психотропного вещества [3]. Однако в наркологических клиниках помощь предоставляется не только больным наркоманией, но и людям больным алкоголизмом, то есть имеющим зависимость от алкоголя.

Ключевым правовым аспектом в предоставлении наркологической помощи, согласно ФЗ №3 "О наркотических средствах и психотропных веществах", – помощь больным наркоманией оказывается при наличии их информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство [4]. И на протяжении всего лечения больные наркоманией и алкоголизмом пользуются правами пациентов в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Зачастую люди, страдающие данными заболеваниями, не осознают происходящего с ними. Употребляя определенные вещества, они испытывают эйфорию и не готовы от нее отказываться, следовательно, не готовы прийти за помощью к специалисту. Но они губят свое здоровье, свою жизнь и жизнь близких людей. По нашему мнению, пациенты данного вида нуждаются в особом правовом регулировании.

Наркомания очень быстро убивает волю и самостоятельность людей, поэтому следует понимать, что без медицинской помощи больному не избавиться от недуга [5].

В Российской Федерации предусмотрена как административная ответственность за употребление наркотических средств (статья 6.9 КоАП) – в виде штрафа, так и уголовная за незаконную покупку, перевозку, изготовление наркотиков (статья 228 УК РФ) – лишение свободы [6]. Однако, следует отметить, если человек, употребляющий наркотики, добровольно обращается в

медицинское учреждение за квалифицированной помощью, то он избегает административной ответственности и получает шанс на выздоровление.

Алкоголизм и наркомания убивают в человеке личность, поэтому он не задумывается о последствиях своих поступков. По данным генпрокуратуры, бытовые преступления и домашнее физическое насилие практически в 100% случаев происходит при употреблении алкоголя одним из членов семьи. Далее располагаются грабежи и разбойные нападения, которые происходят чаще всего не под воздействием психоактивных веществ, а для получения средств на новую их дозу [7].

Вышеизложенное доказывает, что права обычных пациентов не подходят людям, страдающим наркоманией, так как они не могут разумно оценивать происходящее с ними. Это подчеркивает социальную значимость данного заболевания. Следовательно, люди с наркоманией нуждаются в особом внимании и правовом регулировании.

По нашему мнению, следует ввести поправки в Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" в статью 20 (Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства). В ней следует выделить категорию пациентов с особым правовым регулированием – люди с наркоманией и дать возможность врачам лечить таких пациентов без их добровольного согласия. Так же при выявлении бригадой СМП пациента в наркологическом опьянении сразу передавать его сотрудникам полиции, которые оформят пациента в наркологическую клинику для госпитализации и дальнейшего лечения. Это может не только снизить преступность, но и дать шанс самому пациенту на дальнейшую полноценную и здоровую жизнь.

Список литературы

1. Вита – центр реабилитации, Статистика наркомании – цифры которые пугают // [Электронный ресурс]: URL: <https://www.vperemen.com/narkomaniya/blog/statistika-narkomaniya/> // (Дата обращения: 17.07.19).

2. Первый шаг – центр лечения наркомании и алкоголизма, Статистика наркомании в России за 2017 год // [Электронный ресурс]: URL: <https://stranaprotivnarkotikov.ru/statistika-narkomanii-v-rossii-2017/> // (Дата обращения: 17.07.19).

3. Федеральный закон от 8 января 1998 г. N 3-ФЗ "О наркотических средствах и психотропных веществах", Статья 1//[Электронный ресурс]:URL: <http://ivo.garant.ru/#/document/12107402/paragraph/232692:0> // (Дата обращения: 17.07.19).

4. Федеральный закон от 8 января 1998 г. N 3-ФЗ "О наркотических средствах и психотропных веществах", Статья 54//[Электронный ресурс]:URL:

<http://ivo.garant.ru/#/document/12107402/paragraph/391404:0> // (Дата обращения: 17.07.19).

5. Выход здесь, Лечение наркомании//[Электронный ресурс]:URL: <https://yandex.ru/turbo?text=https%3A%2F%2Fxn--b1aeaei4bza0a7cr.xn--p1ai%2Finfo%2Flecheniye-narkozavisimosti-za-granitsey%2F&d=1> // (Дата обращения: 17.07.19).

6. L-A-W, Наказание за употребление наркотиков //[Электронный ресурс]: URL: <https://l-a-w.ru/ugolovnoe-pravo/upotreblenie-narkotikov/> // (Дата обращения: 17.07.19).

7. 7.Как алкоголизм влияет на преступность//[Электронный ресурс]:URL: <https://alkostopmsk.ru/kak-alkogolizm-vliyaet-na-prestupnost-statistika-i-fakty.html#i-9> // (Дата обращения: 17.07.19).

СЕКЦИЯ 4
СЕМЬЯ КАК ЭКОСИСТЕМА

ДОКЛАДЫ

ЧАЙЛДФРИ КАК ВИД СОВРЕМЕННЫХ СЕМЕЙНЫХ ПРАКТИК
CHILDDFREY AS A KIND OF MODERN FAMILY PRACTICES

Н.Б. Костина, Э.И. Гараева
*Уральский институт управления,
филиал Российской академии народного хозяйства и
государственной службы при Президенте РФ, г. Екатеринбург*

N.B. Kostina, E.I. Garayev
*Ural Institute of Management, Branch of the Russian Presidential Academy of
National Economy and Public Administration, Ekaterinburg*

Современное общество характеризуется трансформационными процессами во всех сферах жизни. Эти изменения характерны для семьи и брака; появляются новые формы брака, семьи, которые в свою очередь видоизменяют традиционные функции данных институтов; одной из таких форм является чайлдфри.

Modern society is characterized by transformation processes in all spheres of social life. These changes are characteristic of the family and marriage; there are new forms of marriage, family, which in turn modify the traditional functions of these institutions; one of these forms is childfree.

Ключевые слова: виды семей, бездетная семья, чайлдфри-семья, добровольная бездетность

Keywords: types of families, childless family, childfree family, voluntary childlessness

Трансформационные процессы, происходящие в российском обществе XXI века, характерны не только для экономики, политики, культуры, образования, но и для семьи, ее видов. В результате процессуальных изменений, *во-первых*, заметно сдвинулся в сторону увеличения возраст вступления в брак и рождения детей, прежде всего, первого ребенка. Статистика, опубликованная Росстатом, свидетельствует, что количество зарегистрированных браков в России по итогам 2018 г. снизилось на 12,7% по сравнению с 2017 г. и составило 917 тыс. Годом ранее было зарегистрировано 1,05 млн. браков.

Коэффициент брачности (число зарегистрированных браков на 1 тыс. человек населения) составил 6,2 в прошлом году, в 2017 г. этот показатель составлял 7,2. Этот коэффициент снизился до минимального значения с 2000 г., в котором он составлял те же 6,2 [1].

Такую динамику, на наш взгляд, можно объяснить тем, что в настоящее время в семейные отношения вступают люди поколения «Y», которых также называют поколением Миллениалов, трофеев, «ЯЯЯ», или «потерянным поколением», а в западных источниках именуют еще и как «поколение Питера Пена». В качестве поколенческих характеристик называют инфантильность, нацеленность на карьерный рост, увеличение «детского» возраста, снижение ценности брака и повышение возраста вступления в него, а также «откладывание» деторождения на более поздний возраст, что приводит подчас к отказу от детей вообще.

Во-вторых, модификации подверглись формы брака и родительства, обусловленные характерными для социальной и социокультурной модернизации процессами: развитием личностной автономии, повышением степени рациональности при осуществлении выбора в сфере брачно-семейных отношений, плюрализацией стилей жизни, увеличением значимости в этих условиях возможностей самовыражения человека, самореализации. Вследствие этого снижается показатель рождаемости, числа заключаемых браков, происходит рост разводимости, увеличение незарегистрированных супружеских союзов.

Все это приводит к тому, что и в развитых странах, и в России происходит трансформация семьи как социального института. Наряду с традиционной семьей распространяются альтернативные формы семейных отношений, таких, как материнские семьи, сожительство, бигамные и полигамные семьи, гомосексуальные союзы, чайлдфри-семьи.

Вместе с изменениями форм организации семейной жизни, прежде всего, изменяются и функции семейных отношений. Традиционная репродуктивная функция отходит на второй план или и вовсе исчезает.

Нетрадиционные стили, формы семейной жизни сегодня признаются и общественным мнением, и исследовательскими организациями, такими, как Всероссийский центр изучения общественного мнения, и учеными, занимающимися проблемами семьи и брака. В данной работе остановимся подробнее на такой альтернативной форме семьи, как чайлдфри. ВЦИОМ провел «демографический» опрос с участием 1200 россиян. Полученные данные свидетельствуют о том, что 6% российских граждан вообще не хотят иметь детей, 79%, уже имеющих ребенка, не планируют еще одного. Данные опроса прокомментировал руководитель департамента исследований ВЦИОМ

Степан Львов: *«За прошедшее десятилетие репродуктивная стратегия россиян претерпела важные изменения. Во-первых, мы зафиксировали появление в России «чайлдфри». В 2005 г. их в России еще практически не было, а сегодня их доля составляет уже 6%. Кого больше среди них – организованных или стихийных, предстоит еще выяснить [2].*

Приверженцами чайлдфри называют как женщин, так и мужчин, которые добровольно, сознательно отказываются иметь детей при биологической возможности выполнения репродуктивной функции.

Феномен чайлдфри для российского общества является новым и социологически мало изученным по сравнению с западными странами, где чайлдфри является устоявшимся феноменом. Мы обратимся к зарубежным исследователям, а именно к американским социологам Д. Нил и Х. Джоши, выделившим два типа чайлдфри: «волнообразные отказники» и «постоянные откладыватели».

«Волнообразные отказники» – это те, у которых периодически возникает желание иметь детей. Они отказываются иметь ребенка сознательно, и чтобы этого не произошло на волне вдруг возникшего желания нарушить собственный выбор, надежная контрацепция предотвращает случайности.

«Постоянные откладыватели» – эти люди, которые все время откладывают рождение ребенка «на потом». И чаще всего это «потом» не наступает никогда, так как они или полностью приходят к тому, что не хотят иметь потомства, или достигают конца фертильного возраста, где репродуктивная функция становится невозможной по возрастным критериям.

Вместе с вышеупомянутым типом семьи актуально будет рассмотреть новую форму брака, которая именуется двухступенчатой. Первая ступень – «супружеский брак», в который мужчина и женщина вступают с целью сексуального сожительства без рождения детей. Вторая ступень – «родительский брак», который заключается с целью реализации всех функций семьи, в том числе и рождения детей. На первой ступени брак зачастую не регистрируется, на второй ступени партнеры официально фиксируют свои отношения [3].

В результате такой формы брака откладывается процесс самого деторождения, а некоторые семьи и вовсе отказываются иметь детей, останавливаясь на первой ступени брака.

Не только на западе, но и в российском обществе наметилась и утвердилась тенденция сознательного откладывания рождения первенца и высвобождения биографического времени для других задач: образования, начала карьеры, экспериментов с образом и стилем жизни.

Что это, вынужденное решение или модное течение, каковы причины и последствия распространения чайлдфри для российского общества? Для ответа на эти вопросы необходим глубокий социологический анализ с применением различных эмпирических методов исследования.

Список литературы

1. Россия в цифрах. 2018. URL: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2018/rusfig/rus18.pdf.
2. Рождаемость в России: меры и мнения. URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=8898>.
3. Институт отцовства в контексте модернизации семьи URL: https://nsu.ru/rs/mw/link/Media:/22193/9_Mikheeva.pdf.

ЗДОРОВЬЕ В СОВРЕМЕННОЙ ПОЛЬСКОЙ СЕМЬЕ: ТРАДИЦИИ, ТЕНДЕНЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ HEALTH IN THE CONTEMPORARY POLISH FAMILY: TRADITIONS, TRENDS AND PROSPECTS

Н.А. Лымарь
Высшая Школа Безопасности в Познани, Польша
N.A. Lymar
Wyższa Szkoła Bezpieczeństwa w Poznaniu, Poland

Оценка состояния здоровья современной польской семьи связана с различными аспектами государственного регулирования и реформирования здравоохранения, с общественным диалогом на тему семьи и традиций, с участием общества в решении проблем здравоохранения.

The assessment of the health status of the modern Polish family is associated with various aspects of state regulation and health care reform, with a public dialogue on the topic of family and traditions, with the participation of society in solving health problems.

Ключевые слова: здоровье в семье, эффективность реформ здравоохранения, государственное и социальное участие, понятие семья

Keywords: family health, the effectiveness of health care reforms, state and social participation, the concept of family

Вопросы о состоянии здоровья современной польской семьи дискутируются в контексте ряда приоритетных тем, отражающих, прежде всего, различные политические и нравственные концепции образа современного польского общества.

Во-первых, значительное место в этих дискуссиях принадлежит анализу общего состояния здоровья граждан и эффективности функционирования системы здравоохранения. Как и во многих странах за последние три десятилетия, в Польше неоднократно предпринимались попытки осмысления и реформирования в сфере здравоохранения. Рыночная экономика заметно изменила положение, при котором за здоровье граждан полную ответственность несло государство. Появление в сфере здоровья коммерческих медицинских услуг во многом было предопределено, так как в переходный период это приблизило здравоохранение к другим сферам экономической деятельности, стимулировало медицинских работников к профессиональному развитию за счет возможностей академической и научной мобильности с ознакомлением и внедрением новейших технологий. Кроме того, в отдельные периоды это позволило специалистам заметно поправить своё материальное положение, заняв соответствующее образованию социальное положение, часто приближенное к стандартам экономически более развитых стран. Польская медицина последних десятилетий достигла заметных успехов в ряде областей, включая достаточно сложные и проблемные области. Между тем, перманентное реформирование так называемой повседневно востребованной медицинской помощи не достигло высоких результатов. Это связано со сложностями в организации предоставления медицинских услуг. Среди главных претензий современного польского потребителя медицинских услуг к здравоохранению остаются длинные (от нескольких месяцев до нескольких лет) сроки ожидания приёма у врачей-специалистов, проведения необходимых анализов, операций или реабилитационных процедур. Следует заметить, что на коммерческой основе, то есть из средств пациента, а не средств национального фонда здоровья (страховой фонд), все эти услуги могут быть предоставлены в заметно более короткие сроки. Проблема заключается в том, что большинству эти услуги недоступны ввиду относительно невысокого уровня доходов. Кроме того, нарекание у пациентов вызывает излишнее количество бумаг и промежуточных согласований, которые необходимы для получения каждого вида медицинской помощи.

Положительным фактором может считаться льготное обеспечение необходимыми медикаментозными средствами (лекарства первой необходимости), хотя порой и омраченное отсутствием некоторых приписанных препаратов на аптечном рынке. К положительным явлениям в оказании медицинской помощи населению можно отнести многочисленные оферты по комплексному обследованию, льготное обследование людей старших возрастных групп, вакцинация населения. Динамично развиваются социальная поддержки и опека людей пожилых и инвалидов, где в качестве

вектора развития выбраны стандарты наиболее развитых европейских государств.

Социально значимой проблемой в современном здравоохранении остается кадровая обеспеченность медицины, трудности с карьерным ростом молодых врачей, с нехваткой и невысокими заработками среднего и обслуживающего медицинского персонала. Проблемой остается желание польских медицинских специалистов переехать для работы в более экономически развитые страны. Их отсутствие трудно будет компенсировать. Приглашение же специалистов-медиков из-за рубежа осложняется языковым и бюрократическими барьерами. Упомянутые проблемы являются существенным элементом современного социального дискурса, в той или иной мере затрагивают каждую польскую семью.

В последние годы больше дискуссий связано с состоянием здоровья семьи при попытке определиться с самим понятием семья. Политический дискурс всё чаще обращен к нравственным категориям, формулирующим это понятие на основе традиционализма или либерализма. Семья может рассматриваться как малая социальная группа, а её здоровье как здоровье этой группы. Политический дискурс современности постоянно обращен к семейным ценностям, однако единства в понимании и принятии разнообразия видов современной семьи нет. Споры возникают, прежде всего, вокруг однополых семей, семей с детьми, рожденными методом инвитро, неполных семей. Безусловно, помощь оказывается детям из разных семей, однако сами семьи, выходящие за рамки традиции, частью общества воспринимаются как не вполне благополучные, прежде всего, по понимаемому традиционно нравственному здоровью.

В целях поддержки семьи уже несколько лет реализуется программа доплат родителям на детей 500+. Результаты исследований успешности данной программы свидетельствуют, что большая часть семей расходует получаемые доплаты на повседневные нужды – питание, одежда, часть – на дополнительное образование детей или экономический семейный отдых. Расходы на здоровье детей занимают незначительное место, если не считать возможности более качественного питания. Кроме того, остается острой проблема дополнительного финансирования семей с детьми-инвалидами. Положительной традицией в Польше является достаточно развитая система благотворительной деятельности. Благодаря действиям граждан, волонтеров и дарителей удастся решить широкий спектр вопросов в области здравоохранения (техническое оснащение госпиталей, содержание хосписов, домов сеньора, сложные операции для детей).

Подводя краткий итог, можно заметить, что охрана здоровья современной польской семьи не остаётся без внимания как со стороны государства и политических партий, какими соображениями они бы ни руководствовались, так, и прежде всего, со стороны самого общества. Охрана здоровья семьи является не только родом деятельности, но, прежде всего, живым и динамичным процессом социальной активности, затрагивающим интересы различных социальных групп.

**СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ И УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ ЧЛЕНАМИ СЕМЬИ
SOCIO-PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF THE PROBLEM
OF TREATMENT AND CARE OF SICK FAMILY MEMBERS**

Н.А. Птицына, Е.К. Маркова
Ивановский государственный университет, г. Иваново
N.A. Ptitsyna, E.K. Marcova
Ivanovo State University, Ivanovo

Рассмотрены актуальные социально-психологические проблемы, возникающие у членов семей в условиях, требующих обеспечения лечения и последующего долговременного ухода за близкими родственниками (изменение режима труда и отдыха; эмоциональное напряжение в отношениях с коллегами по работе; отсутствие комплексной социально-медицинской поддержки), а также охарактеризованы основные модели поведения семей.

The article discusses the current socio-psychological problems that arise for family members in conditions that require treatment and subsequent long-term care for close relatives (changes in work and rest; emotional stress in relationships with colleagues; lack of comprehensive socio-medical support), and also characterized the main patterns of family behavior.

Ключевые слова: проблемы лечения и ухода за больными, модели поведения и ресурсность семьи

Keywords: socio-psychological problems, treatment, patient care, behavior patterns, family resources

Доля людей пожилого возраста в составе населения планеты постоянно возрастает. К 2050 г., согласно отчету «Мировые демографические перспективы: пересмотренное издание 2019 года», каждый шестой человек в мире будет старше 65 лет (16% населения) по сравнению с каждым 11-м в 2019 г. (9% населения) [1]. Изменения в возрастной структуре населения характерны и для нашей страны. Демографические прогнозы не однозначны

[2]. Вместе с тем, по данным Росстата, тенденция увеличения продолжительности жизни россиян сохраняется [3], что обуславливает возрастание доли представителей старших возрастных групп в структуре населения.

В современных условиях интенсивно развивается рынок социально-медицинских услуг для пожилых людей, оказываемых как государственными, так и частными социальными службами (геронтологические центры, гериатрические отделения, услуги сиделок). На обеспечение повышения качества жизни и оказание системной поддержки гражданам старших возрастных групп нацелен Федеральный проект «Старшее поколение» (входящий в национальный проект «Демография») [4]. Однако в настоящее время инфраструктура государственного сектора недостаточно развита, не в полной мере финансируется деятельность социальных служб, а низкий уровень материального дохода значительной доли россиян не позволяет согражданам воспользоваться платными услугами. В этих условиях возрастает роль семьи, которая обеспечивает пожилым людям возможности сохранения здоровья, поддержания активной социальной позиции, а также организации лечения и долговременного ухода в случае болезни.

Повышение качества жизни и увеличение продолжительности жизни пожилых людей в семьях зависит от ресурсности их ближайшего окружения (соматическое и психическое здоровье членов семьи, их нравственно-духовное развитие, материальное благосостояние, социально-экономический статус; социально-психологический климат семьи, включающий семейные традиции; система ценностей и ответственность членов семьи).

Любое заболевание пожилого человека, требующее долговременного ухода, вызывает стресс у всех членов семьи вне зависимости от их включенности в процесс лечения. Готовность взять на себя ответственность по уходу за близким человеком ставит семью перед выбором, поскольку уже в первые дни пребывания пожилого больного в семье коренным образом меняет жизненный уклад домочадцев, сопровождается возникновением целого ряда социально-психологических проблем.

Во-первых, происходит изменение режима труда и отдыха всех членов семьи. Работающие члены семьи, обеспечивающие основной уход за больным человеком, вынуждены менять режим трудовой деятельности и/или ее прекратить. У всех членов семьи появляются дополнительные обязанности (сокращается время для отдыха, хобби, затрудняется возможность осуществления намеченных планов).

Сокращение занятости и/или ее потеря существенно снижают уровень материального дохода семьи. Постоянный рост стоимости лекарственных

препаратов, гигиенических средств, медицинских процедур, применяемых на постоянной основе, вызывает серьезные финансовые трудности у семьи. Однако на финансовую помощь со стороны государства могут рассчитывать только те трудоспособные россияне, которые осуществляют уход за гражданином, достигшим возраста 80 лет (не пенсионеры, не ведущие предпринимательскую деятельность, не получающие пособие по безработице) [5]. Размер ежемесячной компенсации, выплачиваемой ПФР, составляет 1200 рублей, что не позволяет обеспечить достойный уход за пожилым человеком, а тем более оказание материальной поддержки самому ухаживающему. Очевидно, что государство принимает минимальное участие в повышении ресурсности в условиях необходимости долговременного ухода за больным пожилым человеком.

Во-вторых, меняется отношение трудового коллектива к сотруднику, осуществляющему уход за близким родственником. Первоначально человек встречает понимание и сочувствие со стороны коллег. Спустя некоторое время, когда происходит перераспределение функциональных обязанностей отсутствующего сотрудника, в организации меняется эмоциональный фон (у коллег, получивших дополнительную служебную нагрузку, появляется раздражение, злость, обида, ослабевает чувство сострадания). И тогда ухаживающий (даже если это высококвалифицированный сотрудник) занимает в организации положение лузера и оказывается перед выбором: продолжать профессиональную карьеру или заботиться о близком человеке.

В-третьих, болезнь одного человека выступает причиной психологического кризиса для всех членов его семьи. Столкнувшись с необходимостью долговременного ухода за близким родственником, каждый из членов семьи делает свой выбор, который во многом зависит от его ценностных ориентаций и ресурсов (наличие мотивации, желание изменить собственную жизнь, поступившись своими интересами и индивидуальным комфортом ради благополучия близкого человека, объективная оценка и распределение собственных сил и возможностей, состояние собственного здоровья). Особая нагрузка в подобной ситуации ложится на родственника, осуществляющего основной уход за пожилым человеком, поскольку нужно мобилизовать не только самого себя, но и других членов семьи, выступить лидером в организации лечения и ухода, грамотно распределить силы и ресурсы. Большим драматизмом отличается ситуация, когда рядом с больным пожилым человеком остается его ровесник-супруг(а) или дочь (реже сын) – одинокие родители, воспитывающие несовершеннолетних детей.

Следует учитывать и то обстоятельство, что представители поколения Z (или цифровые люди), активно использующие гаджеты, проявляют меньшую

готовность к непосредственному общению с другими людьми, далеко не всегда понимают трудности старшего поколения. Так, «селфимания» не только притупляет эмоциональную чувствительность подростков и молодежи, но и способствует развитию гипертрофированного эгоцентризма. Приведем фрагмент из интервью женщины, ухаживавшей за своей матерью, находящейся на лечении в госпитале после операции (*матери 89 лет, диагноз: перелом шейки бедра*): «Моя мать – очень грузная, весит 116 килограммов, а я – всего 56. Не могу сама ее поднять и перевернуть. Звоню сыну (*мужчине 25, он – отец двух малолетних детей*) и говорю, что очень устала и уже нету сил. От ответа своего «ребенка» я опешила: «А как ты хотела, это же твоя мать...» Выдохнула: «А я чья мать?» (М., 55 лет).

В-четвертых, успешность реабилитации при сомнительном прогнозе (особенно при травмах опорно-двигательного аппарата, а наиболее часто пожилые люди страдают от переломов шейки бедра; полиморбидности) зависит от наличия квалифицированной гериатрической помощи, основанной на комплексном социально-медицинском подходе), а также поддерживающей среды. При потере возможности самообслуживания у пожилого человека возникает потребность в системе долговременного ухода, включающей социальную и медицинскую помощь. В настоящее время органы и учреждения социальной защиты и социального обслуживания населения работают по заявительному принципу, ограничивающему возможности нуждающихся в постороннем уходе, а также оказание помощи семье с больным пожилым человеком. Не редко члены семей с больным человеком не имеют возможности обратиться за помощью в государственные службы, а порой – просто не знают, куда и к кому можно обратиться.

И это далеко не полный перечень социально-психологических проблем, возникающих в семьях с больными пожилыми людьми.

Безусловно, больной пожилой человек, живущий в семье, имеет право на помощь государства. Но следует признать, что в настоящее время возможности получения помощи со стороны государства ограничены, поэтому роль семьи для пожилого человека существенно возрастает.

Обзор специальной литературы, изучение опыта развитых стран позволяет заключить, что старение населения вызвало необходимость пересмотреть не только существующие традиции и практики деятельности профессиональных институтов помощи, но и внесло изменения в систему общественных отношений. В условиях сокращения трудоспособного населения государства изыскивают возможности повышения качества жизни пожилых людей посредством расширения ресурсов семей. Пути разнообразны: от комплексной поддержки больных пожилых людей и строительства

интегрированных жилых кварталов (США, Великобритания и др.) до включения спецкурсов по уходу за пожилыми людьми в образовательные программы школ и университетов (Япония).

В условиях современной России благополучный исход лечения и обеспечение долговременного ухода за пожилым больным человеком напрямую зависит от активной социальной позиции семьи, то есть от тех людей, которые оказываются рядом с пожилым человеком.

Опираясь на эмпирический материал, в отечественной практике можно выделить две основные модели лечения и ухода за пожилым больным человеком: первая – активное включение семьи в процесс лечения и ухода за пожилым больным родственником; вторая – «отстранение» или же «выжидательная» позиция, которую занимают члены семьи в силу разных причин, рассчитывая на специализированные службы (боязнь потерять работу, уход за малолетними детьми, напряженные отношения с больным родственником) или полагаясь на волю случая.

В рамках первой модели отмечается грамотное взаимодействие, мотивация, активная социальная позиция (проявляющаяся в сплочении и стремлении к общей цели – обеспечению условий для лечения и оказания поддержки пожилому человеку), способствующие созданию гармоничных отношений в семье, преодолению трудностей, возникающих в процессе долговременного ухода за близким родственником. Для взрослых членов семьи наличие такого опыта служит в некотором роде «репетицией» собственной старости, а для молодежи – это первый опыт преодоления трудностей другим человеком. В этот момент у семьи может появиться ресурс посредством получения добровольческой помощи со стороны близкого окружения (друзей, знакомых, коллег). Участие окружающих в жизни семьи, находящейся в трудной ситуации, осуществляется посредством оказания добровольной помощи, исключая какие-либо дальнейшие обязательства (по принципу «духовной потребности»). В условиях дефицита времени, большой физической нагрузки, психологического напряжения добровольчество друзей и знакомых оказывает существенную поддержку семье с больным пожилым человеком (присмотреть за больным, чтобы родственники могли посетить поликлинику, аптеку, приобрести продукты, да просто дать возможность выспаться – особенно в тех случаях, когда они круглосуточно дежурят в стационаре). Помощь семье со стороны ближайшего окружения заставляет членов семьи пересмотреть привычные представления, открыть новые достоинства друзей и знакомых, а в конечном счете и укрепить дальнейшие отношения.

К сожалению, вторая модель становится наиболее распространенной. Поместив больного пожилого человека в стационар, родственники появляются

там не часто, а порой – только по настоятельному требованию медицинского персонала. Причины такого отношения к больному пожилому человеку неоднозначны. Наряду с такими, как солидный возраст второго супруга и/или одинокое проживание и отсутствие детей, дети, воспитывающие несовершеннолетних, встречаются и другие причины: нежелание ухаживать за родителями и лишаться индивидуального комфорта, «холодные» эмоциональные отношения с болеющими родственниками, детские обиды и психологические травмы.

Выводы.

1. Лечение и уход за больным пожилым человеком обуславливает изменение жизнедеятельности семьи (семейного уклада, ритма жизни, перераспределение функциональных обязанностей между членами семьи, сокращение времени для отдыха и чаще всего ограничение возможности в полной мере продолжать трудовую деятельность, ухудшение материального благосостояния).

2. Перспектива долговременного ухода за больным обуславливает необходимость мобилизации усилий всех членов семьи, их сближения и сплоченности. Семья становится саморганизованной системой, в структуре которой происходит освоение членами семьи новых ролей и перераспределение функциональной нагрузки. Между членами семьи формируются отношения по принципу командообразования. Согласованные действия членов семьи, направленные на решение проблем лечения и реабилитации больного человека, способствуют успешности процесса выздоровления и повышению качества его жизни.

3. В современных условиях нередко встречается модель «невключенного» поведения членов семьи в ходе организации процесса по лечению и уходу за больным родственником, характеризующаяся отстранением и минимизацией функций по оказанию помощи больному. В связи с этим следует разработать систему мер, направленную на создание поддерживающей среды, необходимой для социализации больного человека, а также повышение ресурсности семьи.

4. Специфика современной демографической ситуации диктует необходимость включения в приоритетные задачи государства расширение доступности социально-медицинских услуг, оказываемых семьям с больными пожилыми людьми на дому. Совместно научным экспертным сообществом, представителями государственных органов и общественных организаций необходимо разработать специальные программы для молодежи, включающие вопросы ухода за больными и их реабилитации.

Список литературы

1. Старение / Организация объединенных наций [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.un.org/ru/sections/issues-depth/ageing/> (дата обращения: 20.08.2019).
2. Демографические прогнозы по России вызвали споры экспертов. От процветания до вымирания [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.mk.ru/economics/2018/07/24/demograficheskie-prognozy-po-rossii-vyzvali-sporu-ekspertov.html> (дата обращения: 7.06.2019).
3. Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни по Российской Федерации. 19.09.2018 [Электронный ресурс]. Режим доступа: Федеральная служба государственной статистики // <https://www.gks.ru/> (дата обращения: 7.06.2019).
4. Федеральный проект «Старшее поколение». Министерство труда и социальной защиты: Официальный сайт [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://rosmintrud.ru/ministry/programms/demography/3> (дата обращения: 20.08.2019).
5. Как оформить компенсационную выплату по уходу за 80-летним пенсионером. Пенсионный Фонд России: Официальный сайт [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.pfrf.ru/> (дата обращения: 20.08.2019).

СЕМЕЙНОЕ НАСИЛИЕ КАК ФАКТОР РИСКА ДЛЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИНЫ FAMILY VIOLENCE AS A RISK FACTOR FOR WOMEN'S REPRODUCTIVE HEALTH

Т.К. Ростовская, Н.А. Безвербная
*Институт социально-политических исследований,
Российская академия наук, г. Москва*
T.K. Rostovskaya, N.A. Bezverbnaya
*The Institute of Socio-Political Research,
The Institution of Russian Academy of Sciences, Moscow*

Насилие в отношении женщин не является новым явлением, равно как и его последствия для физического, психического и репродуктивного здоровья женщин. Новым является растущее признание того, что акты насилия формируют модель поведения, которая нарушает права женщин и девочек, ограничивает их участие в жизни общества, а также наносит ущерб их здоровью и дальнейшему жизненному благополучию. При систематическом изучении данной проблемы становится очевидно, что насилие в отношении женщин является глобальной проблемой общественного здравоохранения, которая затрагивает примерно одну треть женщин во всем мире.

Violence against women is not a new phenomenon, nor is its impact on women's physical, mental and reproductive health. What is new is the growing recognition that acts of violence against women are increasingly shaping behaviours that violate the rights of women and girls, limit their participation in society, and harm their health and further well-being. A systematic study of the problem reveals that violence against women is a global public health problem that affects about one third of women worldwide.

Ключевые слова: семья, социология семьи, межличностные отношения, гендер, конфликты, семейное насилие, здоровьесбережение, репродуктивное здоровье, беременность и роды

Keywords: family, sociology of family, interpersonal relations, gender, conflicts, family violence, health care, reproductive health, pregnancy and childbirth

Бытовое насилие существует во всех культурах, этнических группах, вероисповеданиях, возрастных группах, уровнях образования, доходов. Жертвами бытового насилия могут быть женщины и мужчины, однако в подавляющем большинстве случаев бытовое насилие актуальнее для женщин в качестве жертв, а мужчин – в качестве исполнителей.

Проблема насилия в семье является сравнительно новой социальной проблемой, признанной таковой в западном сообществе в последние три-четыре десятилетия XX в. Первыми о проблеме насилия в семье, прежде всего, над детьми, открыто заявили врачи-рентгенологи – Г. Кемп и его коллеги в 1962 г., опубликовав результаты своего исследования в статье под названием «Синдром избиваемого ребенка» [1]. В 1970-х гг. XX в. внимание не только исследователей, но и всей западной общественности привлекла проблема насилия в семье над женами, которую активно изучали Р.Е. Добаш, Р. Добаш, И. Фриз, К. Йолло, Д. Финкельхор, Дж. Джилс-Симс, Дж. Хоталинг, Д. Шугарман, Л. Уолкер. Некоторые западные исследователи (Р. Берджен, П. Пикок, Д. Рассел) особое внимание уделили проблеме изнасилования в браке [цит. по 2].

Несмотря на то, что насилие в семье является международно признанной проблемой, ряд исследователей выдвигали предположения, которые отдаляли научное сообщество от решения проблем бытового насилия, например, предполагалось, что бытовое насилие является незначительным частным/семейным делом, в которое никто не должен вмешиваться (см., напр.: [Hanmer, 2000]). Многие до сих пор считают, что избивание является редким явлением, поэтому не одобряют внешнего вмешательства. Сформулировались гипотезы, что мужчины от природы агрессивны, а женщины от природы пассивны, насилие оправдывается особенностями «человеческой природы»,

поэтому некоторые исследователи рассматривают насилие как проблему, вызванную стрессом или нищетой, или относящуюся к «низшим классам» (см., напр.: [Berry, 2000]).

Насилие в отношении женщин является одной из самых сложных, противоречивых и латентных проблем в большинстве современных обществ, включая и нашу страну [3]. Российскими учеными тема насилия в отношении женщин разрабатывается три последних десятилетия (см., напр.: [Кочеткова, 1999; Берковиц, 2001; Савкина, 2002; Гарбер, 2008; Забелина, 2008; Калабихина, Козлов, 2009]), однако до сих пор не существует универсального научного представления о том, что считать насилием, отсутствуют четкие критерии, отделяющие насилие от ненасилия. Так, говоря о насилии в отношении женщин, Л. Берковиц пишет, что это вид агрессивного поведения и использования силы для нанесения вреда — от словесных оскорблений и угроз до побоев и изнасилования [цит. по 3]. Особый вклад в исследование проблем семейного насилия внесли российские исследователи такие, как Н.М. Римашевская, С.И. Голод, М. Малышева, С.В. Кочеткова, И.А. Алексеева, И.С. Кон.

Помимо физического, психологического, сексуального, экономического насилия, существуют иные виды насилия в семье: мы считаем, что социально-экономический контроль — одна из форм семейного насилия, под которым понимается не только материальное угнетение, но и контроль за личным пространством одного из супругов, запрет в социализации, подавление личных интересов. Кроме того, вслед за низким уровнем коммуникативной компетенции женщина-жертва семейного насилия привыкает к грубому вербальному общению в семье.

Социологи, демографы, представители общественных организаций, врачи сходятся во мнении, что семейное насилие наносит непоправимый вред здоровью жертвы, особенно репродуктивному — именно в этом фокусе мы исследуем проблему.

Здоровье нации прежде всего определяется здоровьем лиц фертильного возраста, их способностью к воспроизводству потомства и его качества. Именно это обязательное условие развития человеческого общества обусловило необходимость выделения как одной из составляющих здоровья человека понятия «репродуктивное здоровье», которое было введено в 80-е гг. XX века [4]. В соответствии с предложенным ВОЗ в 1994 г. определением репродуктивного здоровья — это состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствия болезней или недугов во всех вопросах, касающихся репродуктивной системы, ее функций и процессов,

включая воспроизводство и гармонию в психоэмоциональных отношениях в семье.

В качестве индикаторов оценки репродуктивного здоровья и репродуктивного поведения можно использовать совокупность показателей, обозначенных, как репродуктивно-демографические [4]. Репродуктивное поведение является центральным звеном в процессе репродукции: с одной стороны, оно определяет состояние репродуктивной системы, с другой – зависит от него, то есть существует классическая причинно-следственная взаимосвязь между этими блоками репродуктивного здоровья. В основе репродуктивного поведения лежат репродуктивная установка и регулирование рождаемости. Репродуктивную установку С.Г. Чудова понимает как направляющий и регулирующий компонент репродуктивного поведения в конкретном социуме. На репродуктивную установку влияет ряд факторов, одним из которых является психологический климат в семье [цит. по 4].

Несмотря на значительный рост исследований по изучению масштабов различных форм насилия в отношении женщин, направленных на изучение воздействия различных форм насилия на здоровье, в том числе и репродуктивное, не так много. Проанализируем потенциальные последствия для здоровья пострадавших от насилия, включая нарушения в сфере физического, сексуального, репродуктивного и психического здоровья.

В широком смысле можно отметить прямой и косвенный пути насилия, наносящие вред здоровью. Прямой путь насилия приводит к ранениям, инвалидности, смерти; косвенный – к многочисленным проблемам, включая сферы психологического и репродуктивного здоровья.

В нашем исследовании представлены убедительные данные о лежащих в основе биологических (физиологических) механизмов связи между воздействием насилия и различными неблагоприятными последствиями для здоровья посредством сложных и взаимосвязанных нейронных, нейроэндокринных и иммунных реакций на острый и хронический стресс [5; 6].

Например, по данным отчетов ВОЗ, при длительном или остром стрессе такие области мозга, как гиппокамп, миндалина и префронтальная зона коры претерпевают структурные изменения, которые влияют на психическое здоровье и когнитивное функционирование, приводящие к психическим расстройствам, соматоформным расстройствам или хроническим заболеваниям, а также другим негативным физическим состояниям [5; 6].

В ответ на стресс иммунная система может «дать сбой» в системе работы, усугубляя распространение рака и вирусных инфекций. Устойчивые и острые повышенные уровни стресса являются причиной сердечно-сосудистых заболеваний, гипертонии, желудочно-кишечных расстройств, хронической боли

и становятся триггером развития инсулинозависимого диабета. Далее, низкий вес новорожденных связывают со стрессом матери во время вынашивания, так как повышение уровня кортизола приводит к сужению кровеносных сосудов, ограничивая приток крови к матке. Кроме того, гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковый ответ может вызвать преждевременные роды посредством сокращения гладко-мышечной ткани матки [5; 6].

Жестокое обращение по отношению к партнеру часто сопровождается страхом и контролем поведения, поэтому не удивительно, что женщины в этих отношениях имеют проблемы в сфере репродуктивного здоровья. Высокие показатели неблагоприятной репродуктивной функции могут быть объяснены прямыми последствиями сексуального насилия, принуждения [7].

В результате женщины в угнетаемых отношениях имеют больше незапланированных беременностей, чем другие. По оценкам, 80 миллионов непреднамеренных беременностей каждый год в половине случаев прекращаются посредством искусственного прерывания беременности. Кроме того, незаконные и небезопасные аборты подвергают женскую репродуктивную систему огромному риску [5; 6; 7].

Ряд исследований подтверждают гипотезу о том, что более высокие показатели индуцированных абортов среди женщин с анамнезом «насилие со стороны партнера» последовательно встречаются в различных странах и различных слоях населения [4; 5].

Во всем мире 35,6% населения столкнулись с сексуальным насилием со стороны партнера. Почти треть опрошенных женщин испытывали физические и/или сексуальные насильственные действия со стороны интимного партнера и 7,2% взрослых женщины подвергались сексуальному насилию со стороны непартнера. Некоторые женщины испытали и то, и другое [5; 6; 7].

Основные выводы о последствиях для физического и психического здоровья переживших сексуальное насилие можно квалифицировать следующим образом:

- во всем мире 38% убийств женщин совершены сожителями либо мужьями;
- 42% женщин, которые испытали физическое и/или сексуальное насилие со стороны партнера, получили травмы и увечья;
- женщины, пережившие насилие со стороны партнера, имеют высокие риски в отношении репродуктивного здоровья по сравнению с теми женщинами, у которых не было подобного опыта, например:
 - на 16% возрастает риск иметь ребенка с низким весом при рождении;
 - в два раза возрастает опасность искусственного аборта;

– в два раза повышается уровень депрессивного состояния [6].

Женщины, живущие с партнером, применяющим насилие, с трудом могут защитить себя от нежелательной беременности или болезней. Насилие может вести к нежелательной беременности или заражению болезнями, передаваемыми половым путем, включая ВИЧ-инфекцию, непосредственно – в результате принудительного секса или косвенно, когда женщине не позволяют применять противозачаточные средства.

Насилие может иметь место также во время беременности с последствиями не только для женщины, но и для развивающегося плода. Исследования населения в Канаде, Чили, Египте и Никарагуа [5; 6] выявили, что 6-15% когда-либо имевших партнера женщин подвергались физическому или сексуальному жестокому обращению во время беременности, обычно со стороны своего партнера. Насилие в период беременности может иметь такие последствия, как выкидыш, рождение мертвого ребенка, преждевременные роды, травма плода, низкий вес ребенка при рождении (главная причина смертности среди новорожденных в развивающихся странах) [6; 7;].

Представленные данные свидетельствуют о том, что насилие является одним из основных факторов, влияющих на здоровье и благополучие женщин. К сожалению, насилие в отношении женщин – тот социальный механизм, с помощью которого мужчины подчиняют женщин своей воле. На наш взгляд, преобразование культурной, социальной и правовой среды способно в долгосрочной перспективе расширить права и возможности женщин, что приведет к уменьшению насильственных действий над женщинами в семьях.

Список литературы

1. Kempe C.H., Silverman F.N., Steele B.F., Droegemueller W., Silver H.K. The battered child syndrome // Journal of the American Medical Association. 1962. №181. P. 17-24.
2. Ростовская Т.К., Безвербная Н.А. Теоретические подходы к изучению гендерного насилия // Национальные демографические приоритеты: новые подходы, тенденции / Под редакцией Рязанцева С.В., Ростовской Т.К.. Москва, 2019. С. 306-311.
3. Ростовская Т.К., Калиев Т.Б., Завьялова Н.Б., Безвербный В.А. Профилактика насилия как фактор безопасности семьи: российский и казахстанский опыт // Женщина в российском обществе. 2018. № 1 (86). С. 78-88.
4. Кесаева Р.Э. Семья и медицина: монография / Р.Э. Кесаева; М-во образования и науки Российской Федерации, Агентство по образованию Российской Федерации, Северо-Осетинский гос. ун-т им. К.Л. Хетагурова. Владикавказ: Изд-во Северо-Осетинского гос. ун-та, 2006. 350 с.

5. Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире / Под ред. Этьенна Г. Круга и др. / Пер. с англ. М: Издательство «Весь Мир», 2003. 376 с. ISBN 5С7777С0225С2.

6. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf;jsessionid=F8EFAAF445192C51AB0FE6D83843E16E?sequence=1.

7. Heise L.L., Ellsberg M., Gottemoeller M. Ending violence against women. Baltimore, MD, Johns Hopkins University School of Public Health, Center for Communications Programs, 1999 (Population Reports, Series L, No. 11).

**ЗНАЧЕНИЕ САМОСОХРАНИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ СЕМЬИ
ДЛЯ ОБЩЕСТВА И ЛИЧНОСТИ**
**THE IMPORTANCE OF THE FAMILY'S SELF-PRESERVATION
FUNCTION FOR SOCIETY AND THE INDIVIDUAL**

Л.И. Савинов

Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева, г. Саранск

L.I. Savinov

Ogarev Mordovia State University, Saransk

Раскрывается понятийно-категориальное содержание самосохранительной функции семьи. На основе исторических и научных данных анализируется значимость этой функции для общества и личности, отмечены тенденции и проблемы её реализации.

The article reveals the conceptual and categorical content of the self-preservation function of the family. On the basis of historical and scientific data, the significance of this function for society and the individual is analyzed, trends and problems of its implementation are noted.

Ключевые слова: семья, самосохранение, функция, социокультура, общество, личность, значение, изменения

Keywords: family, self-preservation, function, socioculture, society, personality, meaning, changes

Термин самосохранения семьи и тем более термин самосохранительная функция семьи нельзя отнести к наиболее широко используемым понятиям в социологии семьи. С одной стороны, это вызывает удивление, поскольку любое человеческое общество основывается на наличии семьи и непрерывающийся процесс её жизнедеятельного воспроизводства, одновременно воспроизводит и само общество. Любому живому сообществу самосохранительная функция присуща инстинктивно. Общеизвестна и социально-биологическая сущность

термина как социокультурная ценность, выраженная в индивидуально-общественной значимости сохранения себя и своей семьи. В.И. Даль понимал под этим понятием «сохранять, сохранить что, сберечь, соблюдать, хранить, беречь, блюсти, держать в целости; схоронить, спрятать надежно [1, с. 254]. Практически аналогичное понимание данного понятия имеется у С.И. Ожегова «сохранить – сберечь, не дать кому-чему-н. пропасть, погибнуть, или потерпеть ущерб» ... «сохранно – В целости, без порчи» [2, с. 692].

С другой стороны, нельзя не высказать восхищение кафедрой общей социологии и социальной работы ННГУ за глубину понимания семейно-демографической ситуации, сложившейся в современной России. Профессор З.Х. Саралиева и её ученики нашли путеводную нить благодаря которой наше общество способно выйти из демографической ямы. Здоровьесберегающее поведение в целом и самосохранительная функция семьи – это та надежда, тот путь, тот сущностно-рациональный вариант деятельности, которой поможет решить проблему «сбережения народа». Весьма полезно ученым, да и не только ученым, дать объективный ответ на вопрос, «Как и почему наше общество дошло до такого тупика, что в очередной раз в истории России, ради спасения народа, наше отечество должно в первую очередь надеяться на глубоко внутренние народные силы, направленные на его сохранение, надеясь на самосохранительную функцию». Самосохранительная функция семьи в своих реалиях относится к самопроизвольным изменениям, к самозащитному поведению, и по своей сущности рассматривается в относительном противопоставлении тем изменениям, которые происходят под влиянием внешних по отношению к семье факторов, преимущественно связанных с семейно-демографической политикой государства.

Самосохранительная функция семьи включает в себя сохранение семьи, её целостности собственными усилиями и способами; самосохраняя семью, её общение и её единство каждый член семьи одновременно самосохраняет и себя, и других близких ему людей.

Реальное проявление самосохранительной функции семьи способствует понять её сущностное предназначение. Спасение детей, женщин, родительского дома от врагов отечества, от террористов, во время природных и техногенных катаклизмов неоднократно происходило в наших родных краях. Тяжелые болезни детей и родителей, сестер и братьев, смерть близких людей оставляют живых с глубокими потрясениями и социально-психологическими последствиями. Не проходит бесследно процесс распада семьи. Суть глубины переживаний выразил П.Б. Шелли в словах «Рознь любивших бездонна» [3, с. 109]. Как глубину единения возлюбленных, матери и её ребенка, так и пропасть, наполненная страданиями и обидами при утратах детей, родителей, любимых, научными

методами не измерить. В качестве подтверждения приведём слова Расула Гамзатова «Не знает распродажи и уценки тобою унесенная любовь». Миграции населения и смена гражданства открывают и другие причины, актуализирующие значение самосохранительной функции семьи для общества и личности.

В истории человечества самосохранительная функция семьи путем трансляции новому поколению становится завершённой, и тем самым её функциональные обязанности характеризуются результативной полнотой. Конкретно на данную общечеловеческую значимость указывали представители феноменологической социологии П. Бергер и Т. Лукман: «лишь с передачей социального мира новому поколению (т.е. интернационализацией его в процессе социализации) фундаментальная социальная диалектика приобретает завершённость» [4, с. 102-103]. В качестве усиления разнообразия аргументации основной функциональной цели самосохранительной функции семьи, состоящей в сохранении и передаче жизни следующему поколению, приведем слова Джека Лондона (Джерри островитянин): «Но одно мы знаем, ты и я, племя живёт, племя никогда не умирает. Поэтому, если есть вообще какой-нибудь смысл в нашей жизни, мы должны делать племя сильным. Твой долг перед племенем не выполнен. Ты должен жениться, чтобы твоя ловкость и отвага остались после тебя.

Если и сойдешь с ума, что за беда, раз семья твое не погибнет. За жён я заплачу отцам и пришлю тебе их через три дня. Не забудь, что тебя бы вовсе не было, если бы не те, жившие до тебя, и давно уже пребывающие во мраке, кто трудился для того, чтобы племя могло жить и чтобы ты мог существовать. Ты существуешь. Они уплатили за тебя цену. Это твой долг. Ты вошёл в жизнь, неся на себе этот долг. Ты уплатишь долг прежде, чем уйдешь из жизни. Таков закон. Это справедливо» [5, с. 142-143].

Платон в своих законах тоже уделял внимание социозащитной функции семьи. В простом законе о браке он настаивал на том, что всем надлежит жениться, начиная с тридцати лет до тридцати пяти, и кто этого не сделает, тот будет присужден к пене и лишению гражданских прав в той или иной степени. А в законе, основанном на двойном способе, кроме выше отмеченного простого закона ещё, указывал следующее ... «человеческий род по природе своей причастен бессмертию, всяческое стремление к которому врожденно каждому человеку. Именно это заставляет стремиться к славе и к тому, чтобы могила твоя не была безымянной. Ведь род человеческий тесно слит с совокупным временем; он следует за ним и будет следовать на всем его протяжении. Таким-то образом род человеческий бессмертен, ибо, оставляя по себе детей и внуков, род человеческий благодаря таким порождениям остается вечно тождественным и причастным бессмертия» [6, с. 195].

Значение самосохранительной функции семьи для общества и личности наряду с близкими целями имеют и различия. Каждому человеку дано право самостоятельно принимать решения, самостоятельно действовать в процессе поддержания и улучшения своей жизни и жизни всей семьи. Однако при реализации самосохранительной функции индивид не абсолютно свободен. Реальное самосохранительное поведение может быть самодвижением, поведение может быть самопроизвольным или самоосознанным, а нередко и самоприспособленным. Оно может быть внутрисемейным, выполнять внутригрупповую роль, поскольку данное поведение ожидается семьей. Например, муж-отец должен выполнять роль защитника своей жены-супруги или отец защищать своих детей и всю семью в целом. Женщина-мать является по З. Фрейду, первой защитой от страха (у ребенка).

Индивидуальное поведение – это поведение члена семьи, которое он ожидает от самого себя, при этом выполняя индивидуальную роль, реализуя инстинкт самосохранения. Стремление сохранить жизнь, обезопасить себя от бед, остановить себя от преступлений и гибели – данные характеристики свойственны каждому человеку. В то же время случаются обстоятельства, которые ожидают от члена семьи выполнения такой индивидуальной роли, за которой следует самопожертвование. Пожертвовать своими личными интересами и даже своей жизнью ради сохранения семьи или отдельного её индивида. Социальная практика и вся социокультура в целом не только имеют в случаях самопожертвования разнообразные факты и обстоятельства, но и в целом относятся с пониманием и даже с одобрением подобного поведения личности.

Результаты самосохранительной функции семьи имеют не только личностно-индивидуальное значение. Естественно, от них зависит социальный институт семьи, сплоченность супружества и родительства. Достичь успеха в браке, сохранить семью и семейные взаимоотношения – это важная социальная проблема для социокультуры в целом. Успех определяется действием как внешних, так и внутренних сил. Идеал «семья – да будет дом Божий» [7, с. 449] в современных условиях крайне сложно достичь. От биологической эволюции, по мнению А.А. Зиновьева, люди унаследовали законы экзистенциального эгоизма. «Согласно этим законам, определяющими факторами поведения людей являются их личные интересы и интересы биологически близких сородичей... В совместную жизнь в человекине люди включаются с этим принципом... Поступки разнообразны... Но суть их всегда одна: осознанной эгоистический интерес человека. И от этого людей избавить невозможно» [8, с. 88-89].

В современной отечественной социологии проблемам сохранения брака и распространяющегося антагонизма в отношениях между супругами уделяется

постоянное внимание. В качестве примера приведем результаты многолетних социологических исследований, проведенных кафедрой общей социологии и социальной работы ННГУ им. Н.Н. Лобачевского по семейной тематике. З.Х. Саралиева предложила следующую типологизацию родительства: «формальное, безответственное, нарушенное, вынужденное, замещающее, нежеланное, нерезидентное, разделенное, суррогатное, успешное» [9]. В концепции государственной семейной политики Российской Федерации на период до 2025 г. (2014 г.) речь идёт о добросовестных родителях» [10, с. 84]. Как говорится, факты сами говорят за себя, в том числе и в сравнительном плане. Разделяя позиции и выявленные факты ученых о результативности самосохранительной функции семьи, мы, во-первых, отмечаем, что «происходит рассеивание «семейной групповой сплоченности по поколениям, по индивидам, по обстоятельствам и случайностям. Целое теряется в частях. Аспекты семейной групповой сплоченности обособляются в «человеческой повседневности» [11, с. 60]. Во-вторых, вне всякого сомнения, область и значение современной самосохранительной функции семьи для общества и личности не покрывает всей совокупности её социально-исторического опыта.

В-третьих, результаты и способы реализации самосохранительной функции семьи обладают социокультурной преемственностью, сегодня существует востребованность выработки объективного и бережного отношения к осмыслению опыта жизнедеятельности семей предыдущих поколений; структуры власти, экономики, управления и институты защиты семьи и детства далеко не всегда замечают пути совершенствования как самой самосохранительной функции семьи в целом, так и базовых её основ.

Список литературы

1. Даль Владимир. Толковый словарь живого великорусского языка: В 4 т. М.: Рус. Яз, 2000. 688 с.
2. Ожегов С.И. Словарь русского языка. М.: «Русский язык». 1975. 846 с.
3. Шелли П. Б. Строки (разобьется лампада) // Сборник. Избранные произведения. Стихотворения. Поэмы. Драмы. Философские этюды. М.: Изд-во «Рипол Классик», 1998-800 с.
4. Бергер П., Лукман Т. Социальное конструирование реальности. Трактат по социологии знания. М.: Медиум, 1995. 323 с.
5. Джек Лондон «Собр. соч. в 13 т. М.: Т.13. Изд-во «Правда», 1976.
6. Платон. Соч. в 3 т./ Под общ. ред. А.Ф. Лосева и В.Ф. Асмуса. Т. 2,3,4. М.: «Мысль», 1972. 678 с.
7. Розанов В.В. Уединение. М.: Политиздат, 1990. 543 с.
8. Зиновьев А.А. Логическая социология. 2-е изд., испр. и доп. М.: Изд-во Моск. гум. ун-т, 2003. 400 с.

9. Саралиева З.Х. Субинститут родительства в современных семейных системах // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия: Социальные науки. 2014. № 2 (34). С. 118-123.

10. Жизненные миры современной российской семьи: монография / З.Х. Саралиева, В.А. Блонин, Н.Ю. Егорова [и др.] – Н. Новгород. Изд-во ННГУ, 2015. 264 с.

11. Савинов Л.И. Социокультурная детерминация процессов становления и изменения социальной сплоченности // Социальная сплоченность как историческая и практическая проблема России в современных условиях. Монография / Под ред. П.Д. Павленка, Т.М. Мозговой. – 2-е изд. М.: ИНФА-М, 2016. 233 с.

**СОЦИАЛЬНОЕ САМОЧУВСТВИЕ СЕМЬИ –
ПОКАЗАТЕЛЬ ЕЁ СОЦИАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ**
**SOCIAL WELL-BEING OF THE FAMILY –
AN INDICATOR OF ITS SOCIAL HEALTH**

В.Н. Стегний

*Пермский национальный исследовательский
политехнический университет, г. Пермь*

V.N. Stegny

Perm National Research Polytechnic University, Perm

Рассматривается социальное самочувствие семьи как показатель ее социального здоровья, роль семьи как высшей ценности личности российского общества, изменение ее статуса, функций.

Выделены объективные и субъективные факторы, влияющие на социальное самочувствие семьи. Указана зависимость между уровнем социального самочувствия, комфорта в семье и ее прочностью.

The social well-being of the family is considered as an indicator of its social health, the role of the family as the highest value of the personality of the Russian society, the change of its status and functions.

The objective and subjective factors influencing social well-being of a family are allocated. The dependence between the level of social well-being, comfort in the family and its strength is indicated.

Ключевые слова: семья как социальный институт, социальное самочувствие, социальное здоровье семьи

Keywords: family as a social institution, social well-being, social health of the family

Семья как основополагающая группа общества на всех этапах развития российского общества является фундаментальной, базовой ценностью

личности. В сравнении с другими ценностями она прочно находится на первом месте в ранжированном ряду и ее указывают от 70 до 80% опрошенных респондентов [1, с. 30-31]. При этом следует отметить, что семья как основная социальная ценность отмечается даже молодежью, которая еще не создала свою семью [2, с. 119].

Являясь социальной группой, семья одновременно является и социальным институтом, а все социальные институты выполняют в обществе функцию социальной защиты личности. Современное российское общество – общество социально ориентированное, месту и роли семьи в нем придается особое, высшее значение. Семья – это социальный тыл личности, где она получает первичную социализацию, опираясь на нее, школа занимается ее профессиональной социализацией.

Одним из основополагающих показателей прочности семьи является ее социальное самочувствие, в основе чего лежит социальное здоровье семьи, социальное здоровье человека, социальный комфорт в семье.

Во многом в зависимости от отсутствия или недостатка этих показателей в современной семье стали наиболее острыми такие проблемы: более половины браков после заключения в течение пяти лет распадаются; около 600 тысяч детей при живых родителях воспитываются в неродных семьях и детских домах; отказ родителей от своих детей; высокая детская смертность, особенно младенческая, и у юношей в возрасте от 14 до 26 лет; рождение большого количества больных детей; детская преступность; рост суицида; сокращение количества детей в семье; короткая продолжительность жизни, особенно у мужчин. В результате – большая диспропорция в обществе между мужчинами (их 66 млн.) и женщинами (их 77 млн.) [3, с. 85-99].

Эти проблемы и ряд других влияют на социальное самочувствие и социальное здоровье семьи, хотя они, прежде всего, зависят от множества факторов:

- финансово-экономического самочувствия;
- жилищно-бытового самочувствия;
- транспортно-коммуникативного самочувствия;
- образовательно-воспитательного самочувствия;
- физического самочувствия;
- медицинского самочувствия;
- социально-психологического самочувствия;
- морального самочувствия;
- культурного самочувствия;
- межличностного самочувствия.

Данные факторы самочувствия определяют состояние социального здоровья семьи в современном обществе. Его укрепление направлено на сохранение жизни человека, а это высшая его ценность.

Опрос студентов [4] позволил выявить следующий ранжированный ряд факторов, которыми руководствуется молодежь при определении количества детей в семье в будущем и создания в ней комфортной среды:

I место – супружеские, внутрисемейные отношения (любовь, взаимопонимание в семье, общность ценностей, интересов, взглядов супругов);

II место – жилищно-бытовые условия, материальное положение;

III место – любовь к детям, желание их иметь, возиться с ними, разговаривать, играть, общаться;

IV место – наличие свободного времени для воспитания детей, общение внутри семьи;

V место – физическое, психическое, нравственное здоровье всех членов семьи;

VI место – отношение к семье со стороны общества, государства.

Прослеживается прямая зависимость количества желаемых детей, прочности семьи не только от уровня жизни населения, но и от социального самочувствия семьи, комфортной среды в ней. Это очень важно для современного российского общества в связи с принятием 12 национальных проектов, где четко обозначено, что самоцелью развития общества является рост численности населения. Главным из этих проектов является программа «Демография», на которую должны работать все основные сферы жизнедеятельности общества, национальные проекты.

Естественный прирост населения идет в основном двумя путями:

а) увеличение рождаемости;

б) забота о жизни человека, семьи (снижение уровня смертности, увеличение продолжительности жизни, забота о сохранении здоровья, особая помощь людям, имеющим проблемы со здоровьем) [5, с. 13-17].

В такой ситуации меняется статус семьи в обществе. Возрастает роль ее самосохранительной функции, продолжения рода человеческого, физического и духовного воспроизводства человека как объекта помощи и субъекта самопомощи в практике лечения и ухода за больными членами семьи. Роль здоровьесбережения возрастает и становится одной из основных потребностей развития современного российского общества.

Список литературы

1. Стегний В.Н. Осознание личностью своего социального будущего: Монография / В.Н. Стегний. Изд. 3-е, стереотип. Пермь: Изд-во Перм. нац. исслед. политехн. ун-та, 2013. 152 с.
2. Молодежь индустриальных регионов России: образ социального будущего и инновационный потенциал: Монография (Я.В. Дидковская, Л.Н. Банникова, Л.Н. Боронина, Ю.В. Вишневецкий и др.); под общ. ред. проф. Я.В. Дидковской, ст.преп. Д.В. Трынова. Екатеринбург: Изд-во Урал.ун-та, 2018. 215 с.
3. Российский статистический ежегодник. 2013: стат.сб. / Федер. Служба гос. статистика. М., 2013. 717 с.
4. Социологическое исследование проводилось среди студентов Пермского национального исследовательского политехнического университета в 2015 году, опрошено 1370 человек.
5. Стегний В.Н. Прогнозирование модели социально-экономического развития страны, территории // Вестник Пермского национального исследовательского политехнического университета. Социально-экономические науки. 2018. № 1. С. 8-22.

ВЫСТУПЛЕНИЯ

РОЛЬ ЖУРНАЛОВ ДЛЯ СЕМЕЙНОГО ЧТЕНИЯ В СОХРАНЕНИИ ДУХОВНОЙ КУЛЬТУРЫ СЕМЬИ THE ROLE OF FAMILY READING JOURNALS IN PRESERVING INNER FAMILY CULTURE

Н.О. Автаева
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*
N.O. Avtaeva
Lobachevsky University

Трансформация института семьи, изменение традиционных внутри-семейных ролей приводит к значительному усложнению внутрисемейных коммуникаций. Сохранить духовную культуру семьи, сформировать семейные традиции поможет семейное чтение. Журналы для семейного чтения, как показывает история нашей страны, способствуют не только развитию личностного и общественного в человеке, но и укрепляют семью как социальную общность.

The transformation of the family institution and changes in traditional family roles complicate communication in the family. Family reading helps to preserve the

spiritual culture of the family, to form family traditions. In the history of our country, family reading magazines developed and socialized a person, strengthened the family as a social community.

Ключевые слова: семейное чтение, трансформация института семьи, журналы для семейного чтения, духовная культура

Keywords: family reading, transformation of the institution of the family, magazines for family reading, spiritual culture

Традиции семейного чтения в России сложились несколько веков назад. Показательным принято считать тот образец книжной культуры, который сформировался в дворянских семьях конца XVIII – середине XIX веков. Чтение в кругу семьи являлось инструментом социализации молодого поколения, налаживания и укрепления внутрисемейных коммуникаций, источником формирования духовной культуры семьи.

Отражение данной тенденции можно видеть в произведениях таких русских классиков, как Л.Н. Толстой, А.П. Чехов, Н.С. Лесков, И.А. Бунин, А.И. Куприн. Они передавали удивительную атмосферу вечерних семейных чтений, когда члены семьи собирались вместе и знакомились с новинками художественных произведений, размещенными в литературных журналах, а также с традиционной прозой и поэзией, хранившейся в домашней библиотеке.

Начиная с 30-х годов XIX века в России активно развивался сегмент журнального рынка, который принято обозначать как издания «для семейного чтения». Еженедельники семейного подтипа отличались широтой тематического охвата, поскольку на их страницах освещались события из разных сфер, они были ориентированы «на обывательскую, мещанскую аудиторию, но наиболее удачливые из них достигли огромных тиражей, проникая во все сословия общества – от крестьянства до высшего дворянства» [1, с. 16].

Наиболее известным журналом для семейного чтения, который в будущем определил концепцию изданий данного типа, принято считать «Ниву» А.Ф. Маркса. Примечательно, что именно в этом издании в 1904 г. были обозначены функциональные отличия журналов для семейного чтения: «идеал, который преследует семейный журнал, сознающий все значение своей просветительской миссии, заключается в том, чтобы заурядная семья, более или менее поглощенная житейскими заботами и добыванием насущного хлеба и, следовательно, не имеющая возможности уделять много времени и средств на чисто культурные цели, выбрав себе один орган общения с отечественной и мировой жизнью, находила в нем настолько солидную пищу, чтобы не отошкать, от современности не отстать и в то же время не терять и понимания вечных

начал этики и красоты. В духовном бытии человека преобладают два элемента – любознательность и чувство или на простом языке – «ум и сердце». Семейный журнал должен с обоими ровно считаться, удовлетворять первую своим фактическим и научным содержанием, второе – хорошей беллетристикой <...> Хорош тот семейный журнал, в котором каждый находит «свое» и в то же время расширяет свой кругозор, область того, что возбуждает его любопытство и участие» [2].

Впоследствии программные принципы, которые составляли основу журнала, были распространены и на другие издания для семейного чтения, эти принципы: демократичность, энциклопедичность, тематическое разнообразие материалов, занимательность, иллюстративность и познавательность. К журналам для семейного чтения можно отнести «Библиотеку для чтения» А.Ф. Смирдина, «Семейный круг» А. Станюковича, «Север» И.Д. Сытина, «Семейные вечера» М.Ф. Ростовской и В.Н. Майкова.

Необходимо отметить и еще один сегмент отечественной журналистики, который способствовал сохранению внутрисемейных коммуникаций, культуры семьи – это детская периодика, например, в конце XVIII – середине XIX веков выходят журналы «Детское чтение для сердца и разума» Н.И. Новикова, «Друг юношества и всяких лет» М.И. Невзорова, «Новое детское чтение» С.Н. Глинки, «Звездочка» и «Лучи» А.О. Ишимовой, «Библиотека для воспитания» А.И. Семена, «Задушевное слово» М.О. Вольфа. Данные издания также можно считать сохраняющими традицию семейного чтения, так как с содержанием журналов знакомили подрастающее поколение преимущественно взрослые. Такая периодика во многом походила на издания для взрослых, так как в журналах преобладали художественные тексты – поэзия и проза, издания отличались поучительностью и энциклопедичностью.

Чтение вслух в кругу семьи – важная форма коммуникации, она отличается существенным воздействием на младшее поколение в психологическом, духовном плане, помогает развиваться и усваивать основы общественных отношений, нравственности и культуры. Содержание прочитанного находило отражение в форме совместных дискуссий, обсуждений, что также помогало наладить общение внутри семьи, объединить ее членов.

В начале XXI века педагоги и социологи, обращаясь к проблемам трансформации семьи как социального института, выявляя существенные изменения внутрисемейных ролей и традиций, заговорили о необходимости возрождения семейного чтения как инструмента поддержания коммуникации, создания позитивного микроклимата в семье. Но можно говорить и о сложившихся сегодня проблемах, которые связаны с возрождением практики

семейного чтения. Прежде всего, исследователи [3] отмечают терминологическую неопределенность понятия «издания для семейного чтения», что связано с изменениями, которые произошли на рынке отечественной периодики. Детские журналы, ранее входившие в сегмент изданий для семейного чтения, сегодня отличаются излишней визуализацией контента, сокращением печатного текста, внедрением игровых элементов и интерактива. Дети могут ознакомиться с контентом подобных изданий, не прибегая к помощи взрослых членов семьи. Кроме того, с ростом наименований детских журналов парадоксальным образом сокращается их аудитория – дети все чаще обращаются к контенту телевидения и Интернета, пренебрегая печатной периодикой.

Сегодня в категорию «изданий для семейного чтения» все чаще попадают книги и сборники литературно-художественной направленности, предназначенные для чтения взрослыми детям: преимущественно это произведения для дошкольников и детей младшего школьного возраста, реже – для совместного чтения родителей и подростков. К сожалению, все меньше книг с маркировкой «для всей семьи» издатели относят к категории изданий для семейного чтения.

Схожая ситуация наблюдается и на рынке отечественной периодики. «В последнее время на рынке печатной продукции в сегменте «издания для всей семьи» можно наблюдать несколько интересных тенденций. С одной стороны, семейные издания в понимании, привычном для большинства россиян, практически исчезли. С другой стороны, все большее количество печатных изданий используют для привлечения внимания слоган «журнал/газета для всей семьи», но зачастую издание является узкоспециализированным и ориентированным не на широкий круг читателей, а на вполне определенную аудиторию» [4].

Заполнить нишу периодических изданий для семейного чтения стремится профессиональная периодика, которая выпускает издательскую продукцию, ориентированную на традиции дореволюционной журналистики. Например, «Наш Семейный журнал» – издание для семейного чтения, учредителями которого являются Симбирский центр православной культуры, Союз православных женщин и Женский монастырь Архангела Михаила. Или литературный журнал для семейного чтения «Иван-да-Марья», учредителем является некоммерческое партнёрство «Православное издательско-просветительское объединение «Светоч».

Наряду с этим заявляют о себе как об изданиях для семейного чтения литературно-художественные журналы, в которых публикуются начинающие авторы. К ним можно отнести литературно-художественный иллюстри-

рованный журнал для семейного чтения «Светоч» «Издательского Дома Николаевых», журнал для семейного чтения «Сибирская горница», учрежденный Новосибирской писательской организацией и Литфондом Союза писателей России.

Семья как социальный институт продолжает реализовывать важнейшие функции, в том числе и передачу традиций от поколения к поколению, социализацию детей и подростков, организацию досуговой деятельности. Семейное чтение – это тот инструмент, который может способствовать реализации обозначенных функций; наряду с этим оно духовно обогащает личность, развивает творческий потенциал взрослых и детей, способствует налаживанию внутрисемейного общения. Периодика для чтения в кругу семьи может и должна способствовать сохранению традиции семейного чтения, способствовать налаживанию диалога внутри семьи, поскольку духовная культура семьи рассматривается обществом как социальная ценность.

Список литературы

1. Воронкевич А.С. Иллюстративные еженедельники в России (1808-1904 гг.) / А.С. Воронкевич. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1985.
2. Махонина С.Я. История русской журналистики начала XX века / С.Я. Махонина. М.: Флинта: Наука, 2004.
3. Никкарева Е.В. Издание для семейного чтения в системе социальной коммуникации / Е.В. Никкарева [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://yspu.org/images/a/a8/NikkarevaYeV.pdf>. – Дата обращения: 27.06.2019.
4. Мотовилова А. Мама, папа, я – читающая семья: обзор семейных печатных изданий / А. Мотовилова [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.nakanune.ru/articles/13193/>. – Дата обращения: 27.06.2019.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ КАК УСЛОВИЕ ДОЛГОЛЕТИЯ ПОЖИЛЫХ СЕМЕЙ HEALTHY LIFESTYLE AS A CONDITION FOR THE LONGEVITY OF OLDER FAMILIES

К.Д. Барашкова
*Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Амосова,
г. Якутск, Республика Саха (Якутия)*
K.D. Barashkova
North-Eastern Federal University in Yakutsk, Republic of Sakha (Yakutia)

Представлены некоторые результаты исследования пожилых семей. Основные аспекты сохранения долголетия пожилых семей включают в себя

соблюдение и профилактика здорового образа жизни, режим питания, употребление традиционных якутских блюд, внимание и забота друг о друге.

The article presents some results of the study of elderly families. The main aspects of preserving the longevity of elderly families include the observance and prevention of a healthy lifestyle, diet, the use of traditional Yakut dishes, attention and care for each other.

Ключевые слова: пожилая семья, здоровый образ жизни, семейные ценности, сохранение долголетия, правильное питание

Keywords: elderly family, healthy lifestyle, family values, preservation of longevity, proper nutrition

Интерес к пожилым семьям в современных условиях обусловлен тем, что семья является наиболее динамичной частью взаимоотношений и взаимодействия общества и личности. Семья, и в первую очередь пожилая, обладает неоценимым опытом выживания в трансформационных условиях, опирается на собственные механизмы регулирования и самоорганизации. Современная ситуация выявляет высокую социальную значимость исследования институциональных изменений структуры, норм, ценностей, адаптации пожилой семьи к новым условиям в России [1].

Тема исследования является весьма актуальной и практически значимой также с точки зрения разработки и проведения успешной национальной государственной социальной и семейной политики в современной России.

Объектом нашего исследования выступили пожилые семьи Республики Саха (Якутия), совместно прожившие 50 и более лет.

Социологическое исследование проведено с ноября 2018 г. по февраль 2019 г., в интервью приняли участие 23 пожилые семьи. Из 23 опрошенных респондентов 9 пожилых семейных пар проживают в городах республики – в Якутске и Среднеколымске (39.2%), 14 семейных пожилых пар (60.8%) проживают в сельской местности, из них в Чурапчинском улусе – 4 семьи (17.3%), в Момском районе – 5 семей (21.7%), в Усть-Алданском районе – 1 семья (4.3%), в Таттинском улусе – 1 семья (4.3%), в селе Тулагино – 3 семьи (13%).

Возраст мужей пожилых семей составляет от 71 до 96 лет. Среди жен преобладают 69-75 лет, самой старшей из них – 89 лет.

Нами выявлено, что все респонденты состоят в единственных брачных отношениях. Семейный стаж супругов: совместно прожили 50 лет – 4 пожилые семьи, 2 семьи прожили совместно 52 и 53 года, две семьи прожили совместно 57 лет, по 1 семье прожили совместно от 51 года до 66 лет. Все пожилые семьи имеют детей: по одному ребенку имеют две семьи, по два ребенка у двух семей,

по трое детей имеют 6 пожилых семей, 2 семьи имеют по четыре ребенка, пять детей имеют три семьи, 4 семьи – 6 детей. Наибольшее количество детей имеет одна семья – 8 детей.

Пожилые семьи, несмотря на преклонный возраст, достаточно активны в повседневной жизни и в быту. Большинство супружеских пар проживают самостоятельно, не нуждаясь в посторонней помощи: 15 пожилых семей (65.2%) проживают самостоятельно. Совместно с детьми живут 7 семей (30.4%). И только одна семья (4.4% респондентов) проживает под постоянным присмотром детей и внуков, так как супруга имеет инвалидность после перенесенного инсульта, присмотр проходит в виде дежурства.

Состояние своего здоровья респонденты оценивают как удовлетворительное, большинство супругов имеют хронические заболевания, треть опрошенных имеют инвалидность той или иной степени, в основном 2ой и 3ей группы.

То же количество респондентов регулярно посещают медицинские учреждения для прохождения обследования, и в основном, только когда заболеют.

Для поддержания своего здоровья пожилые семьи принимают витамины, лекарства. Пожилые семьи отвечали, что помимо этого, нужно соблюдать режим сна, питания, не нервничать.

По мнению респондентов, активный образ жизни – это лучшее лекарство, пожилые семьи совместно делают зарядку, любят отдыхать на природе, собирать ягоды, рыбачить, дома занимаются садом и огородом.

Большее количество опрошенных пожилых семей (78%) соблюдают режим питания. В основном это 3-х, реже 4-х разовое питание в день. Практически все респонденты используют для приготовления еды натуральные мясные, рыбные и молочные продукты. Предпочитают традиционную якутскую кухню: традиционный якутский суп (на мясном бульоне, без добавок специй, приправ), жеребятина (в сыром, вареном и тушеном виде), оленина; уха из карасей, жареные караси, куерчэх (взбитые сливки), суорат (простокваша), якутская лепешка (на пресном тесте).

Одним из немаловажных факторов сохранения здоровья пожилых семей – является забота и внимание друг к другу, своевременный прием лекарств, приготовление еды друг для друга. В основном приготовлением еды занимаются жены (87%), только один супруг из опрошенных занимается приготовлением еды. Большинство жен в отличие от мужей готовят любимые блюда своих супругов.

Проведенное нами впервые в Республике Саха (Якутия) социологическое исследование жизненного мира пожилых семей выявило в качестве основного ресурса долголетия семьи:

- постоянную профилактику по сохранению своего здоровья,
- активный образ жизни,
- регулярное посещение и обследование в медицинских учреждениях,
- соблюдение режима питания, традиционная национальная еда,
- забота и внимательное отношение друг к другу.

Исследование жизненного мира пожилых семей, в том числе отношение к здоровому образу жизни, позволяет выявить условия совместного долголетия этих семей, дает практический опыт регулирования и самоорганизации здорового долголетия.

Список литературы

1. Семенцова Л.И. Адаптация пожилой семьи в условиях современного российского общества. Автореф. диссер. на соискание уч.степ. канд. социол.наук по ВАК 22.00.04 Социологические науки. Семенцова Лана Ибрагимовна, Краснодар, 2014 г.

СЕМЬЯ В СИСТЕМЕ ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА ЗА ГРАЖДАНАМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА THE FAMILY IN THE SYSTEM OF LONG-TERM CARE FOR ELDERLY CITIZENS

Н.А. Бухалова
*Нижегородский государственный инженерно-экономический университет
(Княгининский университет), г. Княгинино*

N.A. Bukhalova
*Nizhny Novgorod State University of Engineering and Economics
(Knyagininsky University), Knyaginino*

Рассмотрены проблемы неформального ухода за пожилыми людьми. Представлен вторичный анализ социологических исследований отечественных ученых в сфере социологии семьи и социального обслуживания, а также анализ статистических данных, опубликованных на сайте Федеральной службы государственной статистики РФ.

The problems of informal care for the elderly are considered. A secondary analysis of sociological research of domestic scientists in the field of family sociology and social services is presented, as well as an analysis of statistical data

published on the website of the Federal State Statistics Service of the Russian Federation.

Ключевые слова: неформальный уход, система долговременного ухода, пожилые люди, семья

Keywords: informal care, long-term care system, elderly people, family

Тенденция увеличения доли пожилых людей в социуме ставит перед обществом и государством задачи по обеспечению комфортных условий жизни в позднем возрасте. По прогнозам демографов? к 2025 г. количество пенсионеров в России составит 40,5 млн. человек.

Сегодня, по данным волонтерских организаций, в социальной поддержке нуждаются около 5 млн. человек. Согласно официальной статистике в 2018 г. в России функционировало 584 дома-интерната для престарелых и инвалидов, где проживало около 80 тыс. человек. Более 1 млн. человек оказывались социальные услуги на дому. Большая часть пожилых людей, нуждающихся в уходе, получали помощь от родственников.

Традиционный подход к социально-медицинской поддержке пожилых людей уже сегодня не справляется с проблемами стареющего общества и нуждается в реформировании [1, с.188-191]. К основным проблемам федерального уровня относятся недостаточное финансирование долгосрочного ухода за пожилыми людьми, дефицит формального ухода из-за нехватки персонала, фрагментарность социальной защиты и несогласованность действий ведомств различных уровней, нехватка специального оборудования для ухода. Основными проблемами неформального долговременного ухода являются материальные трудности, нехватка технических средств реабилитации, оборудования для ухода и передвижения, отсутствие навыков домашнего социально-медицинского ухода.

В 2017 г. в Российской Федерации по решению президента был запущен проект по созданию системы долговременного ухода, ориентированной не только на совершенствование качества медицинского обслуживания, но и на поддержание социальной активности людей, сохранения чувства собственного достоинства и своей значимости для общества. В настоящее время пилотный проект реализуется в 12 регионах РФ [2].

Специфика долговременного ухода заключается в необходимости круглосуточного присутствия ухаживающего. Помощь и участие семь дней в неделю, в нестандартное время суток оказывается в учреждениях стационарного ухода. Однако исследование автора выявило нежелание пожилых людей оказаться в доме престарелых, стремление как можно дольше жить автономно либо с близкими родственниками. Возрастающее значение роли семьи в

позднем возрасте подтверждается региональными исследованиями [3, 171]. Пожилые люди, проживающие в доме-интернате для престарелых, дают высокую оценку качества обслуживания, но каждый второй предпочел бы жить в семье. Наличие семьи в позднем возрасте выступает своеобразным маркером социальной успешности и состоятельности человека. Следовательно, возрастает роль надомного ухода за пенсионерами, особое значение приобретает неформальный уход. Семья продолжает оставаться основным субъектом неформального долговременного ухода за пожилыми людьми. Анализ зарубежных практик социально-медицинской поддержки свидетельствует о вовлеченности родственников в систему долговременного ухода за пенсионерами. В Китае, Индии, Турции, Аргентине, Бразилии и ряде других государств оказание помощи пожилым родственникам закреплено законодательно.

Государственная поддержка семей с пожилыми людьми, нуждающимися в долговременном уходе, в России сегодня недостаточна. Семье, в которой пожилой человек нуждается в постоянном уходе, приходится справляться с проблемой самостоятельно. Сложности долговременного ухода традиционно ложатся на плечи женщин. Общественные ожидания в отношении ухода за пожилыми или больными членами семьи гендерно детерминированы [4, с. 136]. По данным авторского исследования, в подавляющем большинстве случаев (78%) уход осуществляется женщиной, от которой ожидается готовность трудиться на благо семьи, при этом профессиональная карьера, заработок игнорируются.

Осуществляющие уход члены семьи не получают ни материальной компенсации, ни даже минимального социального обеспечения. Выплаты неработающим по уходу за пожилыми, предусмотренные государством, настолько малы, что не компенсируют утраченного заработка. В случае совмещения долговременного ухода и трудовой деятельности повышается вероятность эмоционально-психологического выгорания и появления проблем с собственным здоровьем. Выводы автора находят подтверждение в трудах отечественных социологов. Исследования семей с лицами, нуждающимися в долговременном уходе, выявили риски неформального ухода: в семейной группе неизбежно происходит перераспределение ролей, увеличивается нагрузка на работающих членов семьи, что может привести к дисфункции семейной системы [5].

Одной из наиболее значимых проблем неформальной долговременной поддержки является отсутствие у членов семьи навыков домашнего социально-медицинского ухода, обуславливающее невозможность выполнить полную программу по уходу на долговременной основе. Подавляющее большинство

респондентов (89%) вынуждено постоянно прибегать к услугам специалистов. Трудности в обустройстве быта, связанные с отсутствием оборудования для ухода и передвижения, испытывают 68% семей. В подобных условиях жизни пожилой человек оказывается узником своей квартиры или даже комнаты, лишается возможности регулярных прогулок, теряет каналы социальной активности. Меры поддержки должны быть направлены на максимальную активизацию данной категории людей позднего возраста. Семьям необходима комплексная помощь: в обучении по грамотному уходу, переустройстве жилого пространства, дополнительное финансирование.

При анализе неформального долговременного ухода важно учитывать также объективные глобальные процессы трансформации института семьи. Полноценный уход за пожилым родственником наиболее эффективно может быть осуществлён в рамках расширенной, многопоколенной семьи. Трансформация семейно-брачных отношений, начавшаяся во второй половине XX века, привела к распаду традиционной патриархальной семьи. В начале XXI века каждая вторая российская семья была нуклеарной, по данным переписи 2015 г. их количество составило уже 60% [6; 7]. Официальные данные статистики, а также исследования семейно-брачных отношений [8] свидетельствуют о том, что большинство семей в России имеют нуклеарную структуру, то есть состоят из супружеской пары с детьми или без них. Молодое поколение стремится дистанцироваться от родителей, предпочитая автономное проживание после создания собственной семьи. Установки на малодетность, ориентация на карьеру, изменение ценностных установок в отношении заботы и ухода также отражаются на процессе семейного ухода. В результате наблюдается рост числа семей, состоящих из одного человека, чаще женщины, в позднем возрасте. Одинокое проживание пожилых увеличивает риск социальной изоляции и предполагает низкую доступность неформального ухода. По данным авторского исследования, сегодня около трети пожилых людей, нуждающихся в уходе, проживают автономно. Обозначенные демографические процессы и ряд федеральных реформ, например увеличение пенсионного возраста, приведут к снижению числа потенциальных ухаживающих внутри семьи.

Проблемы и риски неформального обслуживания не снижают значимость семьи в системе долговременного ухода за лицами пожилого возраста. Семья остается самым важным источником помощи для пожилых людей, нуждающихся в поддержке и наблюдении. В связи с этим необходимы федеральные меры поддержки, которые позволяли бы людям совмещать работу и уход за пожилыми родственниками, а также справляться с собственными проблемами со здоровьем. Разработка стандартов качества, четкое определение

задач формального и неформального ухода, разделение сфер деятельности и ответственности профессиональных работников и членов семей на законодательном уровне позволят осуществить последовательный полноценный уход.

Список литературы

1. Куприянова Т.А. Организация социального обслуживания пожилых людей в современных условиях // Пожилой человек в обществе. Сборник статей под ред. И.А. Григорьевой – СПб.: изд-во «Европейский дом», 2010. С. 184-200.

2. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 28 февраля 2019 г. № 128 «О реализации пилотного проекта по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в пилотных регионах в 2019 году» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72089008/> (дата обращения 28.07.19)

3. Бельцова И.А. Семейное положение как условие успешности в «третьем возрасте» // Проблемы брака и супружества в условиях полиэтничного общества: теоретико-эмпирический анализ. Сборник статей Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Сост. и науч. ред. проф.Л.В. Карцева – Казань: изд-во МОиН РТ, 2012. С. 168-171.

4. Коломасова Е.Н. Взаимопомощь как элемент супружеских отношений // Проблемы брака и супружества в условиях полиэтничного общества: теоретико-эмпирический анализ. Сборник статей Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Сост. и науч. ред. проф. Л.В. Карцева. Казань: Изд-во МОиН РТ, 2012. С. 133-138.

5. Воронин Г.Л., Лакомова А.А. Семья как социальный институт сбережения здоровья // Семейная экосистема человека: монография / З.Х. Саралиева, Г.Л. Воронин, С.А. Судьин, Д.А. Шпилев и др. Н.Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2018. С. 115-132.

6. Всероссийская перепись населения 2002 года // Росстат. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.perepis2002.ru/index.html?id=11> (дата обращения 4.08.19)

7. Социально-демографическое обследование. Микрореперись населения 2015года // Росстат. [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://gks.ru/free_doc/new_site/population/demo/micro-perepis/finish/micro-perepis.html (дата обращения 4.08.19)

8. Егорова Н.Ю. Современная семья в структуре супружества-родительства-родства // Семейная экосистема человека: монография / З.Х. Саралиева, Г.Л. Воронин, С.А. Судьин, Д.А. Шпилев и др. Н.Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2018. С. 34-53.

**ТИП ПОСЕЛЕНИЯ КАК ФАКТОР СТИГМАТИЗАЦИИ СЕМЬИ
С РЕБЕНКОМ АУТИСТОМ**
**TYPE OF SETTLEMENT AS A FACTOR
OF FAMILY STIGMATIZATION WITH A CHILD-AUTIST**

П.Ю. Грибова
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*
P.Yu. Gribova
Lobachevsky University

Выявлены особенности стигматизации семьи, воспитывающей ребенка с расстройством аутистического спектра, на основе исследования методом глубинного интервью семей, проживающих в городской и сельской локации.

Peculiarities of stigmatization of families that raise a child with an autism spectrum disorder are revealed with in-depth interviews with families living in urban and rural locations.

Ключевые слова: стигматизация, расстройство аутистического спектра, семья с ребёнком-аутистом, ресурсность семьи

Keywords: stigmatization, autism spectrum disorder, family with an autistic child, family resource

Расстройство аутистического спектра влечет за собой множество проблем, которые касаются не только самого ребенка, но и его семьи. Именно от семьи и ее ресурсности зависит успешность социализации и социальной адаптации ребенка в обществе.

Каждая семья индивидуальна, и диагноз ребенку может быть поставлен вне зависимости от социально-экономических характеристик семьи, в том числе и от места проживания. Следовательно, возникает вопрос о ресурсности городских и сельских семей. Как локация проживания влияет на стигматизацию семьи с ребенком-аутистом?

Была выдвинута следующая гипотеза: семьи, воспитывающие ребенка с аутизмом, проживающие в сельской местности, имеют меньше ресурсов, чем городские семьи. Это вызвано отсутствием инфраструктуры, тесными негативно окрашенными социальными связями, стигматизацией.

Было проведено социологическое исследование методом глубинного интервью. Выборка целевая – семьи, воспитывающие детей с аутизмом, проживающие в сельской и городской локации.

Гипотеза данного исследования не подтвердилась. Каждая семья имеет свой набор ресурсов в зависимости от жизненных обстоятельств, в том числе и от места проживания. Но место проживание семьи не играет ключевую роль в

формировании ресурсности семьи. И в городе, и в селе семьи могут быть как сильно, так и слаборесурсными. Возникает вопрос: какие факторы обуславливают данные явления?

В городе близкое окружение (соседи, коллеги) в большинстве случаев относятся осуждающе к семье с ребёнком-аутистом. Скорее всего это связано со сложившимися в обществе стереотипами и в нежелании разобраться в истинных причинах. Но в городе существуют социальные и профильные учреждения, группы самопомощи, неформальные объединения родителей, которые являются каналами обогащения и укрепления социальных связей. Семья контактирует с другими семьями и профессионалами в этой сфере. Это играет ключевую роль в реабилитационной и коррекционной работах, а также во включении ребенка в общество.

В сельской местности существуют проблемы недостаточности инфраструктуры для детей с аутизмом, малое количество социальных учреждений. Но эти недостатки восполняются ресурсами социальных связей. Социальные связи восполняют недостаток поддержки от социальных институтов и государства, выступают дополнительным источником поддержки семьи, а можно даже сказать, что являются одним из главных ресурсов семьи. Общество (соседи, знакомые, жители) оказывает семье как моральную, так и материальную поддержку. Особенный ребенок принимается обществом позитивно, что в свою очередь способствует его социализации. Таким образом, главным фактором являются тесные социальные связи; реципрокный альтруизм, который действует по принципу: ты помог мне, я помогу тебе; большая потребность во взаимопомощи. Все это отбрасывает аутизм на второй план.

Однако здесь много неоднозначных моментов. С одной стороны, в сельской местности «все друг друга знают», и к семье могут относиться и негативно, исключая ее из общества.

От чего это зависит? Можно предположить, что отношение общества к ребенку с аутизмом зависит от того, какую позицию занимает семья. Если семья открыта к взаимодействию, имеет хорошую репутацию, то и окружающие люди позитивно воспринимают семью и оказывают ей поддержку.

Если семья закрывается, обвиняет общество в своих жизненных проблемах, остро реагирует на общественное мнение, постоянно конфликтует, то общество будет избегать такую семью.

Таким образом, нельзя сказать, что у городской или сельской семьи есть преимущества. Они разные, и у каждой есть свои слабые и сильные стороны.

Можно с точностью сказать, что главным составляющим успешной реабилитационной и коррекционной работы является принятие семьей своего положения, так как только осознание семьей своих проблем делает ее клиентом социальной работы.

На стигматизацию семьи с ребёнком-аутистом могут влиять и множество других факторов, на изучение которых будет направлена дальнейшая работа.

РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ СОЖИТЕЛЕЙ И СОСТОЯЩИХ В БРАКЕ*

REPRODUCTIVE POTENTIAL OF COHABITANTS AND MARRIED

Н.Ю. Егорова
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*
N.Yu. Egorova
Lobachevsky University

Статистически описываются незарегистрированные союзы, анализируется связь между репродуктивными установками, количеством детей и наличием регистрации супружеских отношений.

Unmarriage union are statistically described, the connection between reproductive attitudes, the number of children and the presence of registration of marital relations is analyzed.

Ключевые слова: брак, сожительство, рождаемость
Keywords: marriage, cohabitation, fertility

В течение нескольких последних десятилетий ряд демографов и социологов говорят о кризисе российской семьи [1], невыполнении ею основных функций, в первую очередь, биологического воспроизводства населения. Безусловно, проблему низкой рождаемости стоит считать одной из наиболее серьезных в сфере брака и семьи. Несмотря на некоторое улучшение ситуации во второй половине 00-х гг., показатели рождаемости по-прежнему остаются на уровне, недостаточном даже для простого воспроизводства населения, а в последние годы суммарный коэффициент рождаемости снизился, и в 2018 г. составил 1,6 рождений в среднем на одну женщину [2]. Процесс

* Подготовлено при поддержке гранта Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ) Конкурс проектов 2018 года фундаментальных научных исследований, проводимый РФФИ совместно с субъектами Российской Федерации. Тема: Здоровьесбережение в практиках современной Нижегородской семьи. Номер темы – 18-411-520002. Руководитель – З.Х. Саралиева.

снижения рождаемости многофакторный и требует, в том числе, учета влияния изменений, происходящих внутри семейных субинститутов, например, супружества, которые также могут обуславливать репродуктивный потенциал семьи, установки и поведение.

Вариативность, постепенно становясь заметной чертой современной российской семьи, проявляется и в разнообразии форм супружества. Оно может быть первым/повторным, зарегистрированным или нет (сожительство), с совместным проживанием или раздельным (Годвин-брак, гостевой брак). [3, с. 84-85]. Все более значимым критерием дифференциации супружества становится его регистрация.

Согласно материалам последней микропереписи населения (2015 г.), отношения каждой восьмой супружеской пары (12,5%) не зарегистрированы [4]. Результаты Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ-ВШЭ дают основания говорить о еще большей степени распространения сожительства [5]. Так, за весь период наблюдений (1998 г. по 2017 г.) доля респондентов, живущих с партнером/шей без регистрации супружества, выросла более чем в 1,5 раза (с 10% до 16%). Несомненно, брак сохраняет лидирующие позиции, тем не менее, характеристики сожительства как формы супружества позволяют рассматривать его сегодня не только как пробный вариант отношений, но и как альтернативную форму семьи. Например, средняя продолжительность проживания в таких союзах с 2010 г. по 2017 г. увеличилась с 8,5 до 10,5 лет. Не только состоящие в браке, но и сожители рожают и воспитывают детей.

Результаты нижегородского исследования «Воспитание, родительство и детство в современной российской семье» 2013 г. позволяют сделать вывод, что репродуктивные установки мужчин и женщин, проживающих в браках и в сожительствах, отличаются не сильно (Таблица 1). Так, большинство респондентов считают, что в семье должно быть, как минимум, двое детей, для трети идеалом является многодетная семья. Также большинство (59-62%) хотели бы видеть 2-х детной и свою собственную семью, четверть мечтают о троих и более детях. Реальность оказывается далека от идеальной и даже желаемой картины, кроме того, фиксирует значимую разницу между сожителями и состоящими в браке. Только 40% сожителей в момент опроса имели детей, среди состоящих в браке таких было в два раза больше (84%).

Т а б л и ц а 1 .

Реальное, желаемое и идеальное количество детей
в семьях различного типа, % [3, с. 68]

Количество детей		ни одного	один	двое	трое и больше
реальное	брак (первый или повторный)	14*	54*	27*	5
	сожительство	59*	28*	12*	1
желаемое	брак (первый или повторный)	1	15	59	25
	сожительство	0	13	62	25
идеальное	брак (первый или повторный)	0	7	59	34
	сожительство	2	6	52	40

*разница статистически значима при $p < 0,001$

Более поздние, общероссийские опросы [5] подтверждают наличие разницы в количестве детей у представителей различных типов супружеств. Самое большое число детей имеют респонденты, состоящие в повторном браке – в среднем 1,75-1,8; самое маленькое – сожители, никогда не состоявшие в браке – 0,6 (таблица 2). Сожители, находящиеся в повторных отношениях, имеют приблизительно такое же количество детей, как и состоящие в первом браке (1,6-1,7 и 1,7), но это вполне могут быть дети от предыдущих союзов.

Т а б л и ц а 2 .

Среднее число детей в супружествах разных типов

Год опроса	брак		сожительство	
	первый	повторный	добрачное	Постбрачное*
2009	1,7	1,75	0,6	1,7
2015	1,7	1,8	0,6	1,6
2017	1,7	1,85	0,6	1,65

*с учетом предыдущего брачного статуса

Таким образом, брак является наиболее подходящей формой супружества для реализации репродуктивных установок, сожительство же, видимо, ограничивает репродуктивные возможности пары, обуславливает откладывание рождений детей.

Список литературы

1. Антонов А.И. О стратегии и тактике семейно-демографической политики в связи с институциональным кризисом семейных функций и людских ресурсов // Семья в современном обществе. Сер. «Демография. Социология. Экономика». Под ред. Рязанцева С.В., Ростовской Т.К. 2018. С. 15-20. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=35689370> (дата обращения 09.10.2019).

2. Федеральная служба государственной статистики, официальный сайт: Население/ Демография/ Естественное движение населения. URL: <https://www.gks.ru/folder/12781> (дата обращения 08.10.2019).

3. Егорова Н.Ю. Формы супружества в современной России: сравнение социально-демографических характеристик // Петербургская социология сегодня: сборник научных трудов Социологического института РАН. 2019. Выпуск 11. С. 77-93. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=40102278> (дата обращения 08.10.2019).

4. Рассчитано автором по данным официального сайта Федеральной службы государственной статистики. URL: https://gks.ru/free_doc/new_site/population/demo/micro-perepis/finish/micro-perepis.html (дата обращения 09.10.2019).

5. Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ-ВШЭ (RLMS-HSE)», проводимый Национальным исследовательским университетом – Высшей школой экономики и ЗАО «Демоскоп» при участии Центра народонаселения Университета Северной Каролины в Чапел Хилле и Института социологии РАН. (Сайты обследования RLMS-HSE: <http://www.cpc.unc.edu/projects/rlms> и <http://www.hse.ru/rlms>). Рассчитано автором.

**ПЕНИТЕНЦИАРНЫЙ СТРЕСС И ЕГО ВЛИЯНИЕ
НА СЕМЬЮ ОСУЖДЕННОГО
PENITENTIARY STRESS AND ITS IMPACT
ON THE FAMILY OF THE CONVICT**

А.А. Еремеева
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*
А.А. Eremeeva
Lobachevsky University

Рассматривается пенитенциарный стресс, его особенности и факторы, провоцирующие его у осужденных, сотрудников учреждения и семьи, поддерживающей осужденного во время отбывания наказания. Приведены результаты социологических исследований, свидетельствующие о пагубном влиянии пенитенциарного стресса и о его последствиях.

The article discusses penitentiary stress, its features and factors that provoke it among convicts, employees of the institution and the family supporting the convict while serving his sentence. The results of sociological studies showing the harmful effects of penitentiary stress and its consequences are presented.

Ключевые слова: пенитенциарный стресс, осужденный, условия лишения свободы, персонал исправительного учреждения, семья осужденного, стигматизация, рецидив, уголовно-исполнительная система, реформы

Keywords: penal stress, convicted person, conditions of imprisonment, prison staff, convicted family, stigmatization, relapseб penal system, reforms

По-прежнему в России довольно высокие показатели рецидива преступности. Семейный фактор оказывает сильное влияние на поведение преступника: с появлением семьи осужденный единожды уже не стремится вернуться на преступный путь. 74,5% лиц на момент осуждения за первое преступление были холостыми [1]. Уровень рецидива среди неженатых/незамужних гораздо выше, чем среди тех, кто женат/замужем или состоит в отношениях, причем лица, состоявшие в браке, независимо от того, сохранилась ли семья, меньше подвержены возвращению в преступный мир. Стоит отметить, что лица, совершающие новое преступление, теряют свои семьи в 26,5% случаев, и вероятность продолжения жизни в роли преступника довольно высокая. Безусловно, создание и укрепление семейно-родственных отношений способствует прекращению противоправного поведения, формирует новую систему ценностей и появлению смысла жизни, если, конечно, семейные связи носят положительный характер. Согласно данным исследования [1], среди осужденных, которые состояли в браке и у которых семья сохранилась, значительно меньше злостных нарушителей режима.

Попадая в исправительное учреждение, осужденный оказывается в экстремальных условиях, которые имеют существенные отличия от тех, в которых он жил раньше: жесткая регламентация жизнедеятельности, подчинение расписанию, постоянный надзор, окружение. Колоссальное влияние этих факторов обуславливает сильнейший стресс, оказывающий прямое влияние на здоровье и жизнь человека. Огромное количество фрустрирующих и стрессогенных факторов пенитенциарной среды способны полностью изменить осужденного.

Исследователи называют это явление пенитенциарным стрессом – комплекс психологических переживаний личности, оказавшейся в условиях изоляции [2]. В целом, пенитенциарный стресс – это психологический стресс, сильнейшее эмоциональное потрясение, эмоциональная напряженность.

Факторы, вызывающие состояние стресса у осужденных, оказывающихся в исправительном учреждении:

- десинхронизация (расогласование ритма сна и бодрствования);
- монотонность;
- ограничения в пространстве и движении;
- сенсорный голод;
- одиночество;
- групповая изоляция;
- постоянная угроза жизни и физического насилия;
- скученность;
- бытовые трения [2].

Полагаем, что к стрессогенным факторам также необходимо отнести изоляцию от семьи, невозможность поддержания связей с родными и близкими вследствие ограничений, установленных законодательством.

Пенитенциарный стресс влияет и на осужденных, и на персонал учреждения в разной степени. В некоторых случаях стресс, возникающий при попадании осужденного в места лишения свободы, доходит до расстройства приспособительных реакций (F43.2 по МКБ-10). Для того, чтобы снизить влияние стресса на осужденного, необходимо анализировать его личностные особенности, в частности все психические «переменные» – личностный смысл человека, цели его деятельности, черты и типы личности, локус контроля, психологическую выносливость, самооценку [3]. В.А. Бодров отмечает, что наличие социальной поддержки, характеристику восприятия, направленную на себя и на окружение, контроль над авersive ситуациями, нестатичность и процессуальность стресса также стоит рассматривать при анализе и изучении стресса у осужденного для получения полной характеристики [4].

Влияние пенитенциарного стресса сказывается на психосоматическом здоровье осужденного. Нередки случаи, когда осужденный подвергается расстройству адаптации – состоянию субъективного дистресса и эмоционального расстройства, препятствующего социальному функционированию и продуктивности, возникающего в период адаптации к значительному изменению в жизни или стрессовому жизненному событию [5]. Процесс адаптации к новым условиям, осуждение, новая социальная роль и обязанности, новое микросоциальное окружение вызывают у человека желание приспособиться, и этот процесс приспособления сложен и протекает сугубо индивидуально.

Расстройство адаптации обычно выявляется в течение месяца после стрессового события, а его продолжительность не превышает 6 месяцев. Однако стресс может быть пролонгированным, тогда расстройство приобретает новые формы – формирование личностных изменений, психоорганический синдром. Пенитенциарная медицина может своевременно диагностировать расстройство и направить на психокоррекционную работу по причине изменений эмоциональной сферы и поведения осужденного, которые порождают негативные социальные последствия и вносят деструктив в распорядок жизни и быта учреждения.

В 2006 г. на базе ИУ «Тюрьма №4» УДИН МВД Республики Беларусь было проведено социологическое исследование, целью которого являлось определение предикторов расстройств адаптации тревожно-депрессивного регистра у осужденных исправительного учреждения [5]. Были опрошены 421 осужденный, которые впоследствии были разбиты на две группы: 209 – с

расстройствами адаптации, 212 – без них. Результаты исследования показали, что в развитии расстройства адаптации тревожно-депрессивного спектра больше всего влияют два фактора – особенности воспитания в детстве и характер социального функционирования в текущее время. Было выявлено, что женщины старшего возраста, имевшие проблемы в детстве, с развитой сетью поддержки сильнее страдают от расстройств. Однако мужчины, независимо от возраста, у которых были проблемы с родителями в детском возрасте, злоупотреблявшие спиртным до ареста, страдают расстройствами чаще.

В ходе исследования выяснилось, что даже уже имеющийся пенитенциарный опыт у осужденных (и мужчин, и женщин) не влияет на снижение стресса: попадая вновь в тюрьму, осужденный еще больше переживает грядущие тяготы и лишения, мощнейший стресс, порождающий расстройства адаптации в том числе.

Еще одним важным и требующим отдельного внимания фактором, который способствует развитию пенитенциарного стресса у осужденных, является помещение в безопасное место тех, кто воспользовался правом на личную безопасность (в случае нападков со стороны других осужденных, угрозы жизни и здоровью) [6]. Исследователи полагают, что помещенные в безопасное место осужденные выпадают из процесса исправительного воздействия и лишены возможности использовать часть своих прав, например, участие в мероприятиях разной направленности, посещение образовательных учреждений.

Среда исправительного учреждения имеет прямое влияние на психическое и соматическое здоровье персонала, осуществляющего контроль и надзор над осужденными. Находясь в частичной изоляции, ежедневно подвергаясь роли свидетеля событий, часто имеющих насильственный характер, сотрудники исправительного учреждения находятся в пенитенциарном стрессе. Пограничные ситуации, такие как угроза личной смерти, принятие важного решения относительно дальнейшей жизнедеятельности и быта другого, сильно действуют на нервную систему и заставляют практически всегда находиться в напряжении. По официальным данным ФСИН, в 2018 г. количество случаев нападения на сотрудников УИС возросло: «В 2018 г. в 61 территориальном органе ФСИН зарегистрировано 203 случая правонарушений со стороны подозреваемых, обвиняемых и осужденных в отношении персонала учреждений, связанных с применением насилия», – рассказал первый заместитель директора ФСИН России генерал-лейтенант внутренней службы Анатолий Рудый [7].

Обслуживающий осужденных персонал подвержен добровольно-вынужденной социальной депривации. Ситуационная изоляция персонала

обуславливает возникновение усталости, повышенной тревожности и различных соматических изменений, которые влекут за собой серьезные заболевания. Широта диапазона стрессовых ситуаций у сотрудников УИС охватывает весь спектр стрессовых состояний – от ответных эмоциональных реакций, возникающих в обыденной жизни, до травматического стресса экстремальной природы [3]. Психосоциальная работа должна проводиться как с осужденными, так и с персоналом УИС для решения и профилактики появления пенитенциарного стресса.

Институт пенитенциарной социальной работы сегодня предлагает в качестве основного метода борьбы с развитием стресса у осужденных индивидуальную и групповую социальную терапию. Однако для того, чтобы купировать развитие пенитенциарного стресса у осужденных, необходимо оказывать не только социальную, но и психологическую помощь: речь идет о комплексной психосоциальной работе, помогающей эффективно преодолевать деформации общения осужденных с разными группами [8]. Но адекватный подход к организации психосоциальной работы с осужденными пока не сформулирован: важной вехой в создании психосоциальной работы является анализ и описание субъектов, объектов, технологий оказания психосоциальной помощи.

Чтобы психосоциальная работа осуществлялась качественно и в полном объеме, необходимо использовать субъектно-соучаствующий подход в обращении с осужденными. Для реализации этого подхода персонал учреждения должен повышать социально-психологические компетенции, а также осваивать новые профессионально-ролевые позиции. Например, начальник отряда, осуществляющий организационно-управленческую функцию, должен быть полноценным «партисипативным менеджером», специалист по социальной работе – «социальным адвокатом», социальный педагог – «соучаствующим наставником», психолог – «коучем», оказывающим психологическую помощь и поддержку не только осужденным, но и сотрудникам в их профессиональном и личностном росте [9].

Влиянию пенитенциарного стресса подвержены и те, кто ждет осужденного за пределами исправительного учреждения – семья и близкие люди. Исследование М. Комфорт показало, что женщины, поддерживая осужденных в период отбывания наказания, становятся «квазизаключенными» [10], постоянно подвергаясь контролю с разных сторон: исправительных колоний, власти, соседей, семьи, работодателей, что неоспоримо влияет на их состояние и жизнедеятельность в целом в худшую сторону.

Анализ литературы о влиянии пенитенциарного стресса показал, что исследователи в основном изучают осужденного и персонал учреждения как

объектов влияния стресса, и нет ни одного исследования, за исключением некоторых положений, освященных в монографии «Около тюрьмы» под редакцией Е.Л. Омельченко, какие последствия стресса переживает семья и близкие люди осужденного.

Российский исследователь А. Финаева в рамках диссертации «Ресоциализационный потенциал семьи осужденного» пришла к выводу, что положение семьи осужденного сильно ухудшается, она становится социально уязвимой, нарушается баланс адаптивного потенциала семьи, для восстановления которого потребуются огромные социально-психологические и материальные ресурсы [10]. Такие семьи всегда стигматизированы и находятся в дефиците социальной поддержки со стороны властвующих структур и общества.

Те же факторы пенитенциарного стресса у осужденных, описанные в начале статьи, влияют и на семью: десинхронизу подвержены жены осужденных из-за постоянных разговоров по мобильному телефону, которые происходят, в основном, после отбоя [11], одиночество, заброшенность (зачастую семьи, поддерживающие осужденных во время отбывания наказания, оказываются забытыми прежним кругом общения).

Женщины особенно страдают от навешивания разного рода ярлыков типа «жена зэка», «ждучка», «арестантка». Из-за нежелания/невозможности/усталости женщины принимают эти статусы, смиряются с ними, а некоторые даже гордятся: на просторах российских социальных сетей и форумов встречаются стихи и поэмы, посвященные нелегкой доле женщин, чьи мужчины отбывают срок. Например, в популярном сообществе в социальной сети «ВКонтакте» «Типичная ждущая девушка ЗК»: https://vk.com/tipichnaya_jdylya. В этом сообществе женщины, ожидающие своих мужчин/ отцов/ братьев, поддерживают друг друга, объявляют материальные сборы, пишут стихи и общаются между собой.

Постоянное включение в режим заботы об осужденном мобилизует семью, а боль от произошедшего сменяется рутинной усталостью. Постоянные поездки в места лишения свободы, прохождение унижительных осмотров, досмотр личных вещей и несоблюдение сотрудниками мер безопасности в отношении проверок продуктов питания и вещей – все это пугает только в начале пути, потом близкие привыкают к вечному стрессу и живут в нём долгие годы – во время отбывания наказания и после освобождения до тех пор, пока окружение не примет факт осуждения одного из членов семьи.

Однако есть и положительные тенденции влияния пенитенциарного стресса, с точки зрения реформирования уголовно-исполнительной системы: из-за столкновения с репрессивной и абсолютно не гуманной системой семьи и

близкие осужденного выступают в роли инноваторов, социальных адвокатов (перенимая роль у сотрудников учреждения), защитников тех, кто не может бороться за соблюдение своих прав. Благодаря им в последние годы произошли серьезные изменения в обеспечении нормальной коммуникации между осужденными и внешним миром, хотя и не повсеместно. Система видеозвонков и улучшение условий для длительных свиданий – это все заслуга тех, кто боролся: семей, жён, родителей и близких людей осужденных.

Пенитенциарный стресс – это явление, имеющее всепоглощающий характер: берущий свое начало в момент попадания «за решётку», он изматывает всех, кто вовлечен в процесс отбывания наказания и имеет серьезное влияние на жизнь и здоровье каждого объекта. В российской пенитенциарной науке выявлены копинг-стратегии для персонала учреждений, есть программы по борьбе со стрессом для осужденных, зачастую носящих формальный характер, но нет системы помощи для тех, кто поддерживает и помогает в период лишения свободы – для семьи и близких людей осужденного. Чтобы снизить пагубное влияние стресса, необходимо создавать условия, не нарушающие личные границы осужденных, вносить изменения в условия содержания, грамотно манифестировать отношение персонала к осужденным, регулировать коммуникационную сферу с внешним миром, создавать атмосферу исцеления, а не порабощения, то есть менять систему исполнения наказаний изнутри.

Список литературы

1. Двойменный И.А. Рецидивная преступность: характер, факторы, уровень // СОЦИС. 2000. №1. С. 63. (61-65).
2. Горьковая И.А., Мартынова А.А. Совладающее поведение осужденных с расстройствами приспособительных реакций в первоначальный период отбывания наказаний // Вестник психотерапии. 2017. №63. С. 53 (53-63).
3. Бабурин С.В., Оботурова Н.С., Чирков А.М. Методологические подходы к проблеме психологического стресса у сотрудников исправительных учреждений и осужденных // Вестник института: преступление, наказание, исправление. 2014. №3. С. 52. (51-58).
4. Бодров В.А. Психологический стресс: развитие и преодоление. М., 2006. С. 163. (528 с).
5. Петров В.И., Скугаревская Е.И., Вальчук Э.А., Чегерова Т.И., Когутенко Н.Н. Комплексная оценка предикторов развития расстройств адаптации у осужденных // Вестник Витебского государственного медицинского университета. 2006. Том 5. №4. С. 3. (1-13).

6. Кузьмин С.И., Селезнева И.В. Некоторые проблемы реализации осужденных своих прав в современных условиях // Вестник Владимирского юридического института. 2009. №2 (11). С. 27. (26-29).

7. В 2018 г. увеличилось число нападения на сотрудников УИС РФ. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://tass.ru/obschestvo/6208805>. (Дата обращения: 08.09.2019 г.).

8. Сухов А.Н. Преодоление деформации общения осужденных как фактор их ресоциализации // Уголовно-исполнительное право, 2015. С. 124 (121-125).

9. Поздняков В.М. Формирование антиманипулятивной компетентности сотрудников ФСИН России в контексте концепции субъектно-соучаствующего исправления осужденных // Прикладная юридическая психология. 2014. №3. С. 32 (30-38).

10. Около тюрьмы: женские сети поддержки заключенных / Под ред. Е.Л. Омельченко и Дж. Пэллот. Спб.: Алетейя, 2015. С. 54.

11. Еремеева А.А. Молодое лицо тюрьмы: женщины, которые ждут. // И чтения памяти В.Т. Лисовского: Сборник научных трудов / Под ред. Т.К. Ростовской, Т.Э. Петровой. Электрон. дан. М.: Перспектива, 2017. С. 126. (346 с.). Режим доступа: <https://goo.gl/CC4wYk>. (Дата обращения: 14.12.2017).

**ВЛИЯНИЕ НАСИЛИЯ В ОТНОШЕНИИ ЖЕНЩИН И ДЕТЕЙ
НА ИХ ЗДОРОВЬЕ
THE IMPACT OF VIOLENCE AGAINST WOMEN AND CHILDREN
ON THEIR HEALTH**

А.Г. Ермолаева
*Нижегородский Женский Кризисный Центр,
г. Нижний Новгород*
A.G. Ermolaeva
*Nizhny Novgorod Women's Crisis Center,
g. Nizhny Novgorod*

Анализируется негативное воздействие семейного насилия на здоровье объектов насилия – преимущественно женщин и детей. Рассматриваются прямые и косвенные последствия для здоровья, качества жизни членов семьи, подвергшихся насилию.

The negative impact of domestic violence on the health of objects of violence, mainly women and children, is analyzed. The direct and indirect consequences for the health and quality of life of family members who have been subjected to violence are considered.

Ключевые слова: проблема насилия в семье, физическое, психическое, сексуальное и репродуктивное здоровье

Keywords: the problem of domestic violence, physical, mental, sexual and reproductive health

Насилие в отношении женщин – это не только социально-правовая проблема, она также может приводить к нарушениям физического, психического, сексуального и репродуктивного здоровья. В частности, насилие со стороны партнёра – самый значимый фактор риска развития заболеваний, потери трудоспособности и смерти среди молодых женщин. Женщины 18–45 лет и дети – самые уязвимые группы. По данным, опубликованным ВОЗ, во всём мире 30% женщин, состоящих в отношениях, сообщают, что в течение жизни подвергались физическому или сексуальному насилию со стороны партнёра. До 38% убийств женщин в мире совершается их сексуальными партнёрами-мужчинами.

Насилие приводит к прямым и косвенным последствиям для здоровья, низкому качеству жизни и потере рабочих дней. Чуть меньше половины пострадавших от насилия со стороны партнёра сообщали о полученных травмах – в худшем же случае оно приводило к смерти. Другие прямые последствия – это нежелательная беременность (и её возможные осложнения или аборт) и инфекции, передающиеся половым путем.

У женщин, подвергшихся физическому или сексуальному насилию, в полтора раза чаще встречаются инфекции, передающиеся половым путём, в том числе вирус папилломы человека, ВИЧ и инфекции мочевыделительного тракта. Насилие во время беременности повышает риск выкидыша, мертворождения, преждевременных родов, осложнений и рождения ребёнка с низкой массой тела.

Однако даже если физических повреждений нет, это ещё не значит, что хроническое насилие не оставило психологическую травму. Непрямыми последствиями насилия в семье могут стать депрессия, посттравматическое стрессовое расстройство и другие тревожные расстройства, инсомния, расстройства пищевого поведения и попытки самоубийства. Люди, которые подвергались семейному насилию, чаще склонны к злоупотреблению алкоголем, курению и приёму наркотиков или сильнодействующих медикаментов. У пострадавших от насилия женщин развивается «стокгольмский синдром» или «синдром приобретенной беспомощности», в рамках которого женщина деморализована, не может управлять своей жизнью, не может поддерживать детей, самостоятельно принимать решения.

Сердечно-сосудистые заболевания могут стать следствием насилия. У женщин, страдающих от насилия, повышается риск болезней сердца в течение последующих лет жизни. Другие последствия для здоровья могут включать хроническую боль (головную, боли в спине, в животе) и желудочно-кишечные расстройства.

Насилие по отношению к детям и подросткам – ещё одна огромная проблема; оно не только делает людей восприимчивыми к разным болезням и зависимостям, но и запускает порочный круг, способствуя повторению цикла

насилия в следующих поколениях. Причем дети – свидетели насилия в семье испытывают те же психологические страдания, что и дети, которые сами подвергаются жестокому обращению. Сексуальное насилие, особенно перенесённое в детстве, на более поздних этапах жизни может приводить к развитию зависимости (курение, алкоголизм, пристрастие к наркотикам) и к рискованным видам сексуального поведения, при которых повышен риск инфекций или нежелательной беременности. Помимо этого, оно коррелирует со склонностью к насилию во взрослом возрасте и вероятностью самому стать жертвой насилия. Сердечно-сосудистые заболевания чаще возникают во взрослом возрасте у детей, наблюдающих постоянно насилие в семье.

Насилие влияет на мозг и автономную нервную систему. Обычно организм способен приспосабливаться к кратковременным стрессам, однако хроническое насилие не даёт пространства для адаптации, что может привести к развитию метаболических нарушений, сахарного диабета и ишемической болезни сердца. Дети, которые подвергались насилию сами или были свидетелями насилия над своими матерями, чаще страдают от артериальной гипертензии, язвенной болезни желудка и кишечных расстройств, сахарного диабета, неврологических заболеваний, астмы и хронической обструктивной болезни лёгких.

Насилие над женщинами и детьми является громадным фактором риска развития психических и соматических расстройств, потери трудоспособности, а также ранней смертности пострадавших от насилия.

**СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ ДЕТЕЙ
С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ К УСЛОВИЯМ
ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ: РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ СЕМЬИ**
**SOCIO-PSYCHOLOGICAL ADAPTATION OF CHILDREN WITH
DISABILITIES TO LIVING CONDITIONS: THE ROLE AND
IMPORTANCE OF THE FAMILY**

Е.Б. Задорожникова

Ивановский государственный университет, г. Иваново

E.B. Zadorozhnikova

Ivanovo State University, Ivanovo

Исследуется проблема социально-психологической адаптации детей с ограниченными возможностями здоровья к условиям жизнедеятельности. Особое внимание уделяется семье как динамической системе, взаимодействующей с социумом.

The article is devoted to the problem of socio-psychological adaptation of children with disabilities to living conditions. Special attention is paid to the family as a dynamic system interacting with society.

Ключевые слова: дети с ограниченными возможностями здоровья, социально-психологическая адаптация, семья

Keywords: children with disabilities, socio-psychological adaptation, family

Актуальность проблемы социально-психологической адаптации детей с ОВЗ определяется увеличением общего числа детей, страдающих нарушениями здоровья. С 2011 г. по 2019 г. количество детей-инвалидов возросло примерно на 120 тыс. человек. К 2019 г. в России насчитывается 671 тыс. детей – инвалидов [1]. Статистика Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) показывает, что в 2015 г. в мире проживало более 1 миллиарда инвалидов. Это составляет 15% от всего населения [2].

Семьи, воспитывающие детей с ОВЗ, имеют свои особенности. В связи с нестандартными процессами семейной жизнедеятельности члены семьи сталкиваются с резкой сменой привычного образа жизни и с необходимостью решения множества проблем. Наиболее частыми характерными чертами семей с ребенком с ОВЗ являются: неблагоприятный социально-психологический климат, низкий экономический статус, ограниченность социального окружения, страх перед будущим. Наиболее типичными проблемами для семей, имеющих детей с ОВЗ, являются: низкий уровень реабилитационных возможностей для оказания своему ребенку помощи, недостаточная психолого-педагогическая компетентность родителей и слабая мотивация к их приобретению и высокий уровень психологической травматизации родителей либо лиц, их заменяющих, вызванной рождением детей с особенностями.

Родители, воспитывающие детей с ОВЗ, часто не видят целей и реальных возможностей своего ребенка, поэтому таким родителям требуется помощь в виде психолого-педагогического просвещения и сопровождения по воспитанию особенного ребенка.

Все это оказывает прямое влияние на процессы адаптации и социализации детей с ограниченными возможностями здоровья к условиям жизнедеятельности. Они могут выступать как барьером, так и источником адаптивных возможностей для детей с ОВЗ.

Чтобы человек с ОВЗ мог в равной степени осуществлять свои права и обязанности и полноценно функционировать в обществе, требуется создание определенных условий для его социально-психологической адаптации к общественным системам.

Под социально-психологической адаптацией принято понимать процесс приспособления индивида к окружающей социальной среде для его полноценного функционирования в общественных системах. Из этого определения следует, что процесс адаптации тесно связан с социализацией, предполагающей

освоение социального опыта и формирование личности в ходе принятия ею общепринятых ценностных ориентаций, установок, норм, статусов и ролей.

Современные исследователи (А.В. Мудрик, С.А. Козлова) рассматривают социализацию ребенка в триединстве ее проявления:

- 1) адаптация к социальному миру;
- 2) интеграция и принятие социального мира как данности;
- 3) дифференциация – способности и потребности изменять, преобразовывать социальную действительность, социальный мир и индивидуализироваться в нем [3].

Принято выделять три области, в которых происходит социализация индивида: деятельность, самосознание, социальные связи.

Большое влияние на развитие личности ребенка с ОВЗ оказывает ведущая деятельность, которая позволяет ему раскрыть потенциальные возможности и получить социальный опыт. Такие виды деятельности, как игра, обучение, трудовая деятельность способствуют снижению влияния заболевания на поведение и сознание ребенка.

Вторая важная сфера – сознание личности, заключающееся в познании себя, формировании образа «Я», поиске жизненных целей, на это влияют многочисленные факторы, в частности, социальные контакты.

Социальные связи позволяет ребенку развивать коммуникативные навыки, формировать понятие о собственной личности.

В процессе социализации и адаптации ребенка с ОВЗ к условиям жизнедеятельности возможно возникновение проблем, связанных с влиянием на его личность внутренних и внешних факторов. Для лиц, которые непосредственно контактируют с ребенком с ОВЗ, необходимо знать его социально-психологические особенности.

Социально-психологическая адаптация влияет на все жизненные периоды человека с ОВЗ, а от степени адаптированности в окружающей среде зависят все виды его жизнедеятельности. Психологическая адаптация помогает формировать у детей с ОВЗ положительное отношение к жизни, себе и своему состоянию. Важным этапом в процессе психологической адаптации является переход от пассивного участия к активной творческой деятельности. Целью социально-психологической адаптации выступает гармоничное вхождение человека в общество с учетом его возможностей и ограничений.

На этом этапе важна бытовая среда, в которой ребенок находится, и окружающая среда. В бытовую среду входят: социально-бытовая ориентация, образование, адаптация, устройство. Все это направлено на увеличение информированности, формирование приспособленности к нормальной жизнедеятельности.

Процесс социально-психологической адаптации детей с ОВЗ к условиям жизнедеятельности зависит от: нарушений здоровья, индивидуальных особенностей личности, семьи как микросреды, деятельности специалистов, отношения общества, что требует их совместного взаимодействия, задачей которых будет создание интегративных условий окружающей социальной среды.

В том случае, когда члены семьи особого ребенка активно взаимодействуют со специалистами и участвуют в программе реабилитации, дети с ограниченными возможностями гораздо быстрее добиваются благоприятных результатов. Этот факт является установленным и очевидным. Безусловно, в семьях с особым ребенком он должен находиться в центре внимания своих родных и близких. Члены семьи особого ребенка не всегда адекватно реагируют на советы и предложения специалистов. Иногда члены семьи особого ребенка относятся к программе реабилитации в основном как к возможности обрести немного свободного времени. Совместная работа специалиста с родителями и другими членами семьи особого ребенка подразумевает ряд трудностей. К ним относятся коммуникационные барьеры между членами семьи особого ребенка и социальным работником, преодоление которых требует подчас приложения немалых усилий. Специалисту нужно помнить о том, что если не наладить взаимодействие и сотрудничество с семьей особого ребенка, можно не достичь нужных результатов работы с ребенком, так как это негативно отражается на эффективности реабилитационных мероприятий.

Семья с ребенком с ограниченными возможностями здоровья – это не просто микрогруппа, где ребенок проводит большую часть времени, а это важнейшая первичная группа, отражением которой ребенок является. Именно вместе с семьей ребенок составляет единую динамическую систему, взаимодействующую с социумом. В целях успешной социально-психологической адаптации детей с ОВЗ к условиям жизнедеятельности должна осуществляться социальная работа с семьей такого ребенка, которая подразумевает постоянное взаимодействие, обмен информацией, взаимобучение, партнерство. Причем, взаимное обучение предполагает такой обмен информацией между социальным работником и семьей особого ребенка, в ходе которого эти участники постоянно консультируются друг с другом. Родители особого ребенка в процессе такого взаимодействия могут делиться своими мнениями и обсуждать не только проблемы, но и новые достижения ребенка. Обмен информацией с семьей может помочь составлять индивидуальные программы реабилитации для каждого ребенка, наблюдать за их выполнением, формировать благоприятную доверительную атмосферу. Конечным итогом

такого сопровождения семьи, имеющей ребенка с ОВЗ, является его успешная социально-психологическая адаптация.

Список литературы

1. Федеральная служба государственной статистики: официальный сайт [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/ – официальная статистика о положении инвалидов (дата обращения: 01.06.2019).

2. Всемирная организация здравоохранения: официальный сайт [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.who.int/ru/> – Загл. с экрана. Информационный бюллетень 11.2016 «Инвалидность и здоровье» (дата обращения: 31.07.2019).

3. Елисеева Ю.Н. Особенности социализации детей школьного возраста с ОВЗ // Молодой ученый. 2016. №3. С. 959-964. URL <https://moluch.ru/archive/107/25474/> (дата обращения: 01.09.2019).

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СЕМЬИ* **SOCIO-PSYCHOLOGICAL PROBLEMS OF THE FAMILY**

Д.Е. Ивашечкина
Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского
D.E. Ivashchikina
Lobachevsky University

На основе результатов социологических исследований рассматриваются основные социально-психологические проблемы, влияющие на внутрисемейное взаимодействие.

Based on the results of sociological research, the main socio-psychological problems affecting intra-family interaction are considered.

Ключевые слова: детско-родительские отношения, социальное сиротство, конфликты, насилие

Keywords: children's and parents' relations, social orphanage, conflicts, violence

Сокращение рождаемости, малодетность и нуклеаризация семей привели к тому, что родители часто являются однопородными, что повышает их

* Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта 18-411-520002 «Здоровьесбережение в практиках современной Нижегородской семьи».

тревожность за ребенка, снижает ответственность за стабильность брака, провоцирует конфликты после развода [1].

Кроме того, в современной семье размыты границы мужских и женских ролей, границы супружеских ролей и их наполненность. Зачастую невозможность супругов оправдать ролевые ожидания в отношении друг друга влечёт ряд проблем, влияющих на внутрисемейный климат, а также повышает конфликтность в семье. Нарушение внутрисемейного взаимодействия может произойти между супругами, между детьми и между родителями и детьми.

Во многом это обусловлено совмещением супругами семейной и профессиональной сфер жизни. Особенно остро это ощущают монородительские семьи, где единственный родитель должен выполнять роли и отца и матери, при этом являясь единственным источником дохода в семье. Многодетные семьи тоже не защищены от вероятности возникновения конфликтов, так как в основном эти семьи – однокарьерные, где на работе занят отец, а матери может не хватать времени, чтобы уделить внимание всем детям, следовательно обязанности по уходу за младшими детьми могут перекладываться на старших.

Невозможность или нежелание родителей взять на себя обязанности по уходу и воспитанию ребёнка порождает социальное сиротство – воспитание детей вне семьи [1]. На это может влиять материальное положение семьи, хозяйственно-бытовые условия; кроме того социальное сиротство может быть следствием внебрачного рождения, когда мать не готова справиться с трудностями в одиночку, особенно в условиях отсутствия поддержки со стороны ближайшего окружения.

Как пишет Т.А. Гурко, в России проблема социального сиротства обострилась в 1990-е гг., когда на фоне экономических изменений в стране многие семьи оказались в условиях выживания. Несмотря на усилия государства, и сегодня эта проблема является актуальной, так как, по утверждениям автора, в России сложилась парадоксальная демографическая ситуация, когда рожают те женщины, которые часто не способны без помощи государства воспитать детей, а те, кто может их содержать и воспитать, этого не делают [1].

С начала 1990-х гг. число детей, лишенных попечения обоих родителей, в России росло с каждым годом. Увеличивалось и число детей, воспитывающихся в интернатных учреждениях, 182 тыс. в 2006 г. (113 тыс. в 1990г.) [1]. Численность детей, родители которых лишены родительских прав, на 2017 год составила 37966 чел. [2].

Воспитание детей вне семьи влечёт нарушение процесса социализации, развития духовной и эмоциональной сфер ребёнка, которые формируются в том числе и в выстраивании связей не только непосредственно с родителями, но и с

родственниками, сиблингами, со старшим и младшим поколениями в семье. Такие дети находятся в состоянии депривации, ощущения социальной несправедливости, следствиями которых становятся активные (насилие) и пассивные (алкогольная и наркозависимость) формы протеста [1].

По утверждению исследователя А.С. Бирюковой, «проблема насилия [...] означает дискриминацию личности и семьи, ущемление или ограничение их прав и свобод. Семейное (домашнее) насилие – это система поведения одного человека для установления и сохранения власти и контроля над другим человеком. Насилие в семье включает: насилие над женщинами, над престарелыми, над детьми» [3].

Итоги социологического исследования, поведённого в 2013 г. в Нижнем Новгороде в рамках проекта «Школа: обыденность насилия (анализ социокультурных корней насилия в современной российской школе)», демонстрируют, что участие/неучастие родителей в жизни детей определяется как важный фактор насилия в школе [4].

Результаты показывают, что у четверти опрошенных детей неблагоприятная обстановка дома. Родители некоторых школьников прибегают к физическим наказаниям, при этом регулярно физически наказывают своих детей родители 8% школьников, а 17% – время от времени. В каждом пятом случае физического наказания ребёнка причиной служат его плохие оценки.

Ссоры и скандалы родителей наблюдают 29% школьников, а у каждого десятого школьника такие скандалы в семье происходят регулярно.

Результаты исследования позволили выявить взаимосвязь между поведением ближайшего окружения школьника и его собственным стилем поведения со сверстниками и учителями. Склонность школьника к насилию, деструктивность порождаются конфликтным поведением родителей как по отношению друг к другу, так и в отношении ребёнка. Благоприятная психологическая обстановка в семье, проявление интереса родителей не только к успеваемости ребёнка, но и к его школьной жизни в целом имеют большое значение для успешного выстраивания отношений с одноклассниками [4].

Таким образом, на психологическую обстановку в семье влияет ряд факторов, которые могут негативно сказываться на внутрисемейном взаимодействии и повышать конфликтность, что, прежде всего, отражается на поведении детей вне семьи и функционировании семьи в целом.

Список литературы

1. Гурко Т.А. Брак и родительство в России / Т.А. Гурко. М.: Институт социологии РАН, 2008. 325 с.

2. Сайт Федеральной службы государственной статистики. – [Электронный ресурс]. – Доступ через:

http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/motherhood/#.

3. Бирюкова А.С. Насилие в семье как социальная проблема: организационно-правовой аспект // Вестник КемГУ. 2010. №3. С. 150-152.

4. Егорова Н.Ю., Сизова И.Л. Насилие над детьми: от проблем семьи к проблемам в школе / Регионоведение. 2016. С. 120-132.

**ВЛИЯНИЕ ГАДЖЕТИЗАЦИИ
НА САМОСОХРАНИТЕЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ СЕМЬИ***
**IMPACT OF GADGETIZATION ON THE SELF-PRESERVATION
FUNCTION OF THE FAMILY**

И.А. Исакова, Д.С. Воробьев
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*
I.A. Isakova, D.S. Vorobiev
Lobachevsky University

Представлены предварительные результаты анализа современного состояния внутрисемейного взаимодействия в условиях стремительно развивающегося технического и технологического процесса, определены векторы трансформации моделей детско-родительских отношений в вопросах формирования культуры здоровья в условиях активной информатизации общества.

The results of the analysis of the current state of intrafamily interaction in the conditions of rapidly developing technical and technological process are presented, the vectors of transformation of children's and parents' relations models in questions of formation of health culture in the conditions of active informatization of a society are defined.

Ключевые слова: молодёжь, интернетизация, гаджетизация, поведение, аддикция, здоровье, самосохранительное поведение

Keywords: youth, internetization, gadgetization, behavior, addiction, health, self-preservation behavior

В XXI веке идет быстрое развитие разного рода технических средств коммуникации или процессов гаджетизации и интернетизации общества.

Становление информационного общества предопределяет неизбежное изменение условий существования семьи, поскольку ее жизнедеятельность

* Выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта №18-311-00348 «Трансформация детско-родительских отношений в эпоху информатизации общества».

пронизана информационными коммуникациями, базирующимися на инновационных технологиях, при этом формирование потребностей, интересов, взглядов, ценностных установок человека обусловлено его деятельностью в информационной среде, что относится и к формированию культуры здоровья.

Гаджеты пронизывают жизнь современной семьи не только электронными коммуникациями, но и определённой долей электромагнитного излучения. Исследования в области гигиены показывают: чрезмерное использование гаджетов в совокупности с другими факторами влияет на физическое и психическое здоровье, в особенности детей и подростков. Коллективом авторов Крымского федерального университета им. В.И. Вернадского установлено, что у студентов обнаружен рост электромагнитной нагрузки от персональных компьютеров в 2,83 раза, мобильных телефонов в 20,34 раза. [1] Возрастание такой нагрузки в совокупности с другими факторами спровоцировало развитие болезней органов дыхания, нервной системы и органов чувств. В первую очередь, от чрезмерного увлечения компьютерами и гаджетами пострадали глаза: обследуемые испытывали неприятные ощущения от перенапряжения и сухости глаз, и даже фиксировалось ухудшение зрения. Проблемы возникали и в состоянии костной системы: неудобное положение тела во время использования гаджета способствовало возникновению проблем с искривлением позвоночника и даже угрозы артритов и артрозов.

Неконтролируемое использование гаджетов опасно и для нервной системы: повышенная возбудимость, возникновение апатии, частые перепады настроения, ухудшение внимания и концентрации – последствия длительного использования смартфонов, мобильных телефонов, компьютеров и другой подобной техники.

Отрицать влияние гаджетизации на здоровье человека нельзя, однако проблемы вызывает некорректное, чрезмерное, неконтролируемое по времени использование, что актуализирует изучение способов формирования семейной культуры сохранения здоровья в эпоху информатизации.

Культура здоровья, в контексте статьи, подразумевает осознанное ценностное отношение к здоровью, основанное на ведении здорового образа жизни. Навыки ведения здорового образа жизни ребенок осваивает благодаря родителям, ориентируясь на компетентность в этом вопросе их самих. В вопросах использования гаджетов это правило тоже работает: адекватное отношение родителей к техническим средствам, контроль и самоконтроль за их использованием способствуют появлению позитивных привычек у ребенка.

Исследователи А.Л. Янак и Е.А. Шорыгин выделяют три типа детско-родительских отношений, опосредованных использованием гаджетов:

нарциссический (гаджет как отвлекающее средство для освобождения родителями времени на себя, саморазвитие и заполнение внутренней пустоты, связанной с жизненной, психологической, карьерной неудовлетворенностью); гиперопека (гаджет как дополнительная площадка для воспитания, баловства или родительского сопровождения, контроля); симбиоз (гаджет как средство сближения, совместного досуга или проводник для имитации паттернов поведения взрослых). [2] Лучшим вариантом владения и использования гаджетов является тот, при котором дети и родители обговаривают правила применения техники и честно их соблюдают. Однако реальная ситуация отличается. По данным исследования, проведенного в Нижнем Новгороде в 2018 г. (в форме анкетирования молодежи от 14 до 30 лет, n=151), в 92% случаев родители не ограничивают время, проведенное с гаджетами и компьютерами в сети Интернет. При этом 44,4% родителей (родственников) респондентов жалуются на слишком долгое времяпрепровождения за компьютером их детей. Родители занимают двойственную и противоречивую позицию по отношению к своим детям: с одной стороны, не контролируют практики гаджетизации, с другой – не удовлетворены образом жизни, в том числе, отношением к здоровью своих детей.

Противоречие порождает интерес к практикам использования гаджетов современными родителями. Результаты телефонного опроса россиян от 18 лет, проведенного Всероссийским центром изучения общественного мнения (ВЦИОМ) 2013-2018 гг., посвященного отношению к использованию компьютеров, смартфонов, Интернета, компьютерной игр и др. показали:

– слишком много времени проводят за использованием мобильных телефонов/смартфонов респонденты 25-34 лет – в 27% случаев, 35-44 лет – в 19%, 45-59 лет – в 13%;

– слишком много времени проводят в сети Интернет: 25-34 лет – 33%, 35-44 лет – 22%, 45-59 лет – 13%; [3]

– у каждого десятого россиянина в последнее время играет в видеоигры супруг или супруга (8%), среди отрицательных последствий видеоигр они отдельно указывают на связанные с ухудшением здоровья: возникновение зависимости – 26%, ухудшение зрения – 23%, негативное влияние на психику – 13%, деградация умственных способностей – 10% [4].

Практики использования компьютеров и Интернета взрослым населением России нельзя назвать здоровьесберегающими, то есть служить наглядным примером для детей взрослые не могут. Это утверждение подтверждают и результаты исследования, проведенного в Нижнем Новгороде в 2018 г. (в форме анкетирования молодежи от 14 до 30 лет, n=151): молодые опрошенные

нижегородцы проводят в сети Интернет: от 3 до 5 часов – 41,1%, от 6 до 10 часов – 28,5% и более 12 часов – 21,9%; 84,8% подтвердили, что не контролируют время, проведенное в глобальной сети.

На основе серии анкетных опросов 2019 г. были определены основные типы поведения родителей в воспитании у детей «здорового» использования гаджетов: авторитарный, лояльный, пренебрежительный, авторитетный.

Суть авторитарного стиля состоит в том, что для защиты психического и физического здоровья ребенка родители запрещают использовать гаджеты до определенного возраста (чаще 7 лет, связанного с обучением в школе) или строго контролируют время, проведенное у компьютера, читаемый контент. Иногда в ответ на подобные действия запрещенная техника становится более желанной, ребенок даже использует чужие телефоны, скрывает выходы в сеть. По данным исследования в Нижнем Новгороде в 2018 г., четверть опрошенных молодых людей скрывает от родителей время пребывания в глобальной сети. Следствием авторитарного типа гаджет-воспитания становится, с одной стороны, сохраненное здоровье, с другой стороны, резкие стрессовые нагрузки на организм, возникающие, когда ребенок все-таки получает доступ к «заветному» компьютеру и не может от него оторваться. Использование гаджетов в тайне от родителей, чаще происходит в условиях, нарушающих правила ЗОЖ, например, просмотр роликов в телефоне ночью, в темноте.

Лояльный тип воспитания заключается в том, что родители устанавливают правила использования гаджетов и доверяют ребенку в их использовании, при этом осуществляют скрытый контроль за использованием и контентом. Активное вмешательство начинается только в случае проблем у ребенка, например, снижения успеваемости, тогда сокращение времени с гаджетом может использоваться как средство наказания.

Пренебрежительный стиль отличает низкие требования в сочетании с низкой вовлеченностью в процесс формирования культуры отношения к гаджетам и поведения в сети. Родители покупают ребенку гаджет и не вмешиваются в вопросы его использования. Исследования в Нижнем Новгороде подтверждают, что этот тип один из самых распространённых.

Авторитетный стиль заключается в том, что родители жестко не устанавливают правила использования гаджетов, но собственным примером демонстрируют, как надо относиться к технике, сочетая это с заботой о собственном здоровье. При данном стиле ребенок самостоятельно вырабатывает границы в использовании гаджетов, однако, чтобы это произошло, родители должны проявлять и демонстрировать высокий уровень самоконтроля.

Наше исследование показало, что основная часть опрошенных семей предпочитают пренебрежительный стиль воспитания у ребенка отношения к культуре здоровья и гаджетам. Отчасти это связано с тем, что дети, особенно подростки, являются гораздо более опытными пользователями технических новинок, нежели старшее поколение. Можно сказать, что в российских семьях не сформировалась здоровая культура использования гаджетов: отсутствие здоровьесберегающих традиций поведения у родителей позволяет предположить, что у детей их тоже не будет. Для изменения сложившейся ситуации необходимы специализированные программы формирования в семье социально одобряемых и социально значимых для здорового образа жизни ценностей, норм и практик использования современных информационных технологий и техники.

Список литературы

1. Яценко С.Г., Рыбалко С.Ю., Пилунская О.А., Шибанов С.Э. Гигиеническая оценка влияния электромагнитных факторов коммуникационных устройств на состояние здоровья студентов // Гигиена и санитария. 2017. Т. 96. № 10. С. 1001-1003.

2. Янак А.Л., Шорыгин Е.А. Траектории гаджетизации детско-родительских отношений: основные модели // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия: Социальные науки. 2019. №3(55). С. 141-148.

3. Интернет-зависимость: сколько россиян подвержены «болезни XXI века»? // Официальный сайт Всероссийского центра изучения общественного мнения. Выпуск №2415. Опубликовано 30.09.2013 г. [Электронный ресурс] URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=1104> (дата обращения 18.09.2019 г.).

4. На игре: социальные эффекты компьютерной игромании // Официальный сайт Всероссийского центра изучения общественного мнения. Выпуск №4053. Опубликовано 10.09.2019 г. [Электронный ресурс] URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=9889> (дата обращения 18.09.2019 г.).

ОТНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ КАК РЕСУРС ЛИЧНОСТИ И СЕМЬИ ATTITUDES TOWARDS THE DISEASE AS A RESOURCE FOR INDIVIDUALS AND FAMILIES

А.С. Когаловская
Ивановский государственный университет, г. Иваново
A.S. Kogalovskaya
Ivanovo State University, Ivanovo

Делается попытка осмысления отношения семей с тяжелобольными членами семьи к их болезни и отношение больного к своей болезни. Обсуждаются вопросы принятия болезни как средства преобразования отношения к жизни.

The article attempts to understand the relationship of families with seriously ill family members to the disease and the patient's attitude to his illness. The issues of acceptance of the disease as a means of transforming attitudes to life are discussed.

Ключевые слова: здоровье, принятие болезни, смысл, ценности, развитие
Keywords: health, disease acceptance, meaning, values, development

Слова римского поэта-сатирика Ювенала «Mens sana in corpore sano», ставшие крылатыми, обычно переводят так: "В здоровом теле – здоровый дух". Однако такой перевод искажает подлинный смысл. В работе А. Митрофановой [1] приводится более точный перевод (Д.С. Недовича и Ф.А. Петровского): "Надо молить, чтобы ум был здоровым в теле здоровом". В X книге "Сатир" Ювенала говорится: "Бодрого духа проси, что не знает страха пред смертью, что почитает за дар природы предел своей ЖИЗНИ..." [цит. по 1]. Скорее Ювенал даже призывает готовиться к смерти – стяжать "дух бодрый", ведь земная, телесная жизнь не вечна.

Свою тяжелую, а особенно неизлечимую болезнь люди переживают по-разному. По-разному ее переживают и их семьи. Однако общим является то, что она вызывает душевное потрясение, воспринимается как утрата, утрата надежд, представлений о должном, лучшем для их близкого; утрата части собственной идентичности или ожидаемого будущего.

Нередко вместе с проблемой тяжелой болезни приходят и переживания одиночества, покинутости, страха. Так часто бывает в семьях с детьми, имеющими ментальные и психические заболевания, нарушения в психическом развитии. Эти переживания связаны с восприятием своей ситуации как противоестественной и уникальной и с ожиданием того, что окружающие не поймут, осудят, отвернутся. К тому же родственники и знакомые часто не знают, как общаться с семьей в этой ситуации, боятся ранить и в результате

вовсе избегают общения. А сами родители при этом ощущают покинутость, изоляцию. Страх отвержения, ощущение своей несостоятельности перед семьей и обществом, чувство вины, чувство стыда – все это побуждает их к тому, чтоб уйти в изоляцию самим или изолировать свое больное дитя, чтоб не пришлось за него краснеть. Эти чувства порою так сильны, что заставляют отказываться от помощи родителей, хотя нуждаются в ней.

Тяжелая болезнь ребенка – это, конечно же, и утрата будущего, о котором родители мечтают. «Будущее» есть самая «временная», самая нереальная часть времени человека», – писал Льюис [цит. по 2]. Он противопоставлял будущему вечное и утверждал, что важнейшей задачей человека является не отдавать всего своего сердца "будущему", а жить вечным в настоящем.

Названные переживания мешают родителям принять болезнь ребенка, то есть осознать ее как факт своей жизни и выстраивать свою жизнь, считаясь с ней. Порою непринятие болезни ребенка родителями выражается в том, что они стремятся найти «волшебную таблетку» от заведомо неизлечимых заболеваний, кидаются в оккультизм. Неоправданно перераспределяя внимание, они теряют драгоценное время раннего периода для развития и социальной адаптации их ребенка.

Принятие же ситуации болезни несет способность открыть себя миру, людям в своей слабости, стать готовым принять помощь и сочувствие. Это верно не только в ситуациях, когда болеет ребенок, но и когда болеет взрослый член семьи.

Святитель Николай Сербский, размышляя о людях, которые скрывают свои проблемы и немощи от других, приходит к выводу, что лучше открыть свои слабости прежде, чем они приобретут полную власть над нами и станут очевидны другим [3].

Принятие ситуации болезни предполагает ее осмысление – придание ей смысла. Это важная задача, которая должна стоять и перед родителями больных детей, и перед больными взрослыми. И здесь помогает обращение к целительным идеям писателей, философов, мыслителей.

Н.В. Гоголь пишет, что и среди самих страданий иногда приходят к человеку мысли, несравненно лучшие прежних. Он замечает, что тяжкие болезненные страдания отрезвляют, не дают возноситься, сдерживают мысли о собственной значительности. Он призывает к смирению и благодарности Промыслителю за болезнь, веря, что она нужна. «Молитесь Богу только о том, чтобы открылось перед вами его чудное значение и вся глубина его высокого смысла» [4].

Иван Ильин в попытках осмысления болезни задается вопросами: что она (болезнь) хочет от меня? А если посмотреть на свою жизнь, как на

путешествие, то куда же я попал? Он побуждает ассоциировать тяжелую ситуацию с другом, который хочет предостеречь, подсказать, указать на совершенную ошибку, предостеречь. Он же выявляет ценнейшие ресурсы исцеления: инстинкт должен излечить тело; дух — исцелить душу. «Ведь здоровье — это одновременно здоровье души и тела; быть больным означает нуждаться одновременно в исцелении души и тела» [5].

И. Ильин утверждает, что болезнь должна побуждать человека задуматься о своей жизни, о том, занимался он ее устройством или плыл по течению, а если пытался, то сумел ли хорошо ее устроить, о том, есть ли что-либо ценное в жизни и каковы эти ценности. Болезнь – это повод остановиться, оглянуться на пройденный путь и осмыслить, в ту ли сторону движется человек, на тех ли позициях стоит. Это повод осмыслить, в каких отношениях человек с жизнью, способен ли он видеть в ней прекрасное, воспринимает ли бесчисленные возможности для любви, добра, самопожертвования и подвига, предоставляемые ею. Ильин пишет, что страдания нужно принимать как должное и что предназначение страдания в том, чтобы дать понять человеку законы творения и волю Создателя, что через страдания человек приходит к отрезвлению, просветлению, к совершенствованию; что самое важное в жизни — обрести через каждое страдание частицу *истинной веры* и *истинной мудрости*, и тогда у него «появляются шансы воспринять болезнь как восстановление, отдых, просветление в жизни» [5].

Архиепископ Иоанн (Шаховской) говорит, что при всей своей слабости и смертности, человек есть одновременно и удивительная сила, и задается вопросом, откуда у человека, который физически слабее, недолговечнее и несовершеннее во многих отношениях животных и даже растений, такая власть над миром, среди его ничтожества. И отвечает – «от духа, – от невидимой глазами его духовной сущности, драгоценной печати Высшего Разума в нем» [2].

Как в отечественных (Б.С. Братусь, В.И. Слободчиков, Л.И. Анциферова), так и в зарубежных (Дж. Годфруа) исследованиях последних десятилетий доминирует многомерное и многоуровневое понимание психического здоровья. При этом выделяются физический, социально-психологический и духовный его пласты и обосновывается ведущая роль в нем нравственного плана. А болезнь собственная или близкого, весьма значимого человека, может стать средством оздоровления психического и духовного, ибо психическое здоровье предполагает личностный рост и движение по пути преодоления личностью деформаций своего развития.

Список литературы

1. Митрофанова А. Что имел в виду древнеримский поэт Ювенал, когда писал о "здоровом теле" и "здоровом духе"? [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://foma.ru/chto-imel-v-vidu-drevnerimskij-poet-yuvenal-kogda-pisal-o-zdorovom-tele-i-zdorovom-duxe.html>.
2. Архиепископ Иоанна (Шаховского) Апокалипсис мелкого греха. Киев, 2013.
3. Святитель Николай Сербский. Мысли о добре и зле. Минск, 2004.
4. Гоголь Н.В. «Духовная проза». М., 1992.
5. Ильин И. Я вглядываюсь в жизнь. Книга раздумий. М.: Эксмо, 2007.

СЕМЕЙНЫЙ ТУРИЗМ КАК КОМПОНЕНТ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ FAMILY TOURISM AS A COMPONENT OF A HEALTHY LIFESTYLE

О.В. Кудрявцев

Институт социально-политических исследований РАН, г. Москва

O.V. Kudryavtsev

*The Institute of Socio-Political Research,
the Russian Academy of Science, Moscow*

Проанализированы особенности семейного туризма, занимающего ведущее место в индустрии досуга как с позиции укрепления семьи, средства социализации ребенка, так и важного компонента системы формирования ценности здорового образа жизни у детей и молодежи.

На примере опыта Государственного автономного учреждения культуры города Москвы «Московское агентство организации отдыха и туризма» (ГАУК "МОСГОРТУР") проанализированы проекты и программы по сохранению здоровья и формированию ценности здорового образа жизни у детей и молодежи города Москвы средствами семейного туризма.

The article analyzes the features of family tourism, which occupies a leading place in the leisure industry, both from the position of strengthening the family, the means of socialization of the child, and an important component of the system of formation of the value of a healthy lifestyle in children and youth.

The author, on the example of the experience of the State Autonomous cultural institution of Moscow "Moscow Agency of recreation and tourism" (GAUK "MOSGORTUR"), analyzed the projects and programs for the preservation of health and the formation of the value of healthy lifestyles in children and youth of Moscow by means of family tourism.

Ключевые слова: туризм, семейный туризм, детский отдых и оздоровление, ГАУК «МОСГОРТУР», детская оздоровительная кампания, здоровьесберегающие технологии работы, здоровый образ жизни (ЗОЖ)

Keywords: tourism, family tourism, children's recreation and recreation, GAUK "MOSGORTUR", children's health campaign, health-saving technologies of work, healthy lifestyle (HLS)

В настоящее время, наряду с социально-экономическими сложностями, проблемы демографии стоят для России достаточно остро. Не случайно в рамках решения задач, предусмотренных Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года», одним из ключевых направлений в современных социальных исследованиях является изучение особенностей демографической политики в части охраны здоровья российской молодежи [1].

В этой связи, одной из приоритетных задач Основ государственной молодежной политики Российской Федерации на период до 2025 года является «...формирование ценностей здорового образа жизни, создание условий для физического развития молодежи, формирование экологической культуры, а также повышение уровня культуры безопасности жизнедеятельности молодежи» [2].

Напомним, что Национальная стратегия действий в интересах детей на 2012-2017 гг. осуществлялась по таким основным направлениям, как семейная политика детствосбережения; доступность качественного обучения и воспитания, культурное развитие и информационная безопасность детей; равные возможности для детей, нуждающихся в особой заботе государства; создание системы защиты и обеспечения прав и интересов детей и дружественного к ребенку правосудия; *здравоохранение, дружественное к детям, и здоровый образ жизни* [3].

Учитывая результаты, достигнутые в ходе этой программы в целях совершенствования государственной политики в сфере защиты детства, ее преемницей стала заявленная В.В. Путиным программа «Десятилетие детства» [4]. Программа будет действовать в период с 2018 по 2027 гг. Основополагающими направлениями данной программы обозначены: поддержка материнства и детства, улучшение демографии, обеспечение здоровья, качества и доступности образования, всестороннего развития каждого живущего в России ребенка. Особую актуальность программа приобретает на фоне прогнозируемого резкого падения рождаемости, которое ученые связывают с кризисом рождаемости 90-х гг.

С целью ее реализации был разработан и утвержден План основных мероприятий до 2020 г., проводимых в рамках Десятилетия детства. План включает в себя 131 позицию, структурированную по 15 разделам, среди

которых выделим: «Здоровый ребенок»; «Развитие физкультуры и спорта для детей»; «Безопасный детский отдых»; «Доступный детский туризм»; «Социальная защита детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья и их интеграция в современное общество»; «Ребенок и его право на семью».

Социальная политика государства обеспечивает укрепление семьи, как необходимого социализирующего института, содействует в осуществлении семейного воспитания и сохранении прав и интересов детей в обществе.

Особую значимость приобретает в этой связи рекреационная и досуговая функция семьи, которые направлены на восстановление сил человека и реализацию его психофизиологического отдыха. В ходе совместного отдыха опосредованно осуществляется воспитание всех членов семьи: налаживаются межличностные отношения, происходит духовный рост каждого, укрепляются семейные связи, расширяется кругозор.

Туризм, как одно из эффективных средств удовлетворения досуговых потребностей населения, в настоящее время приобретает семейный характер. Семейный туризм представляет собой форму организации поездок людей, связанных родственными узами. Под *семейным туризмом* [5] мы понимаем — временные путешествия семьи (с детьми или без) в местность, отличную от места постоянного жительства, совершаемые в свободное время. Главной отличительной чертой семейного туризма, как и любой формы семейного досуга, является взаимодействие всех членов семьи.

Данный вид туризма получил в Российской Федерации достаточно широкое развитие. Т.К. Ростовская, Е.Е. Карповская, А.Х. Абдрашитова, Е.В. Иванова, О.В. Кудрявцев в своих статьях подчеркивают значимость семейного туризма в содействии укрепления семьи, а также решения таких задач, как усиление ее сплоченности и установления эмоционального контакта, взаимопонимания, сотрудничества между родителями и детьми, коррекции детско-родительских отношений, формирования семейных ценностей; помощи в социализации детей (в случае их наличия); реализации потребности в отдыхе и ориентация на здоровый, активный образ жизни всех членов семьи [1; 6; 7; 8].

Физкультурно-оздоровительный компонент семейного туризма выступает фундаментом системе формирования здорового образа жизни всех членов семьи, в которой особое значение отводится показателям здоровья и качества жизни молодого поколения, учету его потребностей и созданию условий для благоприятного существования и социального самочувствия молодого населения страны.

Прежде, чем рассмотрим конкретные здоровьесберегающие технологии на примере работы ГАУК «МОСГОРТУР», одной из крупных игроков в сфере отдыха и оздоровления детей, уточним определение социального туризма.

В соответствии с Федеральным законом от 24.11.1996 г. N 132-ФЗ «Об основах туристской деятельности в Российской Федерации» [5] под *«туризмом социальным»* мы рассматриваем туризм, полностью или частично осуществляемый за счет бюджетных средств, средств государственных внебюджетных фондов (в том числе средств, выделяемых в рамках государственной социальной помощи), а также средств работодателей».

В постановлении Правительства Москвы от 22.02.2017 г. N 56-ПП «Об организации отдыха и оздоровления детей, находящихся в трудной жизненной ситуации», п. 2.1.1.1. [9], выявляется сходство между *«семейным туризмом»* и *совместным выездным отдыхом*: «В организации отдыха и оздоровления семейного типа в сопровождении родителя или иного законного представителя либо доверенного лица для сопровождения во время отдыха и оздоровления (далее — совместный выездной отдых)».

В соответствии с Уставом Государственного автономного учреждения культуры города Москвы «Московское агентство организации отдыха и туризма» [10] выполняет работы и оказывает услуги (см. п.2.2.) «по удовлетворению потребностей населения в отдыхе и оздоровлении, обеспечению решения общегородских социальных задач по отдыху и оздоровлению детей, в том числе в сопровождении родителей (законных представителей) и иных лиц, отдыху молодежи». Одной из основных целей Учреждения определено создание необходимых условий для занятия физической культурой и спортом, туризмом, расширения и углубления знаний об окружающем мире и природе, развития творческих способностей детей, организации общественно полезного труда, формирования и развития позитивной мотивации здорового образа жизни, право послушного поведения в обществе.

В соответствии с Уставом, ГАУК «МОСГОРТУР» осуществляет основные виды деятельности, в числе которых:

«2.3.12. Туристская деятельность, в том числе деятельность по формированию, продвижению и реализации туристского продукта.

2.3.13. Санаторно-курортная деятельность.

2.3.14. Организация и проведение спортивно-развлекательных, состязательных и оздоровительных мероприятий».

За последние три года специалистами ГАУК «МОСГОРТУР» были разработаны:

= уникальные программы отдыха детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в возрасте от 3 до 7 лет (включительно) в сопровождении родителей или сопровождающий их лиц: «Счастливые каникулы», «100 летних дел», «Страна улыбок» (продолжительностью 14 календарных дней);

= программы полезного развивающего отдыха для детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в возрасте от 7 до 17 лет (включительно): «Форум ГТО», «Проект: Чемпионат – 2018», «Яркие люди», «Правильные путешествия», «Учимся думать», «Путешествие во времени», «Москва. Городские легенды», «Теория кино. Перезагрузка», «100 летних дел», «Академия Героев», «Лагерь мастеров», «Путешествие во времени», «Страна Улыбок», «Хроники Радуги», "Форум лидеров", "Энергия достижений", "Московские династии", "Город возможностей", "Проект: капитал", "Моя культура" (продолжительность каждой программы 21 календарный день);

= *однодневные* программы квест-экскурсий в Коломну, Сергиев Посад и парк «Патриот», содержащие спортивные и общеобразовательные компоненты.

Программы детского отдыха ГАУК «МОСГОРТУР» отмечены конкурсной комиссией как одни из лучших на ежегодном Всероссийском конкурсе программ и методических разработок организаций отдыха и оздоровления детей, проводимым Федеральным институтом развития образования (ФГАУ ФИРО).

ГАУК "МОСГОРТУР" реализует специально разработанную для городских парков серию познавательных, спортивных и развлекательных мастер-классов «Мастерская полезных каникул». Программа «Мастерские полезных каникул» включает, помимо дворовых игр, спортивные соревнования, встречи с известными спортсменами и олимпийскими чемпионами (табл. 1).

Т а б л и ц а 1 .

Сезонные предложения активного отдыха (по видам спорта) для молодежи

Сезон	Вид спорта
ЗИМА	Сноубординг
ВЕСНА	Каякинг, яхтинг, треккинг, велотрекинг, винсерфинг, кайтсерфинг
ЛЕТО	Виндсерфинг, кайтсерфинг, велотрекинг, треккинг, рафтинг
ОСЕНЬ	Рафтинг, треккинг, велотрекинг, серфинг

Самая масштабная «Мастерская полезных каникул» состоялась в 2017 г. в рамках семейного инклюзивного благотворительного фестиваля «Галафест» в саду Эрмитаж, ее посетило 284 участника.

В период осенне-зимне-весеннего «межсезонья» ГАУК «МОСГОРТУР» проводится огромное количество мероприятий, 75% из которых реализуется в рамках трех проектов: «Вожаторий: пространство открытых встреч и лекций», «Мастерские полезных каникул» и «Продленки МОСГОРТУРА».

В результате анализа статистических данных, по востребованности услуги «совместный отдых» (семейный туризм), большинство заездов для совместного отдыха организуется в летние месяцы (табл. 2).

Т а б л и ц а 2 .

Количество заездов в организации отдыха и оздоровления для совместного отдыха по месяцам (2016–2019 гг.)

Год	Количество заездов в организации отдыха и оздоровления, шт.								Всего
	месяц								
	апрель	май	июнь	июль	август	сент.	окт.	нояб. – дек.	
2016	3	26	35	33	34	24	10	1	166
2017	0	29	39	47	48	25	6	0	194
2018	16	47	86	98	78	24	10	13	372
2019	27	32	53	60	42	–	–	–	214

Количество выданных путёвок по месяцам (табл. 2) положительно коррелирует с количеством заездов. Это позволяет утверждать, что сезонный фактор является ключевым при планировании совместного отдыха. Это предположение подтверждается анализом количества фактически отдохнувших: в летние месяцы доля заездов, как правило, превышает значения для весенних и осенних месяцев и достигает наибольшие показатели в июне–июле.

Другим фактором планирования совместного отдыха является места отдыха. Данные оздоровительных кампаний 2016-2019 гг. свидетельствуют, что наиболее востребованным направлением совместного отдыха является побережье Чёрного моря – организации отдыха и оздоровления, расположенные в Краснодарском крае и Республике Крым.

В результате анализа количественных характеристик оздоровительных кампаний 2016-2019 гг. показал, что у москвичей распространённый образ совместного отдыха (туризма) – отдых в одном из причерноморских регионов в летние месяцы.

На протяжении последних нескольких лет специалисты ГАУК «МОСГОРТУР» реализуют систему работы по формированию здорового образа жизни детей и молодежи г. Москвы, популяризации и развитию массового спорта.

Среди механизмов формирования здорового образа жизни детей и молодежи г. Москвы специалисты ГАУК «МОСГОРТУР» реализуют следующие:

– разработка содержания программ отдыха, включающих развитие социального, физического, и медицинского здоровья подрастающего поколения;

- реализация проектов и программ городского отдыха для детей и молодежи в течение «межсезонья» (вне рамок летней оздоровительной кампании);
- выполнение функций надзора и проведения корпоративных экспертиз действующих и новых проектов;
- пропаганда здорового образа жизни среди детей и молодежи, оказавшихся в трудной жизненной ситуации;
- транслирование опыта в области экологической безопасности молодому поколению;
- минимизация возможного негативного влияния деятельности ГАУК «МОСГОРТУР» на окружающую среду с использованием передовых технологий в области ресурсосбережения, инновационных материалов и оборудования при обустройстве лагерей отдыха;
- организация коммерческих туров, проектов и программ активного отдыха для молодежи;
- проектов и программ совместного отдыха (семейного туризма) [11, с. 47-48].

Список литературы

1. Ростовская Т.К., Карповская Е.Е., Абдрашитова А.Х. Здоровье молодежи Казахстана и России как залог решения демографических проблем // Вопросы управления. 2018. № 6 (36). С. 204-210.
2. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 29 ноября 2014 г. № 2403-р «Об утверждении Основ государственной молодежной политики до 2025 года» // Основы государственной молодежной политики Российской Федерации до 2025 г. от 29 ноября 2014 г. URL: <http://www.fadm.gov.ru/docs/9/> (дата обращения: 03.09.2019 г.).
3. Национальная стратегия действий в интересах детей на 2012–2017 гг. URL: <http://base.garant.ru/70183566/#ixzz3CvYILK5i> (дата обращения – 02.09.2019).
4. Указ Президента Российской Федерации от 29 мая 2017 года № 240 "Об объявлении в Российской Федерации Десятилетия детства". URL: <http://static.kremlin.ru/media/acts/files/0001201705290022.pdf> (дата обращения – 02.09.2019).
5. Федеральный закон от 24.11.1996 N 132-ФЗ (ред. от 03.05.2012) "Об основах туристской деятельности в Российской Федерации". URL: http://arat.su/wp-content/themes/my_theme/docs/132-FZ.pdf (дата обращения 26.05.2016). Федеральный закон «Об основах туристской деятельности в Российской Федерации» от 24.11.1996 N 132-ФЗ (ред. от 04.06.2018). URL:

http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_12462/ (дата обращения 26.05.2016).

6. Иванова Е.В. Семейный туризм как фактор гармоничного развития личности ребенка // Научные перспективы XXI века. Достижения и перспективы нового столетия / Б.М. Вершинин, 2015. С. 74-76.

7. Кудрявцев О.В. К вопросу о молодежном семейном туризме // Культурное пространство молодежи: смыслы и практики / Под общей редакцией Т.К. Ростовской, 2019. С. 164-166.

8. Ростовская Т.К., Кудрявцев О.В. Молодежный семейный туризм как фактор стабильности молодой семьи // Актуальные проблемы развития туризма / Под ред. С.В. Дусенко, Н.Л. Авиловой; РГУФКСМиТ. М., 2018. 516 с. (С. 174-178).

9. Постановление Правительства Москвы от 22.02.2017 N 56-ПП (ред. от 20.10.2017) "Об организации отдыха и оздоровления детей, находящихся в трудной жизненной ситуации». URL: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&n=188822&base=MLAW&from=188822-97-diff&rnd=8C9B7706BF62CE7BE0FF2530C2CC7BC1#09011703649639267> (дата обращения – 08.09.2019).

10. Устав Государственного автономного учреждения культуры города Москвы «Московское агентство организации отдыха и туризма» (редакция № 5). URL: <https://mosgortur.ru/uploads/documents/5a0c2ba4c26e4.pdf> (дата обращения – 08.09.2019).

11. Заярская Г.В., Фодоря А.Ю. Механизмы работы по сохранению здоровья детей и молодежи города Москвы, оказавшихся в трудной жизненной ситуации (из опыта ГАУК «МОСГОРТУР») // Особенности формирования здорового образа жизни: факторы и условия / Отв. ред. Ю.Ю. Шурыгина. Улан-Удэ: Изд-во ВСГУТУ, 2018. 184 с. (С. 46-48.)

РЕСУРСНОСТЬ СЕМЬИ (ПО ЭССЕ ПЕРВОКУРСНИКОВ)* **FAMILY RESOURCEFULNESS (BASED ON FRESHMAN ESSAYS)**

Л.С. Курносова
Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского
L.S. Kurnosova
Lobachevsky University

Рассматривается, как первокурсники видят ресурсный потенциал своих семей в аспектах здоровья и образования, экономических и социальных связей.

* Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта 18-411-520002 «Здоровьесбережение в практиках современной Нижегородской семьи».

Апробируется форма эссе для сбора эмпирической информации в рамках данной тематики.

The paper looks into how first-year students perceive resources of their families through the prism of health and education, social and economic links. The author implements essay as a form to collect empirical data.

Ключевые слова: ресурсность, ресурс, семья, здоровье, образование, экономическая поддержка

Keywords: resources, family, health, education, economic support

Материалом послужили эссе первокурсников специальности «социология» – 52 эссе в объеме 84000 знаков с пробелами. Задание давалось в два этапа. Первый этап – весна 2019 г. Получено 16 эссе. Авторы почти полностью сосредоточились на аспекте образования. Здоровье упоминалось при описании общего процесса социализации в семье. На втором этапе были уточнены опорные пункты: здоровье, образование, экономические ресурсы, социальные связи. Средний объем эссе увеличился на четверть, но при этом личностный компонент в виде биографических фактов, деталей семейного образа жизни и быта снизился. Содержательно увеличился аспект здоровья, экономические ресурсы раскрывались в той же степени, но теперь отдельным пунктом. Социальные связи почти не упоминались, или констатировалось, что их нет. На втором этапе в сентябре 2019 г. было получено 36 эссе. Гендерные различия выявить не удалось из-за незначительного числа студентов мужского пола среди опрошенных. Учитывая пробный характер исследования, количественный анализ не проводился.

Приблизительно четверть опрошиваемых писали о том, что родители проводили с ними много времени, семья сформировала их мировоззрение, в семье они приобрели духовные ценности, моральные нормы, образцы поведения, а также основы хороших манер. Родители их любили, оберегали и окружали заботой. Прививали семейные традиции, праздники «отмечали с бабушками и дедушками, семьей дяди». У одной из студенток «воскресение – это день для визита к бабушкам. Это всегда, и это не обсуждается». Но был и такой вариант: «Родители не так сильно повлияли на становление моей личности, в отличие от моих бабушек и дедушек». Не было упоминаний о формировании каких-то черт характера за исключением девушки, родители которой «учили добиваться всего самой».

У почти всех опрошенных образованию и развитию детей уделялось в семье много внимания. Часто писали о заинтересованности родителей в получении детьми образования. Основным организатором почти всегда выступала мама, но в некоторых случаях это оба родителя или даже отец.

Кроме этого в образовании помогали старшие братья и сестры, а также бабушки и тётки. Из всех студентов только одна пошла в школу и не умела ни писать, ни читать. Сама студентка объяснила это тем, что её собирались отправить в школу через год, но будущая учительница начальных классов заметила девочку в детском саду и лично убедила родителей отдать её в школу. Все отметили, что процесс их образования организовывался, регулировался и контролировался. У наших первокурсников семьи изначально ориентированы на получение детьми хорошего образования.

Если судить по полученным эссе, на современную российскую семью возложено обучение чтению, письму и счёту. Родители относятся к этому как к должному: «мама научила меня читать и писать ещё в детском саду», «мой отец учил меня читать уже в возрасте 4-5 лет». Кому-то регулярно читали детские книги перед детским садом. С детьми играют, мамы, бабушки и дедушки, старшая сестра или тётка покупают развивающие игрушки (для мелкой моторики – пазлы и конструктор) дарят книги и тоже помогают в обучении: «Старшая сестра играла со мной в школу и учила меня писать и читать». Некоторым покупали детские энциклопедии. Одна студентка отметила, что она ходила в «самый лучший детский сад нашего города». Некоторые родители помогали ребёнку в освоении того, чему научили в детском саду: «Дома мы закрепляли это: мама объясняла каждое правило поэтапно в доступной форме». Позже нескольким респондентам выбирали школу с сильным преподавательским составом, с углубленным изучением иностранного языка, отдавали в гимназии и лицеи.

Помощь в обучении и контроль продолжались в начальной школе у всех. С детьми делали уроки, а также «проверяли мои уроки и объясняли мои ошибки». Проводили диктанты, давали задачи и примеры по математике, слушали чтение, учили стихи, помогали делать доклады. «Мама научила меня быстро считать в уме, папа объяснял историю». «Раньше программы выучили с папой таблицу умножения». «Старшая сестра дарила различные книги. Помню, как в начальной школе она мне тоже помогала». Получается, что родители первокурсников не рассчитывали, что всему этому ребёнок может самостоятельно научиться в школе, а также на то, что школа может эффективно осуществить это обучение без родительских усилий. Как сформулировал один из респондентов: «Образование же семья ставит целью номер один».

Помощь в получении образования продолжается и в средней школе, но уже не столь регулярно. Больше внимание уделяют контролю и организации дополнительного образования, чем собственно обучению. Кому-то в старших классах «мама помогала с изучением английского языка», а «папа часто помогал с математикой». По отзыву ещё одной первокурсницы: «В старших

классах моя семья так же помогала мне, я могла обратиться за помощью, если что-то не поняла». Кого-то записывали на дополнительные занятия в организации типа «Центр дополнительного образования». Некоторые семьи оплачивали «дополнительные занятия для более углублённого изучения предметов». Наиболее образованные родители продолжали самостоятельно содействовать школьному образованию: «Мама и папа мне всегда помогали в школьной учебе, дополнительно занимались. Папа занимался объяснением «Правил Буравчика» и закона «Ома» – более точные науки, а мама развивала во всех направлениях – литература, русский, история, искусство, музыка». Есть родители, которые начали нанимать репетиторов еще до подготовки к сдаче ЕГЭ: студентка утверждает, что благодаря этому свободно говорит по-французски. Мамы помогали участвовать в конкурсах и олимпиадах.

Перед сдачей ЕГЭ почти все семьи нанимали репетиторов. Исключение составили те студенты, у кого мамы или другие близкие родственники были учителями, а также студентка, уже упомянутая выше, в которой воспитывали самостоятельность: «У меня никогда не было репетиторов, даже при подготовке к ОГЭ и ЕГЭ».

Многие родители способствуют и развитию мотивации. Некоторые делали внушения о ценности образования и его необходимости во взрослой жизни, другие создавали «условия для того, чтобы у меня возникло желание получать знания». Психологически поддерживали, хвалили за успехи, могли «дать волшебного пенделя», а у одной первокурсницы «папа же подбадривал при неудачах». Другая утверждала: «Я могу сказать, что именно мой отец вложил в меня желание познавать новое». В резюмирующем высказывании третьей: «На протяжении всей жизни мне сопутствует моральная поддержка со стороны родителей».

Некоторых в детстве подвигало к учебе чувство долга: «Для себя стараться я бы не стала», но «ради мамы старалась», хотелось «оправдать ожидания» (три студентки). Есть и более жёсткий случай: «С детства заставляли, принуждали, не жалели, а потом «быть на голову выше остальных» вошло в некую привычку, стало целью».

Про процесс выбора образования писали не более трети респондентов. Представленная в данной цитате позиция семьи редкость: «Родители изначально говорили мне, что учиться я буду в любом случае, не зависимо на бюджетном месте или на платном». Некоторые родители предоставили самостоятельный выбор и почти не принимали участия. Другие помогали выбрать «город, направление обучения и само высшее заведение». Помощь осуществлялась в форме совместного обсуждения, «что мне ближе всего, что меня интересует, и в какой сфере хочу находиться в будущем», или

информацией – «распечатывала информацию ВУЗов», или рекомендациями, а потом респонденты делали окончательный выбор. Одна из первокурсниц свои решения предварительно обговаривала с папой.

Семья содействует не только получению образования, но и широкому развитию личности. Почти все отмечают, что ходили во всевозможные секции и кружки, часто упоминаются танцы. Некоторых мамы записали в музыкальную школу. Кого-то отец обучал разным видам спорта. Приветствовался любой собственный выбор, например, рисование. В чем-то семья, возможно, и перестаралась: «С детства я была «заложницей» (в хорошем смысле) различных секций, вроде танцевальной школы, развивающих занятий, модельных курсов, вокала».

Роль семьи в формировании здоровья ребенка более полно отражена в эссе второго этапа. И хотя её можно оценить как значительную, но для большинства она всё же явно недостаточна. Студенты утверждают, что о их здоровье очень заботились, но у большинства забота выразилась во внимании к нему и своевременном обращении к врачам, покупке качественных медикаментов. Иногда обходились и без врачей: «Когда я начинала заболевать, папа ходил в аптеку, а мама сначала сама давала таблетки и тем самым лечила меня, а позже, когда я начала подрастать, объясняла, что и по сколько нужно пить». «Родители научили меня прислушиваться к своему организму и справляться с недугами». Некоторые регулярно обследовались всей семьёй, в том числе и в платных клиниках. Особую ценность представляют родственники-врачи: «В большой семье очень много врачей... Никогда не откажут в помощи». Детей отдавали в спортивные секции, но родители спортом не занимались: «записывали меня на какие-то дополнительные занятия, если они были необходимы для моего здоровья». Недостаточное внимание уделялось в некоторых семьях и психическому здоровью ребенка. На это указал один из опрашиваемых: «Думаю, в семье эта часть здоровья не воспринимается как таковая, то есть её как бы не существует».

В некоторых семьях все-таки практикуют здоровый образ жизни и соответствующее отношение к вредным привычкам: «Всегда было негативное отношение к курению, наркотикам, алкоголю». Ведут активный образ жизни: «В свободное время мы часто ездим в лес, дышим чистым воздухом, собираем грибы и ягоды», и «Раньше каждое утро мы делали зарядку, а по выходным старались ходить в походы или просто больше гулять. С возрастом зарядку мы делать перестали, но завели собаку, которая помогла восполнить данный пробел». Особенно эффективно, если к спорту приобщает отец: «Папа привил любовь к спорту, заставлял меня кататься на лыжах, а летом ежедневно плавать

на большие расстояния на скорость». Среди опрошенных было только три спортивных семьи, в которых родители и сами занимались спортом.

Упоминается в эссе и здоровое, или правильное питание. Под ним понимают еду домашнего приготовления, качественные продукты и употребление фруктов и овощей.

Особое место занимают путешествия и отдых. Путешествия носят как образовательный, так и рекреативный характер. С преобладанием первого аспекта – поездки за границу. С преобладанием второго – путешествия по России.

Двое первокурсников благодарны родителям за «хорошую генетику» и отсутствие генетических заболеваний.

Под экономическим ресурсом первокурсники понимают затраты на свое содержание и образование. Чаще всего пишут о том, что никогда не испытывали нужды, их потребности удовлетворялись. Упоминаются затраты на отдых и вышеупомянутые путешествия. Расходы на образование расписываются подробнее: траты на канцелярские товары, литературу, платные мероприятия, кружки, секции, расходные материалы для обучения рисованию и музыкальные инструменты, гаджеты. В расходах на книги участвуют и другие родственники. Те, кто учится платно, указывают на это, и именно они чаще упоминают, что родители и теперь оплачивают их расходы. Оплачивается также проживание в чужом городе, даются деньги на карманные расходы. Некоторые указывали на невысокий доход семьи, на то, что всем их прихотям не потакали и «научили составлять бюджет, тратить деньги с умом, а не на ветер». Почти все респонденты указали на оплату репетиторов при подготовке к ЕГЭ. В эссе второго этапа все, написавшие об этом, отнесли данный факт не к образованию, а к экономическому аспекту.

Полезные знакомства у большинства отсутствуют, но можно выявить информацию о родственниках, которые помогают: «крёстная – учитель английского языка, тётя – учитель русского языка и литературы», «тетя врач терапевт, а дядя стоматолог». К некоторым родственникам можно съездить в отпуск. Или к знакомым: «Подруга мамы живёт в Москве. Это даёт возможность останавливаться у неё». Полезные контакты, что вполне ожидаемо, – это знакомые родителей или их дети: «Переезжая в город, я познакомилась со многими знакомыми моих родителей, с их детьми, что, как я считаю, очень расширило горизонты моих возможностей» и «У моей мамы много друзей и знакомых по работе, благодаря этому, если постараться, можно найти контакты и связи практически в любой сфере».

Результатом можно считать, что проведение исследования в письменной форме дает хороший объем данных при минимальных затратах. Оно

психологически комфортно для респондента, но есть возможность для уклонения от темы, написания общих слов. Уточнения по содержанию эссе приводят к двойственному эффекту: объем нейтральной (с точки зрения респондента) информации увеличивается, но от нежелательных тем респондент уклоняется или пишет общие слова. Иногда происходит переход со своей семьи на «семью вообще». В целом тема воспринимается как личная и нежелательная для какого-либо опроса. Конечно, следует учитывать, что опрашиваемые знали того, кто проводил опрос, но им были также известны цели проведения опроса, условия кодировки эссе и обеспечение анонимности при обработке, что даже дало возможность кому-то списать эссе у однокурсников (2 случая) без каких-либо последствий.

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ВОСПИТАНИЯ
ДЕТЕЙ-СИРОТ В ПРИЕМНЫХ СЕМЬЯХ**
**PSYCHOLOGICAL PROBLEMS OF RAISING ORPHANS
IN FOSTER FAMILIES**

О.Н. Морозова, А.М. Афлетонова
Казанский государственный медицинский университет, г. Казань
O.N. Morozova, A.M. Afletonova
Kazan State Medical University, Kazan

Рассматривается проблема адаптации приемных детей. Исследуются различные точки зрения нескольких авторов. Выявлены различные подходы к пониманию термина «адаптация». Проанализированы смежные проблемы приемных семей в процессе адаптации.

The article deals with the problem of adaptation of foster children. The study examined the different points of view of several authors. Different approaches to understanding the term "adaptation" are revealed. The adjacent problems of foster families in the process of adaptation are analyzed.

Ключевые слова: семья, приемная семья, адаптация, психологические проблемы, сироты, замещающая семья

Keywords: family, foster family, adaptation, psychological problems, orphans, substitute family

Приемная семья, как и любая другая, с появлением ребенка может столкнуться с рядом проблем. Попадая в новые условия, приемный ребенок и его новые родители будут испытывать состояние, которое называется адаптацией — процессом привыкания, притирания людей друг к другу, к изменившимся условиям, обстоятельствам.

Адаптация в новой семье – процесс двусторонний, так как привыкать друг к другу приходится и ребенку, оказавшемуся в новой обстановке, и взрослым — к изменившимся условиям. Рассмотрим различные точки зрения по данной проблеме.

Н.А. Киселева в статье «Проблема адаптации приемных детей и родителей в замещающих семьях» в журнале «Вестник» 2014 г. выпуска рассматривает проблему семейной адаптации приемных детей и родителей. Главным образом, подчеркиваю роль идентификации [1].

Под адаптацией Надежда Анатольевна понимает процесс, «Когда личность без длительных внешних и внутренних конфликтов продуктивно выполняет свою ведущую деятельность, удовлетворяет свои основные социогенные потребности, в полной мере идет навстречу тем ролевым ожиданиям, которые предъявляет к ней эталонная группа, переживает состояния самоутверждения и свободного выражения своих творческих способностей». Автор особенно подчеркивает в своей статье, что лишь двусторонний процесс изменения — приемного ребенка и замещающей семьи — можно назвать полноценной адаптацией.

Необходимым условием адаптации ребенка в новой семье является взаимное соответствие ролевых ожиданий ребенка и приемных родителей. Важную роль здесь играет жизненный опыт ребенка, который оказывает влияние на процесс его идентификации с семьей. Идентификация ребенка с приемным родителем является важнейшим критерием эффективности адаптации ребенка в замещающей семье.

Особое внимание Н.А. Киселева обращает на поддержку в решении данной проблемы специализированных социальных служб и учреждений, которые оказывают квалифицированную помощь приемным семьям, способствующую смягчению личностных нарушений и повышению уровня адаптации приемных детей в семье и обществе [1].

А.Н. Нурутдинова в статье «Проблемы социальной адаптации приемных семей (на примере семей Казани)» в журнале «Вестник экономики, права и социологии» № 4 от 2014 г. раскрывает основные проблемы социальной адаптации приемных семей, такие, как материальные и жилищные трудности, сложности межличностного взаимодействия в семье и с социальным окружением. Под адаптацией автор понимает процесс включения индивида в социальную среду, в том числе благодаря успешному выполнению своих социальных ролей [2].

В ходе исследования автор выявила следующие основные проблемы в социальной адаптации приемных семей. Во-первых, сложности материального плана: система социальных выплат за воспитание приемных детей, нехватка

финансового обеспечения. Во-вторых, в некоторых семьях наблюдались проблемы жилищного характера. Появление нового члена семьи потребовало от многих родителей создания условий для успешной адаптации ребенка, то есть предоставление ему отдельной, изолированной комнаты. В-третьих, сложности установления стабильных межличностных отношений в семье. В-четвертых, сложности адаптации в школе. Это вызвано тем, что многие дети не ходили в школу, проживая в родной неблагополучной семье.

На основе своего исследования А.Н. Нурутдинова выявила основные факторы успешной социальной адаптации приемной семьи: поддержка социального окружения (членов семьи, ближайших родственников, друзей, коллег), материальное обеспечение и помощь со стороны государственных структур в лице работников социальных служб [2].

Е.В. Гребенникова и О.В. Фирсова в статье «Социально-психологическая адаптация детей-сирот в приемных семьях» в журнале «Вестник ТГПУ» 2014 г. обращают внимание на изучение социально-психологических адаптации детей-сирот и родителей в приемных семьях, проживающих в условиях сельской местности. На основе комплексной диагностики (методики Филлипса, методики Г.Д. Майнуловой) выявлены значимые факторы, определяющие успешность социально-психологической адаптации приемных детей. Под адаптацией авторы понимают «принятие других и эмоциональный комфорт». Исследование показало, что ведущим стилем семейного воспитания в приемной семье является воспитание по типу «повышенной моральной ответственности» [3].

Комплексная диагностика показала, что успешность социально-психологической адаптации детей в приемных семьях обеспечивают как минимум три значимых фактора: индивидуально-психологические особенности приемных детей, стиль семейного воспитания и детско-родительские отношения, подчеркивая, главным образом, значимость самой приемной семьи.

Можно сделать вывод: каждый автор по-разному трактует определение понятия «адаптация». Однако можно выделить общие черты – это процесс привыкания к окружающим и определение своей роли в семейных отношениях.

Все три автора указывают на главный критерий успешной адаптации детей в приёмных семьях – поддержка членами семьи ребенка в этот непростой для него период. Н.А. Киселева и А.Н. Нурутдинова считают необходимым, чтобы поддержка была еще и со стороны социальных служб, а также со стороны государства.

Список литературы

1. Киселева Н.А. Проблема адаптации приемных детей и родителей в замещающих семьях // Вестник Псковского государственного университета.

Серия: социально-гуманитарные и психолого-педагогические науки. 2014. № 4. С. 134-138.

2. Нурутдинова А.Н. Проблемы социальной адаптации приемных семей (на примере семей Казани) // Вестник экономики, права и социологии. 2012. № 4. С. 229-232.

3. Гребенникова Е.В. Социально-Психологическая Адаптация Детей-Сирот В Приемных Семьях / Е.В. Гребенникова, О.В. Фирсова // Вестник ТГПУ. 2009. № 4. С. 17-24.

**ПРОБЛЕМА ИЗБЫТОЧНОГО ВЕСА И ОЖИРЕНИЯ
У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: РОЛЬ СЕМЬИ***
**THE PROBLEM OF OVERWEIGHT AND OBESITY
AMONG CHILDREN AND ADOLESCENTS: THE ROLE OF THE FAMILY**

Е.Н. Новоселова

Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, г. Москва

E.N. Novoselova

Lomonosov Moscow State University, Moscow

Рассматривается проблема избыточного веса и ожирения у детей и подростков. Опираясь на новейшие статистические данные, автор отмечает актуальность данной проблемы для современной России и мира в целом. Основной акцент сделан на влиянии семьи на формирование привычек в питании и степени физической активности как предикторах проблемы излишнего веса и ожирения у детей и подростков.

This paper deals with the problem of overweight and obesity among children and adolescents. Using the latest statistics, author demonstrates the relevance of this problem for Russia and the world. Research focuses on the way family influences dietary habits physical activity and hence can predict the problem of overweight and obesity among children and adolescents.

Ключевые слова: излишний вес, ожирение, дети, подростки, семья, пищевые привычки, физическая активность

Keywords: overweight, obesity, children, adolescents, family, dietary habits, physical activity

Проблема избыточного веса и ожирения становится крайне распространенной. Число людей, страдающих данным заболеванием, увеличивается во всем мире (втрое за последние 40 лет), недуг не обходит стороной не только

* Работа выполнена при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта «Межрегиональные исследования жизненных ценностей и нетранзитивности семейно-детских ориентаций женщин, мужчин и семейных пар на основе сквозного анализа сопоставимых данных (1976 - 2020 гг.)» №18-011-01037.

взрослых, 39% которых (ВОЗ, 2016) имеют избыточный вес и 13% страдают ожирением [1], но и детей, и подростков.

Всемирная организация здравоохранения признает ожирение одной из глобальных проблем XXI века, в некоторых странах она уже сейчас приобретает «характер цунами, угрожая здоровью нации» [2]. Смертность от последствий этой «неинфекционной эпидемией и нового курения» [3] превышает смертность от аномально низкой массы тела. Лишний вес является одной из причин целого ряда заболеваний: диабета, болезней сердца, дистрофии печени, некоторых онкологических заболеваний. В мире ежегодно 2,8 миллиона человек умирают от причин, связанных с излишним весом или ожирением [4].

Основная причина ожирения – энергия, которая поступает в организм, превышает ее расход, то есть, с одной стороны, произошел «сдвиг в рационе в сторону увеличения потребления продуктов высокой калорийности, с большим содержанием жиров и сахара и малым количеством витаминов, минералов и других полезных микроэлементов» [5], а с другой – люди стали меньше двигаться, т.к. работа, быт и досуг становятся все менее подвижными. Безусловно, все не так просто, и здесь стоит упомянуть ряд заболеваний (эндокринные, органов пищеварения, печени, толстого и тонкого кишечника), а также генетические (хотя это всего 1% всех случаев ожирения [6]) и психологические нарушения.

Проблемы избыточного веса возникают в детстве. Некоторые специалисты утверждают, что еще во время внутриутробного развития. Затем, если ребенка переводят на искусственное вскармливание, это также значительно повышает риск формирования избыточного веса [7]. В дальнейшем полноте детей способствует неправильное питание в семье и в школе – много фастфуда и газированных напитков. Ситуация еще больше усугубляется из-за повсеместной рекламы вредной пищи и напитков, которую дети видят повсюду.

В мире с 4% до 18% с 1975 по 2016 гг. выросло число детей и подростков 5-19 лет с избыточным весом и ожирением [1], в 2016 г. 41 миллион детей дошкольного возраста имели лишний вес [4]. Четверо из пяти подростков возьмут проблемы лишнего веса с собой во взрослую жизнь [8], т.к. сбросить лишний вес крайне сложно. Более половины тех, у кого в 1994 г. был избыточный вес, к 2010 г. от него так и не избавились [3].

В России на 56% с 2005 по 2016 гг. выросло количество детей в возрасте 0-14 лет с установленным диагнозом ожирение, более чем на 47% подростков в возрасте 15-17 лет [9]. Сегодня это 5-8% школьников (в 1990-х этот показатель составлял 2-3%), при этом в нашей стране далеко не все случаи фиксируются официально как диагноз.

Неправильное питание наряду с низкой физической активностью становится сегодня причиной лишнего веса и ожирения и одним из самых значимых рисков здоровья детей, и именно семья несет ответственность за формирование привычек в еде у ребенка. Семья является основным социальным институтом, отвечающим за формирование ценностной системы и культуры человека. В семье складываются основные черты характера ребёнка, его привычки и жизненная позиция, – так считает 71% россиян [10]. Справедлив данный тезис и когда дело касается привычек в питании и отношении к спорту.

Россиянам сложно передать своим детям правильные привычки в питании, т.к. назвать рацион большинства населения нашей страны здоровым нельзя. По данным Росстата, средней житель потребляет 2675 ккал в сутки, что на 16% больше нормы. Россияне переедают сладкого и жирного, не следят за составом продуктов [11], едят мало овощей и фруктов. Лишь 28% населения России заявляют о том, что они питаются правильно [12]. Реальные же цифры еще ниже, т.к. люди могут просто недостаточно адекватно оценивать свой рацион и не учитывать при его составлении свой возраст, физическое развитие и трудовые нагрузки. Кроме того, нужно признать, что правильное питание требует временных и денежных затрат, о чем заявляют подавляющее большинство россиян (41% – временных и денежных, 22% – только денежных, 12% – только временных) [13], которые далеко не каждая семья может себе позволить. Обратную пропорциональную связь между распространенностью избыточного веса и ожирения и социально-экономическим статусом семьи фиксируют многие исследования. Средства для покупки продовольствия у населения очень ограничены, «люди делают выбор в пользу менее дорогих продуктов питания, которые часто являются высококалорийными с низким содержанием питательных веществ» [14].

Теоретически, ресурс семейного влияния в приобщении молодого поколения к спорту огромен. При высоком уровне понимания родителями роли «физической культуры в жизни детей 38% последних охотно выполняют утреннюю зарядку и физические упражнения, а при низком только 16%» [15]. Однако, по данным ФОМ, лишь 15% родителей посвящают время совместному с ребенком спортивному досугу [16], хотя совместная тренировка может быть отличным способом не только укрепления здоровья, но и сплочения семьи, налаживания взаимопонимания между родителями и детьми.

В настоящее время в России многие родители не видят в детской полноте ничего страшного. Проблема нередко игнорируется, и в ожидании, пока «жирок рассосется», упускается драгоценное время. Между тем, наибольшую эффективность оздоровительные мероприятия для детей с избыточной массой

тела имеют в младшей школе, пока осложненные формы ожирения еще не развились. Родители должны начинать воспитывать правильные пищевые привычки детей как можно раньше, кроме того, необходимо создание среды, которая способствовала бы формированию привычки к более активному досугу и занятиям спортом. И здесь семье, безусловно, необходима помощь государства и общественного здравоохранения. Названные меры в совокупности помогут снижению рисков избыточного веса и ожирения у детей и подростков и в будущем сформируют более здоровое поколение взрослых, что снизит расходы на здравоохранение, повысит эффективность работников и, соответственно, благоприятно отразится на экономическом и социальном развитии страны.

Список литературы

1. Obesity and overweight // World Health Organization. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
2. Ожирение у детей – эпидемия 21-го века // Всемирная организация здравоохранения. URL: <http://nczd.ru/ozhirenie-u-detej-jepidemija-21-go-veka/>.
3. Газеты пишут о...// Демоскоп Weekly. № 701–702. 17-30 октября 2016. <http://www.demoscope.ru/weekly/2016/0701/gazeta032.php>.
4. 10 фактов об ожирении // Всемирная организация здравоохранения. URL: <https://www.who.int/features/factfiles/obesity/ru/>.
5. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health // World health Organization. URL: https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_why/ru/.
6. Antonanzas F., R.Rodriguez Feeding the economics of obesity in the EU in a healthy way // European Journal of Health Economics. 2010. №11. p. 351.
7. Exclusive breastfeeding to reduce the risk of childhood overweight and obesity // World Health Organization. URL: https://www.who.int/elena/titles/bbc/breastfeeding_childhood_obesity/en/.
8. Adolescent obesity and related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002–2014. Edited by: Jo Inchley, Dorothy Currie, Jo Jewell, João Breda, Vivian Barnekow // World Health Organization 2017.
9. Здравоохранение в России 2017. Статистический сборник. М. 2017.
10. Воспитание детей // ФОМ. Опрос населения. 13.05.2004. URL: http://bd.fom.ru/report/cat/famil/child_dress/dd041823.
11. Ивушкина А. Перцева Е. Молодежи с ожирением стало втрое больше // Известия. 27.02.2018 URL: <https://iz.ru>.
12. Правильное питание, спорт и отказ от вредных привычек – три составляющих здорового образа жизни //ВЦИОМ. № 2831, 12.05.2015. URL: <https://infographics.wciom.ru>.
13. О здоровом питании // ФОМ. Опрос населения. 01.06.2014. URL: <https://fom.ru/Obraz-zhizni/11558>.

14. Торговля и потребление дешевого фаст-фуда является препятствием к обеспечению здорового рациона питания // Продовольственная и сельскохозяйственная организация объединенных наций. URL: <http://www.fao.org/news/story/ru/item/1152473/icode/>.

15. Шмелёв А.Е Педагогическая культура родителей: заботимся о физическом воспитании и здоровье детей вместе // Наука, образование и культура. № 4 (28). 2018. С. 68.

16. Дети и родители: совместный досуг // Фомнибус. 24.11.2013. URL: <https://fom.ru/posts/11256>.

**НРАВСТВЕННО-РЕЛИГИОЗНОЕ ВОСПИТАНИЕ В СЕМЬЕ
КАК ОСНОВА ЗДОРОВОГО ОБЩЕСТВА
MORAL AND RELIGIOUS EDUCATION IN THE FAMILY
AS THE BASIS OF A HEALTHY SOCIETY**

А.С. Олексенко
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*
A.S. Oleksenko
Lobachevsky University

Посвящено особенностям нравственно-религиозного воспитания в семье.
This article is devoted to the peculiarities of moral and religious education in the family.

Ключевые слова: семья, воспитание, нравственность, религия, здоровье
Keywords: family, education, morality, religion, health

Большое влияние на формирование личности оказывает семья. В семье в процессе воспитания ребенку прививаются нравственные и духовные основы жизни, закладываются представления о том, что такое «хорошо» и «плохо», совесть и ответственность. Личный пример родителей является лучшим воспитателем для ребенка [1].

Семья как составляющая общества, как ячейка общества находится под защитой особых правовых механизмов. В Конституции Российской Федерации говорится, что «материнство и детство, семья находятся под защитой государства» [2].

Россия является многонациональной страной, где мирно проживают различные народы со своими этническими обычаями, традициями и религиозными взглядами, играющими особую роль в процессе воспитания ребенка.

Воспитательный процесс состоит из нескольких этапов: воспитание в семье, в дошкольных и школьных учреждениях, в высших учебных заведениях. Если говорить о православной воспитании, то особое место занимают религиозные образовательные учреждения – детские воскресные школы и православные гимназии. Создается взаимодействие в воспитательном процессе: семья – государство – конфессиональные организации.

Светское воспитание и образование дети получают в государственных общеобразовательных учреждениях с самого раннего возраста. Первое упоминание о школе как образовательном учреждении можно найти в Повести временных лет, созданной после принятия христианства на Руси при князе Владимире [3]. Это были школы при храмах, где дети могли изучать грамоту и письменность. Более серьезный подход к обучению начался с XVIII века в эпоху просвещенного абсолютизма. После отмены крепостного права в 1861 г. возможность получить образование стало доступно для всех сословий. Впервые появляется возможность решить проблему женского образования: в 1869 г. были созданы «Высшие женские курсы», которые давали женщинам высшее образование.

После революции 1917 г. советским руководством была поставлена задача полной ликвидации безграмотности населения. Для детей вводилось всеобщее бесплатное образование. Ответственность за организацию и реализацию учебного процесса в условиях новой идеологии была возложена на Анатолия Васильевича Луначарского – первого народного комиссара просвещения. Большой вклад в дело образования был внесен Крупской Надеждой Константиновной, которая наравне с детским воспитанием и образованием особое значение придавала женскому образованию. Особая роль женщины состояла в воспитании ребенка в условиях новой коммунистической идеологии [4].

Наряду со школами были созданы детские и молодежные клубы и творческие коллективы, где сами учащиеся принимали непосредственное участие. При активном участии детей организовывались творческие встречи и музыкальные вечера, главной целью которых было нравственно-патриотическое воспитание подрастающего поколения. О религиозном воспитании в советское время говорить очень сложно – церковь была отделена от государства [5], в этих условиях ее роль была минимальной.

В настоящее время государство активно участвует в воспитании подрастающего поколения. В условиях диалога государства и церкви в школах начального и среднего звена изучается дисциплина «Основы духовно-нравственной культуры народов России», что «должно обеспечить воспитание способности к духовному развитию, нравственному самосовершенствованию;

воспитание веротерпимости, уважительного отношения к религиозным чувствам, взглядам людей или их отсутствию; знание основных норм морали, нравственных, духовных идеалов, хранимых в культурных традициях народов России, готовность на их основе к сознательному самоограничению в поступках, поведении, расточительном потребительстве; формирование представлений об основах светской этики, культуры традиционных религий, их роли в развитии культуры и истории России и человечества, в становлении гражданского общества и российской государственности; понимание значения нравственности, веры и религии в жизни человека, семьи и общества; формирование представлений об исторической роли традиционных религий и гражданского общества в становлении российской государственности» [6].

Во многих ВУЗах страны студенты изучают предмет «История религий», «Религоведение», «История мировых религий», «История религиозной культуры» – в различных ВУЗах название курса различается. При изучении данного курса студенты получают знания о религии как форме общественного сознания, социальном феномене; происходит формирование научного гуманистического, толерантного мировоззрения, ценностного отношения к человеку, его правам и свободам, способности к межкультурному и межрелигиозному диалогу [7]. У студентов формируются навыки отстаивать право свободы вероисповедания в юридической практике и укрепляется правосознание с учетом влияния на него религиозного мировоззрения [7].

Государство через свои специальные структуры участвует в нравственно-патриотическом воспитании личности. Однако нельзя забывать, что главная роль в формировании личности принадлежит семье.

С учетом современного конструктивного диалога церкви и государства можно говорить о религиозно-нравственном воспитании личности различными конфессиональными организациями, что оказывает существенную помощь семье в воспитании характера ребенка. В настоящее время практически во всех городах действуют воскресные школы для детей при храмах, православные гимназии и православные детские сады. В крупных городах действуют школы для детей и иных конфессий. Религиозные организации для обучения детей действуют на основании Федерального закона от 29.12.2012 N 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», стандарта православного компонента начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования для учебных заведений Российской Федерации, утвержденного решением Священного Синода Русской Православной Церкви от 27 июля 2011 г., и иных нормативно-правовых актов [8; 9]. Возраст обучающихся самый различный – от 2-х и до 16 лет. При храмах действуют молодежные клубы для более взрослого поколения учащихся и их родителей [10]. Дети изучают различные предметы,

объясняющие суть и догмы православия. Конечно, в различных образовательных религиозных учреждениях предметы могут дополняться или убавляться в зависимости от многих факторов, но можно привести примерный перечень дисциплин для изучения: Ветхий Завет, Новый Завет, Закон Божий, Литургика, Церковно-славянский язык, История русской Церкви в житиях святых, Церковное пение, Уроки доброты, Доброе словечко, Хоровое пение, Творчество, Физкультура, Беседы с бабушкой, Беседы о благочестии с детьми.

Обучение детей в подобных организациях является несомненным подспорьем родителям в деле воспитания детей. В комфортной среде дети обмениваются своим небольшим житейским опытом, учатся правильному общению, постигают основные нравственные добродетели. Для родителей такие встречи дают возможность обмена опытом и поддержки в сложных жизненных ситуациях.

Список литературы

1. Записи императрицы Александры Федоровны о семейной жизни и воспитании детей [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://pravoslavie.ru/107061.html> (дата обращения: 23.09.2019).

2. Конституция Российской Федерации [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/ (дата обращения: 23.09.2019)

3. Повесть временных лет [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://lib.ru/HISTORY/RUSSIA/povest.txt> (дата обращения: 25.09.2019).

4. Крупская Н.К. Педагогические сочинения в десяти томах. Том 1. Изд-во АПН Москва. 1957. 511с.

5. Декрет Совета Народных Комиссаров «Об отделении церкви от государства и школы от церкви» от 2 февраля 1918 года [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://constitution.garant.ru/history/act1600-1918/5325/> (дата обращения: 24.09.2019).

6. ФГОС основного общего образования [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://fgos.ru/> (дата обращения: 25.09.2019).

7. Рабочая программа дисциплины «Религиоведение» по специальности 40.05.01 (030901.65) Правовое обеспечение национальной безопасности ФГБОУ ВПО «ЧелГУ» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.csu.ru/faculties/Documents/%D0%A1.1.%D0%94%D0%92.1.%20%D0%A0%D0%B5%D0%BB%D0%B8%D0%B3%D0%B8%D0%BE%D0%B2%D0%B5%D0%B4%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5%2015-16.pdf> (дата обращения: 25.09.2019).

8. Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 N 273-ФЗ (ред. от 26.07.2019) [Электронный ресурс]. – Режим

доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_140174/ (дата обращения: 23.09.2019).

9. Стандарт православного компонента начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования для учебных заведений Российской Федерации утвержден решением Священного Синода Русской Православной Церкви от 27 июля 2011 г. (Журнал № 76) в редакции от 28 апреля 2015г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://pravobraz.ru/pravoslavnyj-komponent-osnovnoj-obshheobrazovatelnoj-programmy-doshkolnogo-obrazovaniya-dlya-pravoslavnogo-doshkolnogo-obrazovatelno-uchrezhdeniya-na-territorii-rossijskoj-federacii/> (дата обращения: 23.09.2019).

10. Воскресная школа храма Иоанна Предтечи, г. Нижний Новгород [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://predtecha-ioann.ru/school/> (дата обращения: 23.09.2019).

ФАКТОРЫ ЗДОРОВЬЯ МНОГОДЕТНЫХ СЕМЕЙ*

THE DETERMINANTS OF HEALTH FAMILIES WITH MANY CHILDREN

Т.Ю. Петрова

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

T.Y. Petrova

Lobachevsky University

Рассматриваются факторы здоровья многодетных семей в современной России.

The paper considers the determinants of health large families in modern Russia.

Ключевые слова: многодетность, многодетная семья, факторы здоровья, бедность

Keywords: large families, families with many children, the determinants of health, poverty

Проблемы воспроизводства населения в России в последние десятилетия обуславливают высокое внимание к жизни семей с детьми как со стороны общества, так и государства. Особое место в этом обсуждении занимают многодетные семьи и их положение в современной России, т.к. предполагается, что именно за счет многодетных семей будут решаться проблемы воспроизводства населения.

* Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта 18-411-520002 «Здоровьесбережение в практиках современной Нижегородской семьи».

Разработка и проведение эффективной демографической и социальной политики, направленной на поддержку семьи, затрудняется отсутствием законодательно утвержденного определения «многодетная семья». Так, Указ Президента РФ от 05.05.1992 г. № 431 возлагает на региональные органы власти полномочие определить, сколько детей многодетную семью образуют. Тенденция последних лет такова, что в подавляющем большинстве субъектов федерации многодетными считаются родители, воспитывающие трех и более детей. В настоящий момент в Нижегородской области многодетной семьей является семья, имеющая троих и более детей до 18 лет (в ряде случаев до 23 лет) [1].

В настоящее время появление ребенка в семье, как правило, существенно снижает уровень ее жизни, а наличие трех и более детей делает семью в подавляющем числе случаев бедной. По данным Росстата, более четверти (26%) детей до 18 лет в России воспитываются в семьях, находящихся за чертой бедности. Самый высокий уровень бедности зафиксирован среди несовершеннолетних, которые воспитываются в многодетных семьях – 52,2% и в сельской местности – там растут в бедности 44,9% несовершеннолетних детей [2].

ВОЗ к факторам здоровья относит доходы и социальный статус, социальные сети поддержки, образование и грамотность, занятость / условия работы, социальную среду, физическую среду, личный опыт и навыки сохранения здоровья, здоровое развитие ребёнка, уровень развития биологии и генетики, медицинские услуги, гендер, культуру [3].

Как видно, значительная часть факторов здоровья прямо или косвенно связана с проблемой бедности. Отсутствие сбалансированного питания, доступности медицинской помощи, феномен даже не двойной, а тройной занятости многодетных родителей, – все это является общественными проблемами.

Как показывает исследование Н.В. Шахматовой [4, с. 7-8], «большинство (84%) многодетных родителей стремятся вести здоровый образ жизни, поддерживать свое здоровье... активно занимаются спортом – 44%, 35% – отказываются от вредных привычек, 5% – стараются правильно питаться». При этом исследование показывает, что стремление вести здоровый образ жизни сталкивается с нехваткой ресурсов – низкое качество питания в многодетных семьях связано с низким уровнем доходов. Дополнительная работа, в том числе на приусадебном участке, приводит к высокой эксплуатации здоровья членов семьи. Дети в многодетных семьях часто болеют, но значительно реже обращаются за медицинской помощью, чем дети из других семей.

Таким образом, бедность многодетных семей является важнейшей проблемой. Снижение уровня бедности и ее глубины для семей с детьми будет способствовать формированию более качественного человеческого капитала, позволит воспитывать более здоровых детей.

Список литературы

1. Закон от 28 декабря 2004 г. N 158-З О мерах социальной поддержки многодетных семей [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.minsocium.ru/docs/vyplaty/z_no_158-z_28_12_2004.pdf (Дата обращения 25.09.2019).
2. Социально-экономические индикаторы бедности в 2013-2018 гг. [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://www.gks.ru/bgd/regl/b19_110/Main.htm (Дата обращения 25.09.2019).
3. World Health Organization. The determinants of health. Geneva. Accessed 12 May 2011. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.who.int/hia/evidence/doh/en/> (Дата обращения 25.09.2019).
4. Шахматова Н.В. Образ жизни многодетной семьи: социологический ракурс изучения // Известия Саратовского университета. Серия: Социология. Политология. 2013. Т. 13. Вып. 3. С. 6-8.

САМОСОХРАНИТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ СЕМЬИ SELF-PRESERVATION FUNCTION OF THE FAMILY

В.О. Петросян

*Приволжский исследовательский медицинский университет,
г. Нижний Новгород*

V.O. Petrosyan

Privolzhsky Research Medical University, Nizhny Novgorod

Материал посвящен важной проблеме сохранения семьи. Исследованы причины возникновения расторжений браков. Предложены пути для их предотвращения.

The material is devoted to the important problem of family preservation. The causes of marriage dissolution are investigated. The ways to prevent them are offered.

Ключевые слова: семья, брак, институт брака

Keywords: family, marriage, marriage institute

Проблемы, касающиеся семьи, всегда вызывали неравнодушие, заинтересованность у людей. И не зря, ведь это самая главная вещь на Земле. И

данная проблема, которую мы собираемся затронуть, является актуальной и по сей день.

Для начала определим, а что такое семья.

Семья – основанное на браке или кровном родстве объединение людей, связанных общностью быта и взаимной ответственностью [1].

Но это только теоретическая часть. На мой взгляд, одного определения тут будет недостаточно, потому что каждый человек вкладывает свой смысл в данное понятие. Для кого-то это просто слово, а для кого-то – смысл всей жизни. И в зависимости от того, какую роль в жизни играет семья, человек будет выстраивать свое будущее. Как построит карьеру, отношения, и по какому пути он пойдет.

На самом деле, все начинается еще из детства, когда с самых ранних лет мы получаем от наших родителей, бабушек и дедушек и других взрослых воспитание, фундамент жизни, определенные аспекты морали и прочие понятия, с которыми мы будем жить. И чем старше мы – тем с большей информацией нас знакомят. Но это лишь в большинстве случаев. В реальной жизни встречаются и такие «семьи», где нет целостного института семьи, а в дальнейшем и брака. Где нет четких понятий, по которым нужно жить. И спустя уже какое-то время эти «дети», повзрослев, начинают совершать ошибки, которые приводят к различного рода проблемам. И столкнувшись с ними, они уже не смогут с ними справиться. Такие люди чаще всего не добиваются каких-то успехов ни в карьере, ни дружбе, и самое главное, в личной жизни. Чаще всего у таких людей не получается правильно выстраивать семейные отношения, и поэтому возникают недопонимания, разлады, многочисленные разводы, за которыми мы так часто наблюдаем. Численность разводящихся семей увеличивается.

Почти каждый второй брак распадается в нашей стране. Число зарегистрированных браков на тысячу жителей России в 2018 г. составило 6,2, следует из данных Росстата. Это минимальный уровень с начала века. Показатель может перейти к росту только после 2025 года [2].

Количество зарегистрированных браков в России, по итогам 2018 г., снизилось на 12,7% по сравнению с 2017 г. и составило 917 тыс., следует из данных Росстата. Годом ранее было зарегистрировано 1,05 млн. браков [2].

Для расторжения браков у супругов должны обязательно быть особые веские причины. Конечно, не будем забывать, что практически в каждой семье возникают трудности, они приводят к разным последствиям. Но можно выделить несколько групп основных причин [3]:

- Преждевременное необдуманное вступление в брак. Много молодых людей, не имея представления о супружеской жизни, торопятся в ЗАГС, а со

временем видят, что их ожидания от совместной жизни не оправдались, и выход всего один – развод.

- Измена одного из партнеров. По статистике, изменником чаще всего бывает мужчина. И если измену мужа можно понять, то вот простить вряд ли получится, так как слабому полу свойственна излишняя эмоциональность.

- Бытовые проблемы. Носки, разбросанные по полу, не выброшенный вовремя мусор, не приготовленный к возвращению мужа с работы ужин, неубранная квартира – как ни смешно, могут послужить веской причиной для постоянных ссор, а если партнеры чересчур эмоциональны, то это может стать причиной для развода.

- Пагубные привычки одного из супругов: алкоголизм или наркомания, могут сделать семейную жизнь партнеров невыносимой. В России они являются одной из частых причин для развода. Виновником зачастую является мужчина, не способный бороться с пагубной привычкой.

И это только малая часть из того, что есть на самом деле. Интересно, что во многих высокоразвитых странах причины разводов совпадают, но все-таки у каждого развода она своя.

И теперь самое главное – отнестись к проблеме сохранения семьи очень серьезно. Необходимы пути ее решения и меры для предотвращения распадов семей.

Во-первых, семейное воспитание, привитие семейных ценностей, традиций, которые из поколения в поколения укрепляют семейные отношения. В Индии, а также в странах Кавказа и Закавказья для большинства людей самое главное в жизни – это семья. И это все благодаря традициям, обычаям, на которых держится весь институт брака и семьи.

Во-вторых, как мы выяснили, одна из главных причин разводов – пагубные привычки. Это значит, необходимо поставить под запрет потребление спиртных напитков, табачных изделий и, тем более, наркотических средств, что приведет к повышению качества состояния здоровья, которое в дальнейшем сможет позволить рождение детей. Всем известна фраза: «Дети – цветы жизни!» Сказано не зря, ведь дети лишь укрепят семью, что предотвратит развод.

И, в-третьих, самое главное – беседа. Всегда необходимо обсуждать в семье все проблемы, и тогда, возможно, проблема покажется не такой уж и катастрофической, чтобы привести к распаду семейных уз.

Можно сделать вывод, что семья – это очень интересная, но в то же время и сложная система взаимоотношений между близким людьми, где необходима неустанная работа. Если в семье будут лишь нежные, добрые, положительные отношения между взрослыми, то это будет гарантией того, что подрастающее поколение это впитает и не совершит такой ошибки, как развод.

Список литературы

1. Семья. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://dic.academic.ru>.
2. Число браков в России опустилось до минимума с начала века. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.rbc.ru/economics/08/04/2019/5cab45349a7947d0d969ec7c>.
3. Причины разводов в современных семьях. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://helprazvod.ru/razvod/psixologiya-razvoda/prichiny-razvodov-v-sovremennykh-semyax.html>.

СЕМЬЯ С ПОЖИЛЫМ КАК ОБЪЕКТ ЗАБОТЫ ГОСУДАРСТВЕННОГО СОЦИАЛЬНОГО СЕРВИСА THE FAMILY WITH THE ELDERLY AS AN OBJECT OF CARE OF THE STATE SOCIAL SERVICE

И.С. Петухова
*Петрозаводский государственный университет,
Санкт-Петербургский государственный университет, г. Петрозаводск*
I.S. Petukhova
*Petrozavodsk State University,
St Petersburg University, Petrozavodsk*

В настоящее время проблемы пожилых решаются с использованием различных ресурсов. Семья выступает важнейшим социальным ресурсом и делит обязанности по заботе о пожилых с государством. Семья анализируется как объект заботы государственного социального сервиса. Сделан вывод о необходимости расширения услуг долговременного ухода за пожилыми членами семьи.

The problems of older persons are currently being addressed through a variety of resources. The family is the most important social resource and shares the responsibility for the care of the elderly with the state. In this article, the family is analyzed as an object of care of the state social service. The conclusion is made about necessity of expansion of services long-term care of older family members.

Ключевые слова: семья, пожилые, забота, государственный социальный сервис

Keywords: family, the elderly, care, state social service

Старение населения – глобальная тенденция, затрагивающая все страны и регионы, включая Россию. Политика социального государства вынуждена реагировать на происходящие изменения и способствовать интеграции пожилых в общество, обеспечению занятости, когда это возможно, а когда нет – обеспечению заботы о пожилых. В настоящее время проблемы пожилых

решаются с использованием различных ресурсов. В заботу о них могут быть включены разные агенты – семья, рыночные структуры, институты социального государства, общественные организации – осуществляется так называемый «микс» социальной заботы [1; 2].

Старение населения, пожилые, социальная политика в отношении пожилых – не новая тема отечественных и зарубежных исследований (И. Григорьева, С. Максимова, Д. Неваева, Е. Елютина, З. Саралиева, О. Парфенова, Walsh K., Scharf T etc). Вместе с тем забота о пожилых (по аналогии с care), взаимодействие агентов заботы, семья – как объект и как субъект заботы, – это поле все еще малоисследовано.

Государство и семья в современном социальном государстве являются главными агентами, обладающими моральными, экономическими и социальными обязанностями по заботе о пожилых [3]. В современном обществе под влиянием меняющейся экономики, увеличения занятости женщин создаются новые механизмы во взаимоотношениях семьи и государства в заботе о пожилых [2]. Семья является носителем социального ресурса. Вместе с тем у членов семьи возникает потребность в дополнительных агентах, способных осуществлять заботу о пожилым человеке. В роли дополнительных агентов могут выступать некоммерческие организации, бизнес-организации, индивидуальные предприниматели etc. Полный перечень поставщиков социальных услуг (агентов заботы?) регламентирован ФЗ №442 [4]. Мы будем рассматривать семью с пожилым как объект заботы государственных социальных сервисов. Забота связана с системой ценностей, отвечающей за набор социальных действий и репертуар отношений между объектом и объектом заботы [5].

Кратко проанализируем результаты исследования, проведенного автором в рамках качественной методологии в двух регионах России – Республике Карелия и Томской области.

Так, как уже было отмечено, семья с пожилым рассматривается как объект заботы/помощи со стороны государственного социального сервиса. Регламентированы взаимодействия государственного учреждения и пожилого Федеральным законом № 442, вступившим в силу с 1 января 2015 г. Закон определяет виды и формы социального обслуживания, порядок предоставления социальных услуг, их стоимость, условия их предоставления. Сам процесс предоставления социального обслуживания клиенту можно разделить на ряд этапов: (1) обращение о предоставлении социального обслуживания (само обращение может быть инициировано пожилым или его родственниками); (2) признание гражданина нуждающимся в социальном обслуживании (производит специально уполномоченный орган); (3) составление индивидуальной

программы: указывается форма, объем, виды, периодичность, условия и сроки предоставления услуг, перечень рекомендуемых поставщиков социальных услуг (в составлении индивидуальной программы может участвовать сам пожилой или его родственники); (4) заключение договора о предоставлении социальных услуг (с поставщиком); (5) непосредственно предоставление социальных услуг; (6) оценка качества оказания услуг (участвует сам пожилой, могут участвовать члены семьи).

Важно отметить, что семья как объект заботы со стороны социального сервиса может по-разному относиться к этой самой заботе. Специалисты отмечали, что члены семьи часто взаимодействуют с государственным социальным сервисом и разделяют заботу о пожилым. Как правило, члены семьи активно взаимодействуют с социальным работником, проверяют документы, оплачивают услуги, участвуют в разработке индивидуальной программы, привлекаются к оценке качества оказания социальных услуг, независимо от того, проживают они совместно или нет. В данном случае мы можем говорить, что семья и государство делят между собой обязанности по уходу за пожилыми родственниками. С целью увеличения количества клиентов/услуг/ финансирования социальные центры предлагают дополнительные программы, например, «Горячие обеды», «Парикмахер на дом» и др., привлекательные для родственников и самих пожилых. Подчеркнем, что многие информанты отмечали, что члены семьи, где пожилой уже малоподвижный и нуждается в большем уходе, заинтересованы в увеличении количества услуг, в дополнительных платных услугах, услугах сиделки, социально-медицинских услугах. Все более востребованными становятся дорогостоящие услуги, нацеленные на обеспечение долговременного ухода. Именно эти практики заботы семья не может осуществить без посторонней помощи.

К сожалению, встречаются ситуации, когда родственники / члены семьи отстраняются от осуществления заботы о своем пожилым родственнике. Часто игнорируют его потребности, не интересуются его состоянием здоровья. Случаются также ситуации, когда родственники даже препятствуют оказанию домашних услуг социальным работником, закрывают дверь, меняют замок/ключ, не пускают к пожилому родственнику.

Чтобы повысить количество услуг/клиентов, государственные социальные службы расширяют перечень программ, направлений работы с семьей или самими пожилыми. Информанты говорили о разных услугах/программах, позволяющих семье облегчить процесс заботы, «передохнуть» или просто переложить на время уход за пожилым на плечи государственных социальных служб. Законом №442 предусмотрена

стационарная форма социального обслуживания, которая может осуществляться в разных формах (например, проживание пожилых в стационаре в течение 21 дня или пятидневное проживание). Специалисты отмечают, что подобная практика позволяет семье определить своего пожилого члена на стационарное обслуживание на какой-то период, например, на время отпуска или просто в связи с усталостью. В то же время за членами семья сохраняется возможность посещать своих пожилых, общаться с ними, интересоваться социальным обслуживанием.

Особенно хочется отметить опыт сельской местности, где распространены неформальные практики ухода за пожилыми, наем знакомых и соседей. Особенно часто такая практика встречается, например, в тех ситуациях, когда взрослые дети живут в городе, а пожилые родители остаются в сельской местности. Информантка-социальный работник сельского поселения рассказала, что такая ситуация достаточно частая. Популярны «сезонные услуги», услуги временного характера. Распространена также практика неформального общения с семьями со стороны социальных работников. Как правило, в ответ – благодарности, подарки.

В заключении важно отметить, что на современном этапе развития социальных отношений меняется характер взаимодействия между членами общества. Семья, выступая когда-то в роли основного агента заботы, постепенно утрачивает свои функции. Вместе с тем ряд из них перенимают государственные и негосударственные учреждения, индивидуальные предприниматели, неформальные агенты. Мы рассмотрели семью с пожилым как получателя, объекта заботы со стороны государственного социального сервиса. Среди пожилого населения и их родственников все более востребованными становятся дорогостоящие услуги, нацеленные на обеспечение долговременного ухода, социально-медицинские услуги, услуги сиделок.

Список литературы

1. Здравомыслова Е. «Сэндвич–синдром». Внутрисемейная забота о пожилых // Деловой Петербург, 2016. URL: <http://blog.dp.ru/post/8574/>.
2. Григорьева И.А. Приоритеты социальной политики: пожилые люди // Журнал социологии и социальной антропологии. 2005. Т. VIII. №3. С. 131-145.
3. Голубева Е.Ю. Взаимодействие и ответственность семьи и государства по уходу за пожилым человеком в России и Финляндии: кросскультурный контекст / Е.Ю. Голубева, Р.И. Данилова, Е.А. Кондратова, С. Коскинен // Клиническая геронтология. 2008. №5. С. 3-10.

4. Федеральный закон от 28.12.2013 №442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».

5. Чернова Ж.В. Кто, о ком и на каких условиях должен заботиться? Гендерный анализ режимов заботы и семейной политики // Журнал исследований социальной политики. 2011. Том 9, №3. С. 295-318.

**СЕМЬЯ КАК ОБЪЕКТ ПОМОЩИ И СУБЪЕКТ САМОПОМОЩИ:
ПРАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ И УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ ЧЛЕНАМИ СЕМЬИ
FAMILY AS AN OBJECT OF CARE AND A SUBJECT OF SELF-HELP:
TREATMENT AND CARE PRACTICES FOR SICK FAMILY MEMBERS**

А.А. Роговикова, Л.Ю. Гарин

*Приволжский исследовательский медицинский университет,
г. Нижний Новгород*

*A.A. Rogovikova, L.Y. Garin
Privolzhsky Research Medical University,
Nizhny Novgorod*

Рассматриваются практики ухода за больными членами семьи, этапы переживания семьей кризиса, вызванного болезнью родственника, способы выхода из кризиса: семья как объект помощи и субъект самопомощи.

It examines the practices of caring for sick family members, the stages of a family crisis caused by a relative's illness, and the ways out of the crisis: the family as an object of assistance and a self-help subject.

Ключевые слова: семья, болезнь родственника, практики ухода за больным, этапы кризисного состояния, помощь и самопомощь

Keywords: family, relative's disease, care practices, stages of crisis, help and self-help

Ненормативный кризис семьи – это выходящее из ряда вон длительное состояние стресса. Семейного стресса. Таким стрессом может быть тяжелая, длительная болезнь одного из членов семьи. Это довольно часто встречающийся ненормативный кризис, который переживают многие семьи либо недолго, либо достаточно длительно. Можно привести примеры десятилетней и даже тридцатилетней продолжительности болезни, и этот период зависит, конечно, от самого заболевания [1].

Специфика переживания семьей данного кризиса обусловлена, кроме того, возрастом члена семьи, когда у него возникло заболевание; наличием или отсутствием видимых дефектов физического развития, так называемым «грузом дефекта». Он воспринимается как оценка медико-социальных последствий поражения и времени, в течение которого эти последствия наблюдаются.

Можно выделить несколько этапов переживания семьей данного кризисного события.

Этап шока характеризуется возникновением у членов семьи состояния растерянности, беспомощности, порой страха перед исходом заболевания, собственной неполноценности, ответственности за судьбу больного, чувства вины за то, что они не сделали ничего, чтобы предотвратить появление заболевания, или сделали что-то, обострившее положение. Эти переживания приводят к изменению привычного образа жизни членов семьи, зачастую становясь источником различных психосоматических расстройств и оказывая негативное влияние на взаимоотношения как внутри семьи, так и за ее пределами. Иногда несчастье объединяет семью, делает ее членов более внимательными друг к другу, но чаще длительное заболевание, отсутствие эффекта от проводимого лечения и формирующееся состояние безнадежности ухудшает взаимоотношения между членами семьи. В основном эта фаза достаточно кратковременна.

На *этапе отрицания* члены семьи оказываются просто не в состоянии адекватно принять и переработать полученную информацию и используют разнообразные средства защиты, позволяющие им уйти от необходимости признать наличие заболевания, что снижает адаптивный потенциал семьи. Возникают семейные мифы, поддерживающие семейное функционирование, но основанные на неадекватном представлении о семье на данном этапе ее существования. Иногда беспокойство и растерянность членов семьи превращаются в отрицание поставленного диагноза, направленное на сохранение стабильности семьи. Отрицая факт болезни, члены семьи могут отказываться от обследования больного и проведения каких-либо коррекционных мероприятий или выражать недоверие к консультантам, многократно обращаются в разные научные и лечебные центры с целью отменить «неверный» диагноз или признавать диагноз, но при этом с особым оптимизмом относиться к прогнозу развития болезни и возможности излечения.

По мере того как члены семьи начинают принимать диагноз и частично понимать его смысл, они погружаются в глубокую печаль — наступает *этап печали и депрессии*. Возникшее депрессивное состояние связано с осознанием проблемы. Наличие тяжелобольного члена семьи отрицательно сказывается на ее жизнедеятельности, динамике супружеских отношений, приводит к дезорганизации семейных ролей и функций. Чувство гнева или горечи может породить стремление к изоляции, но в то же время найти выход в формах «эффективного горевания».

Трудности, с которыми сталкивается семья, бывают объективными и субъективными. К первому относится изменение ролей и функций. Возрастают

расходы семьи, нарушается ритм и распорядок жизни, внутрь границ семьи с больным человеком могут входить посторонние люди, которые привлекаются, чтобы помочь человеку. Вполне возможно, что происходит утрата и снижение социального статуса.

Теперь давайте посмотрим на субъективные трудности. Это, например, растерянность от беспомощности больного. Многие члены семьи испытывают растерянность, они не знают, что делать. Возникает тревога о будущем. Ведь, действительно, никто не знает, как долго может продлиться болезнь и чем она закончится. Возникает и чувство вины как у больного, так и у семьи в целом. Это одно из сильных и трудно преодолимых чувств. У некоторых членов семьи может наблюдаться депрессия как реакция на сильно ухудшившуюся семейную ситуацию. И, конечно же, многие члены семьи сталкиваются с фрустрацией. Вся семья находится в эмоциональном, фрустрированном поле, которое очень трудно преодолеть. В семье могут происходить вспышки гнева, ярости, потому что иногда ситуация совершенно неразрешимая.

Этап зрелой адаптации характеризуется принятием факта болезни, реалистичной оценкой прогноза развития заболевания и перспектив выздоровления. В это время все члены семьи способны адекватно воспринимать ситуацию, руководствоваться интересами больного, устанавливать контакты со специалистами и следовать их советам. На уровне системы происходят структурные реорганизации, прежде всего касающиеся ролевого взаимодействия.

Важно соблюдать некоторые аспекты ухода за тяжело больным человеком в семье, чтобы сохранить отчасти обычный ритм жизни и образ жизни и помочь семье выжить и продолжать жизнь в ситуации такого тяжелого кризиса.

По возможности, естественно, надо стремиться соблюдать обычный образ жизни семьи, потому что, чем больше члены семьи чувствуют неудовлетворенность от измененного образа жизни семьи, тем тяжелее переживается кризис. Если семья должна жить закрыто, это тоже очень тяжелое нарушение ритма семейной жизни. Всем членам семьи необходимо приспособливаться к новой жизни, устраивать её как-то иначе.

Очень важно, чтобы члены семьи принимали опеку близких, помощь друзей без отказа и огорчений, то есть со смирением, без стыда, и тем самым облегчали бы себе уход за больным. И вообще принимали бы помощь, чтобы семья могла пережить более или менее сносно этот тяжелый кризис.

Очень важно научиться помогать больному. Вообще, уход за больным – это то, чему нужно учиться и о чем нужно знать. Сейчас существуют пособия, сайты в интернете, которые помогают научиться уходу. Для этого можно

привлечь специалистов, сиделок, патронажных сестер. Это может стоить немалых финансовых средств, но иногда важно создавать свободное время для восстановления спокойствия в семье. То есть, семья нуждается в этот критический момент в большей поддержке и комфорте, чем в обычное время.

Работа с болью тоже важна. Многие больные больше страдают от страха боли, чем от самой боли. Семья должна понимать этот аспект болезни и иметь возможность заранее обеспечить больному паллиативную психологическую помощь. Это очень важно как для больного, так и для семьи.

Очень важно выражать чувства, важно понять, что умирающий больной переживает особые эмоциональные состояния, совершенно не похожие на здорового человека, и это накладывает особенный отпечаток. Эти состояния очень трудно оценить, потому что они переживаются только тем человеком, который умирает или останется ограниченным в своих возможностях на всю жизнь. Иногда больной переживает очень тяжелую усталость, и он желает своей смерти как избавления от страданий. Страдания настолько велики и настолько утомительны для человека, что смерть представляется уже не страшной.

Важно понять, что тот, кто ухаживает за больным, уже находится в зоне риска. Уход за больным – это работа на выгорание, поэтому тот, кто ухаживает, должен получать отдых, поддержку, помощь окружающих, а сам помогающий должен понимать, что ему нужна помощь.

Всё это позволяет нам сделать вывод для многих критических ситуаций такого плана – не только больному, но и его семье необходимо понимание и психологическая поддержка со стороны окружающих. Решение данной проблемы, на наш взгляд, заключается в необходимости просветительных бесед с населением о таких критических ситуациях, чтобы люди, попадающие в данную ситуацию, не находились в растерянности и имели возможность сразу предоставить необходимую помощь больному. Такие меры обязательны для улучшения оказания помощи в критических ситуациях с тяжелобольными.

Список литературы

1. Из статьи, подготовленной по материалам вебинара ректора Института христианской психологии протоиерея Андрея Лоргуса «Ненормативные кризисы семьи: болезнь и больной в семье», проведенного Институтом христианской психологии 13.03.2014, под редакцией Тамары Амелиной.

2. Статья «Социальная поддержка пациентов. Роль семьи в обеспечении качества жизни психически больных» психолога Татьяны Куликовой от 16.01.2018 г.

3. Зверева Н.В., Рощина И.Ф. Проблемы семьи в контексте клинической психологии [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2012 г. №1. URL: <http://psyjournals.ru/psyclin>.

4. Горбушина И.А. Ребенок с нарушениями в развитии в семье и среди нас: что делать? как помочь? // Коррекция и профилактика нарушений поведения у детей с ограниченными возможностями здоровья. С. 57-59.

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ СЕМЬИ*

SOCIAL AND DEMOGRAPHIC PROBLEMS OF THE MODERN FAMILY

Е.С. Рябинская
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*
E.S. Ryabinskaya
Lobachevsky University

На основании данных Федеральной службы государственной статистики и социологических исследований выделяются основные социально-демографические проблемы современной семьи, рассматриваются их возможные причины и последствия.

On the basis of data from the Federal State Statistics Service and sociological research, the main socio-demographic problems of the modern family, possible causes and consequences are considered.

Ключевые слова: рождаемость, незарегистрированные браки, внебрачная рождаемость, разводимость, монородительские семьи, повторные браки

Keywords: birth rate, unregistered marriages, non-marital birth rate, divorce, mono-parental families, remarriage

Трансформации, наблюдаемые в сфере брачно-семейных отношений, динамика демографических показателей, фиксируемая государственной статистикой и социологическими исследованиями, позволяют сделать вывод об изменениях в структуре и межличностных отношениях семьи и, как следствие, формировании новых проблемных ситуаций, требующих решения.

Несмотря на общую тенденцию роста, суммарный коэффициент рождаемости остается на недостаточном для воспроизводства населения уровне. Так, в 2000 г. он составил 1,2 детей в расчете на одну женщину репродуктивного возраста, в 2004 – 1,3, в 2008 – 1,5, в 2010 – 1,6, в 2012 – 1,7, в

* Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта 18-411-520002 «Здоровьесбережение в практиках современной Нижегородской семьи».

2014 – 1,8, а в 2017 г. показатель снизился до 1,6 (табл. 1) [1]. По мнению А.Г. Вишневого, суммарный коэффициент рождаемости «...не позволяет учесть так называемых тайминговых изменений, или особенностей «календаря» рождений разных поколений женщин». Другими словами, динамика данного демографического показателя может быть связана не с увеличением или снижением числа рожденных детей, а с увеличением или уменьшением интервалов между рожденьями [2]. Тем не менее, по данным переписей населения 2002 и 2010 гг. 65% домохозяйств, состоящих из двух и более человек, имели одного несовершеннолетнего ребенка, 28% домохозяйств имели двух несовершеннолетних детей и 7% домохозяйств – трех и более детей моложе 18 лет. В 2015 г. ситуация несколько изменилась: увеличилась доля семей с двумя детьми, а процент многодетных семей вырос в два раза, однако большинство опрошенных семей имели одного ребенка (табл. 2) [1]. Таким образом, наиболее распространенной моделью современной семьи остается однодетная семья. Данные тенденции могут привести к старению населения и депопуляции.

Т а б л и ц а 1 .

Суммарный коэффициент рождаемости

Год	Все население	Год	Все население
2000	1,2	2012	1,7
2002	1,3	2013	1,7
2004	1,3	2014	1,8
2006	1,3	2015	1,8
2008	1,5	2016	1,8
2010	1,6	2017	1,6
2011	1,6	2018	1,6

Т а б л и ц а 2 .

Частные домохозяйства из двух и более человек
по числу детей моложе 18 лет, %

Год	С 1 ребенком	С 2 детьми	С 3 и более детьми
2002	65,2	28,2	6,6
2010	65,5	27,5	7,0
2015	51,3	34,7	14,0

Рассчитано по данным переписей населения 2002 и 2010 гг., микропереписи населения 2015 г.

Данные переписей населения свидетельствуют о распространении незарегистрированных супружеских союзов. Так, если в 2002 г. доля незарегистрированных браков от общего числа семейных союзов составляла 9,8%, то в 2010 г. – 13,3% (табл. 3) [1]. Увеличение доли сожительства ведет к появлению проблем, связанных с разделом совместно нажитого имущества

после разрыва отношений. Распространение незарегистрированных браков, в которых есть дети, означает дополнительную нагрузку на государство, которое вынуждено содержать фактически полные семьи с помощью специальных пособий, что в свою очередь ведет к распространению иждивенческих настроений среди населения. Кроме того, распространенность сожительства, особенно среди молодого поколения, снижает ответственность мужчин за свои поступки, в результате чего их функции в такой семье становятся «факультативными» [3].

Т а б л и ц а 3 .

Население в возрасте 16 лет и более по состоянию в браке, чел.

Год	Состоящие в браке	Из них	
		В зарегистрированном браке	В незарегистрированном браке
2002	67900666	61271154	6629512 (9,8%)
2010	66464650	57653933	8810717 (13,3%)
2015	1046807	916422	130385 (12,5%)
2018	171948	148395	23553 (13,7%)

Рассчитано по данным переписей населения 2002 и 2010 гг., микропереписи населения 2015 г., пробной переписи населения 2018 г.

Рост числа незарегистрированных браков сопровождается ростом числа рожденных в них детей. Другими словами, распространенность сожительства является одной из основных причин высоких показателей внебрачной рождаемости. Несмотря на тенденцию к снижению, доля внебрачных рождений остается на высоком уровне. Так, в 2004 г. показатель внебрачных рождений составил почти 30% от общего числа рождений, в 2008 г. – 26,9%, в 2012 г. – 23,8%, в 2016 г. – 21,1% (табл. 4) [4]. Дети, рожденные вне брака, могут испытывать некоторые трудности, связанные с самоощущением и отношением со стороны окружающих.

Т а б л и ц а 4 .

Внебрачная рождаемость, %

Год	Все население	Год	Все население
2002	29,5	2012	23,8
2004	29,8	2013	23,0
2006	29,2	2014	22,2
2008	26,9	2015	21,6
2010	24,9	2016	21,1
2011	24,6	2017	21,6

Показатели разводимости также находятся на высоком уровне, несмотря на общую тенденцию к снижению, которую в свою очередь можно связать с низкими показателями регистрируемой брачности. Например, в 2010 и 2012 гг. число разводов составило 4,5 на 1000 человек населения, в 2014 – 4,7, в 2016 –

4,1, в 2018 – 4,0 (табл. 5). Высокий уровень разводимости ведет к увеличению числа монородительских семей. По данным переписи населения 2002 г. доля домохозяйств с монородительской структурой составила 21,6% от общего числа домохозяйств, состоящих из двух и более человек. По данным переписи 2010 г. и микропереписи 2015 г. доля таких домохозяйств составила 21,1%. Высокий уровень распространенности имеют домохозяйства, состоящие из матери с детьми. По данным микропереписи населения 2015 г., доля материнских семей составляет 14,8% от общего числа семейных домохозяйств и 64,0% от общего числа неполных семей (табл. 6) [1]. Тем не менее, число отцовских семей постепенно увеличивается. Согласно результатам переписи 1989 г., доля отцовских семей составляла всего 1% от общего числа семейных домохозяйств, в 1994 г. – 1,3%, в 2002 г. число отцовских семей достигло 1,5%, а перепись 2010 г. и микроперепись 2015 г. зафиксировала уже 1,7% отцовских семей [5].

Среди основных проблем монородительских семей выделяют экономические, в сфере воспитания и социализации детей [6]. Согласно исследованиям, «...проживание в неполной семье значимо влияет на получение ребенком в будущем высшего образования, на стабильность брачно-партнерских союзов и частоту смены партнеров и оказывает влияние на более раннее начало интимной жизни» [7]. «Для ребенка, выросшего в монородительской семье, характерны аморфность во взглядах на семью, в понимании норм и ролей мужа и жены, отца и матери, трудности в установлении эмоционально близких отношений» [6, с. 167]. У детей из неполных послеразводных семей отмечается низкая самооценка и повышенный уровень тревожности, агрессивность и раздражительность [6].

Т а б л и ц а 5 .

Разводы

Год	На 1000 человек населения	Год	На 1000 человек населения
2004	4,4	2013	4,7
2006	4,5	2014	4,7
2008	4,9	2015	4,2
2010	4,5	2016	4,1
2011	4,7	2017	4,2
2012	4,5	2018	4,0

Т а б л и ц а 6 .

Численность и состав домохозяйств из двух и более человек

Год	Тип домохозяйства	%	
2002	Мать с детьми	13,7	21,6
	Отец с детьми	1,5	
	Мать (отец) с детьми, одним из родителей матери (отца) (или без него), прочими родственниками (или без них) и не родственниками (или без)	6,4	

	них)		
2010	Мать с детьми	13,8	21,1
	Отец с детьми	1,7	
	Мать (отец) с детьми, одним из родителей матери (отца) (или без него), прочими родственниками (или без них) и не родственниками (или без них)	5,6	
2015	Мать с детьми	14,8	21,1
	Отец с детьми	1,7	
	Мать (отец) с детьми, одним из родителей матери (отца) (или без него), прочими родственниками (или без них) и не родственниками (или без них)	4,6	

Рассчитано по данным переписей населения 2002 и 2010 гг., микропереписи населения 2015 г.

Если говорить о повторных браках, то стоит отметить увеличение доли таких союзов среди женщин с 13,8% до 26,3% в период с 1960 по 2000 гг. В период с 2000 по 2013 гг. доля повторных браков колебалась. Так, в 2003 г. доля таких браков среди женщин составляла 24,9% от общего числа заключенных браков, в 2005 – 24,6%, в 2009 – 26,0%, в 2013 – 28,8% (табл. 7) [8]. Повторные браки могут привести к возникновению различных проблемных ситуаций, особенно при наличии детей от предыдущих союзов: трудностей в налаживании межличностных отношений между новым супругом и ребенком от предыдущего брака, между детьми от предыдущих браков обоих супругов, между детьми от разных браков одного из родителей и, как следствие, к особенностям процесса социализации детей из таких семей [6].

Т а б л и ц а 7 .

Доля повторных браков в общем числе браков, %

Годы	Мужчины	Женщины	Годы	Мужчины	Женщины
1960	8,6	7,9	2005	25,8	24,2
1970	15,1	13,8	2007	25,7	24,6
1980	18,9	17,9	2009	26,8	26,0
1990	25,4	24,7	2011	30,0	29,4
2000	27,5	26,3	2012	28,8	28,7
2003	26,0	24,9	2013	28,8	29,3

Обусловленные выделенными тенденциями проблемы малодетности и нестабильности семьи препятствуют реализации ее главных функций, заключающихся в воспроизводстве населения и социализации детей, и требуют особого внимания со стороны государства как на уровне социальной, семейной, демографической политики, так и практики социальной работы с семьей и детьми.

Список литературы

1. Федеральная служба государственной статистики. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.gks.ru>.
2. Вишневский А.Г. Что показывает коэффициент суммарной рождаемости // Демоскоп Weekly. 2012. №533-534. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.demoscope.ru/weekly/2012/0533/tema05.php>.
3. Егорова Н.Ю. Распространение незарегистрированных союзов: причины и последствия // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия: Социальные науки. 2006. №1. С. 175-182.
4. Внебрачная рождаемость по субъектам Российской Федерации, 2002-2017. [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.demoscope.ru/weekly/ssp/rus_exmar_reg.php?year=2015.
5. Янак А.Л. Молодое отцовство в контексте общих проблем монородительских отцовских семей // Молодежная галактика. 2015. № 12. С. 99-104.
6. Саралиева З.Х. Социальная работа с различными типами семей / З.Х. Саралиева, Н.Ю. Егорова // Социальное взаимодействие в системе социальной работы: Учебник / Под общей ред. З.Х. Саралиевой. Н. Новгород: Изд-во Нижегородского госуниверситета, 2011. С. 139-183. 299 с. ISBN 978-5-91326-208-0.
7. Чурилова Е.В. Влияние опыта проживания в неполной семье на социо-демографическое поведение детей / Е.В. Чурилова, Д.Д. Гутина. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.demoscope.ru/weekly/2015/0625/analit06.php>.
8. Захаров С.В. Браки и разводы в современной России // Демоскоп Weekly. 2015. №625-626. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.demoscope.ru/weekly/2015/0625/tema01.php>.

ПРОБЛЕМА ОТСУТСТВИЯ ОРИЕНТИРОВ В СФЕРЕ ЗДОРОВЬЯ СЕМЬИ THE PROBLEM OF LACK OF GUIDANCE IN THE FIELD OF FAMILY HEALTH

Е.О. Тарасова

*Пермский национальный исследовательский
политехнический университет, г. Пермь*

Е.О. Tarasova

Perm National Research Polytechnic University, Perm

Одна из проблем семьи как экосистемы – утрата ориентиров, на которые можно опираться при принятии жизненно важных решений в таких сферах, как медицина, питание. Отсутствие объективной, научно обоснованной

информации, подкрепленное недоверием к авторитетам в своих профессиональных областях, заставляют современную семью тратить большую часть энергии на поиск ответов вместо решения внутренних вопросов развития семьи.

One of the problems of the family as an ecosystem is the loss of benchmarks on which you can rely when making vital decisions in such areas as medicine and nutrition. The lack of objective, scientifically-based information, backed by a lack of confidence in the authorities in their professional fields, makes the modern family spend most of their energy searching for answers instead of solving internal issues of family development.

Ключевые слова: здоровье семьи, семья как экосистема, питание семьи, недоверие к медицине, отношение к вакцинации, противоречия в источниках информации

Keywords: family health, family as an ecosystem, family nutrition, distrust of medicine, attitude to vaccination, contradictions in sources of information

Здоровье любого человека определяется множеством факторов, оно на 60% зависит от образа жизни, на 30% от наследственности и экологии и на 10% от медицины [1, с. 30]. Показателем качества здоровья является длительность жизни.

Формирование основы здорового образа жизни человека происходит внутри его семьи, в ней закладывается общий жизненный стиль, который включает в себя пищевые привычки, отношение к физическим нагрузкам и способы лечения.

В России последние годы семьи сталкиваются с рядом противоречий, выход из которых им зачастую приходится искать самостоятельно, не имея при этом профессиональных знаний в тех или иных областях. В современных условиях общедоступности любой информации, в том числе научной, общество утрачивает веру в авторитеты. Это вызвано рядом обстоятельств:

1. Недоверие к официальным информационным ресурсам, что напрямую взаимосвязано с недоверием к государственной власти в целом [2, с. 102].
2. Низкий уровень контроля многих сфер жизни государством.
3. Противоречивое информационное поле, которое нуждается в анализе и избирательности.

Таким образом, современная семья вынуждена нести 100% ответственности за свое здоровье и будущее, не полагаясь на государственные институты. Рассмотрим вышеописанные обстоятельства подробнее на примере двух жизненно важных сфер общества – медицины и питания.

Российская медицина в последние годы утрачивает доверие общества. Причины в непрофессионализме врачей, неэффективности медицинских

подходов и недостаточной оснащенности (в случае серьезных заболеваний пациентов нередко отправляют в страны с более развитой медициной, такие как Германия и Израиль), плохими санитарными условиями и грубостью врачебного персонала [3, с. 1]. Этими причинами объясняется высокий процент недоверия к государственной медицине в целом. Согласно исследованию ФОМ, более трети населения России (34%) не доверяют врачам в больницах и поликлиниках [4, с. 1].

Низкий уровень контроля государства в сфере медицины проявляется в некомпетентности врачей, которые нередко назначают лишние препараты, чтобы избежать осложнений, получить быстрый эффект и не осуществлять лишнюю работу (например, посещения пациентов и отслеживание протекания болезни). Эти назначения лежат только в зоне ответственности конкретного врача, их невозможно проконтролировать, потому что врачи действуют в соответствии с предписаниями Минздрава. Однако, зачастую в силу своей перегруженности они недостаточно изучают конкретные случаи и нередко действуют по шаблону. Один из ярких примеров подобного поведения – назначение антибиотикотерапии при ОРВИ. Антибиотики всегда оказывают быстрый эффект на многие болезни, а вот дальнейшее их влияние на иммунные процессы и будущее здоровье ребенка уже остаются зоной ответственности родителей. И это основная причина недоверия к врачам и поиска собственных решений.

Недоверие к врачам и всей медицинской системе породило такое направление в среде родителей, как «антипрививочники» [5, с. 142]. Согласно данным ФОМ, 15% населения России против прививок детям, в возрастной группе 31-45 лет эта цифра достигает 21% [6, с. 1], это пятая часть страны. И это данные по населению в целом, не зависимо от семейного статуса. Вероятно, что наличие детей повысит этот процент. Согласно исследованию ВЦИОМ, численность не поддерживающих вакцинацию составляет 23% опрошенных, из которых 14% утверждают, что прививки бесполезны, а 9% считают, что прививки опасны, что от них больше вреда, чем пользы [7, с. 1].

Появилось движение «антипрививочников» вследствие противоречивого объема информации о вакцинации. Существует немало научных подтверждений, указывающих на опасность для здоровья ряда веществ, входящих в состав существующих вакцин [8, с. 44]. В то же время во множестве научных работ обоснованы риски заболеваемости непривитых детей [9, с. 90].

Встает вопрос – что же делать семье в этом многообразном и противоречивом информационном поле? И здесь возникают решения на индивидуальном уровне, родители их видят в поиске «своих» людей в разных сферах, которым можно доверять. Этим объясняется распространенность

гомеопатии [10, с. 75], других форм альтернативной медицины (считается, что они лечат не симптомы, как это делает традиционная медицина, а ищут и устраняют причины, рассматривая человека в его целостности, а не отдельные его части), а также «антипрививочных» движений. Но нередко доверие к данным специалистам вызвано не научными подтверждениями, а интуитивными порывами, подкрепленными суждениями: «мне порекомендовали», «эта врач помогла уже нескольким моим знакомым», «я доверяю этому специалисту, потому что его мнение близко моему» и многими другими. Однозначно, не стоит обвинять в ненадежности и вредности всех этих «специалистов», ведь многие из них действительно помогают [11, с. 104]. Но отсутствие их ответственности перед своими клиентами / пациентами на уровне закона опять же не снижает риски для семьи.

Рассмотрим далее сферу питания, например, такую острую тему, как использование пальмового масла в продуктах питания, в том числе и детского питания, где замена молочного жира происходит за счет более дешевого эквивалента в виде пальмового масла. И в данной сфере мы вновь сталкиваемся с низким доверием к официальным институтам вроде Роспотребнадзора, который пропускает на рынок некачественную продукцию, не осуществляя должного контроля составов, допуская использование ГМО-компонентов (генно-модифицированных). Согласно исследованию ВЦИОМ, большинство россиян (79%) считают, что генно-модифицированные продукты питания крайне опасны для организма человека, и, по их мнению, от населения скрывают эту информацию [7, с. 1]. По проблемам питания тоже немало противоречий и в научной среде. Можно найти ряд исследований, подтверждающих как вред пальмового масла, так и его пользу. Считается, что опасно именно использование «технического» пальмового масла, но нет никакой информации для потребителя о типе используемого масла [12, с. 111].

Семья сегодня находится на перепутье, нередко на свой страх и риск принимая решения, заведомо не зная, к каким последствиям они приведут. И даже наличие конкретной государственной позиции относительно перечисленных выше сфер не дают родителям возможности не искать своего собственного подхода, ведь в условиях общедоступности информации во всех сферах жизни родителям становится все сложнее опираться на мнения авторитетов. Недоверие к честности и независимости научных исследований и противоречия в медицине и нутрициологии заставляют семью заниматься собственными исследованиями. И основным методом, которым руководствуется современная семья, является метод собственных проб и ошибок.

Итак, главная проблема современной семьи как экосистемы – это потеря ориентиров. Она снижает функциональную дееспособность семьи, ее эффективность, так как забирает массу энергии на поиск правильных путей, уменьшая время на внутреннее развитие. Данная проблема может создать серьезные последствия для здоровья и длительности жизни населения России.

Выход из ситуации нам видится в доступе населения к объективной информации, актуальным научным исследованиям и готовности ответственных государственных институтов к открытой полемике на острые противоречивые темы. А на сегодня «наши государственные институты, и преобладающая часть работающих в них людей явно не способны к адекватной, то есть не консервативно охранительной, а позитивной, способствующей развитию, реакции» [2, с. 106].

Список литературы

1. Вертячих В.С. Тренды здорового питания в странах европейского союза // Студенческая наука и XXI век. 2018. №16-1. С. 30-32. С. 30.
2. Оболонский А.В. Гражданское недоверие к власти как предпосылка политического развития // Общественные науки и современность. 2012. №5. С. 101-111. С. 102.
3. ВЦИОМ: только 9% россиян довольны системой медицины. – [Электронный ресурс]. – URL: https://www.newsru.com/russia/17nov2017/medical_tanganpheth.html (проверено 7.06.2019).
4. Доверие врачам и медучреждениям. Выпуск ФОМ от 16 мая 2019. – [Электронный ресурс]. – URL: <https://fom.ru/Zdorove-i-sport/14208> (проверено 6.06.2019).
5. Калюжная Т.А., Федосеенко М.В., Намазова-Баранова Л.С., Гайворонская А.Г., Шахтактинская Ф.Ч., Ткаченко Н.Е., Броева М.И., Привалова Т.Е., Вишнёва Е.А., Чемакина Д.С., Касаткина Ю.Ю., Гайворонская К.М. Преодоление "антипрививочного скепсиса": поиски решения выхода из сложившейся ситуации // Педиатрическая фармакология. 2018. Т.15. №2. С. 141-148. С. 142.
6. Прививки. Отношение к детским и взрослым прививкам и практики вакцинации от гриппа. Выпуск ФОМ от 11 января 2019 года. – [Электронный ресурс]. – URL: <https://fom.ru/Zdorove-i-sport/14156> (проверено 6.06.2019).
7. ГМО, ВИЧ, прививки: мифы и реальность. Пресс-выпуск ВЦИОМ №3727 от 31 июля 2018 – [Электронный ресурс]. – URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=9233> (проверено 6.06.2019).
8. Коток А. Беспощадная иммунизация: правда о прививках / Александр Коток. Новосибирск, 2008. (2-е изд., испр. и доп.). 364 с. С. 44.
9. Мац А.Н. Современные истоки антипрививочных измышлений и идеологии // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2013. №3 (70). С. 90-97. С. 90.

10. Казеко Н.М., Киселев Д.В., Лазарев Е.С. Эффективность и востребованность гомеопатии в педиатрии // Украинский морфологический альманах имени профессора В.Г. Ковешникова. 2017. Т.15. №2. С. 75-76. С. 75.

11. Паршина С.С., Афанасьева Т.Н., Эуи Л.Б. Гомеопатия в современном мире. Психосоматические и интегративные исследования. 2015. Т.1. №1. С. 105-109. С. 104.

12. Федорова О.С., Орешенкова К.В. Пальмовое масло: за и против // В сборнике: Региональный рынок потребительских товаров: перспективы развития, качество и безопасность товаров, особенности подготовки кадров материалы VI Международной научно-практической конференции. В.Г. Попов (отв. ред.). 2016. С. 110-112. С. 111.

СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ СЕМЬИ В СВЕТЕ СТАТИСТИКИ

SOCIAL AND MEDICAL PROBLEMS OF THE MODERN FAMILY ACCORDING TO STATISTICS

В.В. Тюлюнова

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

V.V. Tyulyunova

Lobachevsky University

Рассматриваются основные социально-медицинские проблемы современной российской семьи: аборт, бесплодие, ВИЧ, заболевания, передающиеся половым путём, врождённые аномалии у новорождённых, недоношенные дети, дети-инвалиды, нездоровый образ жизни родителей, психологические проблемы членов семьи. Проанализированы статистические данные Федеральной службы государственной статистики.

The article analyzes the social and medical problems of modern families: abortion, infertility, HIV, sexually transmitted diseases, congenital anomalies in newborns, premature babies, children with disabilities, unhealthy lifestyle, psychological problems of spouses. Statistical data on these trends were analyzed.

Ключевые слова: аборт, бесплодие, ВИЧ-инфекция, алкоголизм, наркомания

Keywords: abortion, infertility, HIV infection, alcoholism, drug addiction

Современная семья переживает сложный период развития, что подтверждает широкий спектр проблем, с которыми она сталкивается. Проблемы существуют в различных сферах, и сфера здоровья стоит далеко не на последнем месте. На основе данных статистики можно выделить наиболее серьёзные социально-медицинские проблемы современной семьи, среди

которых особенно значимы связанные с репродуктивной функцией семьи и аборты.

Одной из функций семьи является деторождение, осознанное отношение супругов к репродуктивному поведению определяет эффективность её выполнения. Данные статистики (табл. 1) дают общую картину о динамике заболеваний, связанных с репродуктивной функцией семьи. По статистике, с каждым годом растёт количество недоношенных детей (на 50% с 2005 г.) и младенцев с врождёнными аномалиями (с 2005 г. почти на 25%) (табл. 1).

Т а б л и ц а 1 .

Заболеваемость населения (всего, тыс. чел.) [1, С. 54]

Зарегистрировано с диагнозом:	Российская Федерация							
	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Бесплодие (женщины)	52,5	70,7	77,8	78,0	81,0	83,1	94,2	92,8
Из общего числа детей, родившихся живыми, – недоношенные	76,7	93,2	93,3	108,2	110,8	111,1	110,1	109,1
Врождённые аномалии у новорождённых	46,9	52,8	50,9	54,3	55,2	55,8	56,1	54,9
ВИЧ	328,2	372,9	422,3	438,4	463,3	522,6	581,7	658,1

С каждым годом растёт и количество женщин с диагнозом бесплодие (табл.1). Причинами заболеваний, связанных с функцией деторождения, может быть неосознанное отношение молодых людей к репродуктивному поведению. По данным опросов [2], снизился возраст сексуального дебюта, вследствие чего выросло количество незапланированных беременностей. Из-за возраста несовершеннолетние беременные девушки не обращаются в официальные медицинские учреждения, а пытаются прервать беременность другими методами (клиники без лицензий, методы из Интернета). Они не осознают, что данные действия могут привести к серьёзным осложнениям, вплоть до бесплодия.

Что касается абортов, прерывание беременности не является безопасным методом регулирования рождаемости, поскольку связано со значительным риском для здоровья не только женщины, но ее будущего потомства. [3]

За 2017 г. в стране было зарегистрировано 779 848 абортов. Большое количество абортов делают первобеременные женщины (табл.2) [4]. Стоит отметить, что изменилась методика возрастных показателей, что не позволяет сопоставить сегодняшние данные с более ранними, но в общей динамике количество абортов в России снижается.

Таблица 2.

Число прерываний беременности, единица*

Годы	Российская Федерация				
	до 15	15-19	20-34	35 и старше	Всего
2004	1 127	176 906	1 282 528	337 006	1 797 567
2008	880	124 556	999 894	260 270	1 385 600
2011	585	66 275	822 715	235 305	1 124 880
2015	280	31 078	603 342	213 480	848 180
	до 15	15-17	18-44	45 и старше	Всего
2016	284	7179	819530	9618	836 611
2017	350	5530	765776	8192	779848

*Включаются все случаи прерывания беременности до 2011 г. в течение 27 полных недель (27 недель 6 дней), с 2012 года в течение 22 недель (21 неделя 6 дней), как проведенных в лечебно-профилактических учреждениях, так и начатые или начавшиеся вне лечебного учреждения, по поводу которых женщина поступила в стационар.

С 2015 г. в Нижегородской области общее количество абортос уменьшилось, но если сравнивать их количество на 100 родов, то число прерываний беременности остаётся на том же уровне, что и в 2015 г. (табл. 3). Соответственно, по данным статистики, несмотря на спад количества прерываний беременности, Россия всё равно остаётся в числе лидеров по количеству абортос в мире (табл.4).

Таблица 3.

Число прерываний беременности

	2013	2014	2015	2016	2017
Количество абортос	24041	21350	20048	19777	17738
на 1000 женщин в возрасте 15-49 лет	30,2	27,2	25,9	25,9	23,6
на 100 родов	62	55	50	51	52

Таблица 4.

Специальный коэффициент абортос (на 1000 женщин в возрасте 15-44 года) в странах ОЭСР и России [5]

Страны	Коэффициент	Страны	Коэффициент
Швейцария (2013)	6,4	Испания (2012)	11,9
Германия (2014)	7,0	Дания (2012)	14,3
Португалия (2011)	8,2	Исландия (2012)	14,7
Нидерланды (2009)	9,0	Норвегия (2012)	15,3
Бельгия (2011)	9,2	Новая Зеландия (2013)	15,4
Италия (2012)	9,3	Великобритания (2012)	15,6
Словакия (2013)	9,5	США (2011)	16,9
Финляндия (2013)	10,4	Венгрия (2013)	17,5
Словения (2012)	10,5	Франция (2013)	17,6
Чехия (2013)	10,7	Швеция (2014)	20,2
Израиль (2013)	11,9	Эстония (2014)	20,5
		Россия (2014)	22,4

Увеличивается количество заболеваний, передаваемых половым путем, которые влияют на репродуктивную функцию семьи. По данным статистики

можно выделить наиболее серьёзные заболевания. В 90-е гг. в связи с более ранним началом и экстенсивностью сексуальной жизни жертвами таких заболеваний все чаще становились дети и подростки 12-14 лет. Показатели ВИЧ-инфекции и сифилисом у российских подростков в 1990-х гг. были в 100 раз выше, чем в странах Западной Европы. При этом, по данным известного московского эпидемиолога О.К. Лосевой, заболеваемость среди девочек была в 2-2,5 раза выше, чем среди мальчиков [6].

Но хотя последние 10 лет показатели заболеваемости сифилисом в России снижаются, уровень его распространенности остается очень высоким. С каждым годом растёт уровень заболеваемости вирусом иммунодефицита. Исходя из статистических данных, заболеваемость ВИЧ выросла в 1,5 раза с 2010 по 2017 гг. (табл. 1). Хотя некоторые исследователи связывают это и с совершенствованием системы выявления заболевания, профосмотрами, диспансеризацией.

Стоит отметить, что помимо здоровья матери на семейные отношения влияет и сам образ жизни членов семьи. Алкоголизм и наркомания в семье являются одними из наиболее разрушительных факторов семейной жизни. Вредные привычки отражаются на здоровье не только супругов, но и будущих детей, причиной чего является большое количество детей с хроническими заболеваниями и детей-инвалидов в семьях. Помимо этого, на самочувствие членов семьи могут влиять конфликты в семье и, как следствие, – развод, у супругов возможна депрессия, бессонница, соматические заболевания. А переживать могут не только родители, но и дети супругов, они тяжелее переносят развод родителей, поэтому часто возникают проблемы в школе из-за их поведения, они могут стать раздражительнее, уязвимее ко многим ситуациям.

Замечено, что дети усваивают образ жизни родителей, их привычки, их отношение к жизни, в том числе к физической культуре. Положительный пример родителей существенно влияет на формирование у детей стремления заниматься физической культурой в свободное время всей семьей [7, с. 96]

Данные статистики демонстрируют масштабы и сложности социально-медицинских проблем современной семьи, прослеживается неоднозначная динамика показателей здоровья, но в целом спектр проблем возрастает и их количество увеличивается с каждым годом. Это даёт сигнал специалистам не просто описывать масштабы проблем, но и искать адекватные пути их решения, выясняя, какие факторы могут повлиять на них.

Список литературы

1. Здоровоохранение в России. 2017: Стат.сб./ Росстат. М., 2017. 170 с.
2. Рогачева Т.В. Сексуальная культура современной российской молодежи / Т.В. Рогачева, Н.Н. Маликова, М.А. Захаров // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2013. №1(18). URL: http://mprj.ru/archiv_global/2013_1_18/nomer/nomer12.php.
3. Якушкина В.П. Социально-медицинские аспекты аборта в России / Акушерство и гинекология. 2006. № 5. С. 44-45.
4. Число прерываний беременности URL: <https://www.fedstat.ru/indicator/31595#> (дата обращения: 20.11.2018).
5. Сакевич В. От аборта к контрацепции URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2016/0687/tema03.php> (дата обращения: 20.11.2018).
6. Шардакова А.А. Динамика заболеваемости сифилисом в России в течение последних 20 лет (обзор литературы) // Международный студенческий научный вестник. 2016. № 6. URL: <https://eduherald.ru/ru/article/view?id=16667>.
7. Ешеева Д.В. Образ жизни семьи как фактор формирования здорового образа жизни / Д.В. Ешеева, Т.С. Базарова // Социальное сиротство как актуальная проблема современного общества: материалы международной научно-практической конференции. 2016. С. 96-98.

ЦЕННОСТНОЕ УЧАСТИЕ СЕМЬИ В ДОСТИГНУТОМ СТУДЕНТАМИ СОСТОЯНИИ ЗОЖ VALUE PARTICIPATION OF THE FAMILY IN THE STATE OF AFFAIRS ACHIEVED BY THE STUDENTS

Е.А. Цветкова, М.В. Прохорова, Е.И. Скобелева
*Нижегородский государственный
технический университет им. Р.Е. Алексева, г. Нижний Новгород*
E.A. Tsvetkova, M.V. Prokhorova, E.I. Skobeleva
Nizhny Novgorod State Technical University n.a. R.E. Alekseev

На основе результатов исследования определена приоритетность ценностного участия функциональной семьи в достижении актуального состояния ЗОЖ студентов; определены одобряемые студентами принципы взаимодействия с родителями по вопросам достижения требуемого состояния ЗОЖ; Охарактеризованы виды сформированных в семье здоровьесообразных активностей; выявлены проблемы ценностного участия родителей в достижении студентами актуального состояния ЗОЖ.

In the article the results of questionnaire of students, the fact of the priority value of the functional involvement of the family in achieving the current status of their healthy lifestyle in the system of reference groups influence healthy lifestyles. Identified students endorse the principles of interaction with parents in the family in

the achievement of the desired state of healthy lifestyle. An outline of the types formed in the family *zdorovesberezheniya* activities, include students in the composition of the achieved state of your healthy lifestyle. Identified problems of the value of parental involvement in the achievement of the students of the current status of your HLS.

Ключевые слова: ЗОЖ, функциональная семья, ценность здоровья, здоровьесообразные активности, национальные экотрадиции

Keywords: a healthy, functional family, the value of health, *zdroveuchenye* activity, national *ecocradle*

Понятие «здоровый образ жизни» (ЗОЖ) предполагает созидательную активность людей, которая в контексте функционального семейного взаимодействия предоставляет личности возможность реализовать свою активность в бережливом и здоровьеразвивающем отношении как к самому себе, так и к другим людям на основании признания главной семейной и личной ценностью – ценности здоровья [1-4].

В становлении здоровьесориентированности личности основную роль играет современная функциональная семья [2], которая способна, благодаря целенаправленному обеспечению межпоколенного взаимодействия, влиять на выбор персонифицированных стилей здоровой жизни [3; 4]. Вместе с тем, например, в стадии вузовской социализации молодые люди не просто меняют свой социальный статус, но и образ жизни, мышления. Это касается в равной степени как студентов, оставшихся жить в своих семьях, и студентов, проживающих в студенческом общежитии, или уже даже создавших собственные семьи. Они способны дистанцироваться от повседневных контактов с родителями и оценить значение семейного участия в достижении собственного актуального состояния ЗОЖ.

Данный факт был эмпирически рассмотрен одной из задач социологического опроса, проведенного в июне 2019 г. кафедрой «Связи с общественностью, маркетинг и коммуникации» Нижегородского государственного технического университета им. Р.Е. Алексеева в форме анкетирования студентов 1-5 курсов. Всего было опрошено 125 респондентов, из них 71.2% юношей и 28.8%. Большинство респондентов оценивают свой образ жизни как здоровый – 54.4%.

Современная функциональная семья с успешным родительством [2] реализует свою социализирующую роль в процессе достижения студентами актуального состояния своего ЗОЖ в насыщенном информационном пространстве, где присутствуют и другие влиятельные социальные группы,

способные и готовые принять как реальное, так и виртуальное участие в процессе воздействия на мышление и поведение студентов (Рис. 1).

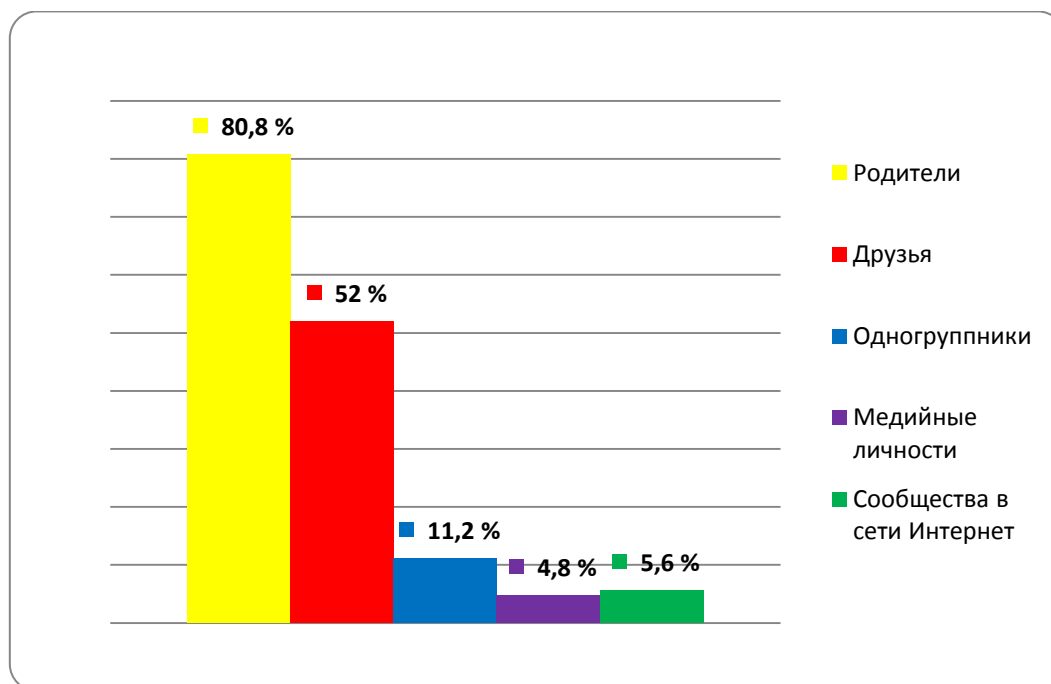


Рис. 1. Оценка значимости референтных групп ЗОЖ-влияния

Определяя ранг ценностного участия родителей в достижении актуального состояния своего ЗОЖ, студенты охарактеризовали его как приоритетный (80.8% опрошенных), к которому приближается только группа друзей (52% опрошенных). Это является закономерной тенденцией в ситуации возрастания в обществе значения горизонтальных социальных связей за счет распространения телекоммуникаций и их роли в образе жизни студентов.

Оценивать общую ценностную направленность участия функциональной семьи показательно по практически реализованным поведенческим проявлениям достигнутого ими состояния ЗОЖ. В конкретном структурном составе достигнутого студентами состояния ЗОЖ можно обнаружить присутствие семьи как носителя национально-культурного экокода, в котором ценностям телесного и духовного здоровья отводится значимая для личности роль как в контексте семьи, так и общества в целом. В качестве проекции культурно-экологической традиции 54% респондентов отметили использование продукции, выращенной на собственном огороде или участке (Рис. 2).

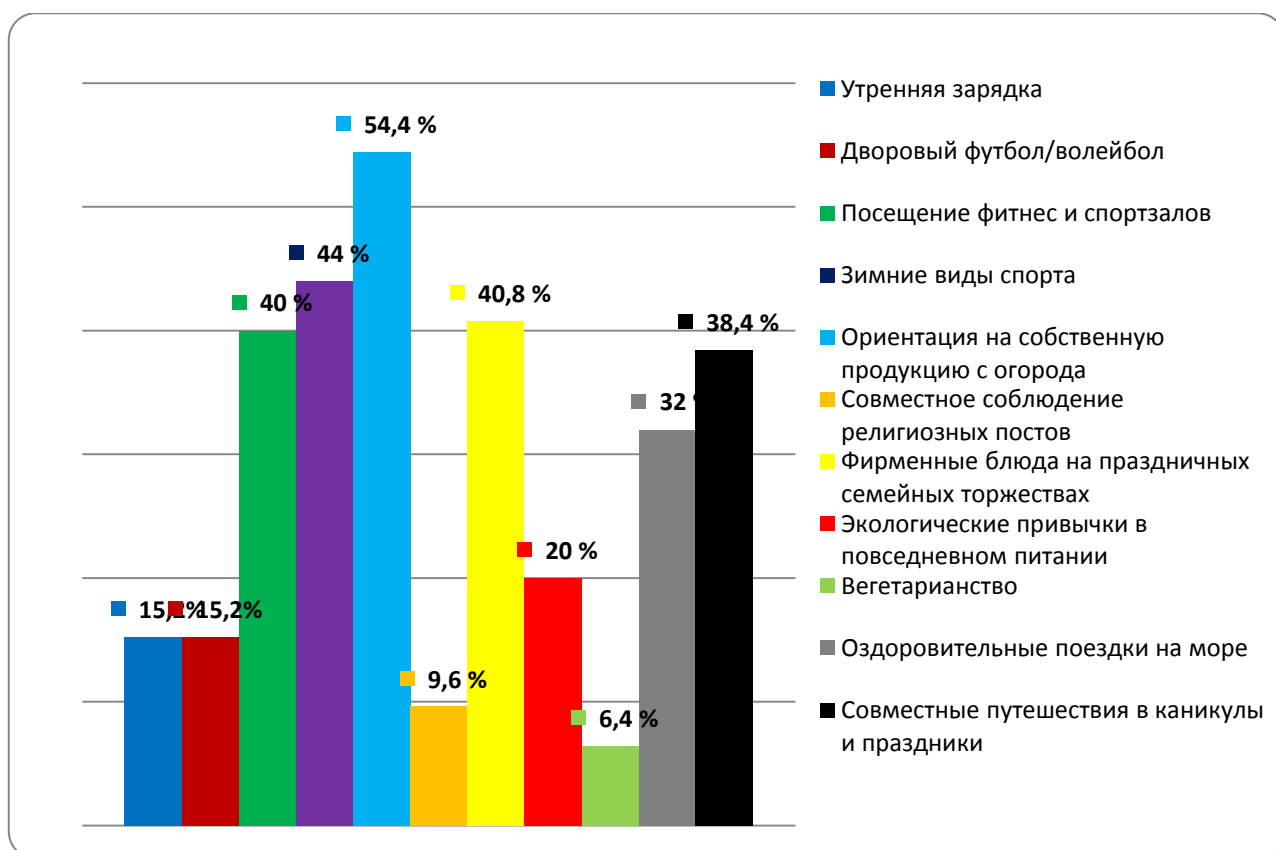


Рис. 2. Распределение традиций ЗОЖ

Кроме того, респондентами выделяются совместные с членами семьи занятия зимними видами физической активности, которые традиционно входят в перечень национально-оздоровительных мероприятий (44% студентов).

Значимым параметром ценностного ЗОЖ-пространства функциональной семьи являются принципы и методы ориентации взрослых и детей на здоровый образ жизни на основе учета их возможностей и потребностей. Исследование показало, что основными принципами, на основе которых в семьях достигается актуальное состояние ЗОЖ, является взаимоподдержка и сотрудничество родителей и детей, уважение и стремление родителей формировать ЗОЖ (52% респондентов), а также партнерство и конструктивный диалог по вопросам ЗОЖ (41% респондентов).

Можно утверждать, что, согласно оценкам студенческой молодежи, семья является не просто малой группой, где достигается актуальное состояние собственного ЗОЖ, но и приобретаются позитивные примеры ценностно-ролевого участия родителей в становлении ЗОЖ подрастающего поколения. Данные позиции с высокой степенью вероятности будут продолжены в строительстве собственной здоровьесориентированности и положены в основу личных семейных традиций.

Вместе с тем, по результатам исследования были обнаружены проблемы в сбалансированности ценностного участия родителей в достижении

студентами актуального состояния своего ЗОЖ. Так, во-первых, 35.2% респондентов рассматривают здоровье не как абсолютную жизненную ценность, залог качества и долголетия жизни, но лишь ценность инструментальную, например, ресурса деятельности. Здоровье при этом позволяет достичь большего в плане самореализации. Во-вторых, в определении состава ЗОЖ выявлена недостаточно сформированная экологическая направленность отдыха как рекреационной активности, о чем свидетельствует доминирование в ответах не оздоровительного, а досугового смысла (совместные поездки и путешествия указали 38.4% респондентов) [4].

Список литературы

1. Дружилов С.А. Здоровый образ жизни как целесообразная активность человека // Современные научные исследования и инновации. 2016. № 4. [Электронный ресурс]. URL: <http://web.snauka.ru/issues/2016/04/66781> (дата обращения: 25.05.2019).
2. Саралиева З.Х. Субинститут родительства в современных семейных системах // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия: Социальные науки. 2014. № 2 (34). С. 118-123.
3. Алексеев Р.А. Семья как фактор здорового образа жизни личности / Р.А. Алексеев, В.В. Рыжов // Вестник университета. 2014. № 5. С.183-188.
4. Касимов Р.А. Идеальная модель здорового образа жизни как педагогическое средство формирования здоровой личности в здоровьесберегающем образовательном пространстве // Современные проблемы науки и образования. 2016. № 6. С. 347.

СЕМЬЯ КАК ОБЪЕКТ ПОМОЩИ И СУБЪЕКТ САМОПОМОЩИ: ПРАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ И УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ ЧЛЕНАМИ СЕМЬИ. ДЕТСКИЙ КОРРЕКЦИОННЫЙ ЦЕНТР «РАЗВИТИЕ». ОПЫТ РАБОТЫ С СЕМЬЯМИ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОВЗ

FAMILY AS AN OBJECT OF HELP AND A SUBJECT OF SELFHELP: PRACTICES OF TREATMENT AND CARE OF DISABLED FAMILY MEMBERS. CHILDREN'S CORRECTION CENTRE "DEVELOPMENT". WORKING EXPERIENCE WITH FAMILIES WITH DISABLED CHILDREN

Н.О. Чеван, Ю.Л. Левицкая
Детский коррекционный центр «Развитие», г. Нижний Новгород
N.O. Chevan, I.L. Levitskaya
Children's correctional centre "Development", Nizhny Novgorod

Обобщен опыт практической работы специалистов Нижегородского коррекционного центра «Развитие» с семьями, имеющими детей с огра-

ниченными возможностями здоровья и особыми образовательными потребностями. Показаны разработка, апробирование и анализ модели формирования семьи как субъекта самопомощи.

In the article the experience of practical work of the specialists of Nizhny Novgorod correction centre "Development" with families with disabled children and specific educational needs is summarized. Elaboration, approbation and analysis of a model of formation a family as a subject of selfhelp are shown.

Ключевые слова: особый ребенок, семья, объект помощи, субъект самопомощи, коррекционная работа, эмоциональное выгорание, негативные установки, родительская самооценка, специалист по сопровождению семьи

Keywords: special child, family, object of help, subject of selfhelp, correction work, emotional burnout, negative aims, parent's self-evaluation, family accompaniment specialist

«Развитие» – нижегородский коррекционный центр, оказывающий психолого-педагогическую помощь детям с ОВЗ и ООП и семьям таких детей.

Центр работает с детьми раннего, дошкольного и школьного возраста, имеющими временные или постоянные нарушения в развитии, такие как синдром дефицита внимания и гиперактивность, задержка психического и речевого развития, расстройство аутистического спектра, умственная отсталость.

Центр создан в 2005 г. и работает на основе классических теоретических подходов, разработанных отечественными учеными: Л.С. Выготским, А.Н. Леонтьевым, П.Я. Гальпериным, М.И. Лисиной, У.В. Ульенковой, М.Р. Битяновой и др.

Руководители центра – Л.А. Метиева – логопед-дефектолог кандидат психологических наук, доцент, опыт коррекционной работы более 30 лет, Ю.Л. Левицкая – психолог-дефектолог кандидат психологических наук, опыт коррекционной работы более 25 лет, Н.О. Чеван – психолог высшей категории, опыт коррекционной работы более 20 лет, имеет личный опыт воспитания ребенка с ОВЗ.

За 14 лет работы центр помог более 6000 семей. 90% детей, ежегодно получающих помощь в центре, успешно социализируются. Специалисты центра накопили ценный профессиональный опыт сопровождения семей особых детей.

Целью коррекционных мероприятий с ребенком является его успешная социальная адаптация. Результаты коррекции в развитии ребенка с любым видом нарушений становятся не только заметными, но и устойчивыми при условии активного участия родителей в коррекционном процессе.

В настоящее время оказание помощи и поддержки семьям с особыми детьми является одним из приоритетных направлений государственной политики. Предусмотрены различные направления помощи: медицинская, юридическая, социальная, психолого-педагогическая.

Опыт работы показывает, что семья ребенка с ОВЗ, в большинстве случаев, остается объектом помощи и не готова занять активную позицию по отношению к собственному ребенку, не включается в процесс.

В чем причина пассивной позиции семьи ребенка с ОВЗ?

Проанализировав собственный опыт общения с родителями, мы пришли к выводу, что семьи, обращающиеся за помощью, имеют очень разную мотивацию и ресурсы. По степени мотивации и ресурсного состояния все семьи условно можно разделить на 4 группы.

К первой группе мы отнесли семьи, которые не хотят и не могут принимать коррекционную помощь. Как правило, такие семьи обратились в центр не по своей воле, а по настоятельному требованию педагогов или под давлением иных обстоятельств. Родители не видят проблему в развитии ребенка, не испытывают необходимости в коррекционной помощи и потребности что-либо менять. Позиция семьи жесткая, мы определили ее следующим образом «не хочу, не могу».

Во вторую группу вошли семья, у которых есть мотивация, но нет ресурсов.

Родителей беспокоят проблемы в развитии ребенка, однако активность семьи исчерпывается поиском коррекционного учреждения. Причины пассивной позиции родителей в этом случае разнообразны, от эмоционального истощения, неправильных установок, до родительской некомпетентности, нежелания брать ответственность за ситуацию с ребенком. Эта позиция «хочу, но не могу».

В третью группу мы объединили семьи, которые могли бы оказывать помощь ребенку, но они по разным причинам не видят проблем ребенка, а соответственно и необходимости что-либо менять. Такие родители часто боятся признать сам факт нарушений в развитии своих детей, находятся во власти ложных представлений. Данная позиция «могу, не хочу».

К четвертой группе были отнесены семьи с позицией «хочу и могу», заинтересованные в помощи и готовые к участию в коррекционной работе.

К сожалению, родителей особых детей с позицией «хочу и могу» не так много. Большинство семей являются объектами помощи, занимают пассивную позицию в коррекционном процессе. Самая большая группа родителей на этапе обращения в центр занимает позицию «хочу, не могу».

Выделяя факторы, определяющие ресурсное состояние семей, мы пришли к выводу, что на активность родителей, прежде всего, влияют эмоциональное выгорание и негативные установки.

Основными причинами эмоционального выгорания мы считаем депривацию базовых потребностей родителей: физиологических, психологических, профессиональных, личностных. Воспитание ребенка с ОВЗ часто связано с высоким уровнем конфликтов в семье; страхом перед будущим; чувством вины; внутренним одиночеством; психическим истощением.

Не менее разрушительно действуют негативные установки, формирующиеся у родителя под влиянием собственных неудач в воспитании, отношения окружающих, формальности оказываемой помощи.

Перед нами встал вопрос. Как вернуть семью в ресурсное состояние? Какие условия необходимо создать, чтобы семья стала субъектом самопомощи?

Принимая во внимание возможности и потребности каждой группы родителей, мы разработали модель сопровождения семьи, позволяющую формировать семью как субъект самопомощи.

Модель сопровождения семьи включает 2 взаимосвязанных системы, которые функционируют параллельно, поддерживая и развивая друг друга. Это система работы с ребенком и система работы с родителями. Сопровождение осуществляется ведущим специалистом.

Система работы с ребенком строится на основе разработки 2-х коррекционных программ – частной (в рамках центра) и общей коррекции (затрагивающей социальную ситуацию развития ребенка), включает диагностику, систему групповых и индивидуальные занятия, клубы, проекты по социальной адаптации.

Система сопровождения семьи в коррекционном процессе предусматривает следующие направления:

– психоэмоциональная поддержка осуществляется через клуб «Родительская песочница»; для семей с детьми, имеющими расстройство аутистического спектра, клуб «Другие возможности», социальные проекты;

– психолого-педагогическая поддержка, предусматривающая повышение родительской компетентности, включает информационную помощь и формирование значимых практических умений, осуществляется через школу «Осознанное родительство», тематические семинары-практикумы, детско-родительские и индивидуальные родительские занятия и консультации.

Формирование семьи как субъекта самопомощи предполагает следующую этапность работы.

На первом этапе необходимо снизить напряжение родителей, сформировать уровень доверия к центру и его специалистам, осознанную

мотивацию, что создает условия для вовлечения родителей в коррекционную работу с ребенком. Родителям необходимо показать возможности ребенка, конкретные результаты и убедить родителей в необходимости включения в коррекционный процесс.

На втором этапе работа направлена на формирование работоспособности семьи, мы создаем условия для восстановления ресурсного состояния, изменения негативных установок, стараемся подключить к коррекционной работе большее количество членов семьи, согласовывать их усилия, показать родителям их возможности влиять на воспитание и развитие своего ребенка.

На третьем этапе мы ориентируем семью на самостоятельное управление ситуацией развития ребенка и поддержку собственных ресурсов. Семья демонстрирует качественные изменения и становится субъектом самопомощи.

Каждая из четырех групп родителей требует разного подхода и имеет свои особенности.

В первой группе родителей с позицией «не хочу, не могу» важно повлиять на изменение мотивации. При этом условии семья переходит на другую позицию «хочу, не могу»

Родители второй группы с позицией «хочу, не могу», как правило, не высказывают сопротивления вовлечению в коррекционную работу с ребенком, регулярно приводят ребенка на занятия. Однако к изменениям и активному включению в коррекционный процесс семья длительное время не готова. Ключевыми формами работы с семьями данной группы являются клубы эмоциональной поддержки для повышения ресурсного состояния родителей. Такая помощь позволит семье активно включиться в коррекционный процесс и достигать устойчивых результатов коррекции и успешной социальной адаптации ребенка.

Родители третьей группы, занимающие позицию «могу, не хочу», сначала находятся в позиции «контролеров», требовательны к результатам ребенка на занятиях, при этом перекалдывают всю ответственность за происходящее на специалистов. Необходимо повлиять на установки взрослых, снизить противостояние и привести семью к сотрудничеству.

В четвертой группе «хочу и могу» родители считают, что коррекционные мероприятия касаются только ребенка и не затрагивают семью. Необходима коррекция представлений о предстоящей работе, информация по проблеме ребенка и обучение конкретным практическим умениям.

Опыт нашей работы показывает, что данная модель сопровождения семьи ребенка с ОВЗ помогает каждой семье занять активную позицию, стать субъектом самопомощи, управлять социальной ситуацией развития своего

ребенка, что является ключевым условием социальной успешности ребенка и семьи в целом.

**СОДЕРЖАНИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О СЛУЖЕНИИ СЕМЬЕ
У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД ЗРЕЛОСТИ
THE CONTENT OF CONCEPTS OF FAMILY SERVICE
FOR WOMEN IN ADULTHOOD**

Ж.А. Шуткина, А.А. Воронова
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*
J.A. Shutkina, A.A. Voronova
Lobachevsky University

Служение рассматривается как духовно-нравственный ресурс возрождения института семьи. На основе теоретического и эмпирического анализа приводится содержание представлений о служении семье у женщин в период зрелости.

Service is considered as a moral resource for the revival of the family institution. On the basis of theoretical and empirical analysis, the content of ideas about serving the family for women at maturity is given.

Ключевые слова: семья, служение, представления, ресурсность
Keywords: family, service, point of views, resource potential

Проблематика представлений о понятии семьи традиционно является предметом внимания социологических, культурологических, психолого-педагогических исследований [1]. Несмотря на то, что современная семья находится в кризисном состоянии и претерпевает изменения в своей функционально – ролевой структуре, «счастливая семейная жизнь», по исследованиям психологов и социологов, выступает как одна из главных ценностей жизни в представлении молодежи [2]. Важную основу для создания крепкой семьи мы видим в развитии духовно-нравственных начал личности, проявляющегося в служении своей семье. Служение семье, согласно исследованиям З.Х. Саралиевой, можно отнести к ресурсу психологического равновесия [3]. В психологической науке тема служения семье академически мало изучена и требует осмысления содержания, обозначения самого понятия для формирования и становления культуры служения семье в современной России.

Невозможно создать портрет семьи без таких жизненно важных ценностей, как любовь, верность, жертвенность, терпение, надежность,

взаимоверие, единство, почтение и уважение. Именно в семье мы учимся также любви, служению и самопожертвованию. Эти ценности помогают нам стать полноценными и зрелыми членами общества. Президент России В.В. Путин подчеркивал: служение – это «ответ на живую потребность людей в нравственной опоре, в духовном наставничестве и поддержке» [4]. Служение – позиция, где человек действует во имя другого человека и его ценностей. В качестве объекта служения называют служение семье, когда супруги воспринимают семейную жизнь как взаимное служение, подразумевающее бескорыстие, испытывают радость от служения друг другу. При этом открываются колоссальные возможности и настоящее сотрудничество. По мнению П.А. Корчемного, «служение создает гармонию не только в умах этих двух людей, но и баланс в едином поле сознания» [5].

Целью нашего исследования было выявить содержание представлений о служении семье у женщин в период зрелости. В исследовании принимали участие 15 респондентов, имеющие высшее образование, работающие в сфере образования и здравоохранения. Эксперты – женщины, состоящие в браке от 12 до 41 года. Средняя продолжительность брака – 25 лет. Возрастной диапазон – от 37 до 60 лет. Средний возраст экспертов – 49 лет. Для достижения поставленной цели испытуемым была предложена карта экспертной оценки:

1. Ваш возраст.
2. Продолжительность Вашего брака.
3. «Служение семье – это...».

В качестве примеров, представим несколько вариантов полученных данных.

– «Служение семье – уважение, поддержка в трудных жизненных ситуациях, забота о самых близких».

– «Служение семье – главное в жизни, святая обязанность, воспитание и развитие детей».

– «Служение семье – приоритет интересов членов семьи над своими интересами, труд».

– «Служение семье – деятельность, направленная на благо семьи, её членов, создание островка мира и благополучия».

Применения метода экспертных оценок и контент-анализа дало следующие результаты [6]. Полученные ответы изначально включали в себя 56 лингвистических единиц, из них 2 единицы (3,5%) были признаны несущественными и были исключены из окончательного среза мнений («здоровая дистанция с мужем», «чтобы было комфортно друг с другом»). Выделенные 54 лингвистических единиц анализа были объединены в контент-аналитические категории: служение семье – это «забота» (лингвистические

единицы: «накормить», «удовлетворить потребности» и др.)(18%); служение семье – это «воспитание» (лингвистические единицы: «прививание ценностей», «развитие детей» и др.)(15%); служение семье – это «приоритет семьи» (лингвистические единицы: «главное», «святая обязанность» и др.)(12%); служение семье – это «любовь»(12%); служение семье – это «уважение»(9%); «поддержка» («физическая», «духовная» и др.)(9%); «доверие»(6%); «самопожертвование»(6%) и др.

Таким образом, на основе теоретического и эмпирического исследования мы предполагаем, что служение семье – это процесс осознания собственной деятельности, направленной на воспитание, любовь, уважение, поддержку и доверие к членам своей семьи и находящейся в приоритете.

Список литературы

1. Вагапова А.Р. Представления о материнстве/отцовстве и родительские установки у молодежи / А.Р. Вагапова // Изв. Саратов. ун-та Нов. сер. Сер. Акмеология образования. Психология развития, 2015. №2 (14). С. 172-178.
2. Кузьмен О.В. Работа, профессиональное образование, семья в ценностных ориентациях и представлениях студенческой молодежи России / О.В. Кузьмен // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены, 2014. №1 (119). С. 144-151.
3. Саралиева З.Х. Социально-психологическая субъектность и компетентность семьи / З.Х. Саралиева // Вестник ННГУ. Серия: Социальные науки. Вып. 1 (2). ННГУ, 2002 С. 179-189.
4. ИА REGNUM: [Электронный ресурс]. М., 1999-2019. URL: <https://regnum.ru/news/polit/1620231.html>. (Дата обращения: 12.09.2019).
5. Корчемный П.А. Служение как целостность личности, осознание долга, чести и совести / П.А. Корчемный // Психология служения: сб. ст. по материалам межрегиональной научно-практической конференции психологов силовых структур 26 октября 2016 г. М.: Военный университет, 2017. С. 27-32.
6. Денисенко В.Н., Чеботарева Е.Ю. Современные психолингвистические методы анализа речевой коммуникации: Учеб. пособие. М.: РУДН, 2008. 258 с.

**ПРАРОДИТЕЛЬСКИЙ ПОТЕНЦИАЛ КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ
СЕМЕЙНОЙ РЕСУРСНОСТИ***
**GRANDPARENTHOOD POTENTIAL AS A COMPONENT
OF FAMILY RESOURCES**

А.Л. Янак

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

A.L. Ianak

Lobachevsky University

Рассматриваются роль прародителей в функционировании расширенных и нуклеарных семей, факторы формирования и активизации их потенциала. Концептуализируется понятие «прародительский потенциал» в контексте ресурсности современных семей.

Considered the role of grandparents in the nuclear and multigenerational families functioning, factors in the formation and activation of their potential. The concept of “grandparenthood potential” is conceptualized in the context of the modern families resources.

Ключевые слова: межпоколенные отношения, прародительский потенциал, ресурсность семьи, расширенная семья, нуклеарная семья

Keywords: intergenerational relations, grandparenthood potential, family resources, multigenerational family, nuclear family

Ослабление межпоколенных связей на фоне нуклеаризации семьи, расширения каналов образования и профориентации, границ выбора жизненных стратегий, пенсионной реформы, продолжения профессиональной занятости после достижения пенсионного возраста и в целом активного старения, с одной стороны, и объективное понимание важности поддержания межпоколенной преемственности и солидарности – с другой, актуализирует концептуализацию прародительского потенциала и изучение его в контексте семейной ресурсности.

Г. Беккер анализирует место старшего поколения в социальной и семейной структурах общества через экономическую солидарность и социальную ответственность. В частности, государственное пенсионное обеспечение и система здравоохранения интерпретируются как «общественный договор» между трудоспособным населением и пожилыми, а имущественное и статусное наследование – средство инвестирования в детей и воспроизводства определенного уровня благосостояния семьи.

* Выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 19-011-00889 «Старикам везде у нас почет? Ресурсность старшего поколения в континууме от преклонения до эйджизма».

Отмечается, что традиционным обществам свойственны крепость родственных и прежде всего межпоколенных связей, семейное само-страхование, «сертификация» и передача знаний, умений, навыков, ремесла (профессии), определенного культурного уровня от поколения к поколению, контроль за поведением членов семьи в публичном пространстве [1, с. 412-417]. Прародительство как семейный субинститут было очевидной и обязательной частью семейной системы.

Сегодня практики межпоколенных отношений более разнообразны. Они могут играть как активную, так и второстепенную, факультативную роль в функционировании семей детей и внуков.

Современные расширенные семьи сохраняют некоторые характеристики традиционных многопоколенных семей. В этом смысле «бабушка» и «дедушка» являются особым типом социальных практик «пролонгированного» родительства. Их родительская функция сохраняется через продолжение заботы о взрослых сыновьях и дочерях, в том числе за счет символического переноса объекта социализации с детей на внуков.

В нуклеарных семьях присутствие прародителей в жизни детей и внуков также нередко рассматривается в нарративах семейной взаимопомощи, «межпоколенных трансфертов» и «семейного альтруизма», означающих добровольное перераспределение нематериальных и материальных ресурсов внутри семьи [2], которые «могут не менять совокупный доход средней семьи с детьми, но тем не менее оказывать большое влияние на ее поведение и организацию» [1, с. 433]. Прародители зачастую являются активными субъектами экстренной, периодической или регулярной помощи и заботы о внуках: сопровождение в образовательные, медицинские учреждения, спортивные секции, организация досуга, финансовая и хозяйственно-бытовая поддержка, эмпатическо-ценностное, мотивационно-волевое общение, передача жизненного опыта.

Согласно концепции З.Х. Саралиевой, «ресурсность семьи – совокупность потенциалов для формирования и удовлетворения потребностей семьи» [3, с. 194-195], и отдельной категорией ресурсов являются «родственные связи и поддержка». В соответствии с основными семейными подсистемами необходимо выделять родительский, супружеский, прародительский и детский потенциалы.

Поскольку нуклеарные семьи, по данным Микрорепрeписи населения 2015 г., составляют 69,4% семейных ячеек с детьми моложе 18 лет [4], важно выявить факторы формирования и активизации прародительского потенциала, например:

- личная заинтересованность и витальная потребность во внуках;

- устойчивые традиционные семейные ценности;
- стремление к преодолению возрастных ограничений и противоречий [5];
- совместное проживание (расширенная семья);
- отсутствие родительского звена (прародители осуществляют фактический уход за внуками, опекунов);
- низкий материальный статус семьи;
- достижение пенсионного возраста и прекращение трудовой деятельности;
- активная трудовая деятельность родителей и отсутствие возможности привлечения внешних институтов заботы о детях.

Прародительский потенциал – интегральный показатель личностной и семейной ресурсности, включающий такие параметры, как прародительские мотивация и ценности, потребность во внуках, межпоколенная преемственность, которые выражаются в готовности реализовывать воспитательные, экономические, психологические, бытовые и иные функции в отношении внуков.

Список литературы

1. Беккер Г. Человеческое поведение: экономический подход. М.: Изд-во «ГУ ВШЭ», 2003. 672 с.
2. Загребина А.В. Исследования добровольных межпоколенческих трансфертов и современная социологическая теория // Социология вчера, сегодня, завтра. IV Социологические чтения памяти Валерия Борисовича Голофаста / Под редакцией О.Б. Божкова. М., 2011. С. 158-164.
3. Саралиева З.Х. Социально-психологическая субъектность и компетентность семьи // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. 2002. №1. С. 192-200.
4. Итоги Микрорепериси населения 2015 г. // Росстат [Эл. ресурс]. Режим доступа: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/demo/micro-rerepis/finish/micro-rerepis.html (дата обращения: 11.09.2019 г.).
5. Амбарова П.А. Родятся дети, и жизнь повторится сначала... Пожилое родительство как стратегия «преодоления возраста» // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия: Социальные науки. 2016. №4(44). С. 127-134.

**ФЕНОМЕН ПАРЕНТИФИКАЦИИ РЕБЕНКА В ЗАРУБЕЖНОЙ
НАУЧНОЙ ЛИТЕРАТУРЕ**
**PHENOMENON OF CHILD PARENTIFICATION IN FOREIGN
SCIENTIFIC LITERATURE**

Е.А. Ястребова
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*
Е.А. Yastrebova
Lobachevsky University

Рассматривается феномен парентификации ребенка, ее причины, особенности влияния на развитие детей и успешность их функционирования в будущем. Анализируются типы парентификации ребенка и стратегии ее преодоления и превенции.

The phenomenon of parentification of a child, its causes, peculiarities of influence on the development of children and their successful functioning in the future are considered. Types of child identification and strategies of its overcoming and prevention are analyzed.

Ключевые слова: парентификация, родители, ошибки воспитания, взросление

Keywords: parentification, parents, parenting mistakes, maturity

Феномен парентификации ребенка – интересная тема для обсуждения в профессиональной среде социологов и социальных психологов. Под парентификацией понимается семейная ситуация, при которой ребенок вынужден принимать не свойственные своему возрасту социальные роли и функции, например, опеку над своими родителями, оказавшимися недееспособными в силу физических или психических заболеваний. Активное обсуждение данной проблемы началось в 60-х гг. прошлого века, когда врачи отметили рост численности детей, нуждавшихся в психологической и социальной поддержке вследствие парентификации. Примечательно, что эта ситуация была характерна для стран, особенно затронутых Холокостом [1].

На протяжении многих лет наиболее популярным термином, призванным объяснить процессы, происходящие в семье и приводящие к парентификации, была созависимость. Однако, в силу целого ряда причин, таких, как расплывчатость диагностических критериев созависимости и концентрация анализируемых случаев в сфере семейного алкоголизма и наркомании, современные специалисты часто отказываются использовать этот термин. Ему, скорее, отводится роль не диагностической категории, а социального

комментария, слишком обобщенного, чтобы использовать его для дифференциальной диагностики и лечения [3].

Нередко родители, требующие повышенного внимания к себе, пытаются удовлетворить свои потребности за счет собственных детей, заставляя их заботиться о себе. Этот межпоколенческий процесс называется парентификация, или обмен ролями между родителем и ребенком. В парентифицированных семьях ребенок подстраивается под нужды родителя, чтобы сохранить связь с ними, и, по сути, жертвует собой, чтобы создать приспособляемого, созависимого «себя», ориентированного на других и излишне уступчивого. Парентификация характерна не только для семей, где один или оба родителя неустоявшиеся личности. Чаще всего, отношения парентификации может устанавливать инвалидизированный или психопатизированный родитель [4].

П. Мичард описывает термин парентификация («parent» – «родитель») как принятие ребенком на себя роли родителя своих родителей. В крайних случаях, в силу присущей ему верности, ребенок становится уязвимым, эксплуатируемым, сталкивается с требованиями, превосходящими его возрастные возможности.

Э. Анселин понимает парентификацию как инверсию или неверную трактовку заслуг и долгов. Наиболее значимый – лояльность семье – это долг каждого ребенка по отношению к своим родителям за любовь, тепло, заботу и то особое отношение, которые были получены после его рождения до того момента, когда он стал взрослым. Способ расплатиться за свои долги является трансгенерационным, то есть то, что мы получили от наших родителей, мы отдаем своим детям.

С. Минухиным определены два различных способа парентификации: инструментальная и эмоциональная. Инструментальная парентификация предполагает выполнение преимущественно физических задач для семьи, такие, как уход за больным родственником, оплата счетов или оказание помощи младшим братьям и сестрам, которые обычно предоставляются родителями. Такие дети зачастую проходят сложные этапы в жизни, переживая различные психологические эффекты и фобии: страх, что они не способны в достаточной мере отвечать собственным ожиданиям и запросам; низкая самооценка; ощущение оторванности от своего реального «Я»; ощущение некомпетентности; недооценка уровня собственного интеллекта; переоценка важности других; стыд, чувство вины, беспокойство, депрессия; ощущение себя ребенком, неспособным быть взрослым; принятие на себя роли попечителя; не находящие выхода злость и возмущение; трудоголизм; принятие слишком

большой ответственности; сложности в формировании и поддержании романтических отношений.

Эмоциональная парентификация происходит, когда ребенку или подростку приходится брать на себя роль доверенного лица или посредника между родителями или членами семьи. Предполагается, что эмоциональная парентификация является более вредной, так как чревата более негативными последствиями, например, депрессией. В последующих исследованиях процесса парентификации И. Бессорменьи-Нади и Спарк (1973) подчеркивали и функциональный характер процесса парентификации. При всей очевидной «неэтичности» данного процесса парентификация позволяет семье оставаться семьей, когда иные средства ее сохранения уже не работают или исчерпаны. [5]

Опишем, во что на практике выливается парентификация для личности, по мнению зарубежных авторов:

- из-за чувства долга и ответственности они подавляют свои чувства, эмоции, желания, что чревато развитием психосоматической симптоматики;
- такие люди часто не смогут построить свою семью, ибо не могут выйти из роли родителей своих мам и пап. Забота занимает и отнимает слишком много сил, времени;
- они долгое время остаются мамами и папами для своих выросших сестер и братьев, забывая о своих потребностях и интересах;
- таким выросшим детям нелегко строить отношения с партнерами. Они привычнее себя чувствуют в роли родителей, но не супругов;
- они не успели побыть детьми и могут «уйти в отрыв», если подавляемые на протяжении долгого времени потребности вдруг вырвутся наружу [6].

Если подвести итог, то в понятие парентификации зарубежные авторы вкладывают три значения.

Первое – когда ребенку дают возможность побыть ненадолго (понарошку) в роли родителя, что он воспринимает как эксперимент и радостно подхватывает. Эта линия поведения нормальна и позволяет ребенку гармонично развиваться.

Второе – когда на ребенка сваливают родительский долг без права отказаться, и вместо детского энтузиазма мы видим маленького взрослого. Эта линия поведения ведет к взрослости вместо зрелости, ребенок решает текущие (и не свои) ситуации в ущерб личностному развитию.

Третье – когда на ребенка не только сваливают долг, но еще и при этом дергают и путают двусмысленными и парадоксальными сообщениями –

ребенок в замешательстве. Эта линия поведения вполне способна привести, например, к серьезному психическому расстройству.

Список литературы

1. Danieli Y. Families of survivors of the Nazi Holocaust: Some short and long-term effects. Research Perspective // Danieli Y. (ed.). International Handbook of Multigenerational Legacies of Trauma. New York and London: Plenum Press. 1998. P. 43-68.

2. Wells M., Glickauf-Hughes C., & Jones R.. Codependency: A grass roots construct's relationship to shame-proneness, low self-esteem, and childhood parentification. American Journal of Family Therapy, 27, 1999, 63-71.

3. Судьин С.А. Психологически больной ребенок в семье: к вопросу о формировании социологической теории созависимости // География детства: междисциплинарный синтез исследовательских подходов и практик. Материалы международной молодежной научной школы-конференции. Владивосток, 2018. СПб: Астерион, 2018. С. 237-241.

4. Судьин С.А. Семья и психическое здоровье (по материалам зарубежных исследований) // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Общественные науки. 2016. № 1 (37). С. 153-162.

5. Minuchin S. Families and family therapy. Cambridge: Harvard University Press, 1974.

6. Wells M., & Jones R. Relationship among childhood parentification, splitting, and dissociation: Preliminary findings. American Journal of Family Therapy, 26(4), 1998, 331-340.

ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКИ СОСТОЯНИЕ И ТЕНДЕНЦИИ THE CHUVASH REPUBLIC POPULATION HEALTH ITS STATUS AND TRENDS

Н.Г. Семедова-Полупан

*Чебоксарский филиал Российской академии народного хозяйства и
государственной службы при Президенте РФ*

N.G. Samedova-Polupan

*Cheboksary Branch of The Russian Presidential Academy
of National Economy and Public Administration*

Дается анализ реализации государственной политики в области здравоохранения Чувашской Республики. Рассматриваются состояние здоровья населения, тенденции и перспективы.

The article provides the analysis of the state policy implementation in the field of public health in the Chuvash Republic. The state of health of the population, trends and prospects are considered.

Ключевые слова: здоровье, государственная политика в области охраны здоровья, самооценка состояния здоровья, ценностные установки на здоровье и здоровый образ жизни

Keywords: health, public health policy, self-assessment of health status, values for health and a healthy lifestyle

Охрана и поддержка здоровья населения является важнейшим направлением государственной политики Чувашской Республики. Только здоровый человек, как физически, так и морально, способен полноценно жить и работать, воспитывать подрастающее поколение и способствовать процветанию своей Отчизны.

В Чувашской Республике созданы все необходимые предпосылки для реализации основных задач, стоящих перед здравоохранением.

Главным показателем эффективности здравоохранения является продолжительность жизни населения. В Чувашии уверенно растет уровень ожидаемой продолжительности жизни населения. По итогам 2018 г. этот показатель составил 73,5 г. Количество долгожителей, перешагнувших 85-летний рубеж, выросло по сравнению с прошлым годом на 24,7%, а 100-летний почти в два раза [1].

Продолжает снижаться смертность населения по всем возрастным группам. Коэффициент младенческой смертности в республике составил 4,1%. Остается актуальной проблема снижения смертности от внешних причин. Так, в 2018 г. от внешних причин погибло 1697 жителей республики, в том числе 52 ребенка в возрасте от 0 до 17 лет.

Базовых показателей невозможно достичь без современной модели медицинской организации первичной медико-санитарной помощи. Чувашия вошла в дополнительный перечень десяти регионов России, которые внедряют с 2018 г. новую модель работы медицинской организации на принципах бережливого производства, где доброжелательное отношение к пациенту, отсутствие очередей за счет правильной организации процессов и работы персонала, качественное оказание медицинской помощи, приоритет профилактических мероприятий в первичном звене здравоохранения являются ее основными принципами. С 2019 г. реализуется поэтапное тиражирование модели «Новая модель медицинской организации» на другие медицинские организации со 100% охватом проектом всех детских поликлиник республики [2].

Более 27 тыс. работников трудятся в здравоохранении республики. Населению республики оказывают квалифицированную помощь 5,1 тыс. врачей и 11,9 тыс. средних медицинских работников. В республике трудятся 13

докторов медицинских наук, 100 кандидатов медицинских наук, 311 заслуженных врачей Российской Федерации и Чувашской Республики. Налажена поэтапная подготовка медицинских кадров в рамках многоуровневой системы организации образовательного процесса.

Для привлечения высококвалифицированных кадров в отрасль продолжена реализация программы «Земский доктор» и в 2018 г. стартовала программа «Земский фельдшер».

Десятилетие детства, объявленное указом Президента России В.В. Путиным, позволило сконцентрироваться на решении вопросов здоровья и безопасности детей. В нашей республике проживает 259 300 детей в возрасте до 18 лет. Почти 70% школ Чувашской Республики участвуют в проектах по здоровьесбережению. Более 50 тыс. школьников, учителей и родителей ежегодно обучаются навыкам здорового образа жизни.

Реализация проекта «открытая реанимация» позволит родителям быть рядом с детьми в так называемой «открытой реанимации» после завершившегося ремонта отделения анестезиологии-реанимации Республиканской детской клинической больницы. Активно внедряются телемедицинские технологии, мастер-классы ведущих специалистов федеральных клиник и региональных центров.

Профилактика заболеваний глаз является приоритетным направлением не только среди детей. Актуальность подтверждается статистическими данными о том, что миопия занимает первое место в структуре общей заболеваемости органа зрения. Именно поэтому в школах, детских садах были открыты пункты охраны зрения, в которых почти 5000 детей прошли обследование и пролечились в рамках проекта «Школьная медицина». Результатом реализации проекта стало улучшение зрения 84% участников.

Школьная стоматология представлена сетью из 70 школьных стоматологических кабинетов по всей республике, в которых проводятся плано-профилактические санации учащихся.

Особое внимание уделено в республике мужскому здоровью. Показательно характеризует состояние мужского здоровья ожидаемая продолжительность жизни. По итогам 2018 г. этот показатель составил 73,5 года, при этом показатели по мужчинам и женщинам существенно разнятся, составив 67 лет и 78 лет соответственно. Известно также, что 43% российских мужчин не доживают до 65 лет.

Касаясь репродуктивного здоровья следует отметить, что это важнейшая составляющая общего здоровья каждого человека, каждой семьи и общества в целом. По определению Всемирной организации здравоохранения репродуктивное здоровье это способность людей к зачатию и рождению детей,

возможность сексуальных отношений без угрозы заболеваний, передающихся половым путем, гарантию безопасности беременности и родов, выживание ребенка, благополучие матери и возможность планирования последующих беременностей, в том числе предупреждение нежелательных. Хотя общее число женщин фертильного возраста продолжает снижаться, оптимизм дает рост числа девочек в нашей республике – подростков 15-17 лет в сравнении с предыдущим годом.

Сердечно-сосудистые заболевания являются главной причиной смерти в мире. Более 17 миллионов человеческих жизней они уносят ежегодно. Именно поэтому, в майском Указе Президента России (2018 г.) вопросам улучшения здоровья, повышения продолжительности жизни, снижения смертности населения уделено особое внимание. Региональный проект «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» позволил сформировать трехуровневую модель оказания кардиологической помощи [3].

Онкологические заболевания в структуре смертности населения занимают второе место в Чувашской Республике, уступая лишь сердечно-сосудистым заболеваниям.

По уровню смертности в классе злокачественных новообразований в России республика остается территорией с низкими показателями. Зарегистрировано снижение смертности от новообразований, увеличивается показатель выявляемости новообразований на ранних стадиях.

Активно внедряются информационные технологии в деятельность медицинских организаций в рамках реализации федерального Стратегического плана реструктуризации системы предоставления медицинской помощи. Автоматизировано более 10 тыс. рабочих мест медицинских работников, отрасль полностью охвачена высокоскоростным Интернетом.

Эффективное взаимодействие министерства с институтами гражданского общества позволяет осуществлять общественный контроль с учетом потребностей и интересов граждан, защиты их прав и свобод, прав общественных объединений при формировании и реализации государственной политики в сфере охраны здоровья. Активно внедряется работа по проведению независимой оценки условий оказания услуг медицинскими организациями.

В республике функционируют Союз медицинских работников, профессиональная ассоциация средних медицинских работников Чувашской Республики, которые принимают активное участие в реализации программ общественного здоровья, активного долголетия, профиля трезвости.

Вместе с тем, проблемы остаются. Улучшение здоровья населения и повышение качества жизни является стратегической задачей органов государственной власти, это повседневные задачи, которые требуют

пристального внимания всего общества и специалистов. Здоровье человека это тот ресурс, от которого зависит благополучие каждого региона, страны в целом.

Список литературы:

1. Послание Главы Чувашской Республики М.В. Игнатьева Государственного Совета Чувашской Республики. Чебоксары 2019 г.

2. Электронный ресурс: <http://gov.cap.ru/>.

О ходе реализации национальных идей и стратегических задач развития Российской Федерации в области здравоохранения (на примере Чувашской Республики). Печатная статья. Этносоциум и межнациональная культура № 10 (124). М., 2018. С. 86-94.

КРУГЛЫЙ СТОЛ

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЛИЦ С ДИСФУНКЦИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА И ПРОБЛЕМЫ ИХ РЕАБИЛИТАЦИИ

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ В РОССИИ СИСТЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ С АМПУТАЦИЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ И ИНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ФУНКЦИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

DEVELOPMENT OF REHABILITATION SYSTEM FOR DISABLED PEOPLE WITH LIMB AMPUTATION AND OTHER DISORDERS OF MUSCULOSKELETAL SYSTEM IN RUSSIA

Н.Г. Гайворонская

Общероссийская общественная организация

«Всероссийское общество инвалидов с ампутацией конечностей и иными нарушениями функций опорно-двигательного аппарата «ОПОРА»,

г. Балашиха

N.G. Gaivoronskaya

Russian Public Organization

«All-Russian Society of Disabled People with Limb Amputation and Other Disorders of the Musculoskeletal System «OPORA»,

Balashiha

Для людей с ампутацией реабилитационный процесс должен начинаться сразу после операции, поскольку такие дефекты неизбежно ведут к резкому ограничению двигательной активности, способствуют возникновению других функциональных нарушений, уменьшению резервов организма, выносливости к физической нагрузке, стойкому снижению трудоспособности и жизнедеятельности.

Общероссийская общественная организация инвалидов «Опора» совместно с социально ориентированными некоммерческими организациями разрабатывает комплексную программу содействия ранней реабилитации граждан с ампутацией конечностей, основная цель которой – создание условий для ранней реабилитации граждан с ампутацией конечностей, содействие повышению их реабилитационного потенциала, эффективности реабилитационных мероприятий, физической и социальной активности.

For people with amputation, rehabilitation process should begin immediately after the operation, since such defects inevitably lead to a restriction of motor activity. They also contribute to the emergence of other functional disorders, reduce the body's reserves, weaken endurance to physical activity and promote a persistent decrease in working capacity and vitality.

All-Russian public organization of the disabled "Support" together with the socially oriented nonprofit organizations is developing a comprehensive program to promote early rehabilitation for people with limb amputation, which main objective is to create conditions for early rehabilitation of people with limb amputation, develop their rehabilitation potential, increase effectiveness of rehabilitation events and improve their physical and social activity.

Ключевые слова: инвалиды с ампутацией конечностей, нарушение функций опорно-двигательного аппарата, система реабилитации

Keywords: disabled people with limb amputation, disorders of musculoskeletal system, rehabilitation system

Доступность ранней реабилитационной помощи гражданам с ампутацией конечностей существенно снижена вследствие несовершенства правовых механизмов получения реабилитационных услуг, недостаточности служб и специалистов, оказывающих содействие указанной категории граждан в получении ранней реабилитационной помощи, отсутствия системы сохранения/восстановления двигательной активности граждан с ампутацией непосредственно после операции, ограниченности ресурсов в организации психологической поддержки и сопровождения граждан с ампутацией, их родных, в том числе в условиях стационарного лечения, наличия межведомственных барьеров в организации этой работы.

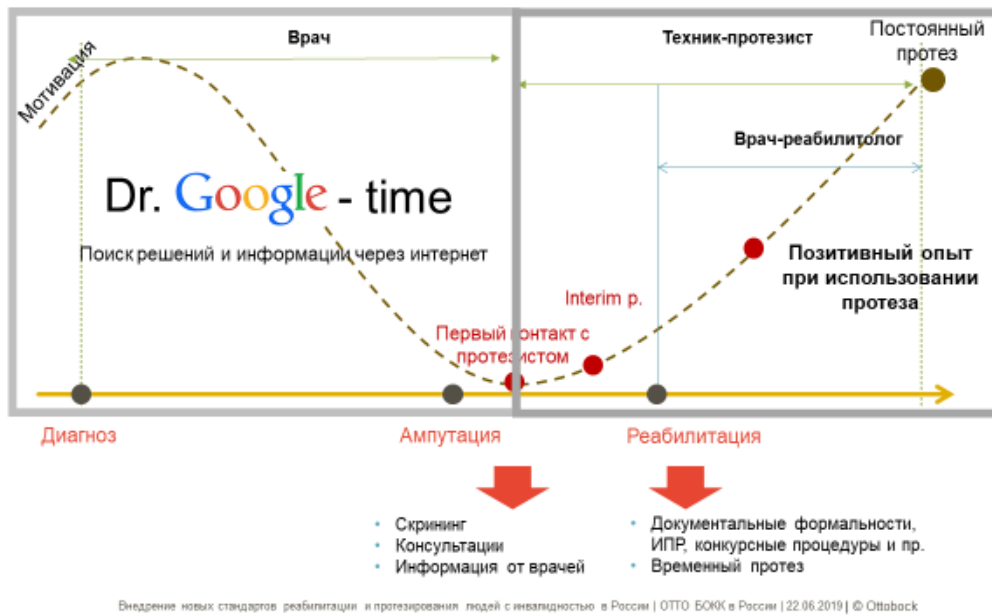
Все это ведет к психологической неустойчивости, дефициту двигательной активности, социальной дезадаптации, снижению реабилитационного потенциала инвалида.

Практика показывает, что невозможность получения психологической, правовой и иной помощи сразу после ампутации, не говоря уже о дооперационном периоде, задержки в обеспечении техническими средствами реабилитации существенно снижают реабилитационный потенциал.

Это подтверждено результатами исследования мотивации пациентов на реабилитацию в связи ампутацией конечностей, которое проводила Группа компаний «ОТТО БОКК в России».

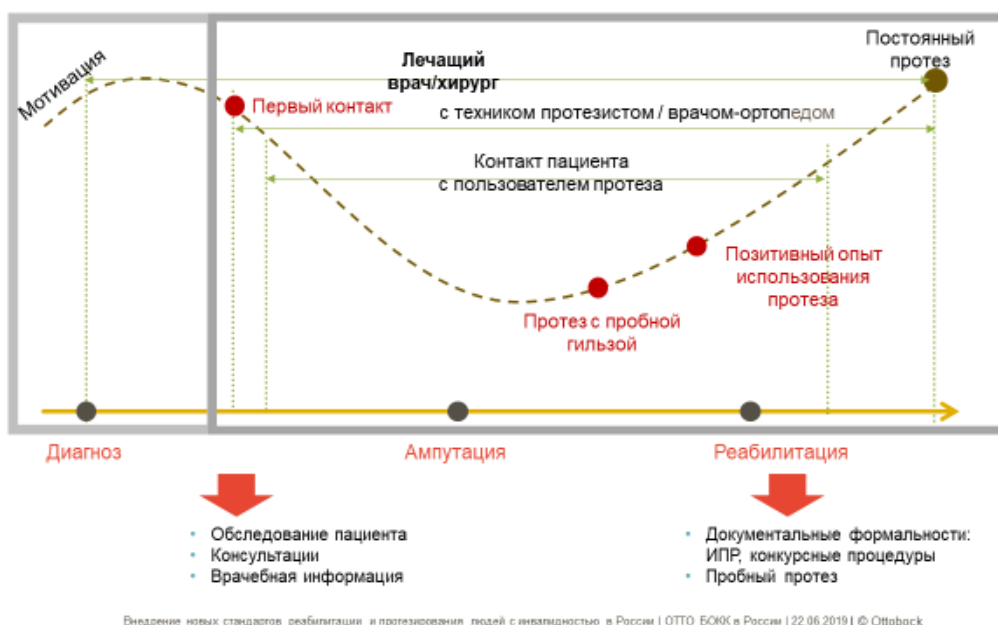
После установления диагноза при общении с врачом уровень мотивации у пациента снижается. В большинстве случаев в связи с недостатком информации о возможностях дальнейшей реабилитации пациент обращается к поиску решения в интернете, что иногда еще больше понижает мотивацию. И только после консультации с протезистом, контакта с реабилитологом, при наличии позитивных примеров восстановления, уровень мотивации постепенно повышается.

Протезирование и мотивация пациента сегодня



Подключение этих специалистов в дооперационном периоде, когда речь не идет об экстренных случаях, не только не позволяет мотивации упасть до критического минимума, но и существенно ее повышает. Это способствует сокращению сроков восстановления в целом.

Мотивация пациента при контакте в дооперационном периоде



Очнувшись после операции, человек не знает, как жить дальше, куда идти, с чего начинать. В такой же растерянности находятся и члены его семьи, которые зачастую проявляют жалость к родному человеку, берут на себя излишнюю заботу о нем, перекалдывают на себя выполнение утраченных им функций, тем самым снижая его мотивацию на восстановление к полноценной жизни.

Наверное, для человека, которому ампутировали конечность, нет более убедительного стимула к реабилитации, чем успешный опыт восстановления такого же, как он, инвалида.

Именно поэтому часть функций по оказанию реабилитационной помощи готовы брать на себя общественные организации, привлекая инвалидов-волонтеров, которые уже преодолели психологические барьеры, трудности социальной и бытовой адаптации.

Они готовы еще в условиях стационара оказывать моральную поддержку, учить правильно ухаживать за культей, выполнять упражнения для поддержания физической формы, организовывать консультации реабилитолога и протезиста. В помощь волонтерам совместно с профессиональным сообществом разрабатывается своеобразный маршрутизатор для человека с ампутацией, где содержатся алгоритм действий по установлению инвалидности, организации реабилитации, советы психологов, а также другие практические рекомендации, в том числе для членов семьи.

Такой опыт оказания ранней помощи уже есть в отдельных регионах. Но, чтобы внедрять его активно, необходим информационный обмен между медицинскими учреждениями, пациентами с ампутацией и нашей организацией, понятные механизмы взаимодействия и условия работы волонтеров в больнице. В решении этих вопросов без поддержки Министерства здравоохранения РФ пока не обойтись, так как лечебные учреждения, как правило, не заинтересованы в налаживании такого сотрудничества в интересах пациентов.

По мнению «Опоры», нужны стандарты медицинской реабилитации, программа оказания ранней реабилитационной помощи людям с ампутацией по аналогии с той, которая утверждена и реализуется для больных с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы (приказ Минздравсоцразвития РФ от 22.08.2005 г. № 534). Эти инициативы рассматриваются Министерством здравоохранения РФ.

В 2019 г. приняты меры по совершенствованию законодательства в части создания условий для ранней реабилитации людей с ампутацией конечностей. Так, срок направления таких пациентов на медико-социальную экспертизу и ее проведение с разработкой индивидуальной программы реабилитации или

абилитации сокращен до 9 рабочих дней. Это очень важный шаг, который обеспечит своевременность и повысит эффективность реабилитации, но он не может быть единственным. В реализации новых норм возникли определенные сложности, связанные с организацией электронного документооборота между учреждениями, в проведении в условиях стационара комплекса медицинских обследований, необходимых на оформления направления на медико-социальную экспертизу, а также в порядке формирования индивидуальной программы реабилитации или абилитации, механизме раннего обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации. В результате эти трудности остались проблемой самого инвалида.

В настоящее время процедуры и сроки обеспечения протезно-ортопедическими изделиями занимают 60 дней после подачи соответствующего заявления. Фактически с учетом проведения конкурсных процедур закупки соответствующих работ и услуг сроки получения протезов затягиваются на неопределенное время, вследствие чего снижаются реабилитационный потенциал инвалида и его мотивация.

В рамках этой программы предусматривается проведение мероприятий, направленных на решение следующих задач:

- содействие гражданам с ампутацией конечностей в получении ранней реабилитационной помощи;
- предоставление гражданам с ампутацией конечностей комплекса реабилитационных услуг в раннем периоде после операции;
- создание условий для раннего поддержания/сохранения/восстановления двигательной активности и навыков самообслуживания граждан с ампутацией конечностей;
- ранняя психологическая поддержка граждан с ампутацией конечностей, содействие в восстановлении социального статуса;
- совершенствование механизмов межведомственного взаимодействия органов и учреждений, обеспечивающих (осуществляющих) реабилитацию инвалидов, в части ранней организации реабилитационного процесса в отношении граждан с ампутацией конечностей.

В ходе реализации программы планируется проведение следующих мероприятий:

- оказание консультативной помощи гражданам с ампутацией конечностей и их родственникам по вопросам получения реабилитационных услуг, в том числе в условиях стационарного лечения;
- осуществление психологической поддержки граждан с ампутацией конечностей и их родственников, в том числе в условиях стационарного лечения;

- издание памятки для граждан с ампутацией конечностей и их родственников с разъяснениями медицинских, социально-правовых и психологических аспектов реабилитации, рекомендациями по своевременному получению реабилитационной помощи;
- разработка индивидуальных медицинских рекомендаций по уходу за конечностью после ампутации, ее правильному формированию в целях дальнейшего протезирования;
- разработка индивидуального комплекса упражнений в целях восстановления (поддержания, развития) двигательных функций конечности после ампутации, физической активности организма в целом;
- проведение индивидуальных занятий лечебной физкультурой для сохранения и поддержания двигательной активности граждан с ампутацией конечностей, в том числе в условиях стационарного лечения;
- предоставление во временное пользование технических средств реабилитации;
- организация обучения граждан с ампутацией конечностей пользованию протезно-ортопедическими изделиями, в том числе в «Школе ходьбы на протезе»;
- проведение мероприятий со специалистами в области реабилитации с целью формирования профессиональных связей и порядка информационного обмена между органами и организациями, оказывающими реабилитационные услуги, в целях содействия ранней реабилитации граждан после операции по ампутации конечностей.

**СПЕЦИФИКА ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ
ДЛЯ ИНВАЛИДОВ С АМПУТАЦИЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ И ИНЫМИ
НАРУШЕНИЯМИ ФУНКЦИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО
АППАРАТА: ВЫЯВЛЕНИЕ ПРОБЛЕМНОГО ПОЛЯ***
**THE SPECIFICS OF THE REHABILITATION SYSTEM FOR PERSONS
WITH LIMB AMPUTATIONS AND OTHER LOCOMOTOR SYSTEM
DISORDERS: THE EMERGENCE OF A PROBLEM FIELD**

А.В. Ермилова

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

Н.В. Осипов

Региональное отделение Нижегородской области

«Всероссийское общество инвалидов с ампутацией конечностей и иными нарушениями функций опорно-двигательного аппарата «ОПОРА»

A.V. Ermilova

Lobachevsky University

N.V. Osipov

*«All-Russian Society of Disabled People with Limb Amputation and Other Disorders of the Musculoskeletal System «OPORA»,
Nizhny Novgorod regional branch*

Выявляются проблемы, снижающие эффективность деятельности системы реабилитации лиц с дисфункциями опорно-двигательного аппарата в российской действительности, среди которых наиболее значимыми являются отставание российских технологий протезирования от зарубежного рынка и нерациональное использование финансовых средств ФСС.

Problems that reduce the efficiency of the system of rehabilitation of persons with musculoskeletal dysfunctions in Russia are identified, among which the most significant are the lag of Russian prosthetics technologies behind the foreign market and irrational use of FSS financial resources.

Ключевые слова: инвалид, реабилитация, опорно-двигательный аппарат, ампутация

Keywords: disabled person, rehabilitation, musculoskeletal system, amputation

Одной из значимых социальных проблем российского общества является проблема сохранения высокой численности лиц с ограниченными

* Подготовлено при поддержке гранта Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ) Конкурс проектов 2018 года фундаментальных научных исследований, проводимый РФФИ совместно с субъектами Российской Федерации. Тема: Здоровьесбережение в практиках современной Нижегородской семьи. Номер темы – 18-411-520002. Руководитель – З.Х. Саралиева.

возможностями (ОВЗ) как среди взрослого населения, так и среди детей. В среднем 10% жителей нашей планеты (более 500 млн. чел.) имеют врожденные или приобретенные ограничения жизнедеятельности и не менее 25% всего населения страдают расстройствами здоровья. В Российской Федерации зарегистрировано 11,96 млн. инвалидов, причём 10% – это инвалиды с детства [1]. Стоит обратить внимание, что 30% лиц с ОВЗ – это люди трудоспособного возраста, среди которых наиболее многочисленная группа находится в возрасте от 31 до 59 лет у мужчин и от 31 до 54 лет у женщин.

Сегодня доминируют следующие причины приобретения статуса «инвалид»: болезни системы кровообращения, злокачественные образования, болезни костно-мышечной системы [2]. Авторам хотелось бы привлечь внимание общественности к такой категории лиц с ограниченными возможностями здоровья, как лица с дисфункциями опорно-двигательного аппарата.

Сейчас 4 миллиона россиян приговорены к ампутациям как форме лечения, основными причинами которых являются травматизм и последствия болезней. Специалисты в области лечения сахарного диабета отмечают, что именно он наносит колоссальный ущерб здоровью населения. В мире он провоцирует ежегодно 1 млн. ампутаций: по данным исследователей, от 50 до 70% общего количества всех выполненных ампутаций нижних конечностей приходится на долю больных сахарным диабетом. Но, если в Европе потерей ног заканчивается примерно 8% осложнений, то в России этот показатель достигает более 50% случаев. Такая причина ампутаций, как травматизм, в большей степени связана с серьёзными травмами (70%) в быту, 20% россиян травмируются на улице. На третьем месте – повреждения в производственной сфере. Менее значимыми причинами ампутаций конечностей являются транспортные (1,9%) и спортивные (1,1%) травмы [3]. Однако в последнее время получила распространение и такая причина приобретения инвалидности, как атеросклероз сосудов, в результате чего тоже приходится прибегать к ампутациям. Заявленная проблема настолько актуальна сегодня в России, что в 2018 г. ее анализировали и обсуждали на заседании экспертного совета по здравоохранению при Комитете Совета Федерации по социальной политике и здравоохранению.

Рассмотрение человеческой жизни как высшей ценности, масштабы роста численности инвалидов, которые могут проявиться в уменьшении экономических показателей, требуют интеграции инвалидов в общество и вовлечения их в основные направления жизни и деятельности граждан [4]. Однако интегрировать лиц с ограниченными возможностями здоровья в социальную реальность невозможно без эффективно работающей системы

реабилитации в РФ. Вопрос реабилитации людей с ОВЗ является предметом различных научных исследований и публикаций отечественных и зарубежных авторов. Анализом моделей инвалидности и возможностью их применения в российском обществе занимались Е.В. Тарасенко [5], И.В. Калашникова и А.А. Тринадцатко [6]. Изучению инвалидности и системы реабилитации в зарубежных странах посвящены работы G.L Albrecht [7], С. Barnes [8] С.Р. Russeel [9].

С точки зрения авторов, проблеме реабилитации инвалидов с ампутацией конечностей и иными нарушениями функций опорно-двигательного аппарата уделяется недостаточное внимание. Фактически такая система в России малоэффективна, а в некоторых регионах страны она вообще отсутствует. По сути, человек, подвергшийся ампутации конечности, остается со своей проблемой наедине, в лучшем случае на помощь приходит семья. Основной целью, которую перед собой ставят авторы, является выявление барьеров, затрудняющих функционирование реабилитационной системы для лиц с дисфункциями опорно-двигательного аппарата, снижающих ее эффективность.

Сегодня различные виды помощи и поддержки лица с ограниченными возможностями здоровья осуществляют как государственный, так и негосударственный (коммерческий и некоммерческий) секторы, среди которых доминирующим направлением является государственная система поддержки лиц с ОВЗ. Однако существующая в настоящее время в России система реабилитации не в полной мере способна справиться с реальными запросами нуждающихся лиц с ограниченными возможностями здоровья, в том числе и инвалидов с ампутациями конечностей. В результате в последнее время все чаще различный спектр услуг, в том числе и реабилитационных, предлагают организации, относящиеся к третьему сектору, которые более гибки в своей деятельности и выстраивают ее, в первую очередь, исходя из ресурсов и потребностей клиента [10, с. 205].

Еще в большей степени тревожная ситуация складывается именно в системе реабилитации лиц с ампутацией конечностей, которая предполагает преимущественно физическое восстановление индивида (медицинская реабилитация) в пределах медицинского учреждения без дальнейшего его сопровождения со стороны государственных институтов, несмотря на действующий Федеральный закон "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" от 24.11.1995 N 181-ФЗ. Следует отметить, что главы 3 «Реабилитация и абилитация инвалидов» и 4 «Обеспечение жизнедеятельности инвалидов» данного закона в большей степени имеют значимость на бумаге, и в меньшей степени претворяются в действительность в отношении людей с ампутациями конечностей.

По мнению авторов, снижает эффективность государственной системы реабилитации лиц с дисфункциями опорно-двигательного аппарата в первую очередь отставание российских технологий протезирования от зарубежного рынка. Следует отметить, что в РФ протезами, которые положено менять каждые три года, лица с ограниченными возможностями здоровья обеспечиваются бесплатно при содействии Фонда Социального Страхования. По мнению самих инвалидов, протезы, представляющиеся на безвозмездной основе, отличаются от зарубежных аналогов низким уровнем качества (вес протеза достигает 3 и более килограммов, низкий уровень временного износа). Особенно остро это проблема касается людей старшей возрастной категории, которые в силу возрастных изменений просто не могут «таскать» протез за собой. В ином случае, «увечные» протезы приводят еще в большей степени к осложнениям состояния опорно-двигательного аппарата.

Ветеран Великой Отечественной войны В. Романов, проживающий в Саратовской области, отмечает: *«9 Мая я не смог выйти на городскую площадь. Пропустил главный свой праздник. Ходить на них я не могу (на данный момент времени дома накопилось 5 протезов). Слишком тяжелые — три килограмма. Я с трудом перетаскиваю ногу с таким протезом. Был у меня один легкий протез — из алюминия. Выдали еще в прошлом веке. Сам его чинил, но сейчас уже все, ремонту не подлежит. Пять протезов, которые скопились у меня, в общей сложности довольно дороги. Последний, например, по официальным данным, стоил 80 тыс. За те деньги, что ФСС потратил впустую на пять бестолковых протезов, можно было сделать хотя бы один качественный и удобный»* [11]. Описанная ситуация – это не отдельный случай, а тенденция в нашей стране, которая во многом связана с ограниченным количеством и нерациональным использованием финансовых средств.

Еще одним барьером, снижающим качество жизнедеятельности лиц с ОВЗ, является низкий уровень компетентности некоторой части медицинского персонала, работающей с инвалидами. Для получения улучшенного протеза человеку необходимо внести изменения в индивидуальную программу реабилитации и абилитации, для чего необходимо пройти дополнительное медицинское обследование в БМСЭ. Специалисты, работающие в данной организации, как правило, не обладают необходимой информацией и не могут сориентировать клиента в случае его обращения с данной проблемой.

«Когда я пришел в регистратуру, чтобы пройти медицинское обследование для получения протеза, там просто развели руками. Так и ушел ни с чем. С помощью Интернет узнал, куда и к кому идти» (мужчина, 42 года).

Следующая проблема связана с недостаточной информированностью инвалидов о своих правах и обязанностях при получении ТСР. По мнению

председателя регионального отделения «Опора» Краснодарского края А. Егорова и руководителя регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации А. Рунова, получатели подвергаются злоупотреблениям со стороны производителей и поставщиков инвалидных колясок и протезов. Имеют место мошеннические схемы кредитования для протезирования, когда на имя инвалида протезным предприятием оформляется кредит для оплаты стоимости протеза в расчете на то, что заемные средства будут возвращены после компенсации расходов Фондом соцстраха. Однако сумма такой компенсации может быть ниже фактических расходов инвалида на протезирование, поскольку рассчитывается исходя из стоимости аналогичного протезно-ортопедического изделия согласно данным последнего исполненного государственного контракта на закупку ТСР. В этом случае обязательства по выплате банку оставшейся части кредита с процентами ложатся на плечи инвалида, материальное положение которого не всегда позволяет выполнить их в срок [12].

Выше перечисленные проблемы системы реабилитации инвалидов с ампутациями и иными нарушениями опорно-двигательного аппарата характерны и для Нижегородской области. В Нижегородском регионе имеется практический опыт осуществления реабилитационных услуг, например, такими организациями, как медицинский реабилитационный центр «Янтарь» и «Нижегородское протезно-ортопедическое предприятие». Однако стоимость услуг в РЦ «Янтарь» от 4500 рублей в сутки [13], тогда как протезно-ортопедическое предприятие предлагает реабилитационные услуги только инвалидам, способным самостоятельно себя обслуживать [14].

А что же делать всем остальным лицам с ОВЗ? Актуализируется вопрос о создании комплексного центра восстановления данной категории населения в данном регионе. Обязательными реабилитационными направлениями функционирования данного центра должны быть медицинская, психологическая, социальная, спортивная реабилитации. Центр должен вмещать в себя и отделение временного проживания для лиц, находящихся в критической ситуации, что может профилактировать суицидальные намерения лиц с ОВЗ.

Список литературы

1. Федеральный реестр инвалидов. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://sfri.ru> (дата обращения: 10.07.2019 г.).
2. Статистика инвалидности в России. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://specialbank.ru/2016/10/18/stats_russia (дата обращения: 10.07.2019 г.).

3. Конечностная цифра. ВЕРСИЯ. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://versia.ru/4-milliona-rossiyan-prigovoreny-k-amputaciyam-kak-k-forme-lecheniya> (дата обращения: 11.07.2019 г.).
4. Мюллер Н.В. Реформирование управления услугами реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья: Автореф. дис. канд. экон. наук: 08.00.05 / Н.В. Мюллер. Санкт-Петербург, 2004. 195.
5. Тарасенко Е.А. Социальная политика в области инвалидности: кросс-культурный анализ и поиск оптимальной концепции для России / Е.А. Тарасенко // Журнал исследований социальной политики. 2004. Т. 2. № 1. С. 7-28.
6. Калашникова И.В., Тринадцатко А.А. Эволюция социальных моделей инвалидности / И.В. Калашникова, А.А. Тринадцатко // Вестник ТОГО. 2017. № 3 (46). С. 277-288.
7. Albrecht G.L. The Sociology of Physical Disability and Rehabilitation. Pittsburgh: The University of Pittsburgh Press, 1976.
8. Барнс С. Теории инвалидности и истоки угнетения инвалидов в западном обществе / Бартон Л. (ред.) Инвалидность и общество: новые проблемы и идеи, Лондон, Н.Ю. Лонгман, 1996. С. 44.
9. Russeel P. Children Act. In: Social work and disability. Editor: M. Oliver. Oxford: Butter worth — Heinemann, 1991. P.112.
10. Ермилова А.В., Барсукова Е.В. Поддержка семей, имеющих детей с ОВЗ: государственный и частный аспект // Инвалиды – инвалидность – инвалидизация / Под общей редакцией проф. З.Х. Саралиевой. – Н.Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2018. С. 204-208.
11. Ветеран войны получал пародии вместо протезов: увечный бизнес. НОВЫЙ ВЗГЛЯД. 02.07.2019г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа <https://newvz.ru/info/154823.htm> (дата обращения: 11.08.2019 г.).
12. Общероссийская общественная организация «Всероссийское общество инвалидов с ампутацией конечностей и иными нарушениями опорно-двигательного аппарата «Опора». Новости. [Электронный ресурс]. – Режим доступа <https://oporarus.ru/novosti> (дата обращения: 16.08.2019 г.).
13. Медицинский реабилитационный центр «Янтарь» Нижегородская область, Кстовский район. [Электронный ресурс]. – Режим доступа <https://yantary.ru/> (дата обращения: 15.08.2019 г.).
14. «Нижегородский» филиал ФГУП «Московское протезно-ортопедическое предприятие». [Электронный ресурс]. – Режим доступа <http://prop-nn.ru/contacts/> (дата обращения: 15.08.2019 г.).

**РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ В ГЛОБАЛЬНОМ ПЛАНЕ
ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
REHABILITATION OF PERSONS WITH DISABILITIES GLOBALLY
BY THE WORLD HEALTH ORGANIZATION**

Н.В. Заречнова
*Приволжский окружной медицинский центр
Федерального медико-биологического агентства России,
г. Нижний Новгород
N.V. Zarechnova
Volga District Medical Center, Nizhny Novgorod*

Попытка обосновать необходимость создания системы последовательной координации мероприятий в различных сферах жизнедеятельности, направленных на долгосрочное, индивидуализированное сопровождение инвалидов

A try to justify the need to create a system of coherent coordination of activities in various spheres of life aimed at long-term, individualized support for people with disabilities

Ключевые слова: инвалидность, реабилитация, функционирование, активность и участие

Keywords: disability, rehabilitation, functioning, activity and participation

Большинство инвалидов в мире, число которых оценивается в один миллиард человек, не имеют доступа к надлежащим медицинским и реабилитационным услугам [1]. Люди с инвалидностью имеют более чем в 2 раза большую вероятность столкнуться с неадекватностью навыков медперсонала и медучреждений; почти в 3 раза большую вероятность столкнуться с отказом в медицинской помощи; в 4 раза большую вероятность столкнуться с плохим обращением [1]. Основой для выстраивания слаженно работающей системы помощи людям, которым угрожает инвалидность или таковая уже получена в силу перенесенных травм или заболеваний, является правильное понимание концепций реабилитации и инвалидности.

Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [2] определяет реабилитацию инвалидов как систему и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности инвалидов в целях их социальной адаптации, включая достижение ими материальной независимости и интеграцию в общество. Более простым в понимании видится определение ВОЗ [1] – как «комплекс мер по

оказанию людям, которые стали или могут стать инвалидами, помощи для достижения и поддержания оптимального уровня функционирования при взаимодействии с окружающей их средой». Такое определение соответствует «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» (МКФ) [3], которая становится неотъемлемой частью медицинской реабилитации активно развивающейся в России в рамках государственной программы «Развитие здравоохранения», утверждённой постановлением Правительства России № 294 от 15 апреля 2014 г. В рамках МКФ целевыми объектами реабилитации становятся функции и структуры организма, характеристики активности и участия, а также факторы окружающей среды и личностные факторы, причем инвалидность рассматривается в ней как результат взаимодействия людей с нарушениями здоровья с факторами окружающей среды. К сожалению, инвалидность охватывает преимущественно отрицательные аспекты взаимодействия между человеком, имеющими нарушенное состояние здоровья (например, нижний парапарез), личными факторами (например, негативное отношение к окружающим) и факторами окружающей среды (недоступность транспортных средств и общественных зданий, ограниченность социальной поддержки).

В Руководстве ВОЗ по реабилитации на уровне общин [4] говорится, что «результаты обслуживания инвалидов могут быть улучшены, если поставщики подотчетны потребителям, а отношения между ними регулируются формальным механизмом предоставления услуг, при котором потребители вовлечены в принятие решений о типе поддержки, а услуги индивидуализированы, а не являются контролируемыми услугами на базе одного агентства, когда всех клиентов «стригут под одну гребенку».

67-я сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения утвердила резолюцию в поддержку "Глобального плана ВОЗ по инвалидности на 2014-2021 гг.: лучшее здоровье для всех людей с инвалидностью". План действий опирается на рекомендации подготовленного ВОЗ и Всемирным банком "Всемирного доклада об инвалидности" и выстроен в соответствии с Конвенцией о правах инвалидов, ратифицированной Россией в 2008 г. План действий ставит перед собой 3 задачи, одна из которых призывает укрепить и расширить использование услуг по реабилитации, абилитации, ассистивных технологий помощи и поддержки, а также реабилитации на уровне местного сообщества, что создаёт правовую основу для расширения деятельности различных общественных организаций.

Сегодня в России определяется необходимость последовательной координации уже проводящихся мероприятий в сфере здравоохранения, образования, социальной защиты, транспортной и жилищно-коммунальной

сферах, направленных на долгосрочное, индивидуализированное сопровождение инвалидов с обязательным контролем его эффективности на основании данных обратной связи.

Во всем мире люди с инвалидностью не получают должной медицинской помощи и обладают более слабым здоровьем, что случается чаще, чем у людей, не страдающих инвалидностью [1]. Необходимо исправить это положение.

Список литературы

1. World report on disability [Всемирный доклад об инвалидности]. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://www.who.int/disabilities/world_report/2011).
2. Федеральный закон от 24.11.1995 N 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (с изменениями на 29 июля 2018 года) (редакция, действующая с 1 января 2019 года).
3. WHO (2001) International classification of functional disability and health [Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья]. Geneva: World Health Organization; 2001.
4. Реабилитация на уровне общины. Руководство по РУО. Geneva: World Health Organization; 2010.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ OPTIMIZATION OF PHYSICAL ACTIVITY OF CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY

Ю.П. Зверев, Е.В. Елагина
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*
Yu.P. Zverev, E.V. Yelagina
Lobachevsky University

Представлен обзор современных представлений, связанных с поддержанием физической формы и фитнес-здоровья у детей с ДЦП вне реабилитационных центров; рассмотрена возможность интеграции тренировок средней и высокой интенсивности в повседневную жизнь ребёнка с ДЦП; описан подход к оценке «сидячего поведения» у детей с ДЦП.

The article presents an overview of modern concepts related to the maintenance of physical fitness and health-related fitness of children with cerebral palsy outside rehabilitation centers. The possibility of integrating medium and high intensity training programs in everyday life of a child with cerebral palsy was

considered. The article also describes an approach to the assessment of “sedentary behavior” of children with cerebral palsy.

Ключевые слова: детский церебральный паралич, физическая активность, аэробная выносливость, мышечная сила, «сидячее поведение», реабилитационное вмешательство

Keywords: cerebral palsy, physical activity, aerobic endurance, muscle strength, sedentary behavior, rehabilitation intervention

Детский церебральный паралич (ДЦП) – это нарушение движений и контроля положения тела в пространстве, которое развивается вследствие повреждения незрелого головного мозга и всегда начинается в детстве. При ДЦП очаг повреждения в головном мозге не расширяется и поражение не прогрессирует. Однако, со временем, в процессе роста и развития ребенка изменяются проявления повреждения мозга. Таким образом, ДЦП – это не прогрессирующее, но видоизменяющееся нарушение контроля за движениями и позой, возникающее в раннем детстве [1].

В Российской Федерации распространённость зарегистрированных случаев ДЦП составляет 2,2-3,3 случая на 1000 новорождённых [2]. Среди недоношенных детей частота ДЦП достигает 1%. Статистические данные свидетельствуют, что ДЦП является основной причиной детской неврологической инвалидности в мире.

Повреждение центральной нервной системы при ДЦП вызывает дисфункции в нервно-мышечной, костно-мышечной и сенсорной системах. Эти нарушения приводят к постуральным и двигательным недостаткам. Основная проблема при всех формах ДЦП – двигательные расстройства, сопровождающиеся сенсорными и когнитивными проблемами.

Причинами двигательных расстройств являются замедление развития, аномальный мышечный тонус, мышечная слабость, нарушения постурального контроля, сенсорные проблемы, проблемы с поведением, ортопедические проблемы, аномальные паттерны движения и рефлексорная активность, асимметрия и деформации [3].

Функции, которые ребенок с ДЦП должен сформировать после основных этапов развития двигательной системы, задерживаются в зависимости от тяжести поражения [1]. Сохранение примитивных рефлексов, которые должны были угаснуть в обычном процессе развития, препятствует развитию установочных и равновесных реакций.

Задачи физической реабилитации детей с ДЦП включают снижение двигательных и постуральных нарушений, уменьшение уровня зависимости от

посторонней помощи и улучшение качества жизни детей и их семей, которые играют важную роль в этом процессе [4].

В первые годы реабилитации основное внимание уделяется оптимизации физического потенциала до тех пор, пока не будет достигнут общий двигательный потолок в возрасте около 5 лет [5]. В подростковом возрасте основное внимание уделяется формированию необходимых компенсаций и адаптации к условиям окружающей среды, чтобы оптимизировать независимость, активность и участие в повседневной жизни и предотвращение вторичных нарушений [6].

Оптимизация (расширение) двигательной активности является важным компонентом физической реабилитации, позволяющим улучшить фитнес-здоровье (силу, силовую выносливость, кардио-респираторную выносливость, гибкость и состав тела) ребенка с любой формой и степенью тяжести ДЦП [4]. Научно обоснованные рекомендации акцентируют необходимость занятий физической активностью от умеренной до интенсивной от трёх и более раз в неделю, продолжительностью не менее 30 минут [7]. Программы физической активности для детей с ДЦП должны быть направлены на улучшение аэробной выносливости и мышечной силы, а значит и общего состояния здоровья. Для достижения более стойкого эффекта мероприятия по расширению двигательной активности должны быть интегрированы в образ жизни детей и подростков с ДЦП [8; 9]. Однако, для детей с ДЦП и их семей существует множество факторов, которые затрудняют включение умеренных и интенсивных физических нагрузок в повседневную жизнь.

Последние исследования показывают важность оценки времени и структуры движений во время ежедневного суточного цикла двигательной активности детей с ДЦП. У таких детей структурированная двигательная активность может составлять не более 5% от всего времени с существенным расширением «сидячего поведения» [7].

«Сидячее поведение» – это любое бодрствующее поведение, характеризующееся затратами энергии 1,5 МЕН в сидячем или лежащем положении (1 МЕН – уровень покоя). Данное определение «сидячего поведения» включает 2 компонента: энергозатраты на поддержание осанки и расход энергии на двигательную активность. Во время сидения и лежания мышечная активность в крупных мышцах отсутствует, что приводит к существенному снижению общего расхода энергии [10].

«Сидячее поведение» детей с ДЦП имеет некоторые особенности и не только потому, что они проводят больше времени сидя по сравнению со своими сверстниками без инвалидности. Сидячее поведение у детей с ДЦП трактуется с точки зрения расхода энергии и мышечной неактивности. Некоторые дети с

ДЦП используют повышенную мышечную активность для поддержания положения сидя или стоя. Атипичный мышечный тонус увеличивает расход энергии. Учитывая диапазон нарушений и типы ДЦП, схемы расхода энергии и мышечной активности различаются на разных уровнях моторного участия [10].

Сегодня усилия по улучшению долгосрочного здоровья детей с ДЦП сконцентрированы в основном на умеренной и интенсивной физической активности и мало внимания уделяется исправлению «сидячего поведения» как отдельного поведения, связанного со здоровьем. Поэтому необходимо учитывать два различных типа поведения и их последствия: физическую активность средней и высокой интенсивности и риски, связанные с чрезмерным сидячим временем [7].

Физическая активность и ее продвижение, а также предотвращение сидячего поведения играют важную роль в укреплении здоровья и профилактике вторичных заболеваний и осложнений детей с ДЦП. В течение долгого времени в расширении двигательной активности детей с ДЦП акцент делался на программах тренировок от умеренных до интенсивных в качестве главной рекомендации по поддержанию физической формы. В настоящее время рекомендации по вмешательству для этой группы детей должны быть дополнены и включать в себя уменьшение времени сидячих занятий и стимулирование занятий с малой интенсивностью. Чтобы поддерживать необходимый уровень физической активности, программы упражнений должны быть доступными и выполнимыми для детей и их семей [7].

Список литературы

1. Нэнси Р. Финни Ребенок с церебральным параличом. Помощь, уход, развитие. Книга для родителей. М.: Теревинф, 2018. 336 с.
2. Клинические рекомендации по реабилитации детей с детским церебральным параличом (ДЦП) [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://rehabrus.ru> (Дата обращения: 14.04.2019).
3. Хольц Р. Помощь детям с церебральным параличом. М.: Теревинф, 2007. 336 с.
4. Клочкова Е.В. Введение в физическую терапию: реабилитация детей с церебральным параличом и другими двигательными нарушениями неврологической природы. М.: Теревинф, 2014. 288 с.
5. Prognosis for gross motor function in cerebral palsy: creation of motor development curves. / Rosenbaum PL [et al.] // JAMA. 2002. 288 (11). P. 1357-1363.
6. Locomotion skills in adults with cerebral palsy / Jahnsen R [et al.] // Clin Rehabil. 2004. 18 (3). P. 309-316.

7. Health-enhancing physical activity in children with cerebral palsy: more of the same is not enough / Verschuren O. [et al.] // Physical Therapy. 2013. 94(2). P. 297-305.
8. Muscle strengthening in children and adolescents with spastic cerebral palsy: considerations for future resistance training protocols / Verschuren O [et al.] // Physical Therapy. 2011. 91(7). P. 1130-1139.
9. Butler JM Effect of cardiorespiratory training on aerobic fitness and carryover to activity in children with cerebral palsy: a systematic review. / JM Butler, A Scianni, L Ada // Int J Rehabil Res. 2010. 33(2). P. 97-103.
10. Exercise and physical activity recommendations for people with cerebral palsy. / Verschuren O. [et al.] // Dev Med Child Neurol. 2016. 58 (8). P. 798-808.

**К ОЦЕНКЕ БЛАГОПОЛУЧИЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ
НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ
ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ
TO THE ASSESSMENT OF THE WELL-BEING AND QUALITY OF LIFE
OF PATIENTS AT THE STAGE OF REHABILITATION
AFTER CARDIAC SURGERY**

А.В. Зубко

Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева Минздрава России, Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, г. Москва

Е.В. Землянова

Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, г. Москва

Т.Т. Какучая, Т.Г. Джитава

Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева Минздрава России, г. Москва

A.V. Zubko

A.N. Bakulev National Medical Research Center of Cardiovascular Surgery, Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of Russian Federation, Moscow

E.V. Zemlyanova

Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of Russian Federation, Moscow

T.T. Kakuchaya, T.G. Dzhitava

A.N. Bakulev National Medical Research Center of Cardiovascular Surgery, Moscow

Проблема человеческого благополучия все чаще выходит на первый план в науках о здоровье. Составляющие благополучия интегрируют как

психическое, так и физическое здоровье. Немаловажную роль играют хирургические вмешательства, которые необходимы для сохранения физического, психологического и социального комфорта пациента. В частности, кардиохирургическим больным необходим индивидуальный подход на этапе реабилитации.

Well-being issues increasingly come to the foreground in health sciences. Well-being components integrate both mental and physical health. Surgical interventions play substantial role because they are necessary for preservation of patient's physical, psychological and social comfort. In particular, cardio-surgical patients need individual approach at rehabilitation stage.

Ключевые слова: благополучие; качество жизни; здоровье; кардио-хирургические операции; индивидуальный подход к реабилитации, социально-психологическая адаптация

Keywords: well-being; quality of life; health; cardio-surgical interventions; individual approach to rehabilitation; socio-psychological adaptation

В демографии, социологии и науках о здоровье исследователи разных стран все чаще обращаются к проблеме человеческого благополучия. Для количественной оценки благополучия было предложено множество индикаторов, в том числе такие как ожидаемая продолжительность жизни, удовлетворенность жизнью, состоянием своего здоровья.

Понятие и составляющие благополучия важны для оценки общественного здоровья, поскольку, интегрируя в себе как психическое, так и физическое здоровье, способствуют формированию более комплексного подхода к профилактике и укреплению здоровья [1].

В 2005 г. в своем меморандуме Всемирная организация здравоохранения признала важность оценки и улучшения качества жизни [2]. Поскольку в настоящее время люди живут дольше, чем когда-либо раньше, ученые меняют методы оценки здоровья, не просто изучая причины смерти и заболеваемости, но и исследуя связи между здоровьем и индивидуальным качеством жизни [3].

Достаточно много исследований посвящено оценке благополучия и удовлетворенности жизнью среди пожилых, а также среди пациентов с серьезными заболеваниями, ограничивающими их жизнедеятельность. Так, по данным исследований, среди пожилых старше 60 лет уровень субъективного благополучия существенно обусловлен наличием и степенью выраженности проблем со сном [4]. А среди пациентов, находящихся на гемодиализе, ведущее влияние на качество жизни оказывают такие социально-экономические факторы, как образование, занятость, доход [5].

Подходы к исследованию благополучия, удовлетворенности и качества жизни вполне могут быть реализованы и уже реализуются на российских

данных. Так, В.З. Кантором и Ю.Л. Проектом [6] было показано, что между студентами-инвалидами и студентами, не имеющими инвалидности, нет глобальных различий по параметрам социально-психологического благополучия, а принадлежность к одной социальной и возрастной группе и общий вид ведущей деятельности предопределяют переживание ими одних и тех же или сходных проблем. Тип инвалидизирующего нарушения здоровья, т.е. отнесенность студента-инвалида к той или иной нозологической категории, обуславливает лишь специфику тех затруднений, с которыми он может столкнуться при обучении в ВУЗе.

В контексте социально-психологического благополучия лиц с проблемами здоровья немаловажную роль играют хирургические вмешательства, которые необходимо осуществлять для сохранения или восстановления физического, психологического и социального комфорта пациента.

В процессе реабилитации кардиохирургических пациентов после открытых операций и интервенционных вмешательств и последующей оценке её эффективности необходимо применять инновационные подходы, например, такие как оценка качества жизни и многокритериальная унифицированная система оценки результативности реабилитационных мероприятий. Они позволяют проводить интегральную оценку всех видов медицинской реабилитации, в том числе санаторно-курортного лечения. Система дает возможность избежать субъективизма в определении степени выраженности клинических симптомов и в возможности произвольного определения веса признаков, выбранных в качестве критериев оценки результативности [7].

К неосложненным пациентам, которых сразу после или в ближайшие несколько часов по завершении операции переводят в палату кардиологического или кардиохирургического отделения, могут применяться групповые реабилитационные мероприятия с последующим переходом на самостоятельные занятия, в то время как для пациентов, длительно пребывающих на койке реанимации или интенсивной терапии, требуется персонифицированный подход [8]. В этой связи наблюдается разница в оценке состояния здоровья и уверенности в благоприятном продолжении жизни у кардиохирургических пациентов после хирургического лечения.

В связи с вышеизложенным представляется важным оценить качество жизни и ощущение благополучия пациентов, перенесших кардиохирургические вмешательства разной степени сложности (открытые кардиохирургические операции и/или эндоваскулярное лечение – стентирование или ангиопластика), и их социально-психологическую адаптацию. С этой целью авторами был разработан опросник для интервьюирования пациентов, проходящих период

реабилитации. Опросник позволяет оценить семейное положение, уровень образования, характер трудовой деятельности, личное мнение о факторах, влияющих на состояние здоровья, в том числе употребление алкоголя, табака и наркотических веществ. Отдельный блок вопросов анкеты посвящен комплексной оценке удовлетворенностью жизнью в материальном, физическом и психологическом контекстах.

Результаты проводимого интервьюирования позволят оценить степень социально-психологической адаптации пациентов, а также скорректировать индивидуальные программы реабилитации в зависимости от тяжести состояния, объема хирургического лечения, а также социального статуса и индивидуальных особенностей больного.

Список литературы

1. Well-being concepts. Available at <https://www.cdc.gov/hrqol/wellbeing.htm>.
2. World Health Organization. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 2005; 41(10):1403-1409.
3. Health-Related Quality of Life & Well-Being. Available at <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/health-related-quality-of-life-well-being>.
4. Rönnlund M, Carelli MG (2018) Time Perspective Biases Are Associated With Poor Sleep Quality, Daytime Sleepiness, and Lower Levels of Subjective Well-Being Among Older Adults. *Front. Psychol.* 9:1356. doi: 10.3389/fpsyg.2018.01356.
5. Anees M, Batool S, Imtiaz M, Ibrahim M. Socio-economic factors affecting quality of life of Hemodialysis patients and its effects on mortality. *Pak J Med Sci.* 2018;34(4):811-816. doi: <https://doi.org/10.12669/pjms.344.15284>.
6. Кантор В.З., Проект Ю.Л. Инклюзивное высшее образование: социально-психологическое благополучие студентов. *Образование и наука.* 2019;21(2):51-73. <https://doi.org/10.17853/1994-5639-2019-2-51-73>.
7. Смирнова И.Н., Антипова И.И., Тицкая Е.В., Тонкошкурова А.В., Зайцев А.А., Абдулкина Н.Г., Воробьев В.А., Коршунов Д.В. Оценка эффективности кардиореабилитации пациентов после чрескожных коронарных вмешательств. *Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры.* 2018;95(5):4-11. <https://doi.org/10.17116/kurort2018950514>.
8. Аргунова Ю.А., Помешкина С.А., Хаес Б.Л., Барбараш О.Л. Персонализированный подход к реабилитации тяжелого пациента кардиохирургического профиля. *Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры.* 2019;96:1:50-54. <https://doi.org/10.17116/kurort20199601150>.

**ВЛИЯНИЕ СТЕПЕНИ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ПЕРЕДВИЖЕНИЯ
У РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА НА ИНДЕКС СОЦИАЛЬНОГО
САМОЧУВСТВИЯ ЧЛЕНОВ ЕГО СЕМЬИ**
**THE IMPAIRED MOVEMENT FUNCTION DEGREE INFLUENCE OF
A DISABLED CHILD ON THE INDEX OF HIS FAMILY MEMBERS
SOCIAL WELL-BEING**

М.В. Курникова

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

M.V. Kurnikova

Lobachevsky University

Представлены результаты исследования влияния уровня ограничения физических возможностей ребенка-инвалида на социальное самочувствие членов его семьи.

The article presents the results of a disabled child physical disability level impact research on the social well-being of his family members.

Ключевые слова: социальное самочувствие, семья, ребенок-инвалид, физические возможности

Keywords: social well-being, family, disabled child, physical abilities

Здоровые и успешные дети традиционно считаются критерием качества жизни семьи. Обнаружение у ребенка дефекта развития и засвидетельствование инвалидности всегда вызывает у родителей глубокое стрессовое состояние, семья оказывается в психологической сложной ситуации. Воспитание такого ребенка затрагивает все уровни человеческого функционирования: физиологический, личностный, уровень межличностного и социального взаимодействия. В результате искажаются отношения внутри семьи, а также контакты с окружающим социумом. Трудности, с которыми сталкивается семья, связаны с вынужденной сменой образа жизни и потребностью решения множества задач, отличающихся от обычных трудностей [1]. При этом в российском обществе настойчиво констатируется необходимость ориентирования семьи на повышение самостоятельности, формирование стратегии самообеспечения по различным аспектам жизнедеятельности. Исследуя понятие «социальное самочувствие», социологи дают различные характеристики данного состояния, основанные на объективных и субъективных критериях. В эмпирических исследованиях социального самочувствия одним из подходов является измерение показателей довольства различными аспектами жизни и психологического комфорта (безопасность,

состояние здоровья, отношения в семье, благоустроенная среда обитания, возможность творческой самореализации) [2].

Современное общество транслирует семье завышенную «планку» показателей успешности, стереотипов благополучия, заставляя родителей готовить ребенка к завышенным требованиям по отношению к его физическим и умственным способностям. Родители детей-инвалидов декларируют двигательное развитие и возможности к самообслуживанию ребенка как основную свою цель и потребность. Ребенок с нарушениями развития не может сформировать физически активный стиль жизни [3]. Отсутствие возможности у ребенка к самостоятельным движениям и самообслуживанию увеличивает уровень психологического дискомфорта у родителей [4].

Цель работы – исследование влияния степени ограничения функции передвижения у ребенка-инвалида на социальное самочувствие членов его семьи.

В анкетировании приняли участие члены семей ($n = 306$), воспитывающих ребенка-инвалида, из них: отцы ($n = 88$), матери ($n=196$), братья и сестры старше 14 лет ($n=22$). Средний возраст детей-инвалидов $9,26 \pm 5,2$ лет. Все семьи были разделены на три группы в зависимости от способности к самостоятельной ходьбе ребенка-инвалида. В первую группу были включены члены семьи, имеющие ребенка с нормальным двигательным развитием. Во вторую группу – семьи с ребенком, имеющим тяжелые нарушения со стороны опорно-двигательного аппарата и не способного к самостоятельному обслуживанию. В третью группу – семьи, воспитывающие ребенка с незначительными нарушениями функции ходьбы, которая корректируется поддерживающими устройствами (ходунками, костылями, поручнями).

Уровень социального самочувствия определялся по тесту «Интегральный индекс социального самочувствия (ИИСС – 20)», авторы Е.И. Головаха, Н.В. Панина, А.П. Горбачик [5]. В основе способа лежит субъективная оценка индивидуумом степени удовлетворения социальных потребностей, которые, являются производными от существующей в обществе системы социальных благ. Таким образом, чем больше человек испытывает дефицит социальных благ, тем хуже его социальное самочувствие. Тест состоит из 20 индикаторов с последующим присвоением баллов по градациям ответов. Значение суммы баллов интерпретируется как положительное или отрицательное социальное самочувствие с той или иной степенью выраженности (таблица 1).

Т а б л и ц а 1 .

Нормативные границы уровней социального самочувствия по ИИСС-20

№ пп	Наименование уровня социального самочувствия	Значение ИИСС-20 (сумма баллов)
1.	Низкий	20-27
2.	Пониженный	28-29
3.	Средний	30-40
4.	Повышенный	41-42
5.	Высокий	43-60

Согласно нормативным границам теста ИИСС-20, социальное самочувствие матерей первой группы ($41,6 \pm 7,9$ балла) попадает в зону повышенных величин, и его можно оценить как положительное. Тогда как количество набранных баллов у матерей, чьи дети имеют нарушения в двигательной сфере и не способны к самостоятельному передвижению в различной степени тяжести, можно оценить как среднее ($37,3 \pm 6,3$ и $38,5 \pm 7,0$ балла), что соответствует удовлетворительному, индифферентному уровню социального самочувствия. Причем наиболее низкие величины набранных баллов показывают матери, у которых дети имеют наиболее тяжелые уровни нарушений движения.

Сходные результаты по тесту ИИСС-20 выявлены у отцов детей-инвалидов. Самое малое количество баллов ($38,0 \pm 6,4$ балла) набрали отцы второй группы и их социальное самочувствие оценивается на среднем уровне. Отцы группы детей без двигательных нарушений продемонстрировали наиболее высокий уровень удовлетворенности жизнью ($45,3 \pm 9,1$ балла) из всех родителей семей данной категории.

Уровень социального самочувствия сиблингов всех трех групп исследования попал в категорию высокой степени удовлетворенности и варьировался в диапазоне от $48,8 \pm 5,6$ баллов в первой группе до $42,5 \pm 4,9$ баллов во второй и третьей группах. При этом следует отметить, что, несмотря на демонстрацию высокого уровня социального самочувствия, прослеживалась тенденция снижения количества набранных баллов от степени двигательных возможностей ребенка-инвалида: чем менее самостоятелен в физической активности ребенок, тем менее удовлетворены в социальных потребностях его сиблинги.

Таким образом, тест ИИСС-20 наглядно продемонстрировал зависимость социального самочувствия всех членов семьи с ребенком-инвалидом от уровня нарушений его функции движения. Матери и отцы детей, не способных к самостоятельному самообслуживанию по состоянию здоровья, имеют наименьший индекс социального самочувствия, но его уровень находится в категории средних индифферентных оценок и не опускается ниже нормативных границ. Наименее подвержены влиянию дефекта ребенка его братья и сестры, и

их субъективное восприятие своей жизни характеризуется высокой степенью удовлетворенности.

Список литературы

1. Савельева О.А. Организация психолого-педагогического сопровождения родителей детей-инвалидов / О.А. Савельева, М.А. Савельева // Конференциум АСОУ: Сборник научных трудов и материалов научно-практических конференций. 2015. №1. С. 2153-2158.

2. Корнилова М.В. Социальное самочувствие: понятие и основные показатели // Евразийское Научное Объединение, 2015. Т.2. № 3(3). С. 135-137.

3. Курникова М.В. Интегративная модель физической активности как ресурс социального самочувствия семьи с ребенком-инвалидом // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия: Социальные науки. №1 (49). Н. Новгород: Изд-во ННГУ им. Н.И. Лобачевского, 2018. 156 с. С. 103-111.

4. O'Neil M.E., Palsano R.J., Westcott S.L. (2001) "Relationship of therapists' attitudes, children's motor ability, and parenting stress to mothers' perceptions of therapists' behaviors during early intervention", *Physical Therapy*, Vol. 81, no. 8, pp. 1412-1424. DOI:10.1093/ptj/81.8.1412.

5. Головаха Е.И. Измерение социального самочувствия: тест ИИСС / Е.И. Головаха, Н.В. Панина, А.П. Горбачик // Социология. 1998. №10. С. 45-66.

СОЦИАЛЬНОЕ САМОЧУВСТВИЕ ИНВАЛИДОВ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ И ВОЗМОЖНЫЕ МЕРЫ ПО УЛУЧШЕНИЮ СИТУАЦИИ НА ПРИМЕРЕ АРЗАМАССКОГО РАЙОНА НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

SOCIAL WELL-BEING OF DISABLED PEOPLE IN RURAL AREAS AND POSSIBLE MEASURES TO IMPROVE THE SITUATION ON THE EXAMPLE OF ARZAMAS DISTRICT OF NIZHNY NOVGOROD REGION

В.И. Лезова

Администрация Арзамасского района,

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им.Н.И. Лобачевского,

Арзамасский филиал

V.I. Lezova

Arzamas district administration,

Lobachevsky University, Arzamas branch

Выявляется управленческий аспект в оптимизации жизнедеятельности населения, нуждающегося в социальной защите на примере Арзамасского района Нижегородской области. Показана положительная динамика развития

социальной сферы в данном регионе, способствующая интеграции людей с ОВЗ в современном обществе.

The management aspect of optimizing the life of the population in need of social protection on the example of Arzamas district of Nizhny Novgorod region is revealed. The positive dynamics of social sphere development in this region is shown, which promotes integration of people with disabilities in modern society.

Ключевые слова: люди с ограниченными возможностями здоровья, сельская местность, социальная сфера, социальная помощь

Keywords: people with disabilities, rural areas, social sphere, social assistance

Конституция РФ (ст.7) гласит: «Российская Федерация – социальное государство, политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека».

Социологией определены группы риска в обществе. К ним относятся люди, чье положение не является стабильным, кто не может в одиночку преодолеть трудности.

К такой группе риска относятся инвалиды.

Государственные меры по поддержке инвалидов определены законодательством. Они многогранны. Задействованы все отрасли жизнеобеспечения и структуры управления. Приняты целевые программы федерального, регионального, муниципального уровней. Организационно налажен контроль за исполнением намеченных мер, их корректировке.

Однако структура инвалидности в современной России требует более активной вовлеченности в решение проблем всего гражданского общества и самих инвалидов.

Специфика сельской местности с 90-х годов заключается в том, что сами территории села, деревни оказались в зоне риска. Об этом же пишет доктор экономических наук, профессор НСЭП и ЦСПИ РАН Валентина Доброхлеб («Аргументы недели» от 28 июня 2018г.).

На селе прекратили существовать колхозы, совхозы. Отсутствовала какая-либо поддержка сельхоз производства. Работоспособное население в большинстве своем покинуло село.

В эти годы, будучи председателем горсовета г. Арзамаса, мне не раз приходилось быть на приеме у Егора Тимуровича Гайдара по проблемам предприятий оборонного комплекса, производство которых остановилось по причине полного отсутствия заинтересованности государства. Поражена была категоричным ответом Е.Т.: «Колхозы, совхозы нам не нужны, легче купить из-за границы, а в развитии оборонного комплекса нет необходимости, на нас никто не нападает». Надо отдать должное Егору Тимуровичу – некоторые просьбы были удовлетворены. Город от правительства получил финансовую

поддержку на строительство многоквартирного жилого дома и частичную дотацию приборостроительному заводу. Г. Арзамас в то время подчеркнуто назывался городом Гайдара (при въезде в город был установлен знак «Арзамас – город Гайдара»). Учтено было и тяжелое обстоятельство города в связи с произошедшим взрывом на железнодорожной станции «Арзамас 1» 4 июня 1978 г.

В настоящее время есть г. Арзамас и есть Арзамасский район – самостоятельная административная единица, преимущественно сельскохозяйственного назначения. Район всегда считался передовым в Нижегородской области. Сейчас включает 105 сел и деревень с 43 тыс. населения. В отдаленных населенных пунктах преобладает старшее поколение. Как и во всей России произошла «оптимизация» социально-культурных и образовательных учреждений, но с минимальным ущербом благодаря разумным действиям руководства района.

Именно твердая позиция руководства района – не уповать на стихию бедствия, а действовать самим в сложившихся условиях, находить верное, порой неординарное решение по созданию надежной системы жизнедеятельности людей, в том числе отдельных групп населения, особо нуждающихся в социальной защите. Велась и ведется активная работа со спонсорами, попечителями и с вышестоящими инстанциями. В итоге удалось сохранить и укрепить социальную сферу. Улучшена материально-техническая база учреждений образования, здравоохранения культуры, спорта и социальной защиты. Появились и новые объекты: Дома Культуры, детсады, стадион с искусственным покрытием, футбольное поле, современная лыжная база, ФОК, обновлены ФАПы, амбулатории, участковые больницы.

В кризисные годы в районе были открыты 3 Дома милосердия для инвалидов и одиноких пожилых людей. Построены уникальные объекты социальной помощи для детей с ограниченными возможностями. Один из них «Социально-реабилитационный центр «Золотой Колос» на территории с. Абрамово». Этот объект вошел в федеральную программу «Дети России». Особая помощь была оказана Министерством соцзащиты РФ (министр Л.Ф. Безлепкина и Г.Н. Карелова). Это учреждение стало центром восстановления здоровья детей из всей Нижегородской области. Здесь оказывается психологическая и медицинская помощь. Современное оборудование помогает восстанавливать двигательную моторику. Особо эффективны оказались впервые поступившие в центр медицинские костюмчики «Адель» (как у космонавтов). Многим детям оказана помощь, чтобы впервые встать на ноги, научиться самостоятельно ходить, обслуживать себя и участвовать в различных мероприятиях.

В 90-е годы – с участием 38 предприятий – хозяйствующих субъектов города и района построен и открыт другой значимый объект «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних», оказавшихся в трудной жизненной ситуации (на территории районного поселка Выездное). Здесь оказывается психологическая, медицинская и трудовая помощь.

Особо значимое – отделение трудовой реабилитации. На базе нескольких мастерских – «парикмахер», «швея», «штукатур», «плиточник», «маляр», «тракторист» подростки получают навыки выбранной специальности. Под кураторством специалистов центра через год получают удостоверение и устраиваются на работу. В итоге несовершеннолетние с ограниченными возможностями и оказавшиеся в трудной жизненной ситуации получают первичную путевку в самостоятельную жизнь. Данный центр также приобрел в настоящее время статус областного центра.

Особой популярностью пользуется у жителей района «Центр Ремесел» в районном поселке Выездное. Основная цель этого учреждения – помочь людям с ограниченными возможностями приобрести навыки народного творчества. Здесь функционируют мастерские швейного искусства, лоскутного шитья, гончарная мастерская, изделия из дерева, глины, ткачество.

Мастерские центра ремесел помогают инвалидам улучшить свое материальное положение. Продукция успешно реализуется на ярмарках, выставках, на районных и областных массовых мероприятиях, а также в качестве сувенирных поделок. В 7 населенных пунктах открыты мини-мастерские центра ремесел.

В Арзамасском районе в 2018 г. насчитывается 4348 инвалидов, в том числе 190 детей-инвалидов. В 2011 г. было 195 детей-инвалидов, в том числе 170 детей-инвалидов в 128 семьях, в которых родители инвалиды.

Т а б л и ц а .

Динамика по годам детей-инвалидов

Год	Количество детей	Год	Количество детей	Год	Количество детей	Год	Количество детей
2007	193	2009	177	2011	195	2017	181
2008	182	2010	182	2016	171	2018	190

Одной из причин пополнения списка детей-инвалидов является семейное неблагополучие, в том числе алкоголизм, а также миграционные процессы, связанные с переездом неблагополучных семей в сельскую местность из других городов, районов в целях приобретения более дешевого жилья, в том числе за счет материнского капитала. Во многих семьях дети с запущенными болезнями. Отмечается устойчивая динамика рождения ребенка-инвалида у родителей, которые сами являются инвалидами.

Основными заболеваниями являются психические расстройства и недуги опорно-двигательного аппарата.

Для обслуживания детей-инвалидов на дому в районе создана мобильная бригада в составе врачей, социальных работников, специалистов образовательных учреждений.

Ежегодная диспансеризация сельских детей показывает не радужную картину: осмотрено 97% детей, из них только 23% – здоровых. В 90-х годах была принята общероссийская программа «Здоровый ребенок». Сейчас она отсутствует. Остро назрела необходимость включения данной программы в «национальный проект» государственной социальной политики.

Весомая роль по улучшению положения инвалидов отводится районной общественной организации по вопросам инвалидов. 839 инвалидов являются членами Всероссийской общественной организации (ВОИ). Первичные организации созданы на территории каждой сельской администрации (их 13). Районная администрация и все структурные подразделения активно сотрудничают с общественными организациями: общество инвалидов, совет ветеранов войны и труда, женсовет, молодежная организация волонтеров.

Руководители этих организаций участвуют в оперативных совещаниях администрации района и в поселениях. Проводятся регулярные встречи с руководством района по насущным проблемам. Каждое ведомство имеет свой план организационных мероприятий по улучшению положения инвалидов.

Районный координационный совет в ежемесячном режиме проводит обсуждение ситуации, корректирует программу структур: спорт и молодежная политика, образование, культура, здравоохранение, управление ЖКХ и строительства, соцзащита, администрации сельских поселений. На основе предложений общественных организаций, глав сельских администраций вырабатываются дальнейшие действия.

Для инвалидов открыты все двери Домов Культуры, сельских клубов, библиотек, спортивных объектов. Ежегодно проводятся смотры художественной самодеятельности, хоровых коллективов, конкурсы мастеров народных ремесел. Победители участвуют в областных мероприятиях.

Под особым контролем координационного совета – система оказания медицинской помощи инвалидам. Участковые больницы, фельдшерско-акушерские пункты организуют по графику выездные бригады врачей в отдаленные населенные пункты. По инициативе администрации района создано и успешно работает отделение реабилитации для больных с тяжелыми недугами на базе участковой больницы в селе Абрамово. С помощью спонсоров приобретено дорогостоящее оборудование. В настоящее время отделение пользуется большим спросом у жителей не только района, но и г. Арзамаса.

Отрадно, что инициатива поддержана Министерством здравоохранения Нижегородской области и отделением медицинского страхования.

Многим инвалидам оказывается качественная помощь по месту проживания, что исключает необходимость обращаться в областной центр и другие платные клиники. В условиях села важнейшим направлением является развитие благотворительной деятельности.

На протяжении многих лет активно действует Попечительский совет из числа руководителей производства (малого и среднего бизнеса), фермеров. Налажено тесное сотрудничество с отделением Всероссийского общества «Красный Крест». Ежегодно проводятся масштабные акции «Добро и милосердие».

Особо значимые:

✓ в марте – Большой благотворительный концерт художественной самодеятельности района в самом большом ДК г. Арзамаса.

✓ 1 июня – День защиты детей.

✓ многочисленные выездные благотворительные акции в населенных пунктах.

В итоге в течение года собирается до 10 млн. рублей. Эти средства вручаются семьям на лечение детей с тяжелыми недугами в присутствии спонсоров во время проведения районных мероприятий.

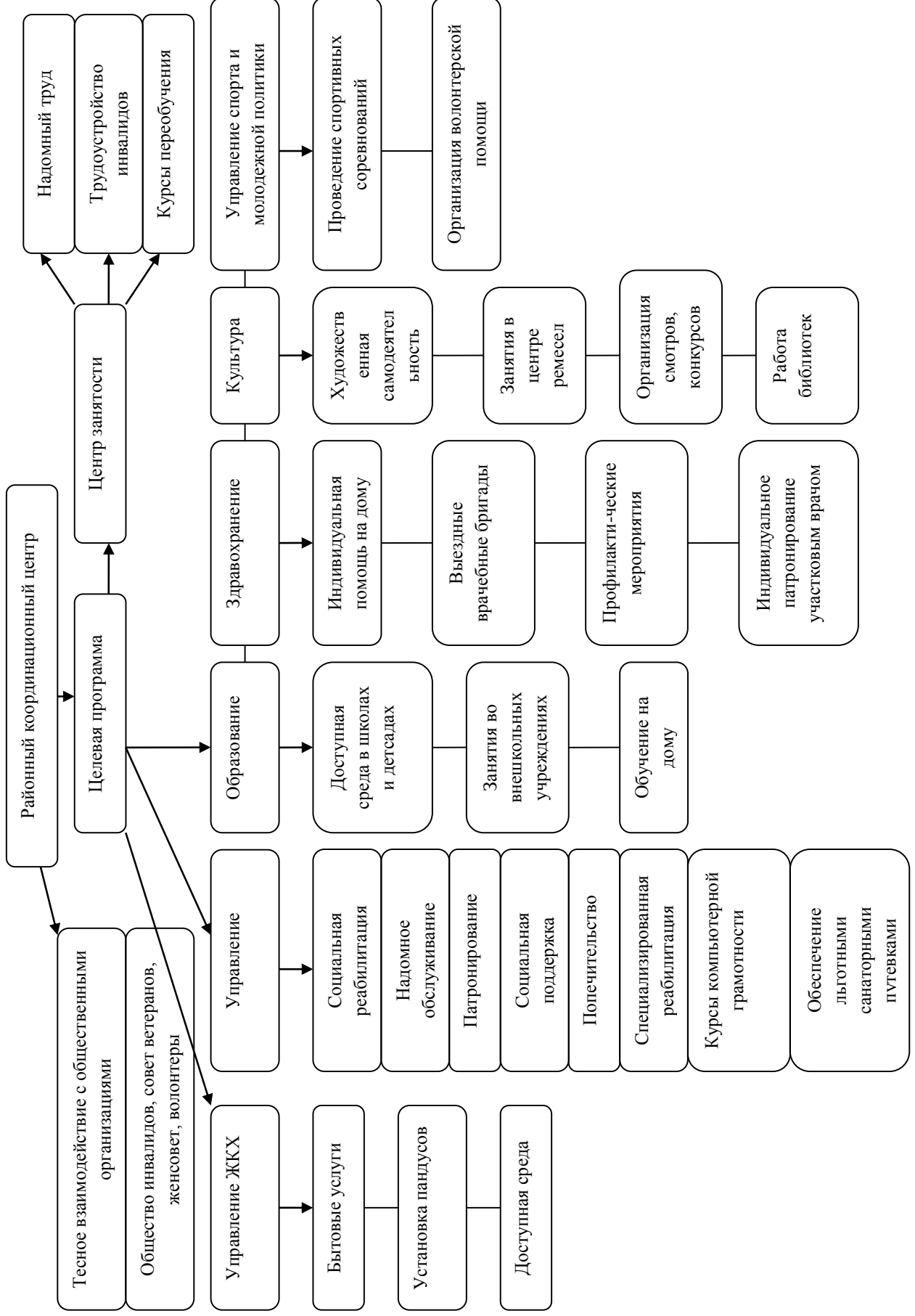
Все вышеперечисленные формы социальной поддержки инвалидов – не предел для более глубокого подхода к данной проблеме, особо включая задачи по предотвращению появления инвалидности вообще.

Стратегическим направлением государства является и развитие сельской местности. Много уже сделано, предстоит «оживить» территории. Целевая программа по привлечению молодых специалистов – «сельский доктор», «сельский учитель» решает временные проблемы. Фактически продолжается отток населения из отдаленных населенных пунктов, преимущественно из-за отсутствия рабочих мест. Все это ведет к постепенной «оптимизации» социальных объектов – школ, детсадов, медицинских пунктов. И эта «цепочка» еще более усугубляет демографическую ситуацию на селе. Например, по статистике Арзамасского района, в 2017 г. родилось 422 человека, умерло 752. Рождаемость обозначена преимущественно на территориях, приближенных к городу. И это несмотря на то, что практически во все населенные пункты проведен газопровод, функционируют и ремонтируются дороги, есть социальные объекты.

Есть уверенность: Россия выйдет из этого тупика. Надо просто всем органам власти на всех уровнях приложить максимум усилий, добиваясь поставленной цели.

Социальное партнерство по улучшению положения инвалидов

Приложение №1



**СПОРТ КАК ОЗДОРОВИТЕЛЬНАЯ СФЕРА
В СОЦИАЛЬНО-СРЕДОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ:
НА ПРИМЕРЕ СЛЕДЖ-ХОККЕЯ
SPORT AS A HEALTH-IMPROVING FIELD IN THE SOCIAL AND
ENVIRONMENTAL REHABILITATION OF DISABLED PEOPLE: ON THE
EXAMPLE OF SLEDGE HOCKEY**

И.А. Ломакин

*Региональное отделение Нижегородской области
«Всероссийское общество инвалидов с ампутацией конечностей и иными
нарушениями функций опорно-двигательного аппарата «ОПОРА»*

I.A. Lomakin

*«All-Russian Society of Disabled People with Limb Amputation
and Other Disorders of the Musculoskeletal System «OPORA»,
Nizhny Novgorod regional branch*

Нетрудоспособные граждане в каждой стране составляют предмет заботы государства, которое социальную политику ставит во главу угла своей деятельности. Однако нетрудоспособные граждане нуждаются не только в материальной поддержке. Важную роль играет оказание им действенной физической, психологической, организационной и другой помощи. Особую актуальность приобретает вопрос о привлечении детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) к систематическим занятиям адаптивным спортом с целью увеличения их двигательной активности. Доказано, что занятия адаптивной физической культурой и адаптивным спортом являются мощным средством психического и физического развития.

Disabled citizens in every country are a matter of concern to the state, which puts social policy at the forefront of its activities. However, disabled citizens need not only material support. An important role is played by providing them with effective physical, psychological, organizational and other assistance. The issue of involving children and teenagers with disabilities in regular exercise of adaptive sports in order to increase their motor activity acquires particular urgency. It has been proved that practicing adaptive physical culture and adaptive sports is a powerful means of mental and physical development.

Ключевые слова: адаптивная физическая культура и спорт, дети и подростки с ОВЗ, детский сledge-хоккей

Keywords: adaptive physical education and sports, children and teenagers with disabilities, children's sledge hockey

В Ханты-Мансийском автономном округе-Югра был создан «Центр адаптивного спорта» для развития физической культуры и спорта среди людей с инвалидностью. Целью этой организации является: реализации права

людей с инвалидностью на занятия физической культурой и спортом; реабилитация по средствам физической культуры и спорта, развитие спорта высших достижений для людей с инвалидностью.

Реабилитационные центры и их роль в жизни инвалидов

Наиболее принципиальной и важной задачей, решаемой реабилитационным центром Министерства социальной защиты населения Российской Федерации в работе с детьми-инвалидами, является обеспечение возможности их максимальной и полноценной социальной интеграции. На это и направлен комплекс проводимых реабилитационных мероприятий, среди которых особую роль играет психологическая реабилитация детей-инвалидов, психологическая поддержка семей, их воспитывающих.

По существу центр проводит широкое семейное консультирование. Решение проблем в семье благоприятно сказывается на социально-психологическом статусе инвалида – нормализуется настроение, упорядочивается поведение, улучшаются показатели в учебе, устраняется аффективная напряженность.

Адаптивная физическая культура и спорт как фактор социального здоровья лиц с ограниченными возможностями

Цель адаптивной физической культуры и спорта – система мероприятий по восстановлению или компенсации физических возможностей и интеллектуальных способностей, повышению функционального состояния организма, улучшению физических качеств, психоэмоциональной устойчивости и адаптационных резервов организма человека средствами и методами адаптивной физической культуры, элементов спорта и спортивной подготовки.

Немаловажную роль в сложившейся ситуации играет недостаточная разработанность теоретических, концептуальных проблем физической культуры и спорта инвалидов. Такая постановка вопроса, по существу, отказывала огромной группе людей – инвалидам – в здоровье и здоровом образе жизни, ядром которого является рациональная двигательная активность человека или, более обобщенно, физическая культура. Чтобы убедиться в этом, достаточно вспомнить, что допуск к занятиям физической культурой в школе, техникуме, вузе, в той или иной спортивной секции и тем более к участию в соревнованиях выдает врач, который должен констатировать соответствующий уровень здоровья у желающих участвовать в физкультурно-спортивной деятельности.

Это положение сужает цели, задачи, средства, методы, организационные формы реабилитации, ориентирует их в зависимости от профиля заболевания или инвалидности на общепринятые в официальной медицине средства и методы и явно недооценивают роль движения и вообще физической культуры

личности участвующего в этом процессе; а с другой – лишний раз подтверждают, что медицинская реабилитация находится лишь на пути выхода из рамок лечебно-госпитальной парадигмы. Таким образом, в отличие от адаптивной физической культуры медицинская реабилитация в большей степени направлена на восстановление нарушенных функций организма, а не на максимальную самореализацию человека в новых условиях, что требует от больного или инвалида значительно большей активности и самостоятельности.

Обоснование реабилитации инвалидов средствами адаптивной физической культуры и спорту на примере детского следж-хоккея

Сейчас уже сделано много шагов, чтобы сломать стереотип о невозможности таких занятий – создаются взрослые команды по следж-хоккею, спортсмены регулярно дают интервью и рассказывают о новых перспективах, которые им открывает следж-хоккей. Значимым фактором стало успешное выступление российской сборной на Паралимпиаде в Сочи, где она заняли второе место, уступив лишь команде США. Многие ребята, болея у экранов телевизора за наших спортсменов, именно тогда узнали о том, что в хоккее могут играть даже такие, как они «Идея создания первой детской команды по следж-хоккею рождалась постепенно. У каждого вида спорта есть детско-юношеские школы, из которых вырастают преемники нынешних спортсменов. Мы решили, что такая платформа нужна и в следж-хоккее, – рассказал президент Федерации следж-хоккея г. Москвы Анатолий Егоров.

Родители подтверждают, что следж-хоккей очень круто изменил жизнь их детей. До этого большинство ребят могли по несколько дней не выходить из дома, проводили время перед экраном телевизора или компьютером. Круг общения многих был очень ограничен, поскольку многие из них находятся на домашнем обучении. Сейчас же ребята стали более организованы – тренировки, общение со взрослыми спортсменами, поездки, новые друзья.

Интересно наблюдать, как они выросли и возмужали, мы гордимся их успехами, видеть их азарт к жизни – это дорогого стоит.

Таким образом, в результате проведенного исследования мы решили задачи, поставленные в начале работы и выявили, что адаптивную физическую культуру и спорт нельзя сводить только к лечению и медицинской реабилитации. Она является не только и даже не столько средством лечения или профилактики конкретных болезней, сколько одной из форм, образовавшихся в результате травмы или болезни. Адаптивный спорт, адаптивная двигательная рекреация и другие виды адаптивной физической культуры как раз и ставят задачи максимального отвлечения от своих болезней и проблем в процессе соревновательной или рекреационной деятельности, предусматривающей общение, развлечение, активный отдых и другие формы

нормальной человеческой жизни. Воспитанное с детства разумное отношение к своему здоровью, правильному режиму труда и отдыха; движение (физическая культура и закаливание организма); рациональное питание; способствует в той или иной мере не только максимально возможному увеличению жизне-способности инвалида с ОВЗ, но и всестороннему развитию личности. Обретению самостоятельности, социальной, бытовой, психической активности и независимости, совершенствованию в профессиональной деятельности и вообще достижению выдающихся результатов в жизни.

**ОБЕСПЕЧЕНИЕ И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕСУРСОВ ДЛЯ
ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ ЦЕНТРАМИ
РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ И ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ
PROVISION AND USE OF RESOURCES FOR THE PROVISION
OF SOCIAL SERVICES BY CENTERS FOR THE REHABILITATION OF
PERSONS WITH DISABILITIES AND CHILDREN WITH DISABILITIES**

М.Н. Максимова, Д.С. Максимов
Казанский государственный медицинский университет, г. Казань
M.N. Maximova, D.S. Maximov
Kazan State Medical University, Kazan

Проведён анализ обеспечения и использования ресурсов для предоставления социальных услуг центрами реабилитации инвалидов и детей-инвалидов в Республике Татарстан.

The analysis of the provision and use of resources for the provision of social services by the rehabilitation centers for the disabled and disabled children in the Republic of Tatarstan.

Ключевые слова: ресурсы; социальные услуги инвалидам и детям-инвалидам; финансирование центров реабилитации инвалидов и детей-инвалидов; уровень удовлетворенности условиями предоставления услуг; уровень доступности услуг по реабилитации

Keywords: resources; social services for people with disabilities and children with disabilities; funding for rehabilitation centers for people with disabilities and children with disabilities; level of satisfaction with the terms of service; level of accessibility of rehabilitation services

Важным в обеспечении и использовании ресурсов, выделяемых из бюджета для предоставления социальных услуг, для деятельности, республиканских центров реабилитации инвалидов и детей-инвалидов, является оценка, аудит эффективности их использования.

В Республике Татарстан создана сеть государственных реабилитационных учреждений, которая включает в себя 19 реабилитационных центров (13 – реабилитационные центры для детей и подростков с ограниченными возможностями; 6 – центры реабилитации инвалидов и государственное бюджетное учреждение «Республиканский центр социальной реабилитации слепых и слабовидящих»). Учредителем учреждений является Министерство труда, занятости и социальной защиты Республики Татарстан (МТЗ и СЗ РТ).

Центры работают по межрайонному принципу, социальные услуги в них предоставляются в стационарной и полустационарной формах социального обслуживания. Основной целью их деятельности является улучшение условий жизнедеятельности граждан, признанных нуждающимися в социальном обслуживании, и (или) расширении их возможностей самостоятельно обеспечивать свои основные жизненные потребности. Центрами оказываются следующие виды социальных услуг: социально-бытовые, социально-медицинские, социально-психологические, социально-педагогические, социально-трудовые, социально-правовые, а также услуги в целях повышения коммуникативного потенциала граждан, имеющих ограничения жизнедеятельности. Отдельными центрами осуществляется образовательная деятельность на основании лицензий, выданных Министерством образования и науки РТ.

Финансирование центров реабилитации инвалидов осуществляется в рамках государственных заданий, а также выделяются субсидии на иные цели. Деятельность учреждений по выполнению государственного задания финансируется из бюджета РТ. Из бюджета Республики Татарстан на выполнение государственных заданий центрам реабилитации были направлены финансовые средства в сумме: в 2015 г. – 357 380,9 тыс. рублей, в 2016 г. – 363 416,6 тыс. рублей, в 2017 г. – 402 446,6 тыс. рублей, за 9 месяцев 2018 г. – 280 394,5 тыс. рублей. Приведённые данные свидетельствуют о ежегодном увеличении финансирования средств. Кроме финансирования государственного задания центрам реабилитации выделяются субсидии на иные цели. Общий объем субсидий на иные цели за 2015-2017 гг. составил 44 472,5 тыс. руб., за 9 месяцев 2018 г. – 30994 тыс. руб.

Анализ полученных учреждениями средств от приносящей доход деятельности показал, что общая сумма доходов центров реабилитации инвалидов, не связанных с выполнением государственного задания, существенно не изменилась и составила: в 2015 г. – 16 138,1 тыс. руб., в 2016 г. – 16 124,4 тыс. руб., в 2017 г. – 17 819 тыс. руб. или увеличилась по сравнению с 2015 г. на 10,4%.

Источником формирования доходов центров реабилитации являются: средства от оказания платных услуг; средства благотворительной помощи; средства от возмещения арендаторами коммунальных услуг; доход от реализации автотранспорта, металлолома.

Наибольшая доля расходов, полученных от иной приносящей доход деятельности центров, приходится на приобретение основных средств и материальных запасов, выплату заработной платы и прочие расходы.

В 2018 г. (по состоянию на 16 ноября 2018 г.) в реабилитационных учреждениях получили реабилитацию 7 400 детей-инвалидов, 6 431 инвалидов. Следует отметить, что, по данным МТЗ и СЗ РТ на 16 ноября 2018 г., очередность на получение услуг в центрах составила 10 679 человек (7 818 взрослых и 2 861 детей-инвалидов), что объясняется превышением спроса на получение социальных услуг над возможностью их оказания. Наблюдается ежегодное снижение численности граждан, ожидающих оказания реабилитационных услуг.

Результаты социологического опроса показали высокий уровень удовлетворенности условиями предоставления услуг (85%), качеством и перечнем проводимых реабилитационных мероприятий, питанием в центрах (91%), компетентностью персонала (98%).

По результатам аудита, проведенного Счетной палатой РТ, было выявлено следующее. Общий объем выявленных финансовых нарушений составил 25 988,4 тыс. руб. В центрах реабилитации имеются остатки неиспользуемых денежных средств. Так, средства субсидии на выполнение государственного задания в сумме 11 084,1 тыс. руб. не используются более двух лет. Отдельными учреждениями осуществляется авансирование поставщиков товаров и услуг сверх установленных обязательств, что приводит к дебиторской задолженности на длительный срок и неэффективному использованию бюджетных средств. Образование дебиторской задолженности и наличие остатков бюджетных средств, которые в отдельных случаях оказываются отвлечены на срок более одного года, несут риски инфляционных потерь.

В ряде учреждений установлены факты недостаточного обеспечения техническими средствами, необходимыми для оказания услуг по реабилитации граждан. Специализированный транспорт, оборудованный для доставки детей-инвалидов, передвигающихся на креслах-колясках, имеется лишь в пяти из двенадцати учреждений для детей и подростков с ограниченными возможностями (реабилитационных центрах «Здравушка», «Радость», «Возрождение», «Солнышко», «Астра»). При этом в двух центрах данный транспорт готовится к списанию в связи с истекшим сроком эксплуатации.

Территориальное расположение центров снижает уровень доступности услуг по реабилитации (центры реабилитации для детей и подростков с ограниченными возможностями расположены в 8 муниципальных районах РТ и в городах Казань, Набережные Челны, центры реабилитации для взрослых – в четырех муниципальных районах и в г. Казань). В ходе социологического опроса респонденты отметили дефицит отдельных видов специалистов, отсутствие «доступной среды» и необходимого количества помещений, а сотрудники учреждений – низкий уровень заработной платы, наличие устаревшей техники, недостаточность площадей для проведения занятий.

Счетной палатой РТ выявлены факты нарушений норм законодательства о закупках, невостребованности имущества, несоответствия нормативов площади, приходящейся на одного получателя услуг, несоблюдения норм по отдельным видам продуктов питания, недостаточной обеспеченности медицинскими и педагогическими кадрами (в отдельных центрах составляет от 67% до 81%). В учреждениях наблюдается невыполнение показателей по объемам и качеству оказанных услуг. Причинами отклонений фактических значений от плановых являются: неполная укомплектованность организаций специалистами, оказывающими социальные услуги – в связи с отсутствием специалистов необходимой квалификации; переход на новый формат предоставления услуг (изменился пакет документов, предоставляемых инвалидами для обслуживания, в связи с необходимостью предоставления документов о доходах; изменился порядок взимания частичной оплаты за оказанные социальные услуги и увеличилась сумма оплаты для некоторых категорий обслуживаемых, что привело к спаду численности инвалидов, поступающих на обслуживание); снижение посещаемости учреждения в летний период, праздничные дни.

Отмечено, что в процессе реабилитации инвалидов недостаточно активно задействованы учреждения образования, культуры, спорта.

МТЗ и СЗ РТ было предложено разработать план мероприятий, направленных на повышение эффективности использования бюджетных средств, выделенных на обеспечение деятельности организаций, предоставляющих услуги по реабилитации инвалидов и детей и подростков с ограниченными возможностями, а также принять меры по устранению недостатков, выявленных в ходе аудита в целях недопущения нарушений норм законодательства в дальнейшем.

Список литературы

1. Постановление Кабинета Министров Республики Татарстан от 23.12.2013 №1023 «Об утверждении государственной программы «Социальная поддержка граждан Республики Татарстан» на 2014-2021 годы».

2. Постановление Кабинета Министров Республики Татарстан от 31.12.2014 №1100 «Об утверждении Порядка предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания в Республике Татарстан».

3. Постановление Кабинета Министров Республики Татарстан от 31.12.2014 №1101 «Об утверждении Порядка предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг в полустационарной форме социального обслуживания в Республике Татарстан»

РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ С ПРИВЛЕЧЕНИЕМ СООБЩЕСТВА: ВОЗМОЖНА ЛИ В РОССИИ?

COMMUNITY-BASED REHABILITATION OF PEOPLE WITH DISABILITIES: IS IT POSSIBLE IN Russia?

А.Р. Мухаметзянова

Научный центр социально-экономического мониторинга, г. Саранск

A.R. Mukhametzyanova

Scientific Center for Social and Economic Monitoring, Saransk

Раскрывается сущность понятия «реабилитация с активным привлечением сообщества» на разных уровнях изучения общества и прогнозируются перспективы ее развития в России.

The article reveals the essence of the concept of “rehabilitation with the active involvement of the community” at different levels of the study of society and the prospects for its development in Russia are predicted.

Ключевые слова: инвалид, лицо с инвалидностью, интеграция инвалидов в общество, реабилитация инвалидов, реабилитация с активным привлечением сообщества (РАПС)

Keywords: disabled person, person with disability, integration of disabled people into society, rehabilitation disabled persons, Community-Based rehabilitation (CBR)

Возможность развития системы реабилитации в русле концепции реабилитации лиц с инвалидностью с привлечением сообщества обсуждается как перспектива в России примерно последние 15 лет. И активность этих обсуждений то стихает, то вновь запускается на новом витке в новом контексте.

Технологией реализации концепции реабилитации лиц с инвалидностью с привлечением сообщества является подход, согласованный в 1994 г. МОТ, ЮНЕСКО и ВОЗ – «Реабилитация с активным привлечением сообщества для и вместе с людьми с ограниченными возможностями». Реабилитация с активным привлечением сообщества (РАПС) – стратегия в рамках развития сообщества для реабилитации, предоставления равных возможностей и социальной интеграции для всех людей с ограниченными возможностями. РАПС реализуется через совместные усилия самих инвалидов, их семей и сообществ, а также соответствующих организаций, предоставляющих услуги в сфере здравоохранения, образования, трудоустройства и социальной защиты [1].

Стратегия РАПС подразумевает активное участие в реабилитации инвалидов всех трех секторов общества. А в России, по сути, сталкивается с процессом становления и развития идеи гражданского общества, ведь именно от степени его развитости и зависит сознательная инициатива социума «снизу» для содействия инвалидам и их семьям в эффективной социальной реабилитации. Развитие институтов гражданского общества характеризуется развитостью общественных объединений, прежде всего, в сфере реализации услуг по реабилитации – социально ориентированных некоммерческих организаций (СОНКО), играющих роль посредника в диалоге между гражданином и государством.

Чтобы многосекторный подход к РАПС был успешно приведен в действие, необходимо укреплять потенциал правительственных и неправительственных служб. Такие изменения и связанные с ними мероприятия должны быть четко скоординированы с целью оптимального использования ресурсов (часто ограниченных).

Данные экспертного опроса, проведенного в Республике Мордовия в феврале 2015 г., свидетельствуют, что общественные объединения до сих пор играют не столь важную роль, как хотелось бы: более половины экспертов (53 %) убеждены, что взаимодействие общественных организаций с органами государственной власти разных уровней характеризуется как эпизодическое, и только примерно треть экспертов (32 %) считают, что происходит взаимовыгодное сотрудничество [2].

Основная концепция, характерная для многосекторного подхода к РАПС, – децентрализация ответственности и ресурсов (человеческих и финансовых), передача их на уровень сообщества и общественных организаций. Но как известно, при таком масштабе территории и разнообразии климатических условий полная децентрализация ресурсов невозможна, иначе различие в обеспечении отдельных регионов будет еще больше, чем в настоящее время, и процесс реабилитации инвалидов в этих регионах будет еще затруднительнее.

Общие федеральные стандарты играют, хотя бы частично, роль нивелирования разницы в обеспечении услуг по реабилитации по регионам.

Даже при отсутствии достаточной степени децентрализации ресурсов в России в регионах при осуществлении стратегии РАПС правительственные и неправительственные организации, предоставляющие институциональные и более масштабные услуги по реабилитации, должны поддерживать инициативы сообщества и организаций, какими бы они ни были. Многосекторный подход к РАПС обеспечивает интеграцию усилий всех правительственных и неправительственных служб и организаций, предоставляющие услуги населению.

Другим фактором успеха многосекторного подхода к РАПС должно быть предоставление сообществам возможностей для того, чтобы они отвечали за получение всеми членами сообщества, включая инвалидов, равного доступа к имеющимся в сообществе ресурсам, а также за полноценное участие всех членов сообщества в социальной, экономической и политической жизни.

Тема равных возможностей для инвалидов «звучит» с 1990-х гг., но чаще на полемическом, чем на практическом уровне. Отечественные авторы развивают разные подходы к повышению доступности услуг для инвалидов (выравниванию возможностей доступа к услугам). Связаны они с тем, что имеется определенная полемика, в каком же пространстве, каких условиях легче обеспечить выравнивание доступа к услугам для инвалидов — городском или сельском?

Э.К. Наберушкина, развивая концепцию мобильного гражданства инвалидов, придерживается мнения о позитивном влиянии структуры городского пространства на деятельность и консолидированность социума [3].

А.Н. Алтухова изучала, как опыт проживания в специальных сельских поселениях людей с интеллектуальной инвалидностью повлиял на их возможность проживания вне стен психоневрологических интернатов (сопровождаемого проживания), которое, с одной стороны, изначально обеспечило им такую возможность, с другой — не могло дать столько возможностей, сколько дает проживание в городе. Местный социум оказался не готов к восприятию людей с интеллектуальной инвалидностью как равных, а им самим не хватило тех возможностей, которые предоставляло проживание в деревне, и им все равно хотелось переехать в город [4].

Трудности и перспективы развития РАПС в России представляются следующими. С одной стороны, концепция РАПС близка по духу русской ментальности, одна из ее черт — участливость, когда во всех вопросах жизни любого члена социума, в том числе с инвалидностью, принимает участие местное сообщество, начиная от уровня семьи и до уровня “третьего сектора”,

помогающего власти принимать решения на уровне региона. С другой стороны, со времени разрушения церковно-приходских общин, когда практически все вопросы жизни человека контролировались на уровне общины, в России еще повсеместно не сформировался достаточно эффективный механизм общественного участия. В отдельных регионах есть очень сильные СОНКО, способные влиять на решения органов власти в отношении социально уязвимых групп, в других — их просто нет. Как общий механизм самоорганизации социума в целях полной интеграции лиц с инвалидностью в социум он только формируется, опираясь на новые возможности в связи с изменением законодательной базы, цифровизацией многих сторон жизни, повышением роли информационных каналов, влияющих на решения местных органов власти в отношении качества жизни лиц с инвалидностью.

Перспективы РАПС видятся в дальнейшем развитии зачатков гражданского общества в России. Ментальные изменения в самоорганизации социума не могут происходить быстро, т.к. связаны со сменой ценностных установок в отношении инвалидов, а для этого необходима, возможно смена не одного поколения. Ведь если несколько столетий подряд было принято считать инвалидов пассивными членами социума, которые нуждаются в помощи и полной опеке, позднее было принято “прятать” их от “нормальной” части общества в “закрытых” стационарных учреждениях, предопределяя их путь на всю жизнь, и единичные нетипичные истории жизни инвалидов, только подтверждали общее правило, то и в сознании людей, которые никогда не встречались с проблемами инвалидов, семей с инвалидами, это не возможно быстро изменить законодательными документами, властными решениями, красивыми названиями новых технологий и даже инновационными средствами реабилитации. Ведь если инвалидов не воспринимают равными и не ожидают “видеть” включенными в привычные социальные отношения, то все имеющиеся новые возможности реабилитации инвалидов не будут востребованы ни самими инвалидами, ни обществом.

Список литературы

1. «Реабилитация с активным привлечением сообщества для и вместе с людьми с ограниченными возможностями», 1994. Документ, выражающий совместную позицию МОТ, ЮНЕСКО и ВОЗ. [Электронный ресурс]. Режим доступа: www.who.int/disabilities/cbr/activities/ru/.
2. Развитие гражданского общества в Республике Мордовия в 2013-2014 гг.: аналит. докл./ отв. ред. В.А. Юрченков; Общественная палата Республики Мордовия. Саранск, 2015. 234 с.

3. Наберушкина Э.К. Инвалиды в большом городе: проблемы социального гражданства [Текст]: монография / Эльмира Наберушкина; Центр социальной политики и гендерных исследований. Москва: Аграф, 2012. 342 с.

4. Алтухова А.Н. Идиллия дома в деревне: сельские поселения для людей с интеллектуальной инвалидностью // Обратная сторона Луны, или что мы не знаем об инвалидности: теория, репрезентации, практики: сб. статей / отв. ред. А.С. Курленкова, Е.Э. Носенко-Штейн. М.: ООО «Издательство МБА», 2018. С. 323-354.

**НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ИЗГОТОВЛЕНИИ ОТРЕЗОВ ДЛЯ
ИММОБИЛИЗАЦИИ КОНЕЧНОСТЕЙ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ
NEW TECHNOLOGIES IN MAKING OF IMMOBILIZATORS
FOR THE LIMITING MOBILITY OF EXTREMITIES
IN THE PROCESS OF REHABILITATION**

Д.И. Подолян

*Приволжский исследовательский медицинский университет,
г. Нижний Новгород*

D.I. Podolyan

*Privolzhskiy Research Medical University,
Nizhny Novgorod*

Даётся обзор инноваций в области ортезирования конечностей. В частности, рассматривается опыт наших соотечественников и зарубежных коллег из США и Германии в изготовлении различных систем ортезов из термопластичных материалов, в том числе с использованием 3D-принтера.

This article is dedicated to review of innovations in the limb immobilization. Particularly, we are considering the experience of our scientists and colleagues from the U.S.A. and Germany in making various systems of immobilizers from thermoplastic materials, including using a 3D-printer.

Ключевые слова: организация здравоохранения, права пациента, реабилитация, травматология, ортопедия, ортезы

Keywords: healthcare organization, patient's rights, rehabilitation, traumatology, orthopedics, immobilizers

В современной медицине, а конкретно, в травматологии и ортопедии последние несколько десятилетий врачи продолжают развивать и совершенствовать свои навыки в области погружного металлоостеосинтеза. Но несмотря на это, всё ещё актуальной остаётся наружная фиксация конечностей в ходе реабилитации пациентов. Ортезы представляют собой приспособления, которые применяют для разгрузки, фиксации, активизации функций, коррекции и косметики при патологиях конечностей и туловища. Основной проблемой, с

которой сталкиваются доктора при длительной жёсткой иммобилизации конечности больных, является нарушение кровообращения, гипотрофия мышц, сниженная подвижность суставов в повреждённой части тела, что в свою очередь приводит к увеличению срока реабилитации пациента в несколько раз. Но при этом раннее снятие жёстких повязок (например, гипсовых) определяет несращение кости и может вызвать появление ложных суставов [1].

В отечественной медицине использовалась и используется по сей день гипсовая повязка, но она как раз в сравнении с современными полимерными иммобилизаторами имеет ряд недостатков. Она тяжелая, гигроскопичная, хорошо проводит тепло и холод, из-за чего может вызвать неприятные ощущения у больного. Помимо всего этого она со временем начинает крошиться по кромке и окружности. Но всё же главным недостатком является полная обездвиженность конечности [2]. Современные ортезы из полимерных материалов как раз позволяют избежать развития осложнений, связанных с длительной полной иммобилизацией конечности.

В наши дни стали интенсивно развиваться технологии и производство полимерных композиционных материалов (ПКМ) [3]. Область их использования поражает — это оборонная, космическая и авиационная промышленность. ПКМ имеют уникальные свойства в сравнении с традиционными материалами. При удельной объемной массе (плотности), сопоставимой с полимерами, ПКМ могут иметь механические характеристики, сравнимые с металлами, а по пределу прочности и превышающие их, поэтому при изготовлении изделий из ПКМ можно управлять их механическими, структурными и геометрическими показателями, чтобы добиться долговечности изделия и требуемых свойств.

В современной ортопедии используются изделия из препрегов ПКМ. Препрег – это полуфабрикат, предварительно пропитанный термореактивным связующим, который упрочняет материалы различной структуры и применяется в изготовлении изделий из армированных полимерных композиционных материалов [3]. В России технология изготовления ортезов из препрегов развивается с 2010 г., что в наши дни позволяет использовать фиксационно-разгружающие ортезы нового поколения (тутора и ортопедические аппараты). Сейчас данные системы для иммобилизации приобрели более высокие прочностные, пластические качества, а также снизили свои весовые показатели, в связи с чем они получили новое название – блок-ортезы [3]. Они одновременно устраняют образование ложных переломов на местах сращения костей, обеспечивают чёткую консолидацию дефектов трубчатых костей и суставов и восстанавливают локомоторную функцию конечности. Сама конструкция выполняется на гипсовом позитиве без

применения металлических шин, главной особенностью которой является вариация толщины нитей, а также количества слоёв и придания формы препрегов для противостояния иммобилизатором динамических нагрузок. Они, как правило, возникают при шаговом движении человека. Такую систему называют «динамической пружиной» [3]. Она, помимо удержания стопы в правильном положении, обеспечивает регулируемое движение стопы в голеностопном суставе.

На протяжении нескольких лет в Москве в Московском государственном медико-стоматологическом университете им. А.И. Евдокимова ведутся испытания по созданию экспресс-ортезов из полимерных бинтов Alfacast (патент РФ №2252737, приоритет от 12.09.2003 г.) [1]. Их преимущество заключается в том, что во время наложения этой повязки, пропитанной клеевым составом, между её слоями можно монтировать шарниры, что позволяет обеспечить раннюю активизацию пациентов во время реабилитационного периода. Другими преимуществами данного материала являются: высокая прочность, лёгкость, технологичность, повышенная влагостойкость и влагопроницаемость, отличная воздухопроницаемость, незначительная рентгеноконтрастность. Во время лечения можно модифицировать повязку в зависимости от надобности.

Помимо всех вышеперечисленных материалов и принципов изготовления иммобилизаторов в современном мире стали использовать продукты, напечатанные на 3D-принтерах [4; 5]. С помощью этой технологии мы получаем ортез, который создан конкретно для определённого пациента со своими особенностями. Такие изделия изготавливаются из полиамидного материала, армированного стекловолокном [4], и, если предыдущие конструкции, о которых шла речь, нужно было подвергать воздействию воды с осторожностью из-за наличия гипсовых профилей или тканого подкладочного материала, то с данным ортезом можно спокойно принимать душ. Чтобы создать отдельную модель, травмированная конечность человека сканируется. Иммобилизатор плотно облегает конечность, но минимально ограничивает движение – фиксация лишь там, где это необходимо. Также обеспечивается аэрация конечности благодаря сетчатой конструкции изделия и гигиеничность.

Значителен также при изучении вопроса об ортезировании вклад наших коллег из США. Они создали роботизированный ортез для нижней конечности AlterG Bionic Leg, который активируется при движении самого пациента. Данный вид иммобилизаторов способствует улучшению устойчивости при ходьбе, а также увеличению двигательной активности больного в процессе реабилитации [6].

В Германии сейчас производят ортезы для верхней конечности 5065N Omo Neurexa, которые благодаря системе застёжек плотно облегают плечелопаточную зону и предплечье [7]. Силиконовый аппликатор на плечо и предплечье даёт возможность локального массажа, а терморегулирующий материал препятствует резкой реакции на перепады температуры во внешней среде, что существенно облегчает ношение иммобилизатора.

Благодаря развитию технологий в области ортопедии и травматологии в России гипсовые повязки в течение нескольких лет должны практически полностью подвергнуться замене на более современные и удобные аналоги для облегчения реабилитации пациентов с повреждениями конечностей, но основная проблема заключается в том, что цена на эти ортезы и полимерные материалы будет существенно выше. В нашей стране данные системы для помощи пациентам, к сожалению, до сих пор не входят в «Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования», который прописан в Постановлении Правительства РФ от 8 декабря 2017 г. № 1492 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 г. и на плановый период 2019 и 2020 гг.» [8]. На наш взгляд, следует непременно внести данный вид медицинской помощи населению в перечень, так как это существенно ускорит период реабилитации больных от перенесённых травм конечностей, а также обеспечит их частичную дееспособность.

Список литературы

1. Никитин С.Е., Ярыгин Н.В., Светлаков А.В., Говоров М.В., Чемянов И.Г. Импортозамещающие современные технологии для иммобилизации. Перспективы применения в травматологии и ортопедии // Современная медицина. 2019. № 2 (14). С. 36-40.
2. Уход за гипсовой повязкой. [Электронный ресурс]. URL: <http://mag.space.ru/blog/health/195144.html> (дата обращения: 27.08.19).
3. Прогрессивные решения при создании нового поколения опорных ортезов. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.senikitin.ru/newest/> (дата обращения: 27.08.19).
4. 3D-ортез – революционное слово в ортопедии. [Электронный ресурс]. URL: <https://novate.ru/blogs/110714/26949/> (дата обращения: 27.08.19).
5. Уникальные 3D-ортезы. [Электронный ресурс]. URL: <https://make-3d.ru/news/unikalnye-ortezy/> (дата обращения: 27.08.19).
6. Нога-робот AlterG Bionic Leg. [Электронный ресурс]. URL: http://www.beka.ru/ru/katalog/vosstanovlenie-navykov-khodby_/alterg-bionic-leg/ (дата обращения: 27.08.19).
7. Новые ортезы Ottobock. [Электронный ресурс]. URL: https://www.med-magazin.ru/news/novye_ortezy_ottobock/ (дата обращения: 27.08.19).

8. Постановление Правительства РФ от 8 декабря 2017 г. № 1492 “О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов”. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71729300/> (дата обращения: 27.08.19).

9. Ортезы нового поколения. [Электронный ресурс]. URL: <https://westmedgroup.ru/ortezy-novogo-pokoleniya> (дата обращения: 27.08.19).

10. Применение современных технологий с целью совершенствования наружной иммобилизации. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.senikitin.ru/literature/immobilise-new-tech.html> (дата обращения: 27.08.19).

**ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ:
ТЕЛЕМЕТРИЯ, ИНТЕРНЕТ-ТЕХНОЛОГИИ, ТЕХНОЛОГИИ
ВИРТУАЛЬНОЙ РЕАЛЬНОСТИ***

**PSYCHOPHYSIOLOGICAL ASPECTS OF REHABILITATION:
TELEMETRY, INTERNET TECHNOLOGY, VIRTUAL REALITY
TECHNOLOGY**

С.А. Полевая

Приволжский исследовательский медицинский университет,

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И.Лобачевского

С.Б. Парин

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И.Лобачевского

М.Г. Воловик

Приволжский исследовательский медицинский университет

М.М. Циркова

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И.Лобачевского

S.A. Polevaya

Privolzhsky Research Medical University,

Lobachevsky University

S.B. Parin

Lobachevsky University

M.G. Wolowick

Privolzhsky Research Medical University

M.M. Tsirkova

Lobachevsky University

Представлены уникальные возможности телеметрии и компьютерных технологий для контролируемой оптимизации диагностико-реабилитационного процесса. Благодаря достижениям цифровой психофизиологии может быть

* Работа выполнена при поддержке грантов РФФИ №.18-013-01225, 18-413-520006, 19-013-00095.

создана принципиально новая инфраструктура для непрерывного мониторинга и персонализированного управления реабилитационным процессом не только в клинике, но и в условиях повседневной жизни.

The work presents the unique capabilities of telemetry and computer technology for the controlled optimization of the diagnostic and rehabilitation process. Thanks to the achievements of digital psychophysiology, a fundamentally new infrastructure can be created for continuous monitoring and personalized management of the rehabilitation process not only in the clinic, but also in everyday life.

Ключевые слова: мониторинг, диагностика, информационно-телекоммуникационные технологии, когнитивные функции, телеметрия, технологии виртуальной реальности

Keywords: monitoring, diagnostics, information and telecommunication technologies, cognitive functions, telemetry, virtual reality technologies

Современные информационно-телекоммуникационные технологии являются источником мощных ресурсов для преодоления рисков и ограничений на всех этапах реабилитации функциональных систем. Благодаря телеметрии, Интернет-технологиям и технологиям виртуальной реальности обеспечивается объективизация диагностики и повышение эффективности коррекции функций «тела», «разума» и «мозга» не только в клинике, но и в условиях повседневной жизни. Уникальные решения для высокотехнологичной реабилитации найдены в рамках конвергенции естественнонаучных и гуманитарных компетенций на базе лаборатории «Цифровой психофизиологии» ЦИР ННГУ.

Событийно-связанная телеметрия ритма сердца для дистанционного мониторинга функционального состояния и картирования стрессов

Автоматизированная экспертная система принципиально нового типа – событийно-связанная телеметрия (cogni-nn.ru) обладает аппаратными, алгоритмическими и программными Интернет-ресурсами для обнаружения ранних биомаркеров экстремальных состояний и нарушения когнитивных функций человека в режиме реального времени, без ограничений подвижности, без привлечения внимания человека – источника сигналов – к процессу измерения [1].

Технология удовлетворяет следующим требованиям: безопасность и удобство для использования в обычной повседневной жизнедеятельности человека; мобильность, то есть отсутствие ограничений в подвижности и удаленности источника сигнала от блока приема сигнала; максимально низкое энергопотребление датчиков; устойчивость к внешним помехам; детектирование и прогноз опасных состояний в режиме реального времени. Сенсорный модуль технологии реализован на основе беспроводных сенсорных сетей.

Виртуальный модуль технологии – интернет-приложение StressMonitor обеспечивает визуализацию физиологических данных. Экспертный модуль поддерживает детектирование экстремальных изменений сердечного ритма и картирование стресс-эпизодов. Таким образом, организован сенсорный канал для дистанционного непрерывного контроля состояния сердечнососудистой системы, эмоционального статуса и двигательной активности человека-носителя датчиков. Автоматически детектируются стресс-эпизоды и определяется место, время и стрессогенные события. Детектирование стресса основано на положениях трехкомпонентной теории нейрохимических механизмов стресса [2].

Интернет-технологии для цифрового отображения когнитивных функций

Традиционная диагностика когнитивных функций имеет низкую эффективность из-за полного отсутствия методологии и инструментария для объективизации. Нейропсихологические методики утратили диагностическую значимость, но очень эффективны для восстановления коммуникативных функций. Существующие в настоящее время локальные и Интернет-ориентированные программные инструменты для диагностики и реабилитации (Lumosity.com, Cognifit.com, Wikium.ru, platform.apway.ru и др.) успешно обеспечивают измерение и тренировки восприятия, памяти, внимания, быстродействия, гибкости по отношению к визуальным объектам в разнообразных событийных контекстах. В большинстве компьютерных диагностико-реабилитационных тренажеров тесты реализованы в форме увлекательных компьютерных игр. Игровой и спортивный азарт мотивирует к продолжительным занятиям на когнитивных тренажерах. Однако каждая игра актуализирует множество когнитивных процессов, затрудняя дифференциальную диагностику и коррекцию поврежденного когнитивного модуля.

Для точного картирования и направленной оптимизации когнитивных модулей предназначена Интернет-ориентированная компьютерная технология (platform.apway.ru), разработанная в Приволжском исследовательском медицинском университете (Н. Новгород). Она обеспечивает возможность для цифрового картирования когнитивных функций в широком пространстве признаков и предоставляет удобный интерфейс для конструирования оригинальных пользовательских тестов [3]. К настоящему времени на платформе размещено 350 тестов для актуализации отдельных когнитивных модулей, что обеспечивает построение персональных цифровых карт и формирование индивидуальных программ когнитивных тренировок. Новые принципы формализованного описания индивидуальных когнитивных систем могут привести к пересмотру классификации когнитивных нарушений и

созданию принципиально новых моделей когнитивной диагностики и реабилитации.

Технологии виртуальной реальности для восстановления моторных и когнитивных функций

Виртуальная реальность (VR) – это генерированное с помощью анимационных компьютерных программ и отображаемое на экране окружающее пространство, максимально приближённое к действительному. Погруженный в виртуальную среду пациент может участвовать в виртуальных событиях: перемещаться, манипулировать с виртуальными предметами и даже наблюдать свои действия со стороны.

VR используют в промышленности и дизайне, архитектуре и туризме, маркетинге и рекламе, спорте и военном деле, образовании и медицине. С помощью VR в настоящее время лечат (или пытаются лечить) некоторые формы эпилепсии, различные фобии и тревожные расстройства, депрессии, посттравматическое стрессовое расстройство, бессонницу, болевые синдромы (в частности, при ожоговых поражениях), зуд, аутизм, болезни Паркинсона и Альцгеймера, рассеянный склероз и многое другое.

VR с самого начала зарекомендовала себя как эффективный метод нейрореабилитации, основанный на фундаментальных механизмах физиологии движения, установленных классиками отечественной физиологии Н.А. Бернштейном и П.К. Анохиным. Изменяя двигательное задание, мы можем влиять на отдельные параметры движения и ход его выполнения в целом, добиваясь необходимого двигательного ответа и тем самым тренируя недостающие координационные компоненты у больных.

Использование мультисенсорной тренировки в виртуальной среде для физической реабилитации было предложено в 1982 г. австралийскими физиотерапевтами J. Carr и R.A. Shepherd. В основе метода физической реабилитации лежит активное переобучение больного двигательным функциям взамен утраченных в результате неврологических нарушений. Этот метод начали применять и в российской нейрореабилитации.

Основные положения теории активного переобучения следующие:

- тренировка больного в среде, максимально приближённой к реальной;
- больной должен получать объективную информацию о ходе и качестве выполнения задания, то есть иметь обратную связь для осознанной корректировки выполнения двигательных актов;
- больной должен быть заинтересован в результате реабилитации и активно вовлечен в процесс.

Мировой опыт применения виртуальных технологий в комплексе реабилитационных мероприятий доказал возможность повышения эффективности восстановительного лечения и сокращения его сроков.

Заключение

Телеметрия, Интернет-технологии, технологии виртуальной реальности открывают новые возможности для объективизации и контролируемой оптимизации диагностико-реабилитационном процесса. Благодаря достижениям цифровой психофизиологии может быть создана принципиально новая инфраструктура для непрерывного мониторинга и персонализированного управления реабилитационным процессом не только в клинике, но и в условиях повседневной жизни.

Список литературы

1. Poleyaya S.A., Eremin E.V., Bulanov N.A., Bakhchina A.V., Kovalchuk A.V., Parin S.B. Event-related telemetry of heart rhythm for personalized remote monitoring of cognitive functions and stress under conditions of everyday activity // *Sovremennye tehnologii v medicine* 2019; 11(1): 109–115, <https://doi.org/10.17691/stm2019.11.1.13>.
2. Parin S.B., Vetyugov V.V., Bakhchina A.V., Poleyaya S.A. The Role of the Endogenous Opioid System in the Control of Heart Rate Variability Under Cognitive Loads of Various Levels // *Sovremennye tehnologii v medicine* 2014; 6(4): 116–126., <http://stm-journal.ru/ru/numbers/2014/4>.
3. Tikhomirov G.V., Konstantinova I.O., Cirkova M.M., Bulanov N.A., Grigoryeva V.N. Visual object agnosia in brain lesions (review) // *Sovremennye tehnologii v medicine* 2019; 11(1): 46–53, <https://doi.org/10.17691/stm2019.11.1.05>.

САМОРЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ ВЫСОКОЙ АМПУТАЦИИ SELF-REHABILITATION AFTER HIGH AMPUTATION

Н.Г. Степанов

*Отделение гнойной хирургии Городской клинической больницы №5,
г. Нижний Новгород*

N.G. Stepanov

*Department of purulent surgery of City Clinical Hospital №5,
Nizhny Novgorod*

После высокой ампутации на уровне голени и бедра перед пациентом возникает ряд социальных проблем. Системы реабилитации для них нет. Полученные по телефону данные от пациентов и их родственников, их анализ позволили нам представить конкретные рекомендации и предложения, которые улучшат качество жизни пациентов после высокой ампутации.

After a high amputation at the lower leg and hip level, the patient faces a number of social problems. There is no rehabilitation system for them. The data received over the phone from patients and their relatives, and the analysis of these data, have allowed us to present concrete recommendations and suggestions that will improve the quality of life of patients after a high amputation.

Ключевые слова: высокая ампутация, постампутационный период, медицинская реабилитация, медикаментозная терапия, протезирование, продолжительность жизни после ампутации, двигательная активность, фантомные боли

Keywords: high amputation, postamputation period, medical rehabilitation, drug therapy, prosthetics, life expectancy after amputation, motor activity, phantom pain

За десятилетний период из 301 больного (средний возраст 64 года), которым выполнена ампутация голени и бедра, 58 скончалось в больнице и 243 были выписаны. Главная причина высоких ампутаций – атеросклероз периферических артерий и хирургические осложнения сахарного диабета. Мы изучили отдаленные результаты высоких ампутаций. Получить информацию удалось от 116 пациентов (48%). У родственников 17 умерших после выписки удалось получить сведения только о факте смерти, другой интересующей нас информации мы не получили. Нас интересовали следующие показатели: продолжительность жизни после ампутации, форма культы, возможность установить искусственную ногу, двигательная активность, выполнение элементарных физических нагрузок, проведение профилактических медикаментозных мероприятий, наличие фантомных болей, нуждаемость в психологической помощи.

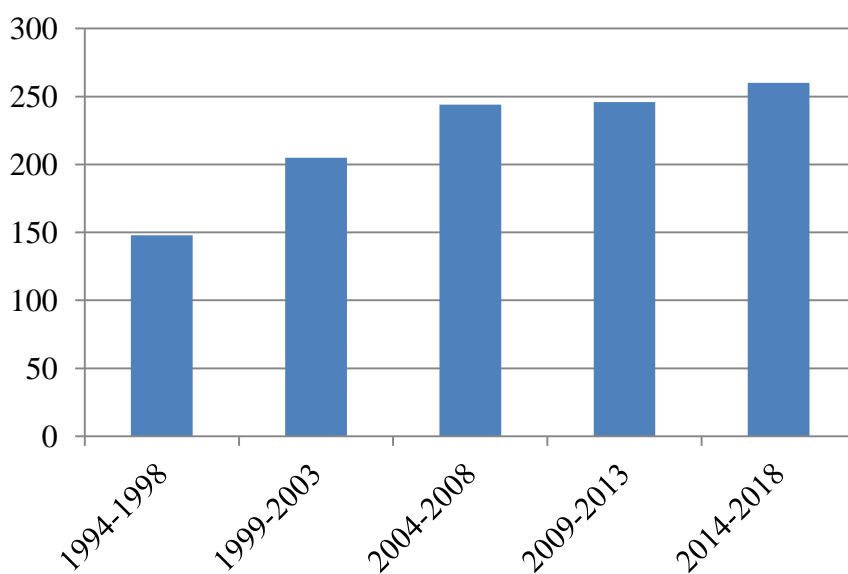


Рис. 1. Динамика высоких ампутаций за пять пятилеток

Стратегия ампутационной хирургии:

1. Обосновать показания к ампутации;
2. Определить уровень ампутации;
3. Техника исполнения ампутации;
4. Рациональное послеоперационное ведение;
5. Реабилитация.

Результаты и их обсуждение. Среди 57 умерших в постампутационном периоде продолжительность жизни колебалась от нескольких дней до 9 лет, в среднем составила 25 месяцев. Причины смерти – прогрессирование атеросклероза и усугубление СД и их осложнений – острый коронарный синдром, острое нарушение мозгового кровообращения, прогрессирование почечной недостаточности. Причем 25% пациентов скончались в течение полугода после выписки. Столь быстрая смерть в ближайшем постампутационном периоде обусловлена исходным тяжелым состоянием больных, с другой стороны, в домашних условиях оказать комплексную медико-социальную помощь родственники не могут или не имеют возможности, или то и другое. Как правило, у больных имеет место не одна патология, а сочетанная тяжелая терапевтическая патология. Необходим период адаптации в новых физических условиях под контролем и с непосредственным участием кардиолога, эндокринолога, физиотерапевта. Форма культы у большинства пациентов была удовлетворительной и исправления – реампутации не потребовалось. 34% пациентов после ампутации были неподвижны, 15% передвигались на костылях, 31% – на коляске, 19% – на протезах.

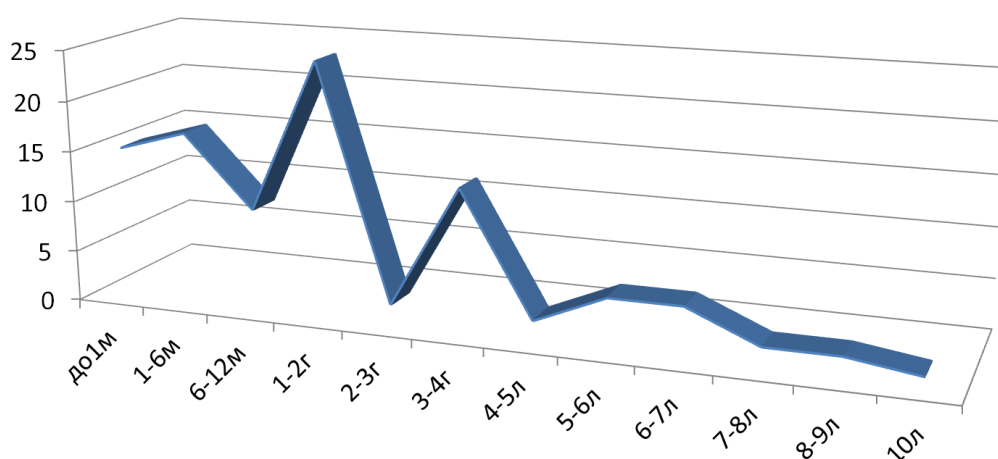


Рис. 2. Продолжительность жизни после большой ампутации

Протезирование возможно при определенных условиях: подготовленная культя, определенные физические возможности ампутанта (он должен научиться ходить на костылях, иметь силу в руках и контралатеральной нижней конечности, правильно дозировать физическую нагрузку). Российское протезное производство на фоне европейского стандарта выглядит неуклюже, существовать без импортных материалов не может и не отвечает современным потребностям ампутантов – неповоротливое, тяжелое, непластичное, не красивое, малопривлекательное. Немецкий протез может стоить несколько миллионов.



Рис. 3. Российские и немецкие протезы

Двигательная активность ампутанта ограничена отсутствием приспособлений в квартире, ванной комнате, на кухне (проемы дверей, отсутствие поручней, расположение розеток), что требует изменения интерьера квартир. Малоподвижность ампутантов усугубляет функции систем жизнеобеспечения и, в первую очередь, – сердца и легких. Нагрузка на вторую ногу, вертикализация должны быть дозированными во времени. В противном случае – возможность острой сердечной недостаточности многократно возрастает.

Фантомные боли имели место у каждого третьего пациента. Снятие болевого синдрома, фантомных болей – это важнейшая задача в постампутационном периоде, дабы не провоцировать суицидальных мыслей. Ампутанты сталкиваются с проблемой получения сильных обезболивающих препаратов.

Комплексную профилактическую медикаментозную терапию применяли 25% больных. Задача терапии – замедлить прогрессирование сердечно-сосудистой недостаточности, замедлить шлакообразование в артериях, помочь второй ноге сохранить достаточный кровоток. 75% больных после ампутации не получают лечения из-за их бедности. Профилактическая терапия, которая необходима ампутанту для сохранения целостности сосудистого русла, дорогая.

Таблица 13

Вариант схемы назначений при лечении больного облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей, стадия 2б–3а

Препарат	Месяц	Янв	Фев	Март	Апр	Май	Июнь	Июль	Авг	Сент	Окт	Нояб	Дек
Кардиомагнил 75 мг 1 р./д.		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Трентал 400 мг 1 т 2–3 р./д.		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Курантил 75 мг 3 р./д.		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Зокор 10 мг на ночь		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Танакан 40 мг 3 р./д.		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Омега-3, 1 капс. (800 мг) 1 р./д.		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Солкосерил 2 амп. по 2 мл, в/м, 1 р./д. (25 амп.)		■											
Сулодексид 1 амп. в/м, 1 р./д. (№ 10 амп.)												■	

Альтернативой виртуальной государственной системе реабилитации является коммерческая, частная, притом в полном объеме. Нам не удалось ни одного ампутанта направить в частное заведение из-за финансовых ограничений, невозможности оплатить услуги.

Выводы:

1. Система реабилитации инвалидов-ампутантов в России отсутствует, поэтому правильно говорить о процессе самореабилитации;

2. Жизнь после ампутации короткая, в среднем немногим более двух лет (25 месяцев);

1. Активный образ жизни вели 59% пациентов, 41% – не могли заниматься минимальным физическим трудом из-за тяжести состояния, находились в постели, инвалидной коляске;

2. Фантомные боли наблюдаются у 31% больных, больные нуждаются в сильных анальгетических препаратах;

3. Следили за своим здоровьем и проводили медикаментозное лечение в рекомендуемом объеме только каждый четвертый пациент;

4. Качество жизни инвалида-ампутанта по изученным показателям нельзя признать удовлетворительным;

5. Улучшить и продлить жизнь ампутантов возможно путем реабилитации в стационарных условиях, непосредственно при выписке пациента из больницы;

6. Большинство инвалидов-ампутантов не нуждается в психологической помощи, им необходима духовная помощь, так как с ампутацией одновременно уходит и часть души.

ЗДОРОВЬЕ КАК РЕСУРС: V. 2.0

Материалы международной
научно-практической конференции

г. Нижний Новгород, 26–27 сентября 2019 г.

Составитель и научный редактор: З.Х. Саралиева

Компьютерная верстка: Д.Е. Ивашечкина, Е.С. Рябинская

Подписано в печать

Формат 60×84/16 Усл. печ. л. 53,7. Зак. № 738. Тираж 500 экз.

Издательство НИСОЦ

г. Н. Новгород, Казанское ш., д.10/1, к.6

Отпечатано в типографии

Нижегородского государственного университета им. Н.И. Лобачевского

г. Н. Новгород, ул. Б. Покровская, д. 37