

Правительство Ярославской области  
Управление по социальной и демографической политике  
Правительства Ярославской области  
Департамент здравоохранения и фармации Ярославской области  
Ярославская государственная медицинская академия  
Департамент образования Ярославской области

## **Здоровье детей – здоровье страны**

Материалы  
межрегиональной научно-практической конференции  
19 мая 2011 года

г. Ярославль  
2011

УДК 613.6.01+616-058

ББК 51.28

Под общей редакцией Н.Л. Черной, д.м.н., проф., зав. кафедрой поликлинической педиатрии ГОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия», главного педиатра департамента здравоохранения и фармации Ярославской области.

Технический редактор – И.В. Иванова, к.б.н., ассистент кафедры поликлинической педиатрии ГОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия».

**Здоровье детей – здоровье страны:** Материалы межрегиональной научно-практической конференции. Ярославль: Издательство «Аверс Плюс», 2011. 130 с.

В сборник включены материалы межрегиональной научно-практической конференции «Здоровье детей – здоровье страны», посвященной наиболее актуальным вопросам формирования здоровья детей, реализации региональной семейной политики, совершенствования организации медицинской помощи детям, сохранения и укрепления здоровья участников образовательного процесса, межведомственного взаимодействия в охране здоровья детей, формирования здорового образа жизни, медико-психологической и социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья.

Материалы конференции адресованы специалистам в области управления образованием и здравоохранением, медицинским работникам, педагогам, психологам, социальным работникам.

## СОДЕРЖАНИЕ

### **Часть 1. РЕАЛИЗАЦИЯ СЕМЕЙНОЙ И ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ**

|   |    |
|---|----|
| <b>Башмашникова М.В.</b><br>РЕАЛИЗАЦИИ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ И СЕМЕЙНОЙ ПОЛИТИКИ В ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ .....  | 8  |
| <b>Каграманян И.Н.</b><br>ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НОВЫХ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ФОРМ РАБОТЫ В РАННЕМ ВЫЯВЛЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ .....               | 16 |
| <b>Кучма В.Р., Скоблина Н.А., Бокарева Н.А., Милушкина О.Ю.</b><br>ДИНАМИКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ МОСКОВСКИХ ШКОЛЬНИКОВ .....                        | 19 |
| <b>Шпынова С.Ю., Миронова А.А.</b><br>АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2008-2010 ГОДЫ .....                          | 22 |
| <b>Соболева Т.В., Лебедева Л.А., Мельникова Т.В.</b><br>ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ В РАМКАХ ДЕТСКОЙ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ КАМПАНИИ В ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ .... | 25 |

### **Часть 2. СОХРАНЕНИЕ И УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ УЧАСТНИКОВ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА**

|   |    |
|---|----|
| <b>Груздев М.В.</b><br>О РАЗВИТИИ ПРАКТИКИ СОХРАНЕНИЯ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ В РЕГИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЕ ОБРАЗОВАНИЯ .....                              | 28 |
| <b>Видовская Л.Э.</b><br>ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ГОТОВНОСТЬ К ШКОЛЕ – ЧТО ЭТО ТАКОЕ? .....  | 34 |
| <b>Дувакина О.В., Дойкова С.В.</b><br>ПРОГРАММА КОРРЕКЦИИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА «ПУТЕШЕСТВИЕ В МИР ЭМОЦИЙ» .....        | 37 |
| <b>Дудакова Д.Н., Дувакина О.В.</b><br>ТРЕНИНГОВЫЕ ЗАНЯТИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ЭКЗАМЕНАЦИОННОГО СТРЕССА У ВЫПУСКНИКОВ ШКОЛ «ЭКЗАМЕНЫ... УСТАНОВКА НА УСПЕХ» ..... | 40 |
| <b>Иванова И.В., Черная Н.Л., Сенягина Е.И.</b><br>ВЛИЯНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ОБУЧЕНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И ОБРАЗ ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ-ШКОЛЬНИКОВ .....              | 42 |

|  |    |
|--|----|
| <b>Киселева Т.Г.</b><br>РЕАЛИЗАЦИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ<br>ТЕХНОЛОГИЙ В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ .....  | 46 |
| <b>Митропова А.А.</b><br>ТЕХНОЛОГИИ ОЗДОРОВЛЕНИЯ ПО МЕТОДУ БОС В<br>ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ<br>ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ .....  | 49 |
| <b>Мохова Л.Н.</b><br>СОХРАНЕНИЕ И УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ УЧАСТНИКОВ<br>ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА .....   | 52 |
| <b>Рощина Г.О.</b><br>ПРОЕКТ КОНЦЕПЦИИ МОДЕЛИ «СОЗДАНИЕ<br>ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО<br>ПРОСТРАНСТВА МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА» (НА БАЗЕ<br>РОСТОВСКОГО МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА) ..... | 59 |
| <b>Скворцова А.Н.</b><br>ОРГАНИЗАЦИОННО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ<br>ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО<br>ПРОСТРАНСТВА РОСТОВСКОГО МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА ...                                 | 64 |
| <b>Яланузян И.Ю.</b><br>ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ<br>ПИТАНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ И ВОСПИТАННИКОВ<br>ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ ...                           | 71 |
| <b>Часть 3. РОЛЬ СЕМЬИ В СОХРАНЕНИИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ.<br/>ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ И<br/>ПОДРОСТКОВ</b>   |    |
| <b>Смирнова О.Г.</b><br>СОЗНАТЕЛЬНОЕ РОДИТЕЛЬСТВО КАК ЗАЛОГ ЗДОРОВЬЯ<br>БУДУЩИХ ДЕТЕЙ .....  | 77 |
| <b>Мозжухина Л.И., Строева Л.Е., Олендарь Н.В.</b><br>УСПЕХИ И ПРОБЛЕМЫ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ НА<br>СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ .....   | 80 |
| <b>Черная Н.Л., Мамонтова О.К., Иванова И.В.</b><br>СЕМЬЯ И ЗДОРОВЬЕ СОВРЕМЕННЫХ ПОДРОСТКОВ: ПРОБЛЕМЫ<br>И ПУТИ РЕШЕНИЯ .....  | 83 |
| <b>Соколова Н.А.</b><br>ПРОФИЛАКТИКА АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ<br>НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ<br>ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ .....   | 87 |

|   |     |
|---|-----|
| <b>Бланк М.П., Демичева Н.Г., Карцева С.С., Дойкова С.В.</b><br>ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА ПОДГОТОВКИ ПЕДАГОГОВ-<br>КООРДИНАТОРОВ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ<br>ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМИ<br>«ПРЕОДОЛЕНИЕ» ..... | 92  |
| <b>Волков А.В., Амелина С.В., Зимакова Е.Н., Фролова Н.Е.,<br/>Шешнина Н.А.</b><br>АНОНИМНОЕ АНКЕТИРОВАНИЕ УЧАЩИХСЯ КАК<br>ЭФФЕКТИВНАЯ МЕРА ПРОФИЛАКТИКИ УПОТРЕБЛЕНИЯ<br>ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ .....      | 95  |
| <b>Демичева Н.Г., Карцева С.С.</b><br>ПРОГРАММА МУНИЦИПАЛЬНОГО ВОЛОНТЕРСКОГО ЛАГЕРЯ<br>ПО ПРОФИЛАКТИКЕ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ<br>НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ .....   | 98  |
| <b>Дувакина О.В., Дудакова Д.Н.</b><br>ТРЕНИНГОВЫЕ ЗАНЯТИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ<br>ТАБАКОКУРЕНИЯ МЛАДШИМИ ПОДРОСТКАМИ «СТУПЕНЬКИ<br>ЗДОРОВЬЯ» .....  | 101 |
| <b>Зуева М.Л., Киселева Т.Г.</b><br>ПРОЕКТИРОВАНИЕ КЛАССНОГО ЧАСА НА ТЕМУ «Я И<br>ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ» С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИГРОВОЙ<br>ТЕХНОЛОГИИ .....  | 103 |
| <b>Кайкова Л.В., Евстафьева А.В.</b><br>НАРКОПОТРЕБЛЕНИЕ СРЕДИ СТУДЕНТОВ Г. ЯРОСЛАВЛЯ .....   | 105 |
| <b>Себесюк Е.М.</b><br>ПОВЫШЕНИЕ ДОСТУПНОСТИ ЗАНЯТИЙ ФИЗИЧЕСКОЙ<br>КУЛЬТУРОЙ И СПОРТОМ ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В<br>ТУТАЕВСКОМ МУНИЦИПАЛЬНОМ РАЙОНЕ .....  | 111 |
| <b>Часть 4. ДЕТИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ<br/>ЗДОРОВЬЯ: МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ<br/>РЕАБИЛИТАЦИЯ</b>   |     |
| <b>Жданова Л.А., Салова М.Н., Абрамова Т.Ф.</b><br>ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ УЧАЩИХСЯ<br>КОРРЕКЦИОННЫХ ШКОЛ .....  | 114 |
| <b>Гоголев Ю.В., Иванова Т.А., Солондаев В.К., Черная Н.Л.</b><br>ПРОЕКТИРОВАНИЕ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО<br>ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ, ИМЕЮЩИМИ<br>ОГРАНИЧЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЗДОРОВЬЯ .....                                       | 117 |

|   |     |
|---|-----|
| <b>Белова Л.И.</b><br>ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ,<br>ПОВЕДЕНЧЕСКИХ И АДАПТАЦИОННЫХ ПРОБЛЕМ У ДЕТЕЙ И<br>ПОДРОСТКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ<br>ЗДОРОВЬЯ ..... | 121 |
| <b>Лягушева С.Н.</b><br>РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ «БОЛЬНОЕ ДЕТСТВО» НА<br>ТЕРРИТОРИИ ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ .....   | 125 |
| <b>Овчинников С.Н.</b><br>ДОБРОЕ СЕРДЦЕ – БЛАГОЕ ДЕЛО .....   | 128 |
| <b>Чиркова Е.А.</b><br>РАЗВИТИЕ КОНСУЛЬТАЦИОННОЙ СЛУЖБЫ В ПОДРАЗДЕЛЕНИИ<br>ГОУ ЯО «ЦЕНТР ПОМОЩИ ДЕТЯМ» «ШКОЛА<br>ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ» .....         | 131 |

# **Часть 1. РЕАЛИЗАЦИЯ СЕМЕЙНОЙ И ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ**

## **РЕАЛИЗАЦИИ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ И СЕМЕЙНОЙ ПОЛИТИКИ В ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ**

Башмашникова М.В.

Управление по социальной и демографической политике Правительства  
Ярославской области, г. Ярославль

Реализация демографической и семейной политики в Ярославской области осуществляется в соответствии с утвержденной в 2006 году Концепцией демографического развития Ярославской области на период до 2015 года. Планы мероприятий по практической реализации Концепции разрабатываются и утверждаются Правительством области ежегодно. Утвержден перспективный План мероприятий по реализации Концепции демографической политики Российской Федерации на территории Ярославской области в 2011-2015 годах.

Начальный этап реализации Концепции демографического развития Ярославской области характеризовался заметным улучшением демографической ситуации в регионе: с 2006 года увеличивается рождаемость, снизился уровень общей смертности, смертности населения трудоспособного возраста, младенческой смертности.

На основе анализа региональных демографических показателей определяются приоритетные направления деятельности. На данном этапе основными задачами Правительства Ярославской области в сфере улучшения демографической ситуации являются повышение рождаемости, улучшение качества жизни населения области, прежде всего, семей с детьми, укрепление здоровья населения, снижение смертности от управляемых причин, увеличение продолжительности жизни.

Что делается в этом направлении?

С 2009 года действует Социальный кодекс Ярославской области, который объединил все меры социальной поддержки семей с детьми в один нормативный правовой акт. В 2010 году проведена индексация всех социальных выплат, предусмотренных Социальным кодексом, на 9%, введен дополнительный вид ежемесячной выплаты – на дополнительное питание кормящим матерям. В 2011 году денежные выплаты проиндексированы на 8,5%, вводится региональный семейный капитал, предполагающий единовременную выплату в размере 50 тысяч рублей на рожденного (усыновленного) третьего и последующего ребенка.

С 1 января 2010 года вступил в действие Закон Ярославской области № 50-з «О гарантиях прав ребенка в Ярославской области», который регулирует отношения в сфере реализации государственной политики по защите детей от факторов, негативно влияющих на их здоровье и развитие.

Особое внимание уделяется защите прав и законных интересов детей, пропаганде ответственного родительства, профилактике жестокого обращения и насилия в отношении детей, оказанию своевременной помощи детям, пострадавшим от жестокого обращения, поддержке одаренных детей, организации отдыха и оздоровления детей.

Принят закон Ярославской области от 28.12.2010 № 55-з «Об Уполномоченном по правам ребенка в Ярославской области», который вступил в силу 1 января текущего года.

Приняты и реализуются областные целевые и ведомственные целевые программы, направленные на демографическое развитие региона.

Областная целевая программа «Семья и дети Ярославии», действующая на территории области на протяжении 17 лет, направлена на улучшение качества жизни семей с несовершеннолетними детьми, создание благоприятных условий для комплексного развития и жизнедеятельности детей, обеспечение в равной мере каждому ребенку необходимых условий полноценного оздоровления и отдыха, повышение статуса семьи.



За 2010 год в рамках программы оказана адресная материальная помощь 106 семьям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, воспитывающим малолетних детей. Средства в объеме 20,8 млн. рублей были выделены семьям на дорогостоящее лечение, улучшение жилищных условий, жизнеобеспечение детей, приобретение имущества, утраченного в результате пожара.

Правительство области принимает меры по улучшению качества жизни семей с несовершеннолетними детьми.

Семьи, в которых родились тройни, имеют возможность улучшить свои жилищные условия за счет областного бюджета. С 2007 года в области родилось 10 троен и все 10 семей получили такую помощь.

В соответствии с областной целевой программой по улучшению жилищных условий многодетных семей на 2010-2011 годы 53 семьям (по состоянию на 01.05.2011) выданы свидетельства о праве на получение адресной безвозмездной субсидии на улучшение жилищных условий, 32 семьи уже приобрели квартиры.

С 2003 года действует областная целевая программа «Государственная поддержка молодых семей Ярославской области в приобретении (строительстве) жилья». За последние три года свидетельства о праве на получение социальной выплаты на приобретение (строительство) жилья были выданы 747 молодым семьям, в том числе в 2010 году 298 молодых семей области получили возможность улучшить свои жилищные условия.

Сохранение и укрепление здоровья детей является одним из приоритетных направлений деятельности Правительства Ярославской области.

Закончено строительство областного перинатального центра, его открытие состоится 23 мая. Областной перинатальный центр станет современным учреждением служб родовспоможения, выхаживания новорожденных и планирования семьи, объединенных в один функциональный комплекс. На его базе будет развернут выездной реанимационно-консультативный центр для оказания экстренной помощи мамам и новорожденным детям в муниципальных образованиях области.

Продолжается реконструкция государственного учреждения здравоохранения Ярославской области «Областная детская клиническая больница». Благодаря деятельности областного консультативно-диагностического центра для детей значительно улучшилась доступность специализированной консультативно-диагностической помощи детскому населению области. Ежегодно центр принимает более 20 тысяч первичных пациентов.

Активно проводится работа выездной поликлиники Областной детской клинической больницы. Ежегодно осуществляется до 90 выездов с целью диспансеризации детей до года, детей с хронической патологией, детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

К числу первоочередных мер по сохранению здоровья детского населения области следует отнести формирование установки на здоровый образ жизни, повышение уровня гигиенических навыков и знаний не только у детей и подростков, но и у родителей и педагогов.

С 2009 года началась реализация направления приоритетного национального проекта «Здоровье», предусматривающего меры по профилактике заболеваний и формирование здорового образа жизни.

С декабря 2010 года в структуре амбулаторно-поликлинической службы начали функционировать 2 центра здоровья для детей. В центрах внедрены программы оценки состояния здоровья детей от 0 до 17 лет с последующей разработкой программ по сохранению здоровья детей различных возрастных категорий. В текущем году на базе Областной детской клинической больницы начали работать стационарный и мобильный (выездной) Центры здоровья для детей, оснащенные за счет средств областного бюджета.

Реализуется ведомственная целевая программа «Поддержка физкультурно-спортивной деятельности в Ярославской области». Ежегодно увеличивается количество спортивных сооружений в области, растет численность детей, занимающихся физической культурой и спортом.

Важной составляющей здоровья детей и подростков является правильное полноценное питание. Охват обучающихся общеобразовательных учреждений области горячим питанием на конец 2010 года составил 85 тысяч человек (79,5 %), 53,4% обучающихся получают бесплатное питание за счет средств областного бюджета. На эти цели в 2010 году было израсходовано 234,2 млн. рублей, в 2011 году планируется выделить 250 млн. рублей.

Бесплатное питание в виде ежедневного завтрака в дни учебных занятий в соответствии Социальным кодексом Ярославской области получают все обучающиеся в начальной школе, школьники из малоимущих семей и многодетных семей, дети-инвалиды, дети, оставшиеся без попечения родителей и дети, состоящие на учете в противотуберкулезном диспансере.

На организацию отдыха и оздоровления детей в 2010 году из областного бюджета выделено 333,8 млн. рублей. В 2011 году на эти цели будет направлено около 350 млн. рублей за счет средств областного и федерального бюджета, в том числе: в рамках подпрограммы «Ярославские каникулы» областной целевой программы «Семья и дети Ярославии» – 155,5 млн. рублей, на приобретение путевок в санатории детям по медицинским показаниям – 119,3 млн. рублей, на организацию отдыха детей в трудной жизненной ситуации – 73,8 млн. рублей. В первоочередном порядке путевками обеспечиваются дети из многодетных семей и дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации.

Предусмотрены средства для удешевления стоимости путевки в загородный лагерь для всех детей, а также дополнительное удешевление через организации профсоюзов работникам предприятий бюджетной сферы и предприятий, находящихся в кризисном состоянии.

В течение 2010 года отдохнуло 83 тысячи детей (61,7% от общего количества детей 6-17 лет), из них 23 тысячи детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. Выраженный оздоровительный эффект в сезон 2010 года зарегистрирован у 83,3% детей (2009 г. – 77%), слабый эффект – у 14,1% детей (2009 г. – 19,2%) и отсутствие оздоровительного эффекта у 2,6% детей (2009 г.

– 3,8%). В текущем году в оздоровительных учреждениях области получают возможность отдохнуть на 1,5 тысячи детей больше, чем в предыдущем году.

В 2011 году во второй раз проводится ежегодный конкурс социально значимых проектов в сфере организации отдыха и оздоровления детей на территории Ярославской области. По результатам конкурса победители получают из областного бюджета от 100 до 500 тысяч рублей на реализацию проектов по следующим номинациям:

- ✓ организация отдыха и оздоровления детей, находящихся в трудной жизненной ситуации в каникулярное время;
- ✓ организация отдыха семей с несовершеннолетними детьми в каникулярное время;
- ✓ организация отдыха семей, находящихся в социально опасном положении, в каникулярное время;
- ✓ творческая реабилитация детей-инвалидов в каникулярное время;
- ✓ организация работы с детьми по месту жительства в каникулярное время.

Принимаемые Правительством области меры позволили сохранить систему детского отдыха и увеличить количество детей, охваченных отдыхом и оздоровлением. Увеличился возрастной контингент детей (с 2010 года – от 6 до 17 лет, ранее – дети от 7 до 15 лет), получивших возможность удешевления путевок в загородные и дневные лагеря. Детская оздоровительная кампания стала круглогодичной.

Как особое направление необходимо выделить профилактическую работу по предупреждению зависимостей (алкогольной, наркотической, табачной), распространению ВИЧ/СПИД, сохранению репродуктивного здоровья.

С целью сокращения масштабов незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ на территории области реализуется областная целевая программа «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту».

Ежегодно организуются и проводятся региональные конкурсы «Школа – территория здоровья», «Учитель здоровья» и фестиваль проектов «Школа

здоровья», курсы повышения квалификации и семинары для педагогических работников по вопросам здоровьесбережения. Создана межведомственная рабочая группа по разработке модели межведомственного взаимодействия по формированию здорового образа жизни в семье. В 2011 году создан координационный совет по вопросам сохранения и укрепления здоровья (здоровьесбережения) участников образовательного процесса.

Для детей, имеющих проблемы со здоровьем, в рамках приоритетного национального проекта «Образование» на базе государственного образовательного учреждения «Центр помощи детям» создано структурное подразделение «Школа дистанционного обучения». В 2010-2011 учебном году в «Школе дистанционного обучения» по общеобразовательным (основным и дополнительным) программам обучались 112 учеников с 1 по 11 класс. В перспективе планируется охватить услугами дистанционного образования не менее 260 детей-инвалидов, обучающихся на дому, а также детей с ограниченными возможностями здоровья, детей с особыми потребностями, в том числе одаренных детей.

В Ярославской области дошкольным образованием охвачены 73% детей в возрасте от года до 6 лет, что выше среднероссийского показателя, составляющего 59 %. Утверждена областная целевая программа «Обеспечение доступности дошкольного образования в Ярославской области на 2011-2014 годы». Общий объем финансирования программы в текущем году предусмотрен в размере 344,5 млн. рублей, в том числе из средств областного бюджета планируется выделить 148,6 млн. рублей. Программой запланировано строительство трех новых дошкольных учреждений (в Мышкинском, Ростовском, Ярославском р-нах) и проведение ремонтных работ в функционирующих образовательных учреждениях. В 2011 году предусмотрено открытие 1577 мест для детей дошкольного возраста, в том числе при общеобразовательных школах.

С целью возрождения семейных ценностей, повышения престижа семьи проводятся традиционные областные мероприятия, посвященные

Международному дню семьи, Международному дню защиты детей, Всероссийскому Дню семьи, любви и верности, Дню матери, областная фотовыставка «В объективе – Семья».

За вклад в воспитание детей и укрепление семейных традиций Губернаторским знаком «Материнская слава» награждены 75 матерей, родивших и воспитавших 5 и более детей. За воспитание детей, способствующее их полноценному физическому, интеллектуальному, духовному и нравственному развитию, 29 семей получили знак «Признательность».

В соответствии с законом Ярославской области от 06.05.2010 № 11-з «О наградах» учреждена новая награда – «За верность родительскому долгу», заменившая существующие ранее, которой награждены 10 семей. Одновременно с награждением выплачивается денежное поощрение в размере 30 тысяч рублей на семью.

В ноябре 2010 года проведен круглый стол по Программе «Святость материнства»: «Государство, общество и церковь – взаимодействие в сохранении семейных ценностей».

В 2010 году в Ярославской области стартовала образовательная программа поддержки материнства и детства – составная часть общенациональной программы семейного образования. Прошла презентация второго издания справочно-методического пособия «В ожидании чуда», которое бесплатно выдается женщинам, вставшим на учет по беременности в женских консультациях.

Правительство области уделяет особое внимание развитию системы интеграции в общество детей с ограниченными возможностями, социальной поддержки семей с детьми-инвалидами, развитию сети учреждений, работающих с детьми-инвалидами и их семьями. Общественные организации Ярославской области принимают активное участие в решении этих вопросов.

В реализации подпрограммы «Дети-инвалиды» областной целевой программы «Семья и дети Ярославии» существенную помощь оказывает

региональное отделение благотворительного общественного фонда «Российский фонд милосердия и здоровья». На его базе создаются условия для оказания социально-реабилитационных услуг семьям, воспитывающим детей-инвалидов, реализуются программы по социализации детей-инвалидов и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, программа «Больное детство».

Совместно с Ярославским отделением Российского детского фонда приобретается и передается в семьи и передано в семьи оборудование для детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья, в том числе: слуховые аппараты, тест-полоски, инсулиновые помпы, аппарат «Реамед» – комплекс функционального биоуправления головным мозгом. Ежегодно в рамках программы «Семья и дети Ярославии» на эти цели выделяется более 3 млн. рублей.

Программа «Семья и дети Ярославии» участвовала в конкурсе региональных программ, проводимом Федеральным фондом поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, и получила грант на реализацию мероприятий программы. Общий объем средств фонда на реализацию программы в 2010 году и в 2011-2013 годах составил 50,0 млн. рублей.

В рамках реализации программы на 2011-2013 годы запланировано создание региональной системы взаимодействия по сопровождению и поддержке семей, воспитывающих детей-инвалидов и детей, с ограниченными возможностями здоровья. Для выявления лучшего опыта работы в этом направлении, в текущем году планируется проведение областного конкурса муниципальных моделей сопровождения.

Благодаря фонду были профинансированы новые направления работы, такие как организация школ эффективного родительства «В ожидании чуда», Службы по консультативно-реабилитационной работе с женщинами и ряд других проектов. За счет средств фонда приобретено 10 параподиумов и 10 вертикализаторов, которые переданы в семьи, воспитывающие детей-инвалидов.

Ярославский областной Союз женщин представляет и отстаивает интересы женщин и детей в Правительстве области и Ярославской областной Думе, проводит общественную экспертизу программ и законопроектов. Совместно с женщинами-депутатами реализует проект партии «Единая Россия» «Крепкая семья».

Здоровье детей является важнейшим фактором, формирующим демографическую перспективу региона, и его сохранение – задача не только органов власти и системы здравоохранения, но и общества в целом.

Не случайно в своем Послании Федеральному Собранию Российской Федерации Президент России Д.А. Медведев сделал акцент на детях: «Забота о будущих поколениях – самые надежные, умные и благородные инвестиции».

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НОВЫХ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ФОРМ РАБОТЫ В РАННЕМ ВЫЯВЛЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Каграманян И.Н.

Департамент здравоохранения и фармации Ярославской области, г. Ярославль

За последние несколько лет в области наметилась отчетливая положительная тенденция к улучшению демографической ситуации: увеличилась рождаемость, снизился уровень общей смертности и смертности населения трудоспособного возраста. Однако, остается достаточно высокой заболеваемость детского населения, хотя показатели заболеваемости по всем классам болезней соответствуют среднероссийским показателям и отражают динамику состояния здоровья детей в стране. Менее 8% детей области имеют первую группу здоровья.

Росту заболеваемости детского населения способствует нерациональное питание, высокие психо-эмоциональные нагрузки в школе, информационная нагрузка, вредные привычки, отсутствие у населения мотивации к ведению здорового образа жизни. Результаты профилактических осмотров детей в динамике взросления свидетельствуют о резком ухудшении состояния здоровья



детей в школьные годы: уменьшается численность детей 1-ой группы здоровья, почти 30% детей имеют хронические формы заболеваний. В структуре заболеваемости детей на 1 месте – болезни органов дыхания, на 2 месте – травмы и отравления, на 3 месте – болезни органов пищеварения и болезни глаз.

Большую роль в сохранении здоровья играет образ жизни. С 2009 г. в России в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» начата реализация государственной программы по формированию здорового образа жизни.

Основные цели программы направлены на пропаганду здорового образа жизни; просвещение и информирование населения о вреде употребления табака и злоупотребления алкоголем; борьбу с факторами риска развития заболеваний и предотвращение социально-значимых заболеваний, в том числе среди детского населения; мотивирование граждан к личной ответственности за свое здоровье; разработку индивидуальных подходов по формированию здорового образа жизни, в том числе детям; сохранение трудового потенциала граждан, увеличение продолжительности активной жизни.

В рамках данного направления в области с декабря 2010 года начали работу детские центры здоровья на базе МУЗ Клиническая больница № 1 г. Ярославля, МУЗ Городская детская больница г. Рыбинска, с февраля 2011 г. в ГУЗ ЯО Областная детская клиническая больница. Детским центром здоровья ГУЗ ЯО Областная детская клиническая больница с целью обеспечения доступности медицинского обследования с февраля текущего года начаты еженедельные выезды в сельскую местность. В центрах внедрены программы оценки состояния здоровья детей от 0 до 17 лет с последующей разработкой программ по сохранению здоровья детей различных возрастных категорий. Однако, объем комплексного обследования, предусмотренный в центрах здоровья, не позволяет обследовать детей раннего возраста.

Комплексное обследование детей включает:

- ✓ измерение роста и веса,

- ✓ тестирование на аппаратно-программном комплексе для скрининг-оценки уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма,
- ✓ определение глюкозы в крови,
- ✓ комплексную, детальную оценку функций дыхательной системы,
- ✓ оценку состояния гигиены полости рта.

Комплексное обследование одного ребенка проводится в среднем в течение 40 минут.

Основной контингент центров здоровья это дети в возрасте от 10 до 14 лет. Осуществляется тесное взаимодействие руководителей центров здоровья с администрациями образовательных учреждений. Так, в структуре обращений 74% составляют дети, направленные медицинскими работниками образовательных учреждений

По итогам работы центров здоровья за достаточно короткий период (1-й квартал 2011 года) обследования в центрах здоровья только 6% являются абсолютно здоровыми (50 детей из 900 обратившихся), 94% имеют различные функциональные отклонения или заболевания, всем им составлены индивидуальные планы лечебно-диагностических мероприятий, 578 детей направлены к врачам-специалистам. По итогам комплексного обследования детей выявляются факторы риска, которые со временем могут привести к развитию заболеваний: у 7% обследованных детей выявлены отклонения при электрокардиографическом исследовании, у 8% детей – метаболические нарушения, в том числе повышение уровня глюкозы в крови, у 51% детей выявлены отклонения при осмотре полости рта. Более 600 детей нуждались в динамическом наблюдении.

В центрах здоровья действуют кабинеты лечебной физкультуры.

С марта 2011 года центры здоровья для детей начали прием детей с хронической патологией для проведения комплексного обследования и оценки факторов риска, не связанных с заболеванием.

Руководителями центров здоровья регулярно проводятся выступления с информацией о деятельности центров в ЛПУ области, активно участвуют в подготовке материалов по здоровому образу жизни для публикаций в СМИ, в акциях, направленных на привлечение внимания к проблемам профилактики и формирования здорового образа жизни, повышение знаний населения о вредных и опасных для здоровья человека факторах, выявление лиц с факторами риска развития заболеваний.

## ДИНАМИКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ МОСКОВСКИХ ШКОЛЬНИКОВ

Кучма В.Р., Скоблина Н.А., Бокарева Н.А., Милушкина О.Ю.

НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков НЦЗД РАМН, г. Москва

Физическое развитие детей является важнейшим критерием состояния здоровья детской популяции, отражающим влияние эндогенных и экзогенных факторов.

Сотрудниками НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков НЦЗД РАМН были проведены две серии лонгитудинальных исследований: первое – с 1960 по 1969 год (144 мальчика, 148 девочек), второе – с 1982 по 1991 год (121 мальчик, 125 девочек). Выполненные исследования зафиксировали начало акселерации роста и развития детского населения в 1960-е годы, ее пик в середине 1970-х годов и элементы ретардации в 1980-1990-х годах (Ямпольская Ю.А., 2003).

В 2003-2010 годах проведена третья серия исследований, в ходе которой в динамике обучения с 1 по 7 класс было обследовано 646 детей, в том числе 500 детей, проживающих в Москве более 5 лет. Исследования выполнялись в 11 образовательных учреждениях мегаполиса Москвы, в которых ранее проводились лонгитудинальные исследования (1960-1980 годы). Выбор учреждений для исследования осуществлялся из числа тех, руководители и родительский комитет которых одобрил участие детей в исследовании. Выполненная работа не ущемляет прав и не подвергает опасности

благополучие субъектов исследования и соответствует требованиям биомедицинской этики.

По результатам лонгитудинальных наблюдений 2003-2010 годов во всех возрастно-половых группах школьников (исключение девочки 8 лет) наблюдается достоверное ( $p < 0,01$ ) и высоко достоверное ( $p < 0,001$ ) увеличение длины тела по сравнению со сверстниками 1960-х и 1980-х годов.

Так, длина тела мальчиков 8 лет в 1960 году составила  $126,50 \pm 0,20$  см, в 1982 году –  $127,73 \pm 0,53$  см, в 2003 году –  $130,22 \pm 0,45$  см; девочек –  $125,66 \pm 0,32$  см,  $127,78 \pm 0,51$  см и  $129,12 \pm 0,47$  см, соответственно. В 14 лет этот показатель был равен в 1966 году -  $160,00 \pm 0,60$  см, в 1988 году -  $162,30 \pm 0,80$  см, в 2009 году -  $165,70 \pm 0,96$  см; девочек -  $158,00 \pm 0,50$  см,  $160,00 \pm 0,50$  см,  $162,60 \pm 0,64$  см соответственно.

Сопоставление массы тела мальчиков разных десятилетий выявило, что с 9 до 14 лет современные школьники достоверно опережают своих сверстников 1960 годов и с 9 до 13 лет сверстников 1980 годов. У девочек аналогичные различия выявлены с 10 лет. В 14 лет масса тела мальчиков составила в 1966 году -  $49,90 \pm 0,70$  кг, в 1988 году -  $52,40 \pm 0,90$  кг, в 2009 году -  $53,60 \pm 1,31$  кг; девочек -  $50,60 \pm 0,60$  кг,  $52,20 \pm 0,80$  кг,  $53,2 \pm 1,09$  кг соответственно.

Окружность грудной клетки московских школьников в 1980-х годов была меньше, чем в 1960-е годы, что свидетельствовало о «грацилизации» телосложения.

По результатам наблюдений 2003-2010 годов во всех возрастно-половых группах школьников наблюдается достоверное ( $p < 0,01$ ) и высоко достоверное ( $p < 0,001$ ) увеличение окружности грудной клетки по сравнению со сверстниками 1980-х и 1960-х годов. Так, в 8 лет окружность грудной клетки мальчиков составила в 1960 году –  $62,42 \pm 0,19$  см, в 1982 году -  $60,15 \pm 0,32$  см, в 2003 году -  $63,97 \pm 0,44$  см; девочек -  $60,50 \pm 0,22$  см,  $58,27 \pm 0,33$  см,  $62,34 \pm 0,44$  см соответственно. В 14 лет окружность грудной клетки мальчиков составила в 1966 году -  $76,80 \pm 0,40$  см, в 1988 году -  $75,70 \pm 0,60$  см, в 2009 году -  $79,90 \pm 0,86$  см; девочек -  $76,70 \pm 0,40$  см,  $76,40 \pm 0,50$  см,  $80,40 \pm 0,67$  см соответственно.

У мальчиков и девочек 13 и 14 лет так же наблюдается тенденция к увеличению плечевого диаметра и тазового диаметра. При этом поперечные и сагиттальные диаметры не имеют достоверных различий, данные, полученные в 2003-2010 годах близки к данным 1960-годов, данные 1980-х являются самыми низкими.

В результате исследований зафиксировано изменение пропорций тела у современных школьников. Увеличение длины тела сочетается с достоверным ( $p < 0,05$ ) и высоко достоверным ( $p < 0,001$ ) увеличением длины ноги у современных мальчиков и девочек, сочетающееся в 8-13 лет у мальчиков и в 8-11 лет у девочек с увеличением длины туловища.

Важным является высоко достоверное ( $p < 0,001$ ) увеличение окружности талии у современных школьниц 11-14 лет по сравнению со сверстницами 1980-х годов.

Проведенное исследование позволило выявить в мегаполисе увеличение числа школьников 8-14 лет с избыточной массой тела.

Увеличение среди московских школьников числа детей с избыточной массой тела подтверждается сопоставлением толщины жировых складок в разные десятилетия. В результате лонгитудинальных наблюдений 1980-х годов установлено, что девочки превосходят мальчиков по степени развития жиросложения. В данном исследовании наблюдается та же закономерность. Современные мальчики имеют жировые складки, превышающие аналогичные показатели сверстников 1980-х годов в 1,2 – 2,9 раза, причем с возрастом превышение становится более заметным. Девочки так же имеют жировые складки, превышающие аналогичные показатели сверстников 1980-х годов в 1,1 – 2,5 раза, причем с возрастом превышение так же становится более заметным.

Таким образом, сравнительный анализ показателей физического развития школьников 8-14 лет мегаполиса Москвы разных десятилетий показал, что современные школьники превосходят своих сверстников по основным антропологическим показателям.

Параллельно выявлены изменения пропорций строения тела современных школьников, наиболее четко проявляющиеся в увеличении длины ноги. Современные мальчики и девочки имеют жировые складки, превышающие в 1,1-2,9 аналогичные показатели сверстников 1980-х годов – в популяции нарастает число детей с избыточной массой тела.

## АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2008-2010 ГОДЫ

Шпынова С.Ю., Миронова А.А.

ГОУ ВПО Ярославская государственная медицинская академия, г. Ярославль

Государственная политика в области охраны здоровья детей является приоритетным направлением в деятельности Правительства Ярославской области. Несмотря на сформировавшиеся негативные демографические тенденции в течение последних двадцати лет (низкая рождаемость, высокая детская смертность, значительный уровень заболеваемости и инвалидности), в настоящее время наметились некоторые благоприятные сдвиги в состоянии здоровья детей.

С 2005г. в регионе наблюдается устойчивый рост рождаемости с 9,3 в 2005г. до 11,0 случаев на 1000 населения в 2010г. В семьях чаще появляются вторые и третьи дети. Доля повторных рождений у женщин в Ярославской области имеет стабильную положительную динамику с 36% в 2006г. до 45% в 2010г. (2008г. – 43%, 2009г. – 44%). За последние годы увеличился удельный вес детей среди всего населения и в 2010 году составил 13,4% (2008г. – 12,8%, 2009г. – 13,1%). Уровень младенческой смертности в Ярославской области в 2009г. составил 6,1‰ (РФ – 8,1‰).

Оценка общественного здоровья населения проводится как по демографическим показателям, так и по заболеваемости.

Целью данного анализа является изучение уровня и структуры заболеваемости детского населения, выявление особенностей заболеваемости

детей на основании данных отчетной формы официального статистического наблюдения №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в зоне обслуживания лечебного учреждения».

Показатель общей заболеваемости детского населения в возрасте от 0 до 14 лет в 2010г. составил 2750,4 случаев на 1000 детей (2008г. – 3028,8 и 2009г. – 3201,6), а первичной заболеваемости – 2378,3 на 1000 детей (2008г. – 2590,4 и 2009г. – 2756,0), то есть в 2010 году отмечается снижение уровня заболеваемости среди данного контингента области.

По нашему мнению, такая положительная динамика в состоянии здоровья подрастающего поколения области, очевидно, связана с реализацией концепции демографической политики, национального проекта «Здоровье», областной целевой программой «Семья и дети».

Следует отметить, что в течение этого периода все лечебно-профилактические учреждения области полностью укомплектованы участковыми врачами педиатрами, что позволяет качественно и эффективно проводить профилактическую и диспансерную работу. Охват профилактическими осмотрами и диспансерным наблюдением больных детей в области достаточно высокий. Практически каждый ребенок, имеющий хроническое заболевание, находится под постоянным контролем участкового врача педиатра, что позволяет своевременно и качественно проводить необходимое противорецидивное, санаторно-курортное лечение и другие виды реабилитации.

Наибольший удельный вес в структуре первичной заболеваемости детского населения по области в течение трех последних лет имеют: болезни органов дыхания – 69,5%, травмы и отравления – 5,5%, инфекционные и паразитарные заболевания – 4,2%, болезни кожи и подкожной клетчатки – 4,1%, болезни глаза и его придаточного аппарата – 2,99% и болезни уха и сосцевидного отростка – 2,9%.

В структуре общей заболеваемости детей имеются некоторые отличия от первичной: болезни органов дыхания составляют 62,6%, болезни глаза и его

придаточного аппарата – 4,8%, травмы и отравления – 4,8%, болезни кожи и подкожной клетчатки – 4,1%, болезни органов пищеварения – 3,97%, инфекционные и паразитарные заболевания – 3,7%, болезни уха и костно-мышечной системы по 2,6%.

Таким образом, в структуре общей и первичной заболеваемости значительный удельный вес составляют заболевания органов дыхания за счет острых респираторных инфекций верхних дыхательных путей, гриппа (93,2%). Также особое внимание обращают на себя: травмы и отравления; инфекционные и паразитарные заболевания, которые относятся к управляемым болезням. На наш взгляд, в семьях отсутствуют стереотипы самосохраняющего поведения. Большое значение по сохранению и укреплению здоровья, формированию здорового образа жизни отводится Центрам здоровья, которые начали свою деятельность в области с 2010г.

Выводы:

1. В результате проведенного анализа были установлены уровни и структура заболеваемости детского населения Ярославской области.

2. Несмотря на снижение заболеваемости в 2010 году уровень ее остается высоким. Значительную долю среди всех нарушений здоровья детей составляет хроническая патология. В связи с этим необходимо дальнейшее расширение реабилитационной помощи детям на всех уровнях.

3. В структуре общей и первичной заболеваемости значительное место занимают управляемые болезни. Поэтому необходимо активнее проводить работу по иммунопрофилактике, формированию мотивации родителей и детей к здоровому образу жизни.



## ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ В РАМКАХ ДЕТСКОЙ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ КАМПАНИИ В ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ

Соболева Т.В., Лебедева Л.А., Мельникова Т.В.

ГОУ ВПО Ярославская государственная медицинская академия, г. Ярославль

Департамент здравоохранения и фармации Ярославской области

Департамент здравоохранения мэрии г. Ярославля

Летнее оздоровление играет большую роль в поддержании и укреплении здоровья школьников. В 2010 году в детских загородных лагерях отдохнуло 20998 человек (2009 г. – 19504), в санаториях – 10914 человека (2009 г. - 11860). На базе учреждений образования, культуры, физкультуры и спорта, здравоохранения было организовано 772 лагеря с дневной формой пребывания детей (2009 г. – 655), где отдохнуло 40347 детей (2009 г. – 37257). Организовано 166 палаточных лагерей, лагерей-походов, ЛТО, в которых отдохнуло 10371 человек (2009 г. – 7535). Финансовую поддержку из областного и муниципальных бюджетов получили 445 профильных лагеря (16102 детей). Общее количество детей, охваченных всеми видами отдыха и оздоровления – 83057 ребенка (61,7% от общего количества детей 6-17 лет.

Общее число детей, отдохнувших в учреждениях, организующих отдых и оздоровление детей в Ярославской области за период с 2008 по 2010 годы увеличилось с 74700 до 83057, главным образом, за счет отдохнувших в лагерях с дневным пребыванием (с 31665 до 40347 человек), где обеспечиваются, в основном, отдых детей и, в меньшей степени, оздоровление, т.к. в данном случае школьники отдыхают в экологически неблагоприятных условиях города, и организованными (в том числе и двигательными) мероприятиями охвачена лишь часть дня.

На более эффективное оздоровление детей рассчитаны загородные лагеря, где число детей, отдохнувших за период с 2008 по 2010 годы, увеличилось с 18687 до 20998. Позитивным фактом, в связи с этим, является

увеличение за этот период числа детей, получивших специализированную медицинскую помощь в условиях санатория (с 9496 до 10914 человек).

Реализация нового механизма детской оздоровительной кампании в регионе сделала отдых детей доступнее и позволила сохранить систему детского отдыха.

Расширяют возможность оздоровления детей созданные в области на базе школ и территориальных поликлиник «санаторные отряды», где проводится оздоровление детей с функциональными расстройствами нервной системы, заболеваниями органов зрения, сердечно-сосудистой системы, при этом кроме специальных методик и процедур используются ароматерапия, фитотерапия, кислородные коктейли, физиопроцедуры, ЛФК (МУЗДП №5). Курсы реабилитации были организованы на базе педиатрических отделений ряда центральных районных больниц.

С 2009 года оценка эффективности оздоровления детей в оздоровительных лагерях проводится по унифицированной методике, разработанной на основании рекомендаций Федеральной службы Роспотребнадзора, утвержденной приказом департамента здравоохранения и фармации Ярославской области № 356 от 06.04.2009. При этом в качестве критериев использовались: масса тела, динамометрия, коэффициент выносливости, жизненная емкость легких, функциональные пробы Генча, Мартине-Кушелевского; заболеваемость за время пребывания в лагере. Результаты оценивались по единой системе в баллах. Эффективность оздоровления по каждому ребенку определялась как сумма баллов по всем перечисленным критериям.

По отчетным данным департамента здравоохранения Ярославской области в 2009 году отдых в загородных оздоровительных лагерях занимает третье место по выраженной оздоровительной эффективности (она составляет 78%) после санаториев (90%) и отдыха родителей с детьми (89%).

Впрочем, и другие формы летнего оздоровления детей имеют достаточно высокие показатели эффективности, в связи с чем, и общая эффективность их

деятельности достигает 96,2%. Не эффективным организованный летний отдых оказался у 3,8% детей.

Одним из показателей эффективности организованных видов летнего отдыха, оздоровления и занятости школьников является инфекционная заболеваемость и обострение хронических заболеваний за время пребывания в этих учреждениях, в частности, в загородных детских оздоровительных лагерях. В Ярославской области по отчетным данным департамента здравоохранения за период с 2005 по 2010 годы показатель общей заболеваемости детей отдохнувших в загородных оздоровительных лагерях имеет тенденцию к снижению: в 2005 году он составлял 28,7‰, в 2006 – так же 28,7‰, в 2007 – 18,2 ‰, в 2008 - 15,6‰, в 2009 - 16,27‰ и в 2010 году – 14,4‰ (на 1000 отдохнувших детей).

В структуре заболеваемости преобладают острые респираторные инфекции. В течение последние 3 года их частота составляет от 10,6‰ до 9,92‰. Снизилось число случаев детского травматизма и отравлений (от 4,24‰ в 2005 году до 1,82‰ в 2010 году). Сохраняются единичные случаи кишечных инфекций и педикулеза.

Исходя из выше изложенного, можно рекомендовать увеличивать число детских оздоровительных учреждений, прежде всего за счет загородных оздоровительных лагерей. Организация проведения мероприятий по оценке эффективности оздоровления также нуждается в коррекции. Оценка по существующим критериям требует продолжительного времени при проведении самих проб и при их оценке. В связи с этим рациональной, на наш взгляд, является организация бригад из медицинских работников, которые, перемещаясь по лагерям, производят съемы и анализ показателей в более короткие сроки, на унифицированном оборудовании, оставляя возможность медицинским работникам лагеря заниматься лечебными и санитарно-гигиеническими мероприятиями. Помощь при этом может оказать и администрация закрепленных за оздоровительным учреждением поликлиник.

Значительно сокращает время обследования использование электронных приборов.

Для массовых обследований целесообразно использование персональных ЭВМ, что значительно повышает оперативность и качество обработки результатов тестирования.

В лагере необходимо так же, чтобы инструктором физкультуры по результатам мониторинга тестовых упражнений, проводилась оценка физической подготовленности. Включение физической подготовленности в качестве дополнительного критерия увеличивает точность комплексной оценки состояния здоровья школьников; физическая подготовленность, являясь управляемым фактором, создает резерв в укреплении здоровья школьников.

## **Часть 2. СОХРАНЕНИЕ И УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ УЧАСТНИКОВ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА**

### **О РАЗВИТИИ ПРАКТИКИ СОХРАНЕНИЯ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ В РЕГИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЕ ОБРАЗОВАНИЯ**

Груздев М.В.

Департамент образования Ярославской области

Состояние здоровья школьников Ярославской области вызывает серьезные опасения специалистов систем образования и здравоохранения. По данным диспансеризации 2008 года, заболеваниями костно-мышечного аппарата страдают 61,4% школьников, заболевания желудочно-кишечного тракта обнаружены у 34,5% детей, органа зрения – у 24,2%, нарушения деятельности нервной системы – у 30,1% обучающихся. Только 9% ярославских школьников отнесены к первой группе по состоянию здоровья.

Деятельность по сохранению и укреплению здоровья детей сегодня является одним из основных направлений развития общего образования в

рамках реализации Национальной образовательной инициативы «Наша новая школа». Формирование культуры здорового и безопасного образа жизни – одна из ключевых задач реализации Федерального государственного стандарта общего образования второго поколения.

1. Создание здоровьесберегающей инфраструктуры образовательных учреждений области.

В области ведется работа по совершенствованию организации школьного питания. Выделяются региональные и муниципальные средства на оснащение школьных столовых. В 2006-2008 гг. проведена модернизация школьных базовых столовых и столовых 38 общеобразовательных учреждений в двух районах г. Ярославля. В 2008 году в соответствии с областной целевой программой проведено комплексное переоснащение 13 школьных столовых.

В 2010 году наш регион принял участие в конкурсном отборе, проходившем в рамках приоритетного национального проекта «Образование». Конкурсный отбор был посвящен «Совершенствованию организации питания обучающихся в общеобразовательных учреждениях». Ярославская область вошла в число победителей. В результате реализации проекта переоснащены 22 пищеблока школ города Рыбинска, в результате чего около 11,6 тысяч школьников получили возможность питаться в современных условиях.

В 2011 году Ярославская область продолжает участие в конкурсном отборе.

В соответствии с законом Ярославской области «Социальный кодекс Ярославской области», в настоящее время 53% обучающихся общеобразовательных учреждений получают бесплатное горячее питание из средств областного бюджета (в том числе 100% обучающихся начальных классов).

Департамент образования уделяет большое внимание вопросам укрепления здоровья обучающихся, воспитанников, в том числе качеству питания.

Для решения вопросов организации здоровьесберегающего питания в 1995 году департаментом создана технологическая пищевая лаборатория. С 2004 года в лаборатории организован производственный отдел, который занимается разработкой нормативно-технической документации, примерных меню для всех возрастных групп, разработкой и распространением новых рецептур блюд.

В течение 2009 года в общеобразовательных учреждениях области лабораторией проводится мониторинг организации и качества питания обучающихся. С 2010 года по приказу департамента образования введен ежегодный обязательный плановый контроль за организацией питания в общеобразовательных учреждениях.

В 2009 году лабораторией разработаны и рекомендованы для использования варианты примерного двухнедельного меню для обучающихся общеобразовательных учреждений, соответствующие СанПиН 2.4.5.2409-08 и согласованные с Роспотребнадзором, методические пособия по организации питания в образовательных учреждениях разных типов.

В соответствии с п. 96 ст. 17 Федерального закона Российской Федерации от 08.08.2001 № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» (в редакции 05.02.2007), медицинская деятельность, в том числе осуществляемая в медицинских кабинетах общеобразовательных учреждений, подлежит лицензированию. По данным департамента здравоохранения и фармации Ярославской области на 15 марта 2010 года лицензии имеют 31% школ, имеющих медицинские кабинеты.

В 2009 году на базе ГОУ ЯО «Институт развития образования» создан центр содействия укреплению и сохранению здоровья участников образовательного процесса. Центром разработаны и реализуются программы повышения квалификации координаторов деятельности по сохранению и укреплению здоровья «Формирование здоровьесберегающей компетентности субъектов образовательного процесса» и «Компетентностный подход к организации деятельности по сохранению и укреплению здоровья участников образовательного

процесса». Обучение в рамках инвариантных модулей, посвященных вопросам здоровьесберегающей деятельности, в 2009 году прошли 2700 педагогов и руководителей образовательных учреждений области. В соответствии с планом департамента образования Ярославской области по переходу на Федеральные государственные стандарты общего образования второго поколения центр содействия укреплению и сохранению здоровья участников образовательного процесса осуществляет методическое сопровождение разработки и реализации в общеобразовательных школах области программ формирования культуры здорового и безопасного образа жизни. В 2011 году центром разработаны и реализуются программы повышения квалификации руководителей и педагогов образовательных учреждений «Здоровое питание в образовательных учреждениях Ярославской области как один из компонентов формирования здорового образа жизни». Обучение по этой программе за несколько месяцев текущего года уже успели пройти около 250 педагогов и руководителей школ области.

2. Рациональная организация учебной и внеучебной деятельности обучающихся образовательных учреждений области.

В целях обобщения и распространения позитивного опыта использования педагогами области методов и методик, способствующих сохранению и укреплению здоровья обучающихся, Департаментом образования Ярославской области совместно с ГОУ ЯО ИРО проведены: региональный этап Всероссийского конкурса «Учитель здоровья - 2010», конкурс «Школа –территория здоровья», фестиваль проектов «Школа здоровья». В 2011 г. объявлен региональный конкурс программ на организацию 3-его часа физической культуры, региональный конкурс на лучшую организацию здоровьесберегающего пространства в образовательном учреждении.

В соответствии с постановлением Губернатора Ярославской области «О плане первоочередных мероприятий по модернизации общего образования на 2010 год», статус регионального ресурсного центра, занимающегося вопросами сохранения и укрепления здоровья участников образовательного процесса, определен

центру содействия укреплению и сохранению здоровья участников образовательного процесса.

Сохранению и укреплению здоровья обучающихся во многом способствует индивидуализация обучения, учет индивидуальных особенностей развития детей, темпа их деятельности. Уже сегодня в трех районах области апробирована практика образования обучающихся путем формирования индивидуальных образовательных программ и планов.

В Ярославской области принят закон «О гарантиях прав детей в Ярославской области», которым определены меры поддержки одаренных детей и областная целевая программа «Семья и дети», подпрограмма «Одаренные дети». Более 15 тысяч школьников привлекаются ежегодно к научно-исследовательской работе, в том числе в рамках Российской научной конференции школьников «Открытие», научно-исследовательской конференции «Отечество».

В регионе 5580 детей с ограниченными возможностями здоровья обучаются в общеобразовательных учреждениях. Из 7% обучающихся Ярославской области, нуждающихся в специальном коррекционном образовании, 5% детей получают данную услугу. В рамках реализации ПНПО в 2009 году создано структурное подразделение ГОУ ЯО «Центр помощи детям» «Школа дистанционного обучения детей инвалидов». В 2010 году организовано дистанционное обучение 112 детей-инвалидов.

3. Организация физкультурно-оздоровительной работы в образовательных учреждениях области.

В течение ряда лет из областного бюджета выделялись средства для организации работы школьных спортивных залов в вечернее время. В 2008 году департаментом образования ЯО было выделено на организацию этой деятельности 2,5 миллиона рублей, в 2010 года сумма субсидий составит 4,5 миллиона рублей. Эта работа показала свою результативность и получила высокую оценку родителей и населения. В 2005-2009 годах из средств областной целевой программы «Комплексные меры противодействия злоупотреблению



наркотиками и их незаконному обороту» приобретены комплекты тренажеров для образовательных учреждений на сумму 6 млн. рублей.

В целях совершенствования материально-технической базы школ для организации здоровьесберегающей деятельности 10 школ победителей областного конкурса среди образовательных учреждений на лучшую организацию физкультурно-оздоровительной работы «Школа – территория здоровья» получили денежные премии в размере 200 тысяч рублей. Однако материально-техническое оснащение большинства школ области для организации физкультурно-спортивной деятельности остается недостаточным, что создает серьезные трудности для заявленного на 2010 год в Национальной образовательной инициативе «Наша новая школа» введения обязательного третьего урока физической культуры. Дополнительный третий урок физкультуры проводится сегодня только в 40% школ области.

В соответствие с письмом Департамента государственной политики в сфере воспитания, дополнительного образования и социальной защиты детей Министерства образования и науки Российской Федерации от 29.03.2010 № 06-499 в образовательных учреждениях должен осуществляться мониторинг физического развития обучающихся. Существует потребность в создании электронной базы данных физической подготовленности обучающихся Ярославской области для изучения результативности здоровьесберегающей деятельности образовательных учреждений.

В 37 спортивных школах области занимается более 18 тыс. детей и подростков по 40 видам спорта. В 586 детских спортивных объединениях УДОД занимается 9528 человек, в 805 спортивных кружках школ – 12898 человек.

4. Реализация в образовательных учреждениях области дополнительных образовательных программ, способствующих сохранению и укреплению здоровья участников образовательного процесса.

Одним из ресурсов деятельности образовательных учреждений по сохранению и формированию психологического здоровья школьников являются действующие в системе образования Ярославской области 15 центров психолого-медико-

социального сопровождения детей и подростков, 2 центра психолого-педагогической реабилитации и коррекции для несовершеннолетних. В школах области работают 600 практических психологов.

Актуальной в образовательной среде остается задача организации деятельности по профилактике распространения ВИЧ-инфекции и аддиктивного поведения несовершеннолетних. Одним из результативных направлений этой работы стало развитие волонтерского движения в образовательных учреждениях области. Ежегодно с 2006 года команды образовательных учреждений проходят обучение навыкам ведения профилактической работы в областных и муниципальных лагерях волонтеров, обмениваются опытом работы в рамках фестивалей волонтерских отрядов «Дорогою добра». Сегодня в деятельности добровольческого движения, содействующего формированию здорового образа жизни в молодежной среде, участвуют более 50 учреждений образования области.

В ряде школ области при организации внеучебной деятельности детей активно используются комплексные программы формирования жизненно важных навыков, такие как «Все цвета, кроме черного» и «Разговор о правильном питании». Разработка центра психолого-медико-социального сопровождения «Гармония» г. Углич «Программа коррекции синдрома профессионального выгорания педагогов» в 2009 году стала дипломантом первого Всероссийского конкурса образовательных программ «За здоровье в образовании», организованном Общероссийской общественной организацией содействия укреплению здоровья в системе образования.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ГОТОВНОСТЬ К ШКОЛЕ – ЧТО ЭТО ТАКОЕ?

Видовская Л.Э.

ГУ ЯО «Ярославский областной молодежный информационный центр»,

г. Ярославль

Психологическую готовность можно сравнить с фундаментом здания: хороший крепкий фундамент – залог надежности и качества будущей

постройки. Школа – это новая для ребенка социальная среда, где существуют определенные требования и обязанности, нормы и правила поведения, которые дети должны соблюдать и выполнять, чтобы их пребывание в школе было максимально комфортным, здоровым, интересным и полезным. Все это требует определенной подготовки.

Психологи рассматривают готовность к школе как сложное образование, включающее в себя личностную (мотивационную), интеллектуальную и волевою готовность.

На наш взгляд, личностная (мотивационная) готовность – это один из важных компонентов готовности к школе. Она выражается в отношении ребенка к школе, учебной деятельности, учителям, к самому себе как ученику. У него появляется новое стремление, новый мотив – быть школьником. То есть ребенок начинает гордиться своим статусом: я школьник, я уже взрослый!

Психологи отмечают, что первоначально детей могут привлекать внешние атрибуты: красивый портфель, пенал, тетрадки, возникает потребность в новой обстановке, в приобретении новых друзей, и лишь затем появляется желание учиться, узнавать что-то новое, получать хорошие отметки. Именно появление мотивов учения (стремления к серьезным занятиям, ответственным поручениям, желания получать знания и т.п.) можно рассматривать как вершину психического развития ребенка-дошкольника, и он может быть признан готовым к школьному обучению.

На уровень психологической готовности ребенка к школе влияет и отношение родителей к школьной жизни и к своему ребенку. У некоторых родителей может быть негативное отношение к школе, к самому процессу обучения: «Да чему там могут научить!» или «Да в школе нет нормальных учителей!». Эта установка будет передаваться и ребенку, ведь мама или папа в этом возрасте являются для него авторитетом. Когда ребенок говорит: «Нет, я не хочу идти в школу, потому что там ставят двойки» или «Хочу учиться, но боюсь идти в школу», это может быть связано с особенностями воспитания, например, с запугиванием детей школой: «Ты же двух слов связать не можешь, как ты в

школу пойдешь!» или «Вот пойдешь в школу, тебя там быстро на место поставят!»

Важную роль в личностной готовности к школе играет наличие у детей навыков общения, которые помогут им эффективно взаимодействовать с одноклассниками и учителями. Ведь каждому ребенку необходимо войти в детское общество, действовать совместно с другими, уступать в одних обстоятельствах и защищать свои интересы в других. Эти навыки обеспечивают успешную адаптацию к новой школьной жизни. К сожалению, на развитие коммуникативных качеств родители часто не обращают необходимого внимания. Как показывает практика, нежелание ребенка учиться и плохая успеваемость часто бывает связана именно с недостаточной развитостью навыков общения, с неумением сотрудничать с другими.

Большое значение в жизни ребенка играет и первый учитель. Каждый из нас наверняка помнит его образ. У одних он может быть позитивным (милая, добрая женщина), у других – негативным (злая и вредная). Если учитель нравится ребенку, то он может стать для него авторитетом, образцом для подражания, с которым он будет делиться своими впечатлениями, успехами и неудачами, рассказывать о событиях, происходящих в его жизни. От того, какой след в сознании ребенка оставит первый учитель, зависит его дальнейшая школьная жизнь и взаимоотношения с другими учителями. Поэтому родителям стоит заранее познакомиться и присмотреться к первому учителю.

Готовность к школе связана также с развитием мыслительных процессов – способностью обобщать, сравнивать объекты, классифицировать их, выделять существенные признаки, определять причинно-следственные связи, делать выводы.

Многие родители считают, что чем больше слов ребенок знает, тем он больше развит. Но между величиной словарного запаса и развитием мышления нет прямой зависимости. О готовности к усвоению школьной программы свидетельствуют не сами по себе знания и навыки, а уровень развития познавательных интересов и деятельности ребенка. Познавательные интересы

складываются постепенно и не могут возникнуть сразу при поступлении в школу, если в дошкольном возрасте их воспитанию не уделялось достаточного внимания.

Готовность к школе включает и развитие воли. В разном возрасте волевые усилия проявляются по-разному. Как правило, к шести годам происходит формирование основных элементов волевого действия: ребенок способен поставить перед собой цель, принять решение, наметить план действий и оценить результаты. Школьная жизнь ребенка очень насыщена (уроки, внеклассные мероприятия, домашние задания и т.п.), а затем еще посещение различных секций и кружков. Поэтому волевые процессы включаются с максимальной силой (проявление ответственности, концентрации внимания на сложном задании, на выполнении правил, задаваемых учителем, при работе по образцу и т.п.). Таким образом, воля – необходимый компонент готовности к школе и ее нужно «развивать и воспитывать».

Психологическая готовность является важным и необходимым условием для успешного вхождения ребенка в школьную среду. Она включает развитие интеллектуальной, волевой и личностной сферы. Если ребенок на протяжении дошкольного детства много играл, имел полноценное общение со сверстниками и взрослыми, если ему читали книги и поощряли занятия творчеством, то к началу младшего школьного возраста у него, скорее всего, появится желание учиться.

ПРОГРАММА КОРРЕКЦИИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ  
СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА «ПУТЕШЕСТВИЕ В МИР  
ЭМОЦИЙ»

Дувакина О.В., Дойкова С.В.

МОУ Центр психолого-медико-социального сопровождения детей, Ярославская область, г. Ростов

Эмоции играют важную роль в жизни каждого человека. Развитие ребенка теснейшим образом взаимосвязано с особенностями мира его чувств и

переживаний. Эмоции, с одной стороны, являются показателем состояния ребенка, с другой – сами существенным образом влияют на его познавательные процессы и поведение, определяя направленность его внимания, особенности восприятия окружающего мира. Они помогают воспринимать действительность и реагировать на нее и в конечном итоге определяют всю жизнь человека и его место в социуме.

Многие специалисты по дошкольному образованию констатируют, что в настоящее время эмоциональная сфера дошкольников развита достаточно слабо. Причин этому много, главная из которых заключается в том, что взрослые в настоящее время направляют все свои усилия в первую очередь на развитие интеллектуальной сферы ребенка, забывая об эмоциональной сфере и не задумываясь о том, что обедненная эмоциональная сфера замедляет развитие интеллектуальной сферы. Дети стали меньше общаться не только со взрослыми, но и друг с другом, предпочитая играть в компьютерные игры или смотреть мультфильмы. Современные дети стали менее отзывчивыми к чувствам других людей. Они не всегда способны осознавать и контролировать свои эмоции, а это приводит к импульсивности поведения.

Возросло также количество дошкольников, имеющих различные нарушения в развитии эмоциональной сферы. Поэтому деятельность, направленная на коррекцию и развитие эмоциональной сферы дошкольников является актуальной и востребованной в настоящее время. Универсальность предлагаемой программы состоит в том, что она может использоваться как для развития эмоциональной сферы дошкольников, так и для коррекции существующих эмоциональных нарушений как в индивидуальной, так и в групповой форме.

Цель: гармонизация психоэмоционального состояния детей дошкольного возраста.

Задачи:

1. Расширить знания детей о чувствах, эмоциях и способах их выражения, обогатить словарь детей за счет слов, обозначающих различные эмоции, чувства, настроения.
2. Развивать умение детей распознавать эмоциональные проявления свои и других людей по различным признакам (мимике, пантомимике, интонации).
3. Развивать эмоциональную регуляцию поведения.
4. Формировать позитивное отношение к своему «Я».

Ожидаемые результаты:

- ✓ формирование способности к осознанию собственного эмоционального состояния и эмоционального состояния других людей;
- ✓ гармонизация эмоционального состояния детей;
- ✓ снижение уровня тревожности и страхов;
- ✓ стабилизация самооценки.

Режим проведения занятий: программа предназначена для проведения занятий с детьми в групповой форме, но может использоваться и для индивидуальных занятий. Занятия проводятся 1-2 раза в неделю. Продолжительность каждого занятия – 30- 40 минут.

Условия реализации программы:

*Оптимальные:* наличие у ведущих опыта коррекционно-развивающей работы с детьми дошкольного возраста; наличие специально оборудованной сенсорной комнаты; количественный состав группы – 6-8 человек; при формировании группы учитывать характер эмоциональных нарушений каждого ребенка.

*Достаточно необходимые условия:* при отсутствии специально оборудованной сенсорной комнаты возможно проведение занятий в игровой комнате при наличии в ней мягких игрушек, необходимого раздаточного материала, аудиотехники, матов (ковриков) для проведения релаксационных процедур; в процессе практической работы допустимо сокращение игр и упражнений или, наоборот, внесение различных дополнений, в соответствии с потребностями и индивидуальными особенностями детей.

При использовании программы в развивающих целях, достаточно проведения по одному занятию по ознакомлению с эмоциями «страх» и «гнев». Предлагаемый избыточный объем материала по этим темам предназначен для коррекционной работы с детьми, имеющими соответствующие эмоциональные проблемы. Это следует учитывать при планировании и проведении занятий.

#### Учебно-тематический план

| №  | Тема   | Кол-во часов |
|----|--|--------------|
| 1  | Знакомство. Начало путешествия.              | 1            |
| 2  | Путешествие в страну Радости                 | 2            |
| 3  | Путешествие в страну Грусти                  | 1            |
| 4  | Путешествие в страну Удивления               | 1            |
| 5  | Путешествие в страну Страха                  | 3            |
| 6  | Путешествие в страну Злости                  | 2            |
| 7  | Путешествие в страну Вины                    | 1            |
| 8  | Королевство эмоций                           | 1            |
| 9  | Наши эмоции                                  | 1            |
| 10 | Путешествие в страну Дружбы                  | 1            |
| 11 | Путешествие гусеницы. Заключительное занятие | 1            |
|    | Итого:                                       | 15           |

### ТРЕНИНГОВЫЕ ЗАНЯТИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ЭКЗАМЕНАЦИОННОГО СТРЕССА У ВЫПУСКНИКОВ ШКОЛ «ЭКЗАМЕНЫ... УСТАНОВКА НА УСПЕХ»

Дудакова Д.Н., Дувакина О.В.

МОУ Центр психолого-медико-социального сопровождения детей, Ярославская область, г. Ростов

Многолетняя практика специалистов Центра психолого-медико-социального сопровождения детей показала, что ежегодно от выпускников школ и их родителей поступает запрос на оказание психологической поддержки школьников в период сдачи выпускных экзаменов. Для выпускников школ период сдачи экзаменов является первым серьезным жизненным испытанием, а опыта в преодолении трудностей еще недостаточно, поэтому у многих учащихся уровень тревожности в этот период очень высок.



Более детальное изучение запроса (поскольку запрос на оказание психологической помощи слишком широк и неконкретен) показало, что многие школьники испытывают страх перед необходимостью запомнить в короткий срок большой объем информации.

Многие школьники также отмечают страх перед необходимостью самопрезентации и ощущают неуверенность в себе. У некоторых школьников уровень тревожности возрастает настолько, что начинают появляться психосоматические симптомы, такие как частые головные боли, нарушения сна, ощущение постоянной усталости и т.п.

Исходя из этого, помощь психолога не должна сводиться только к решению отдельной проблемы эмоциональной саморегуляции или состоять в обучении рациональным мнемоническим приемам, она должна быть комплексной. Именно в комплексном подходе, на наш взгляд, состоит новизна данной программы.

Цель: формирование у выпускников школ навыков поддержания оптимального психологического состояния в экзаменационный период, снижение эмоциональной насыщенности периода подготовки к сдаче выпускных экзаменов.

Задачи:

1. Ознакомление обучающихся с различными способами запоминания информации.
2. Ознакомление обучающихся со способами эмоциональной саморегуляции.
3. Отработка навыков асертивного поведения.
4. Снижение уровня реактивной и личностной тревожности.

Ожидаемые результаты:

- ✓ осознание учащимися индивидуального оптимального способа организации процесса запоминания информации, овладение учащимися рациональными мнемоническими приемами;
- ✓ овладение навыками эмоциональной саморегуляции;

- ✓ формирование навыков асертивного поведения;
- ✓ снижение уровня реактивной и личностной тревожности.

Форма и режим проведения:

занятия проводятся в групповой форме;

количество детей – 10 – 15 человек;

продолжительность занятия – 1,5 часа;

общее количество занятий – 10.

Все занятия имеют одинаковую структуру. Они включают в себя следующие части:

1. Обучение старшеклассников рациональным мнемотехническим приемам.
2. Формирование навыков асертивного поведения у старшеклассников.
3. Овладение навыками эмоциональной саморегуляции.

## ВЛИЯНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ОБУЧЕНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И ОБРАЗ ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ-ШКОЛЬНИКОВ

Иванова И.В., Черная Н.Л., Сенягина Е.И.

ГОУ ВПО Ярославская государственная медицинская академия, г. Ярославль

Среди причин прогрессирующего снижения здоровья современных школьников наиболее часто называются неблагоприятные условия внутришкольной среды, нерациональная организация образовательного процесса, высокие умственные, психологические и учебно-воспитательные («дидактогенные») нагрузки. Принято считать, что особенно неблагоприятная ситуация складывается в школах так называемого «нового вида» (гимназиях, лицеях, школах с углубленным изучением отдельных предметов), что связано с отрицательным влиянием повышенных нагрузок и интенсивного характера обучения на развивающийся детский организм. С другой стороны, доказано, что использование инновационных технологий в процессе школьного обучения способствует рационализации познавательной деятельности учащихся, активному усвоению учебного материала и, в конечном итоге, повышению

качества знаний. Для оценки влияния особенностей инновационного обучения на состояние здоровья и социально-психологический статус учащихся нами был проведен сравнительный анализ соответствующих показателей у учащихся школ разного типа.

Группу наблюдения составили 145 детей в возрасте 12-13 лет: 83 человека – учащиеся средней общеобразовательной школы, 62 человека – учащиеся гимназии. Школа и гимназия расположены в одном микрорайоне города, на незначительном расстоянии друг от друга. Обучение в общеобразовательной школе строится по стандартной системе, в гимназии – по инновационному принципу. В гимназии принята модульная система расписания уроков, учебные занятия во всех классах проводятся в первую смену, через каждые 6-7 рабочих недель предусмотрены каникулы. Расширенное содержание обучения определяется введением в учебный план предметов гуманитарной и «творческой» направленности: риторика, культура речи, второй иностранный язык (с 7 класса), игровое творчество, сценическая речь, хореография, подвижные игры.

При анализе данных о состоянии здоровья детей, полученных из первичной медицинской документации, было отмечено, что в возрасте 12-13 лет к I и II группам здоровья могли быть отнесены 29,2% школьников и 17,9% гимназистов, к III и IV группам здоровья – 70,8% школьников и 82,1% гимназистов ( $p > 0,05$ ). Таким образом, достоверных различий между учащимися школ разного типа по распространенности хронической патологии не отмечалось. Однако, анализ «исходных» показателей, характеризующих распространенность хронической патологии в начале обучения, показал, что в возрасте 7 лет к I и II группам здоровья могли быть отнесены 51,4% школьников и лишь 28,6% гимназистов, к III и IV группам здоровья – соответственно 48,6% и 71,4% детей ( $p = 0,009$ ). Иными словами, исходный уровень распространенности хронической патологии у будущих гимназистов был достоверно выше, чем у будущих школьников. В процессе обучения тенденции к увеличению числа детей с хроническими заболеваниями имели

место и в том, и другом случае, однако если в гимназии эта тенденция не была статистически значимой, то в общеобразовательной школе число детей с хронической патологией увеличилось в 1,5 раза ( $p=0,005$ ).

Как известно, существенное влияние на состояние здоровья учащихся имеют психологические особенности обучения, в том числе отношение детей к школе и образовательному процессу. Оценивая свое отношение к обучению, гимназисты чаще отмечали, что с удовольствием ждут школьных занятий, а также чаще указывали на значимость взаимоотношений с учителями, при этом значимость школьных отметок для гимназистов и школьников не имела достоверных различий (табл. 1).

Таблица 1

Результаты анкетирования учащихся гимназии и общеобразовательной школы

| Варианты ответов на вопросы анкет          | Гимназисты | Школьники | p     |
|--|------------|-----------|-------|
| С удовольствием жду уроков в школе         | 92,9%      | 76,6%     | 0,006 |
| Для меня важны взаимоотношения с учителями | 54,8%      | 34,9%     | 0,019 |
| Для меня важны школьные отметки            | 64,2%      | 69,8%     | >0,05 |

Родители учащихся школы «нового типа» чаще отмечали положительный настрой ребенка на встречу со своими учителями и положительное стимулирующее влияние гимназии на ребенка (табл. 2).

Таблица 2

Результаты анкетирования родителей учащихся гимназии и общеобразовательной школы

| Варианты ответов на вопросы анкет                           | Родители гимназистов | Родители школьников | p     |
|---|----------------------|---------------------|-------|
| Ребенок обычно положительно настроен на встречу с учителями | 97,5%                | 83,9%               | 0,006 |
| Школа положительно стимулирует ребенка                      | 25,0%                | 6,6%                | 0,003 |
| Часто возникают проблемы с утренним пробуждением ребенком   | 8,4%                 | 27,9%               | 0,006 |
| Часто возникают проблемы с поведением ребенка               | 51,7%                | 67,1%               | 0,050 |
| Ребенок посещает кружки и секции не менее 2 раз в неделю    | 41,9%                | 23,5%               | 0,011 |

|  |      |      |       |
|--|------|------|-------|
| Ребенок смотрит телевизор и видео в учебные дни (в среднем) 3 часа и более в день  | 11,1 | 37,5 | 0,001 |
| Ребенок смотрит телевизор и видео в выходные дни (в среднем) 3 часа и более в день | 20,0 | 47,2 | 0,001 |

Кроме того, родители учащихся гимназии достоверно реже указывали на проблемы, связанные с утренним пробуждением ребенка в учебные дни и поведением ребенка. Также родители гимназистов чаще сообщали о регулярном посещении ребенком кружков и секций, что, возможно, связано с большей доступностью данных форм организованного досуга для учащихся данного образовательного учреждения (кружки и секции при гимназии). Напротив, школьники, по результатам анкетирования родителей, больше времени уделяли просмотру телепередач и видеофильмов. Следует отметить, что вопреки распространенному мнению о более высокой дидактогенной нагрузке в школах «нового типа», длительность выполнения школьных заданий у гимназистов в школьные и выходные дни не превышала соответствующие показатели у учащихся общеобразовательной школы ( $p > 0,05$ ). Более того, учащиеся гимназии реже, чем школьники, выполняли домашние задания в течение 3 часов и более ( $p = 0,005$ ). Данный факт, по всей вероятности, был связан с особенностями построения расписания в гимназии – блочно-модульной системой, предусматривающей проведение двух уроков по одному предмету ежедневно.

Кроме того, родители учащихся общеобразовательной школы несколько чаще, чем родители учащихся гимназии отмечали наличие у ребенка проблем, связанных с обучением. Так, о наличии проблем с дисциплиной сообщили 10,0% родителей гимназистов и 24,2% родителей школьников ( $p = 0,030$ ), о наличии эмоциональных проблем, связанных с обучением, – соответственно 5,0% и 17,7% родителей.

Полученные результаты позволяют обсуждать значимость обучения в гимназии при формировании у детей таких качеств как ответственность,

дисциплинированность, приверженность стереотипам здорового и активного образа жизни. Кроме того, был установлен более высокий уровень мотивации и интерес к обучению у детей, посещающих школу «нового типа», по сравнению с учащимися общеобразовательной школы. В сочетании с описанными выше различиями в состоянии здоровья детей, выявленные закономерности, в противовес широко обсуждаемому мнению, были расценены нами как свидетельство благоприятного влияния школы инновационного типа на состояние здоровья и социально-психологические особенности учащихся.

## РЕАЛИЗАЦИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ

Киселева Т.Г.

ГОУ ЯО «Институт развития образования», г. Ярославль

Согласно определению ВОЗ, здоровье – это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов. В связи с этим целостный взгляд на индивидуальное здоровье можно представить в виде четырехкомпонентной модели, в которой выделены взаимосвязи различных его компонентов и представлена их иерархия:

Соматический компонент – текущее состояние органов и систем организма человека, – основу которого составляет биологическая программа индивидуального развития, опосредованная базовыми потребностями, доминирующими на различных этапах онтогенетического развития. Эти потребности, во-первых, являются пусковым механизмом развития человека, а во-вторых, обеспечивают индивидуализацию этого процесса.

Физический компонент – уровень роста и развития органов и систем организма, – основу которого составляют морфофизиологические и функциональные резервы, обеспечивающие адаптационные реакции.

Психический компонент – состояние психической сферы, – основу которого составляет состояние общего душевного комфорта, обеспечивающее адекватную поведенческую реакцию. Такое состояние обусловлено как биологическими, так и социальными потребностями, а также возможностями их удовлетворения.

Нравственный компонент – комплекс характеристик мотивационно-потребностной сферы жизнедеятельности, – основу которого определяет система ценностей, установок и мотивов поведения индивида в обществе. Нравственным здоровьем опосредована духовность человека, так как оно связано с общечеловеческими истинами добра, любви и красоты.

Культура здорового образа жизни личности – это часть общей культуры человека, которая отражает его системное и динамическое состояние, обусловленное определенным уровнем специальных знаний, физической культуры, социально-духовных ценностей, приобретенных в результате воспитания и самовоспитания, образования, мотивационно-ценностной ориентации и самообразования.

Здоровьесберегающие технологии реализуются на основе личностно-ориентированного подхода, предполагают активное участие самого обучающегося в освоении культуры человеческих отношений, в формировании опыта здоровьесбережения, который приобретается через постепенное расширение сферы общения и деятельности учащегося, развитие его саморегуляции (от внешнего контроля к внутреннему самоконтролю), становление самосознания и активной жизненной позиции на основе воспитания и самовоспитания, формирования ответственности за свое здоровье, жизнь и здоровье других людей.

По определению В.В. Серикова, технология в любой сфере – это деятельность, в максимальной мере отражающая объективные законы данной предметной сферы, построенная в соответствии с логикой развития этой сферы и потому обеспечивающая наибольшее для данных условий соответствие результата деятельности предварительно поставленным целям. Следуя этому

методологическому регулятиву, технологию, применительно к поставленной проблеме, можно определить как здоровьесберегающую педагогическую деятельность, которая по-новому выстраивает отношения между образованием и воспитанием, переводит воспитание в рамки человекообразующего и жизнеобеспечивающего процесса, направленного на сохранение и приумножение здоровья ребенка. Здоровьесберегающие педагогические технологии должны обеспечить развитие природных способностей ребенка: его ума, нравственных и эстетических чувств, потребности в деятельности, овладении первоначальным опытом общения с людьми, природой, искусством.

Основными компонентами здоровьесберегающей технологии выступают:

- *аксиологический*, проявляющийся в осознании учащимися высшей ценности своего здоровья, убежденности в необходимости вести здоровый образ жизни, который позволяет наиболее полно осуществить намеченные цели, использовать свои умственные и физические возможности;
- *гносеологический*, связанный с приобретением необходимых для процесса здоровьесбережения знаний и умений, познанием себя, своих потенциальных способностей и возможностей, интересом к вопросам собственного здоровья, к изучению литературы по данному вопросу, различных методик по оздоровлению и укреплению организма;
- *здоровьесберегающий*, включающий систему ценностей и установок, которые формируют систему гигиенических навыков и умений, необходимых для нормального функционирования организма, а также систему упражнений, направленных на совершенствование навыков и умений по уходу за самим собой, одеждой, местом проживания, окружающей средой, включает в себя психогигиену и психопрофилактику учебно-воспитательного процесса;
- *эмоционально-волевой*, который включает в себя положительные эмоции; переживания, благодаря которым у человека закрепляется желание вести здоровый образ жизни;
- *экологический*, учитывающий единство бытия человеческой личности в с биосферой;



– *физкультурно-оздоровительный* компонент предполагает владение способами деятельности, направленными на повышение двигательной активности, предупреждение гиподинамии, обеспечивает закаливание организма, высокие адаптивные возможности.

Только реализация всех перечисленных компонентов дает основание оценивать педагогическую технологию как здоровьесберегающую.

## ТЕХНОЛОГИИ ОЗДОРОВЛЕНИЯ ПО МЕТОДУ БОС В ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Митропова А.А.

Научно-производственная фирма «Амалтея», г.Санкт-Петербург

Сегодня одной из основных задач модернизации и развития образования является задача сохранения и укрепления здоровья всех участников образовательного процесса, формирование ценностного отношения к своему здоровью. Изменение парадигмы педагогического образования, превращение его по существу в образование психолого-педагогическое означает переход к гибкому, индивидуально-ориентированному обучению, минимизирующему риски для здоровья учащихся. Внедрение в учебно-воспитательную практику здоровьесберегающих технологий, повышающих качество и здоровьесохранные функции образовательной среды, создает благоприятные условия для всестороннего раскрытия личности учащихся, формирование у них компетенций, необходимых для успешной социализации в современном мире.

Эффективным способом формирования у детей и взрослых ценностного отношения к своему здоровью и привития навыков здорового образа жизни является технология функционального биоуправления, реализующая принцип биологической обратной связи (БОС). За последние годы границы применения метода БОС значительно расширились. Лечебно-восстановительная медицина, адаптивная физкультура, физическое воспитание и спорт, педагогика и психология, психопрофилактика и социальная реабилитация, культура

сохранения здоровья и обучение навыкам здорового образа жизни — в этих и других сферах деятельности метод БОС приобретает большую ценность как способ мобилизации психофизиологических ресурсов и расширения адаптационных возможностей организма, как метод целенаправленной активизации резервных возможностей организма за счет интеграции его психических и физиологических функций.

Основной задачей метода БОС является обучение навыкам саморегуляции, которое осуществляется с помощью специального оборудования. За максимально короткие сроки, легко и увлеченно, ребенок или взрослый овладевает навыками, создающими благоприятную основу для нервно-психического развития, для успешного прохождения возрастных кризисов и противостояния влиянию стресса.

Во время сеанса БОС происходит регистрация физиологических параметров организма (маркерных параметров стрессовой реакции), таких как частота сердечных сокращений, периферическая температура, мышечное напряжение, и их компьютерное преобразование в понятный для обучающегося вид - сигналы обратной связи в виде графиков, картинок, звуков или мультипликационного сюжета на экране монитора. При правильном выполнении тренировочных заданий происходит их определенное изменение. Появляется уникальная возможность увидеть или услышать то, что происходит с собственным телом, сравнить субъективные ощущения с объективными данными, отображаемыми на экране. Оценивая свои телесные ощущения, связанные с нужными изменениями, обучающийся начинает воспроизводить их не случайным образом, а произвольно. Овладение навыками саморегуляции в ходе БОС-тренинга, обеспечивает их долгосрочность, формирует психофизиологический ресурс организма, которым человек будет пользоваться всю жизнь.

Метод БОС может использоваться в работе с детьми, начиная с трехлетнего возраста, верхний предел возраста не ограничен!

Сегодня российские производители предлагают большой выбор кабинетов и комплексов биологической обратной связи, реализующих метод

БОС как в индивидуальной, так и групповой коррекционно-профилактической работе.

КАБИНЕТЫ И КОМПЛЕКСЫ БОС производства НПФ «Амалтея», отличаются своей высокой надежностью, инновационностью инженерных и дизайнерских решений, широкими функциональными возможностями, дополненными мощным психодиагностическим инструментарием. Неоспоримым достоинством оборудования НПФ «Амалтея» является также его качественное методическое сопровождение.

По своим функциональным возможностям кабинеты и комплексы НПФ «Амалтея» представляет собой инструмент:

- ✓ диагностический (оценка психофизиологического, эмоционального состояний, интеллектуальных и индивидуально-личностных особенностей);
- ✓ обучающий и оздоровительный (информирование о здоровье и способах его сохранения, воспитание культуры здоровья, формирование навыков саморегуляции, конструктивных поведенческих стратегий);
- ✓ психотерапевтический и коррекционный (коррекция страхов, эмоциональных и речевых нарушений, психосоматических расстройств, поведенческих отклонений, различных деформаций и пограничных патологий опорно-двигательного аппарата).

При всем разнообразии типов обратной связи, реализуемых оборудованием НПФ «Амалтея» (кардиографическою, температурной, электромиографической), и специфике решаемых задач каждым комплексом и кабинетом, существуют и общие эффекты от внедрения оборудования в оздоровительно-профилактическую, психолого-педагогическую, коррекционно-реабилитационную практику:

- ✓ Оптимизация функционального состояния;
- ✓ Повышение стрессоустойчивости и адаптационных ресурсов организма;
- ✓ Снижение заболеваемости острыми респираторными и сердечно-сосудистыми заболеваниями; нервными расстройствами;
- ✓ Снижение повышенного мышечного тонуса, мышечного напряжения;

- ✓ Повышение концентрации внимания и работоспособности, снижение утомляемости;
- ✓ Рост успешности в обучении, осознание своих возможностей и саморазвитие.

КОМПЛЕКСЫ И КАБИНЕТЫ БОС рекомендованы для работы специалистам помогающих профессий: практическим психологам, социальным педагогам, валеологам, логопедам, дефектологам; другим специалистам, занимающимся вопросами здоровьесбережения.

## СОХРАНЕНИЕ И УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ УЧАСТНИКОВ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

Мохова Л.Н.

Фоминская средняя общеобразовательная школа, Ярославская область,  
Тутаевский район

В рамках национальной образовательной инициативы «Наша новая школа» одним из шести приоритетов обозначено здоровье школьников. В Послании Президента РФ Дмитрия Анатольевича Медведева Федеральному Собранию отмечено, что «Именно в школьный период формируется здоровье человека на всю последующую жизнь». И это действительно так. Более тысячи учебных и у большинства детей столько же внеурочных часов в году проходит в стенах школы. Как сделать так, чтобы это прожитое время было продуктивным, полезным, а самое главное, для человека нужным и желанным, зависит от нас, взрослых.

Школьное образование стоит в настоящее время перед необходимостью инициировать свое развитие через мотивацию на здоровьесбережение путем целенаправленной организации самого этого процесса. Проектирование этих преобразований как способа деятельности во многом зависит от организационной культуры учреждения, от стиля руководства, от управленческой команды, тех стратегических целей, которые поставлены перед

коллективом, и как они присвоены самими работниками на всех уровнях исполнения. Сегодня мы готовы поделиться опытом работы школы как социального института в этом направлении.

Осознанное здоровьесбережение всех участников образовательного процесса и повышение качества обучения и учения – вот к чему стремится сегодня наш коллектив.

Чтобы легче было совершить переход к активному качественному, инновационно-ориентированному образованию, мы создаем среду, предоставляем возможности для гармонично профессионального, творческого развития каждого в сочетании со здоровым образом жизни. Как управлять этой средой, как моделировать и проектировать стратегию на самосохранение, самосовершенствование, саморазвитие и самовыражение всех субъектов УВП – главные и сложные вопросы управления. С этой целью мы осваиваем и практикуем технологии успешной мотивации через участие в конкурсах разных по уровню и значимости. Приоритетными направлениями в организации нашей работы являются:

- ✓ - создание условий, содействующих формированию навыков здорового образа жизни, сохранению и укреплению физического и психического здоровья обучающихся, педагогов и родителей средствами физической культуры и спорта;
- ✓ - оснащение учебно-тренировочных занятий физкультурно-спортивным оборудованием и инвентарем;
- ✓ - обеспечение тесного взаимодействия учебного и внеучебного процессов воспитания для освоения ценностей физической культуры;
- ✓ - удовлетворение потребностей обучающихся в занятиях физическими упражнениями, спортом и туризмом;
- ✓ - формирование физической культуры личности школьников с учетом их индивидуальных способностей, состояния здоровья и мотивации;
- ✓ - совершенствование врачебно-педагогического контроля и психологического сопровождения за организацией физического воспитания;

- ✓ - периодический анализ и самооценка деятельности педагогического коллектива по реализации современных требований, обеспечивающих развитие физической культуры и спорта в школе;
- ✓ - профилактика асоциального поведения обучающихся средствами физической культуры и спорта;
- ✓ - создание системы социальной самозащиты ребенка.

В 2008 году школа вошла в федеральную программу по мониторингу здоровья школьников, в результате участия в ней были обследованы все дети в диагностическом центре г. Ярославля. По результатам обследования группа детей прошла лечение в дневном стационаре. Кроме этого, совместно с родителями на основе рекомендаций докторов была организована профилактическая и реабилитационная работа в школьных условиях. По итогам повторного обследования продолжаем восстановительную и просветительскую работу, исходя из возможностей школы.

Комплексная Программа по здоровьесбережению, существующая в школе, охватывает все стороны жизнедеятельности школьника:

- **питание** (питаются все дети и большинство педагогов, это не просто горячее питание, а вкусно приготовленные обеды, разнообразное меню, свежие отечественные продукты, сама культура питания). Выстроена четкая система работы по организации и пропаганде здорового питания школьников. В доступной и интерактивной форме обучаем детей и их родителей правилам и принципам правильного питания. Это является составной частью формирования культуры здорового и безопасного образа жизни. Проводимая работа по пропаганде здорового питания в комплексе с другими направлениями работы по здоровьесбережению приносит положительные результаты: все обучающиеся школы обеспечены питанием, повышается общая культура детей. За последний год не произошло роста хронических заболеваний школьников, а в зимний период удалось удержать распространение заболеваемости острыми респираторными вирусными инфекциями.

- **рациональная организация учебного процесса** (согласно требованиям СанПиН с организацией динамических пауз, физкультминуток и подвижных игр в перемены: каждая рекреация школы, школьный двор, классные комнаты способствуют подвижности детей, их оздоровлению, их игровой деятельности), на уроках применяются интерактивные и практико-ориентированные педагогические технологии, обеспечивающие продуктивность учебного процесса;

- **физкультурно-оздоровительная работа во внеурочное время**  
Субъектами здоровьесбережения являются весь коллектив школы, родительская общественность, дети, наши социальные партнеры. Поэтому в реализации Программы заинтересованы все звенья школьного сообщества, в частности: Управляющий Совет школы, Совет отцов, родительский комитет, детское самоуправление. В спортивных мероприятиях участвуют активно как дети, так и взрослые. К сожалению, на сегодняшний день 3 часа физической культуры по учебному плану есть не во всех классах. Этот вариант у нас практикуется более 12 лет. В школе создано 16 групп ЛФК и группа ритмической гимнастики (для детей класса с особыми возможностями здоровья), работает массажист, проводится ежедневная утренняя гимнастика, участвуем в проекте «Корпорация девчонок». Работает фито-бар, ежедневно в вечернее время (до 21 часа) организована работа спортивного зала, куда приходят дети со своими родителями, функционирует 34 объединения школьников, 11 из которых спортивной направленности. В школе 9 групп продленного дня. Первых детей мы встречаем в начале восьмого утра. До начала занятий их отдых организован. Ежедневно в группах продленного дня есть оздоровительный час и прогулки на свежем воздухе. Ежегодно в каникулы организуется оздоровительный лагерь, большая наполняемость детей летом – отдыхает 100 и более обучающихся.

Очень важен психологический микроклимат в школьном коллективе: доброжелательность, забота, внимание, высокая организационная культура,

правильно организованная среда, в которой пребывает ребенок, интерьер помещений, а самое главное – образец деятельности педагога.

От того, как ведет себя учитель, какой образ жизни, какой пример он подает в работе, в быту, в процессе любого события, такой результат мы получим и от детей. Руководитель учреждения должен быть достаточно деловым и дальновидным стратегом. В поле зрения необходимо держать самый главный инструмент – кадры. Это не только контроль качества работы коллектива педагогов. Это создание и поддержание необходимых условий для работы, создание предпосылок для самореализации каждого, для проявления творчества и фантазии. А чтобы эти качества имели место, необходимо создать такую атмосферу, где корпоративный дух являлся бы стимулом для проявления инициатив и творчества, чтобы желания к какой-либо полезной деятельности были реально выполнимы и носили целенаправленный воспитывающий характер. В школе не должно быть случайных людей – в этом главная кадровая политика руководителя. В нашей сфере как нигде взаимоотношения Человек - Человек должны быть предельно очеловечены. Если можно так сказать: «семейно-деловые отношения» в коллективе дают хороший результат.

Основными показателями комплексной работы школы за последние 3 года стало снижение уровня заболеваемости более чем на 20%. Качество обучения повысилось, а мы знаем, что успешность обучения напрямую связана со здоровьем.

Каждое направление деятельности коллектива педагогов наполнено своим содержанием.

Мне хочется остановиться на востребованном и привлекательном в наших условиях виде деятельности – туризме, где школьники изучают родной край, совершенствуются в силе, ловкости, взаимовыручке: это туристы-проводники, туристы-экологи, туристы-водники. 16 часов в неделю посвящено этим занятиям. Такой объем часов нам удалось привлечь через социальное партнерство со станциями юных туристов г. Ярославля и г. Тутаева. Взаимопроникновение школы и учреждений дополнительного образования дает



свои плоды. Мы друг другу нужны и взаимовыгодны: наши педагоги и наши дети, результаты – общие и положительные.

Туризм объединил не только школьников, но и взрослых, с нами остались выпускники прошлых лет, это наши волонтеры, организаторы, добрые помощники. Незабываемую школу выживания (ночлег в холодные зимние ночи в лесу) проходят самые стойкие, выносливые и смелые, а это, как правило, самые сложные из них. Наши дети вместе со взрослыми, некоторые педагоги семьями, совершили поход на Кавказ.

Успехи юных туристов и условия для занятий стали основанием для проведения на базе школы соревнований муниципального и регионального уровней, это один из незабываемых праздников здоровья и спорта для всех. В этом году они прошли с 28 по 30 марта. Наша команда заняла почетное второе место из одиннадцати команд Ярославской области. Школа стала серьезным конкурентом для команд г. Ярославля, Рыбинска, Переславля.

Учитывая вхождение в стандарты нового поколения, коллектив школы проанализировал имеющуюся Образовательную программу, выявил дефициты, сопряженные с «перезагрузкой» мысли педагога, связанного с воспитанием и обучением детей, и пришли к выводу, что необходимо модернизировать систему физического воспитания не только в плане педагогического образца, но и частично изменить рабочие программы по этому предмету.

Решили, что управленческий потенциал должен быть направлен на контроль и координацию действий педагога по выполнению требований к предметным результатам:

- ✓ формирование представлений о значении физической культуры для укрепления здоровья человека (физического, социального и психологического);
- ✓ овладение умениями организовать здоровьесберегающую жизнедеятельность (режим дня, утренняя зарядка, оздоровительные мероприятия, подвижные игры и т.д.);
- ✓ формирование навыка систематического наблюдения за своим физическим состоянием.

Важную основу успеха составляет материальная база. Материально-техническое и информационное оснащение образовательного процесса должно обеспечивать возможность:

- ✓ создания комфортной развивающей образовательной среды, гарантирующей охрану и укрепление физического, психического и социального здоровья обучающихся;
- ✓ организации питания и отдыха обучающихся;
- ✓ полноценного физического развития, участия в спортивных соревнованиях и играх.

В школе имеются 2 спортивных зала (малый и большой), тренажерный зал, фитобар, медицинский и массажный кабинеты, кабинеты логопеда и психолога с комнатой психологической разгрузки, кабинет социальной службы. Все дети, кому рекомендованы занятия ЛФК, ежедневно занимаются со специалистами, а также постоянно посещают бассейн в г. Тутаев.

Для улучшения микроклимата помещений приобретены увлажнители воздуха для всех классов начальной школы, переносной облучатель-рециркулятор бактерицидный, ионизаторы воздуха для читального зала библиотеки и кабинета информатики, коктейлер, сухой бассейн, много тренажеров для развития мелкой мускулатуры и силовой комплекс. В школьной столовой планируем установить локальные фильтры на систему водоснабжения, работает специалист (медицинский работник) в группах ЛФК, систематически несколько групп детей посещают бассейн. Сегодня каждой школе нужен бассейн, необходимы педиатр и стоматолог, и тогда можно уверенно продолжать работу по сохранению здоровья как детей, так и взрослых. Но мы не должны забывать об ответственности самого ребенка за свое здоровье, только тогда будут реализованы знания по здоровьесбережению.

ПРОЕКТ КОНЦЕПЦИИ МОДЕЛИ «СОЗДАНИЕ  
ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА  
МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА» (НА БАЗЕ РОСТОВСКОГО  
МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА)

Рощина Г.О.

Центр содействия укреплению и сохранению здоровья участников  
образовательного процесса

*«Наше видение миссии «Нашей новой школы» заключается в первую очередь в создании условий, необходимых для сохранения и укрепления здоровья учащихся; в создании здоровьесберегающего пространства, способствующего максимальной самореализации каждого школьника, формированию ЗОЖ вне зависимости от его психофизиологических и образовательных возможностей»  
(Д.А. Медведев)*

Президент РФ Д.А.Медведев в своем Послании Федеральному собранию Российской Федерации 5 ноября 2008 г. выступил с Национальной образовательной инициативой «Наша новая школа» и подчеркнул необходимость сохранения и укрепления здоровья подрастающего поколения в процессе образования.

Концепция создания здоровьесберегающего образовательного пространства муниципального района (далее – КЗСОП Ростовского МР) представляет собой научно обоснованную совокупность взглядов на цели, задачи, принципы и приоритеты обеспечения здоровья в системе образования МР и является системообразующим основанием достижения нового качества образования и повышения качества жизни подрастающего поколения в муниципальном районе.

Концепция базируется на Конституции Российской Федерации; законах Российской Федерации и Ярославля, основных положениях национальной инициативы «Наша новая школа», ФГОС (федеральный государственный образовательный стандарт второго поколения), иных нормативных правовых

актах, направленных на защиту здоровья граждан и определяющих ответственность ОУ за здоровье обучающихся, воспитанников и работников. В ней учтены результаты научных исследований и опыт обеспечения здоровья в ОУ Ярославля и Ярославской области. Концепция опирается на приоритетные направления развития муниципальной системы образования ЯО, главной целью которой является достижение высокого качества образования, тесно связанное с такими категориями как развитие, самореализация, здоровье, благополучие.

Под здоровьесберегающим образовательным пространством муниципального района мы понимаем пространственно-временное поле функционирования и развития системы муниципального образования как открытой и активной социальной сферы, в которой действует своя идеология формирования личности, направленной на сохранение и укрепление здоровья, с учетом условий внешней среды (природно-климатические, демографические, экологические, социально-экономические, политические и др.), потребностей социальных заказчиков (в том числе самой личности); реализуется комплекс образовательных услуг, как учреждениями образования, так и другими учреждениями, организациями МР, обладающими образовательно-воспитательно-развивающим потенциалом.

Создание образовательной территории (пространства) с обозначением некоторого однородного и равномерно распределенного внутри проведенных границ качества здоровьесбережения в процессе образования детей, наличие которого как раз и будет отличать данное пространство от любого другого – есть конечная цель аккумуляции и использования всех образовательных ресурсов МР.

Здоровьесберегающее образовательное пространство муниципального района (далее – ЗСОП МР) – рассматривается в четырех аспектах:

Как фактор непрерывности здоровьесберегающего образования при сохранении основополагающих элементов его системы, дающей формально-равные возможности, и как совокупность единых (глобальных) требований к отбору содержания, методов и средств обучения, характерных для сообщества в

целом при передаче научного и культурного опыта подрастающему молодому поколению.

Как стержень (генерализующей идеей), вокруг которого выстраивается здоровьесберегающая образовательная стратегия МР.

Как подсистема непрерывного образования, действующая на основе взаимодействия дошкольного, школьного и дополнительного звеньев в единый образовательный мегакомплекс, внутри которого координируются по назначению ОУ, способные по мере необходимости становиться Ресурсными центрами, обеспечивающими условия для сохранения и укрепления здоровья всех субъектов образовательного процесса, развития культуры здоровья и формирования на ее основе здорового образа жизни.

Систему управления развитием личности, направленной на сохранение и укрепление здоровья в которой выделяется несколько уровней:

- ✓ идеология, философия формирования и развития личности, принимающей здоровье как одну из важнейших общечеловеческих ценностей;
- ✓ основные компоненты содержания образования, освоение которых обеспечивает формирование культуры здорового и безопасного образа жизни;
- ✓ необходимые учебно-методические, кадровые, финансовые и материально-технические условия, обеспечивающие эффективное развитие личности направленной на сохранение и укрепление здоровья.

Основная идея формирования здоровьесберегающего образовательного пространства МР заключается в создании и организации деятельности муниципальных ресурсных центров.

Под муниципальным ресурсным центром мы понимаем базовое образовательное учреждение, в деятельности которого накоплен качественный опыт ЗС участников ОП, обладающее ресурсами для его дессиминации в практику других ОУ МР.

Направления деятельности РЦ Ростовского МР определяются направлениями деятельности ОУ по сохранению и укреплению здоровья в соответствии с ФГОС.

## Ведущие подходы и принципы создания ЗСОП Ростовского МР

При создании и функционировании ЗСОП Ростовского МР необходимо опираться на следующие ведущие подходы:

- ✓ холистический подход к индивидуальному здоровью человека, в основе которого лежит понимание здоровья как многомерной системы, состоящей из взаимозависимых компонентов (соматических, психических, социальных и нравственных);
- ✓ аксиологический подход к обеспечению здоровья человека, сущность которого состоит в признании определяющей ценность здоровья как одной из ведущих общечеловеческих ценностей;
- ✓ средовой подход к созданию условий для обеспечения здоровья человека в системе образования, в котором образовательная среда определяется как совокупность внешних и внутренних по отношению к ОУ факторов, которые оказывают влияние на здоровье человека.

Указанные подходы определяют следующие принципы деятельности ЗСОП Ростовского МР:

- ✓ принцип социального партнерства, который выражается в координации разнонаправленной взаимовыгодной деятельности ОУ с родителями обучающихся и воспитанников, общественностью, органами и организациями, деятельность которых непосредственно связана с решением проблем здоровья участников образовательного процесса; усилении общественно-государственного управления ОУ на основе формирования единых ценностно-мотивационных оснований деятельности и метапредметного профессионального мышления специалистов в области ЗСД;
- ✓ принцип кооперации, который предполагает, что ОУ (специалисты), занимаются ЗСД на основе целенаправленности, мотивированности, распределения функций и ответственности, взаимной обусловленности действий, подчиненности определенному порядку деятельности, единого пространственно-временного функционирования участников;

- ✓ принцип паритета деятельности специалистов, который предполагает построение горизонтальной структуры ЗСОП Ростовского МР с учетом определения специфики функций каждого специалиста разного профиля в рамках единой организационно-функциональной модели; наличие организационных звеньев, на которые возлагаются определенные компетенции – полномочия и ответственность;
- ✓ принцип вертикального управления, в основе которого лежит понимание того, что создание ЗСОП Ростовского МР относится к системным управленческим преобразованиям и требует вертикальной структуры управления на основе административного руководства, создания отдельной структуры, возможно, как подразделения ОУ;
- ✓ принцип сетевого взаимодействия, который требует выстраивания взаимосвязей между ОУ или их подразделениями, создания единого информационно-коммуникационного пространства.

Исходя из основных положений теории синергетики мы полагаем, что синергетический эффект деятельности субъектов здоровьесберегающей деятельности будет заключаться в том, что объединенное действие существенно превосходит эффект каждого отдельно взятого субъекта и суммы их действий. Для объединения усилий требуется, чтобы векторы этих усилий были согласованы (направлены к одной цели) и скоординированы.

Сотрудничество является наивысшим уровнем согласованности и организации субъектно - субъектных отношений в совместной деятельности по созданию здоровьесберегающего пространства. Эффективность сотрудничества ОУ по созданию здоровьесберегающего пространства МР зависит от использования в совместной деятельности следующих принципов:

- ✓ целенаправленности:(стремление к общей цели);
- ✓ мотивированности (активное, заинтересованное и плодотворное отношение к совместной деятельности и конечному результату);
- ✓ целостности (взаимосвязанная и взаимодополняющая деятельность);

- ✓ структурированности (четкое распределение функционала, прав и обязанностей, определение меры ответственности);
- ✓ согласованности (единство действий участников, низкий уровень конфликтности, установление субъект - субъектных отношений);
- ✓ организованности (плановость, планомерность и преемственность деятельности, способность к управлению и самоуправлению);
- ✓ результативности (достижение оптимальных результатов).
- ✓ в виде интеграции структур и компонентов для оптимального использования различного вида ресурсов.

## ОРГАНИЗАЦИОННО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА РОСТОВСКОГО МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА

Скворцова А.Н.

Управление образования Ростовского муниципального района

Организационно-функциональная модель ЗСОП Ростовского МР – система, позволяющая выделить структурные компоненты ЗСОП, объединяющие ОУ МР и специалистов сходной квалификации, их функциональные взаимосвязи, а также иерархию управления. Модель определяет алгоритм совместной деятельности ОУ Ростовского МР по поэтапной реализации их профессиональных задач в направлении здоровьесбережения. Организационно-функциональная модель ЗСОП Ростовского МР отражает логику ее функционирования и соответствует стратегическим направлениям ее развития. Стратегической целью создания ЗСОП Ростовского МР является улучшение состояния здоровья обучающихся посредством построения здоровьесберегающей среды образовательных учреждений, предполагающей формирование здорового образа жизни и организацию здоровьесозидающего уклада.



Цель создания ЗСОП Ростовского МР – создание условий для сохранения и укрепления здоровья участников образовательного процесса, формирования ценностного отношения к здоровью. В ходе работы над созданием здоровьесберегающего пространства ОУ МР необходимо реализовать следующие задачи:

1. Создать здоровьесберегающую инфраструктуру образовательного пространства МР
2. Обеспечить внедрение здоровьесберегающих технологий в образовательный процесс
3. Оптимизировать систему физкультурно-оздоровительной работы в ОУ Ростовского МР
4. Активизировать просветительско-воспитательную работу с обучающимися, направленную на формирование ценностей и установок на ЗОЖ
5. Повысить уровень информированности родителей по вопросам сохранения и укрепления здоровья детей
6. Повысить уровень профессиональной компетентности педагогов и специалистов в области здоровьесбережения.

Данные задачи реализуются посредством:

Построения внутренней среды ОУ МР, обеспечивающей здоровьесозидающий характер образовательного процесса и безопасность обучающихся и педагогов: наличие общей и оздоровительной инфраструктуры, создание условий для здорового питания, внедрение здоровьесозидающих образовательных технологий, построение научно обоснованного учебного режима, обеспечение двигательной активности обучающихся.

Повышения уровня культуры здоровья обучающихся, педагогов, родителей и формирование на ее основе готовности к сохранению и укреплению своего здоровья и здоровья других людей, организация системы просветительской работы с родителями, информационно-методического сопровождения деятельности педагогов и специалистов в области здоровьесбережения.

Создания условий для оздоровления обучающихся, ослабленных наиболее распространенными, в том числе социально обусловленными болезнями детей и подростков: углубленная диагностика здоровья и образа жизни обучающихся, разработка рекомендаций по построению индивидуальных образовательных и оздоровительных маршрутов, профилактика наркозависимости и других заболеваний, социальная защита и помощь.

Систематизации и упорядоченности деятельности ОУ МР по построению здоровьесозидающей образовательной среды: разработка и реализация программы здоровьесозидающей деятельности ОУ на основе единого мониторинга, подготовка специалистов и педагогического коллектива, обеспечение и координация деятельности и взаимодействия, обобщение и представление опыта.

Важность упорядочения ЗСД всех участников образовательного процесса создает необходимость организации на базе наиболее успешных ОУ муниципальных ресурсных центров.

Целесообразно наличие в ресурсном центре следующих организационных звеньев:

Руководящее и координирующее (управляющие советы)

медицинского оргзвена, в которое в зависимости от возможностей ОУ входят медицинские работники (врач-педиатр, медсестра или фельдшер, медсестра-массажист и т.п.);

валеологического оргзвена, состоящего из педагогов, осуществляющих образование обучающихся в области здоровья и здорового образа жизни (педагог-валеолог, преподаватели ОБЖ, биологии, классные руководители, педагоги дополнительного образования, педагогов-психологов, социальных педагогов и специалистов по коррекционной педагогике (логопедов, дефектологов и т.п.);

физкультурно-оздоровительного оргзвена, которое объединяет преподавателей физической культуры, педагогов дополнительного образования (тренеров),

информационно-технологического оргзвена, которое комплектуется из специалистов по информационным технологиям и других педагогов ОУ, имеющих базовую информационно-коммуникационную компетентность.

Вертикальная структура ресурсного центра должна быть устойчивой и эффективно управляемой. Для этого РЦ должен подчиняться непосредственно руководителю ОУ; во главе РЦ должен находиться заместитель руководителя ОУ; минимальный состав РЦ предполагает наличие в ОУ не менее одного специалиста каждого оргзвена. Соблюдение принципа командного взаимодействия специалистов РЦ требует построения ее горизонтальной структуры по матричному типу, когда один и тот же специалист может одновременно входить в разные оргзвенья. Руководитель РЦ взаимодействует с двумя группами специалистов: с группой специалистов, ответственных за работу оргзвеньев, и с другими работниками ОУ, которые подчиняются ему временно и по ограниченному кругу вопросов. При этом сохраняется их подчинение руководителям других подразделений и служб ОУ.

Структура ресурсного центра строится как модель распределенного центра, что предполагает объединение усилий образовательных учреждений по совместному созданию информационных ресурсов, учебных материалов, фрагментов телекоммуникационных сетей, обеспечивающих совместное использование ресурсов.

При организации информационной поддержки деятельности ресурсного центра прежде всего необходимо выделить три главных компонента единого информационного пространства:

✓ информационные ресурсы, содержащие данные, сведения и знания, зафиксированные на соответствующих носителях информации;

- ✓ организационные структуры, обеспечивающие функционирование и развитие единого информационного пространства, в частности: сбор, обработку, хранение, распространение, поиск и передачу информации;
- ✓ средства информационного взаимодействия образовательных учреждений, в том числе программно-технические средства и организационно-нормативные документы, обеспечивающие доступ к информационным ресурсам на основе соответствующих информационных технологий.

Важное условие формирования системы ресурсных центров - обеспечение информационного взаимодействия как по горизонтали (между учреждениями сети ресурсного центра), так и по вертикали (с вышестоящими организациями и школами - потребителями услуг РЦ).

IV. Технология создания ЗСОП Ростовского МР состоит из следующих компонентов:

1. Проектирование ЗСОП МР на основе проведения мониторинга здоровьесберегающей образовательной среды: выявление проблем и ресурсов ОУ в сопоставлении с общей региональной базой данных и построение целевой муниципальной программы по здоровьесбережению.
2. Создание муниципальных ресурсных центров: разработка внутренних локальных актов, регламентирующих деятельность в зависимости от условий конкретного ОУ: приказ о создании РЦ; положение о РЦ; договор с детской поликлиникой, обеспечивающий участие в РЦ медицинского работника; должностные инструкции руководителя и специалистов РЦ.
3. Подготовка команды специалистов РЦ в рамках повышения квалификации или переподготовки.
4. Подготовка участников образовательного процесса к построению здоровьесозидающей образовательной среды с помощью иницилирующих и обучающих семинаров.
5. Организация сетевого взаимодействия и социального партнерства ОУ как ресурс конструирования здоровьесозидающего образовательного пространства.
6. Создание методического сопровождения деятельности ЗСОП МР.

Построение здоровьесберегающего образовательного пространства МР представляет собой сложный процесс, в котором можно выделить 3 этапа.

#### 1 ЭТАП.

Цель: Разработка концепции муниципального здоровьесберегательного образовательного пространства, создание муниципальной программы по здоровьесбережению «Ростов – территория здоровья»

#### Задачи:

1. Изучение информации о состоянии здоровья школьников, учителей; накопление валеологических элементов в «старой» педагогической системе.
2. Изучение и анализ нормативно-правовой базы, документации, специальной литературы.
3. Системный анализ различных моделей здоровьесберегающего процесса на основе изучения опыта лучших школ РФ.
4. Изучение здоровьесберегающих технологий в ОУ:
  - здоровьесберегающих образовательных технологий;
  - здоровьесберегающих технологий административной работы;
  - здоровьесберегающих технологий семейного воспитания;
  - здоровьесберегающих образовательных технологий (психолого педагогические технологии, программы, методы, которые направлены на воспитание у учащихся культуры здоровья, личностных качеств, способствующих его сохранению и укреплению, формирование представления о здоровье как ценности, мотивацию на ведение здорового образа жизни).
5. Создание муниципальных ресурсных центров здоровьесбережения

#### 2 ЭТАП.

Цель: внедрение здоровьесберегающих технологий; построение обобщающей модели внедрения здоровьесберегающих технологий в процессы обучения и воспитания обучающихся на муниципальном уровне.

#### Задачи:

- Использование возможностей применения новых образовательных технологий лично - ориентированного обучения и влияния их на

сохранение физического, психологического и нравственного здоровья, на социализацию личности;

- промежуточная диагностика эффективности работы по физиологическим и гигиеническим и психофизиологическим критериям;
- мониторинг здоровья школьников и здоровьесберегающей работы в школах МР;
- широкое привлечение учащихся и их родителей к физической культуре и спорту, различным формам оздоровительной работы;
- контроль за организацией учебного процесса, распределением учебной нагрузки, объема домашних заданий, внешкольной образовательной деятельностью учащихся;

### 3 ЭТАП

Цель: оценка результатов работы, компетентности педагогического коллектива; определение перспективных направлений развития ОУ МР.

#### Задачи:

- Сравнительный анализ состояния здоровья, уровня воспитанности, успеваемости, мотивации к обучению, гражданского и личностного развития учащихся;
- обобщение накопленного опыта;
- улучшение санитарно-гигиенических условий школы, материально - технической и учебной базы, социально - психологического климата в школьных коллективах;
- широкое внедрение в практику работы ОУ МР здоровьесберегающих технологий;
- пропаганда опыта работы школы ОУ МР по созданию комфортного учебно-воспитательного пространства на основе здоровьесберегающих технологий в СМИ, профессиональной печати.

V. Основные направления развития муниципального здоровьесберегающего образовательного пространства

1. Увеличение количества ОУ, на добровольной основе создающих РЦ здоровьесбережения, в соответствии с представленной технологией.
2. Создание сети ОУ, которая позволит оптимизировать их здоровьесозидающую деятельность за счет эффективной организации научно-методического сопровождения, включения в систему дистанционных и прямых связей, доступа к совместным ресурсам, взаимообмена опытом, выстраивания межотраслевого и межведомственного социального партнерства, отслеживания результативности деятельности на основе единого мониторинга, расширение влияния на общественное сознание.
3. Создание Координационного центра на базе управления образования Ростовского МР и сети городских ресурсных центров на базе образовательных учреждений – наиболее успешных участников городского эксперимента для научно-методического сопровождения деятельности, подготовки и повышения квалификации специалистов СЗ и педагогов ОУ, совершенствования и поддержки единого информационно-коммуникационного пространства ЗСП ОУ МР.
4. Расширение социального партнерства ОУ с организациями, деятельность которых непосредственно связана с решением проблем здоровья и развития участников образовательного процесса, разработкой и апробацией инновационных образовательных и оздоровительных технологий.

## ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ПИТАНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ И ВОСПИТАННИКОВ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ

Яланузян И.Ю.

Технологическая пищевая лаборатория ГУ ЯО «Санаторий-профилакторий учреждений НПО»

Формирование навыков здорового образа жизни, в том числе пропаганда здорового питания, определены в качестве приоритетного направления социально-экономического развития страны до 2020 года.

Организация рационального питания обучающихся, воспитанников в образовательном учреждении является одним из ключевых факторов сохранения их здоровья и важнейшим условием успешности процесса обучения.

Существующая сегодня система школьного питания, к сожалению, не обеспечивает качественного сбалансированного питания школьников с учетом их потребности в питательных веществах и энергии, что является основной причиной различных «школьных» болезней.

По результатам исследования отдела детского питания НИИ питания РАМН представленных в докладе профессора, доктора медицинских наук, руководителя отдела Конь И.Я., на заседании комиссии по вопросам здравоохранения и формирования ЗОЖ, экологии, развития благотворительности и милосердия, социальной защищенности инвалидов Общественного совета ЦФО (09.04.2010г.) отмечалась распространенность среди российских школьников основных алиментарно-зависимых заболеваний: болезни желудочно-кишечного тракта 10-15%; ожирение и избыточная масса тела 10-12 %; анемия 4-30 %; эндемический зуб 15-40 %; кариес 25-70 %.

Наиболее распространенными нарушениями в организации питания в школах отмечены следующие: неудовлетворительная организация снабжения пищеблоков продуктами питания; низкая квалификация персонала пищеблока; неудовлетворительная оснащенность пищеблока технологическим и холодильным оборудованием и кухонным инвентарем; нарушения принципов составления меню; нарушение режима питания; недостаточный охват обучающихся горячим питанием.

Организация рационального питания детей и подростков в Ярославской области остается одним из основных направлений деятельности региональной системы образования и осуществляется в соответствии с законом РФ «Об образовании», законом Ярославской области № 65-з от 19.12.2008 г. «Социальный кодекс Ярославской области», Типовым положением об



общеобразовательном учреждении, другими законодательными и нормативными правовыми актами РФ и Ярославской области.

Цель проводимой работы – проработка технологических, организационных, кадровых и иных вопросов, связанных с внедрением современных технологий в сферу школьного питания для обеспечения 100-процентного охвата детей полноценным горячим питанием, включая диетическое меню.

В 2011-2012 учебном году будет продолжена работа по совершенствованию организации питания детей и подростков по следующим направлениям:

- ✓ контроль качества организации горячего питания обучающихся;
- ✓ обеспечение пищеблоков общеобразовательных учреждений новым технологическим оборудованием;
- ✓ внедрение образовательных комплексных программ повышения квалификации педагогов, руководителей образовательных учреждений и работников столовых, направленных на обучение навыкам рационального питания, целью которых является изменение пищевого поведения обучающихся в плане воспитания здорового образа жизни.

На сегодняшний день в школах Ярославской области используются различные формы организации питания обучающихся. Традиционные формы - сотрудничество школы и предприятия, организующего питание обучающихся и школьная столовая, работающая в режиме самостоятельной организации питания обучающихся.

Основными задачами общеобразовательных учреждений по вопросу организации питания обучающихся являются:

- ✓ обеспечение бесплатным питанием отдельных категорий обучающихся, определяемых федеральными и региональными нормативными документами;
- ✓ создание необходимых условий для организации качественного и безопасного питания обучающихся, в том числе и с привлечением средств родителей (законных представителей);

- ✓ модернизация материальной базы пищеблоков общеобразовательных учреждений;
- ✓ развитие новых технологий приготовления пищи и повышение культуры питания.

В соответствии с законом Ярославской области № 65-з от 19.12.2008 г. «Социальный кодекс Ярославской области» бесплатное питание в виде ежедневного завтрака в дни учебных занятий получают следующие категории обучающихся общеобразовательных учреждений: обучающиеся по программам начального общего образования; дети из малоимущих семей; дети из многодетных семей; дети-инвалиды; дети, находящиеся под опекой (попечительством), опекуны (попечители) которых не получают ежемесячную выплату на содержание ребенка, находящегося под опекой (попечительством); дети, состоящие на учете в противотуберкулезном диспансере.

Для решения вопросов организации здоровьесберегающего питания в 1995 году департаментом образования Ярославской области создана технологическая пищевая лаборатория в ГУ ЯО «Санаторий-профилакторий учреждений начального профессионального образования», которая занимается разработкой нормативно-технической документации, примерных меню для всех возрастных групп, разработкой и распространением новых рецептур блюд.

Специалистами технологической пищевой лаборатории проводится анализ мониторинга качества и организации школьного питания рассматривается график ежегодного планового контроля за организацией питания в образовательных учреждениях региона. В 2009 году лабораторией разработаны и рекомендованы для использования варианты примерного двухнедельного меню для обучающихся общеобразовательных учреждений (общее, 7-11 лет, 12 лет и старше), соответствующие СанПиН 2.4.5.2409-08 и согласованные с Роспотребнадзором.

Кроме того, изданы методические пособия: «Методические рекомендации по организации питания в образовательных учреждениях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и школах-интернатах»; «Сборник

технологических нормативов, рецептур блюд и выпечных изделий для общеобразовательных учреждений»; «Сборник технологических нормативов, рецептур блюд и выпечных изделий для образовательных учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и школ-интернатов»; «Методические рекомендации по организации питания обучающихся в учреждениях начального и среднего профессионального образования»; «Органолептическая оценка готовых блюд и кулинарных изделий, выпускаемых предприятиями общественного питания при образовательных учреждениях Ярославской области»; «Показатели качества сырья и продовольственных товаров»; «Примерные должностные инструкции и квалификационные характеристики на работников столовых при образовательных учреждениях Ярославской области»; «Методические рекомендации по организации питания в общеобразовательных учреждениях».

В 2010 г. Ярославская область стала победителем конкурсного отбора среди субъектов РФ для реализации экспериментальных проектов по совершенствованию организации питания в общеобразовательных учреждениях в рамках приоритетного национального проекта «Образование».

В результате проведена модернизация 22 пищеблоков общеобразовательных учреждений г. Рыбинска.

В 2011 г. планируется продолжить участие региона по данному направлению конкурсного отбора.

Помимо работ, связанных с ремонтом, реконструкцией и технологическим переоснащением школьных пищеблоков, в рамках указанного проекта осуществляются меры по формированию у обучающихся, их родителей и педагогов основ культуры здорового питания; реализуются образовательные программы; проводятся тематические семинары, совещания, Интернет - видеоконференции, конкурсы и фестивали.

Внедрению в образовательные учреждения образовательных комплексных программ, направленных на обучение культуре здорового и безопасного образа жизни, в том числе навыкам рационального питания

способствуют дополнительные профессиональные образовательные программы, реализуемые ГОУ ЯО ИРО «Организация здорового питания как средство формирования здоровьесберегающей среды образовательного учреждения», «Создание подпрограммы по здоровьесберегающей деятельности в общеобразовательных учреждениях», «Организация и оценка здоровьесберегающей деятельности в образовательном учреждении» и др.

В 2010 г. проведены конкурсы образовательных учреждений и педагогов «Школа – территория здоровья», «Учитель здоровья», Фестиваль проектов «Школа здоровья», в 2011г. межрегиональная Интернет – видеоконференция «Опыт, проблемы и пути совершенствования организации питания обучающихся в общеобразовательных учреждениях».

Здоровое питание должно являться неотъемлемой частью повседневной жизни и способствовать крепкому физиологическому, психическому и социальному здоровью человека. Таким образом, цель проводимой работы - обеспечение всех участников образовательного процесса необходимой информацией, позволяющей сохранять и укреплять здоровье, формирование гигиенических знаний, норм и правил здорового образа жизни, здорового, рационального питания, убеждений в необходимости сохранения своего здоровья, воспитание ответственности за собственное здоровье и здоровье окружающих.

### **Часть 3. РОЛЬ СЕМЬИ В СОХРАНЕНИИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ. ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

#### **СОЗНАТЕЛЬНОЕ РОДИТЕЛЬСТВО КАК ЗАЛОГ ЗДОРОВЬЯ БУДУЩИХ ДЕТЕЙ**

Смирнова О.Г.

ГУ ЯО «Ярославский областной молодежный информационный центр»,  
г. Ярославль

Повышение уровня рождаемости в нашей стране является задачей государственной важности. Политика государства в этой области направлена на социально – правовую и материальную поддержку материнства и детства. Однако решение демографической проблемы невозможно без конкретной индивидуальной работы с каждой молодой семьей, ожидающей рождения ребенка.

С одной стороны, будучи психологически неподготовленными, столкнувшись с трудностями, сопровождавшими первую беременность, многие семьи в нашей стране отказываются от рождения второго и последующих детей.

С другой стороны, современное общество заинтересовано не только в собственно увеличении рождаемости, но в рождении психически и физически здоровых детей. Умение женщины успешно адаптироваться к беременности тесно взаимосвязано со здоровьем будущего ребенка. Таким образом, оказание психологической помощи, облегчающей адаптацию женщин к беременности, подготовку их к родам и успешное освоение молодыми супругами новых социальных ролей, способно позитивно влиять на здоровье их будущих детей.

По словам Г.Г.Филипповой, беременность можно назвать критическим переходным периодом в жизни женщины, важнейшим этапом в становлении материнской сферы поведения, в ходе которого перестраивается ее сознание и отношения с миром.

Однако нередко молодая женщина на пороге материнства оказывается неосведомленной об особенностях развития ребенка и своих функциях в уходе за ним и общении. Кроме того, уменьшение количества детей в семье ведет к тому, что часто первый младенец, с которым встречается мать - это ее собственный ребенок. По мнению перинатальных психологов, в частности Н. Боровиковой, «во избежание проблем, порожденных невежеством, общество нуждается в активном, широкомасштабном внедрении знаний о психологической уникальности процесса беременности и о мерах, способствующих рождению здоровых детей, способных обеспечить будущее нации».

Помимо возникновения потребности в повышении своей родительской компетентности, женщины могут столкнуться с недостаточностью эмоциональных переживаний, неготовностью к возникновению материнских чувств. В такой ситуации построение информационных и эмоциональных основ материнской сферы поведения становится задачей самой женщины.

Поэтому ей необходимо знание о самой себе и об ожидающих ее вплоть до рождения ребенка соматических и психических состояниях. Работа в группе психологического сопровождения беременности и индивидуальные консультации квалифицированного специалиста способны помочь в формировании позитивного отношения к беременности, родам и материнству через осознание ценности ребенка и важности материнства для личностного роста женщины.

Нельзя забывать, что сознательное родительство подразумевает как осознанное воспитание детей, так и осознанный подход к беременности. Известный отечественный психолог А.И. Захаров, анализируя случаи из практики, делает вывод, что, среди прочих, одним из факторов, влияющих на развитие у детей невротических страхов, является нежеланность или случайность появления их в семье. Чаще всего этот фактор обусловлен жизненной ситуацией, поведением типа А у родителей и эгоцентризмом, т.е. нежеланием приносить жертвы во имя ребенка. Это, по мнению А.И. Захарова,

типично при более молодом возрасте матери и отца. В нашей стране психолого-педагогическая работа в рамках учреждений образования и молодежной политики способна помочь в формировании у молодых людей сознательного подхода к будущему родительству в целом и материнству в частности еще в юношеском возрасте, на этапе построения жизненных планов и перспектив.

Беременность и рождение ребенка – это еще и новый этап в развитии семьи, осложняющийся тем, что молодые супруги, часто не готовы к принятию новых социальных ролей – родительских, и изменений, связанных с усложнением семейной системы. Если правила и вопросы взаимодействия в супружеской паре на момент рождения ребенка остаются размытыми или неразрешенными, то возникает риск наслоения вновь возникающих проблем на старые в условиях, усложняющих семейную систему. Следовательно, период ожидания ребенка может стать не только подготовительным к исполнению материнской и отцовской роли, но и еще одной возможностью научиться конструктивному, прямому и открытому общению в противоречивых ситуациях взаимодействия супругов. Содействовать этому представляется целесообразным в рамках психологического сопровождения молодой семьи, ожидающей рождения ребенка.

По мнению ученых (А.И. Захарова, Н.П. Коваленко, Г.Г. Филипповой, М.В. Хозиевой), занимающихся вопросами перинатальной психологии, психологии родительства, детской психологии, важной задачей перед современной медициной, психологией и педагогикой должно стать формирование культуры родительства в целом и культуры материнства в частности, которая поможет вырастить поколение, способное к зачатию, вынашиванию и рождению полноценного потомства.

## УСПЕХИ И ПРОБЛЕМЫ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Мозжухина Л.И., Строева Л.Е., Олендарь Н.В.

ГОУ ВПО Ярославская государственная медицинская академия, г. Ярославль

Департамент здравоохранения и фармации Ярославской области

Активная пропаганда знаний в последние годы позволила изменить психологию людей по отношению к грудному вскармливанию (ГВ), способствовала продвижению Инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ по охране и поддержке ГВ, в том числе в Ярославской области. В 2010 году показатели ГВ в области составили: в возрасте 3 мес. - 84%, в 6 мес. - 71%, в 9 мес. - 51%, в 1 год - 46%. В г. Ярославле распространенность ГВ в тех же возрастных группах еще выше – 88%, 76%, 66%, 55%.

По вопросам питания детей первого года жизни мы анонимно методом случайной выборки проанкетировали 170 матерей и 65 участковых врачей, а также протестировали 83 участковых врача. Родители подтвердили, что официальные показатели ГВ истинные: в 3 месяца - 90% детей вскармливается грудью, в 6 месяцев - 70%, в 9 месяцев - 65%, в 1 год - 60%.

Известно, что ВОЗ рекомендует обеспечить максимально успешное ГВ и достижение высокого уровня удовлетворенности матери при минимальных трудностях и оптимальном количестве грудных кормлений и грудного молока. Мы видим, что женщины имеют много проблем, когда кормят грудью своего малыша. Половина анкетированных нами родителей давали детям искусственное питание на первом году жизни. Основным поводом для докорма названа гипогалактия. Стали искусственниками 2/3 детей, получивших смесь. Матери не знали способов увеличения лактации, а рекомендации врачей не всегда были адекватными. Давались советы сцеживать грудь, обильно пить. Единичные женщины получили какой-то один из советов: чаще прикладывать ребенка к груди, кормить ночью. Ни одна из матерей не указала, что ей рекомендовали улучшить прикладывание ребенка к груди, создать «погоду в



доме», отдохнуть, расслабиться, т.е. получить рефлекс вытекания молока из груди. Три матери из четырех в вопросах увеличения количества грудного молока пользовались советами родственников и знакомых, а также рекомендациями интернета, книг: много пить, хорошо есть, пить чай с молоком или со сгущенкой, увеличить в диете количество молока или творога, есть грецкие орехи. Эти ответы еще раз убеждают в неуверенности матерей. Ведь большинство из них правильно отвечают в анкете, что наиболее сильно влияет на выработку грудного молока кормление ребенка в родовом зале, кормление по требованию и ночью. Врачи тоже верно считают, что кормить надо свободно, по требованию ребенка, но четкого представления об этих понятиях нет. Большинство докторов считает, что беспорядочное кормление - это кормление по желанию матери. Мы убеждены, что нет родителей, желающих кормить беспорядочно – есть матери, которых не научили «отдавать молоко», а ребенка – получить за кормление объем питания, достаточный для двух-трех часового сна.

Две трети матерей оценивают помощь врачей в вопросах питания детей первого года жизни на «хорошо» и «отлично». Но для консультирования родителей сегодня уже явно недостаточно поверхностных знаний. Для формирования уверенности матери и оказания ей эффективной поддержки при грудном вскармливании важно коротко, четко и конкретно назвать главное в ее конкретной ситуации. Тестирование подтвердило, что технология грудного вскармливания не очень хорошо известна значительному числу врачей. Так, половина участковых врачей не смогли правильно объяснить роль окситоцина и ночных кормлений, не знают, как проверить признаки хорошего рефлекса окситоцина. Менее половины опрошенных знают о том, что вытекание молока из груди кормящей женщины свидетельствует о хорошем рефлексе окситоцина и о возможности для ребенка легче получить молоко, а не о «слабости молочных желез». Только у 10% матерей сразу после родов этот рефлекс был хорошо выражен, что может свидетельствовать и о малой подготовке женщин во время беременности по вопросам грудного вскармливания, и о

недостаточной помощи им после родов. Около половины матерей имели выраженный рефлекс окситоцина только на 2-4 день после родов. Некоторые не имели его вообще. Матери отметили, что около 20% детей не сосали грудь при первом прикладывании в родовом зале. Из-за кесарева сечения или осложненных родов каждый шестой новорожденный не прикладывался к груди сразу после рождения, большинство остальных детей кратковременно находились в контакте «кожа к коже». Вместе с мамой в палате роддома были 90% новорожденных, но на ночь каждого шестого от матерей забирали. Более 10% анкетированных участковых врачей считают, что это необходимо.

Каждый шестой доктор не знал, что от расслабленности матери при кормлении зависит выделение молока из груди, и неточно определял правильность прикладывания ребенка к материнской груди. Только один из трех указал, что самое главное для увеличения лактации – это максимальное освобождение груди от молока. Каждый третий думает, что из соски ребенку сосать легче, чем из груди. На вопросы о лактозе грудного молока, белке, железе, секреторном иммуноглобулине А, противоинфекционных факторах, факторах роста неверно отвечали 10-25% участковых педиатров. Вероятно, именно отсутствие у врача весомых аргументов о преимуществах грудного вскармливания не позволяет всегда убедить мать кормить грудью. С сожалением можно констатировать, что обучались в школе беременных только 20% опрошенных женщин. Это объясняет их неготовность к ГВ своих детей.

Несмотря на высокие показатели ГВ в регионе, задача на современном этапе – помочь матерям максимально успешно осуществлять кормление грудью при минимуме трудностей для себя и проблем у ребенка. Медики активно пропагандируют ГВ, но пока не умеют эффективно помочь в его проведении. Наиболее значительный резерв в освоении технологии ГВ: совместная работа участковой службы и матерей во время беременности, а также – конкретная практическая помощь матери и ребенку в первые недели после родов. Этому должны предшествовать эффективные обучающие программы для медицинских работников, сочетающие теоретическое обучение и клиническую

практику (Программа ВОЗ «Консультирование грудного вскармливания» в объеме 40 часов).

## СЕМЬЯ И ЗДОРОВЬЕ СОВРЕМЕННЫХ ПОДРОСТКОВ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

Черная Н.Л., Мамонтова О.К., Иванова И.В.

ГОУ ВПО Ярославская государственная медицинская академия, Детская поликлиника №5, г. Ярославль

Как известно, формирование жизненных установок человека начинается в детском возрасте. Большое значение при этом, особенно для детей подросткового возраста, имеют особенности воспитания в семье и характеристики ближайшего социального окружения. Состояние внутрисемейной среды оказывает определяющее влияние на формирование сознательного отношения к семейным ценностям при выборе подростком собственных стереотипов поведения и формировании собственной жизненной позиции.

В то же время, для значительного числа современных семей характерна высокая распространенность проблем социального и психологического плана. Результаты выполненного нами комплексного медико-психолого-социологического обследования 795 семей, постоянно проживающих в г. Ярославле, позволили установить ведущие факторы социально-психологического риска специфичные для семей, воспитывающих детей подросткового возраста. Те или иные факторы социального риска имели место в 86,7% семей (табл.).

Наиболее распространенные неблагоприятные социальные факторы в семьях современных подростков

| Наименование фактора  | Частота, % |
|---|------------|
| Неполная семья, семья с «неопределенной» семейной ситуацией         | 33,7       |
| Смешанная семья (повторный брак одного из родителей)                | 19,9       |
| Образования родителей ниже среднего специального                    | 26,6       |
| Отсутствие у матери постоянной оплачиваемой работы                  | 21,4       |
| Регулярное курение матери   | 21,8       |
| Регулярное курение отца или отчима                                  | 64,8       |
| Регулярное (не менее 1 раза в неделю) употребление алкоголя матерью | 17,4       |
| Регулярное (не менее 1 раза в неделю) употребление алкоголя отцом   | 51,3       |
| Серьезные (по мнению родителей) проблемы в жилищно-бытовой сфере    | 55,3       |
| Материальные затруднения, связанные с расходами на питание          | 44,9       |
| Материальные затруднения, связанные с расходами на покупку одежды   | 75,5       |

Кроме того, были получены результаты, свидетельствующие о недостаточно стабильном материальном обеспечении семей. Так, 44,9% родителей указали на периодические или постоянные материальные затруднения, связанные с расходами на питание, в 75,5% – на материальные трудности при приобретении одежды. В 54,6% семей материальные затруднения возникали из-за расходов, связанных с образованием, в 51,7% семей – из-за расходов, связанных с медицинским обслуживанием. Данный факт представляется не вполне объяснимым в условиях бесплатного образования и здравоохранения и потому может рассматриваться либо как косвенное свидетельство декларативности бесплатного принципа обслуживания, либо как следствие неудовлетворенности семей бесплатным образованием и бесплатной медицинской помощью и использованием альтернативных (платных) услуг. Важно указать, что только около 60%

родителей отметили положительные изменения уровня доходов и условий жизни семьи за последние 12-13 лет.

Негативные особенности были установлены и при оценке психологического микроклимата семей. В 50,6% семей отмечалась высокая частота ссор между детьми и родителями, причем более чем в 60% семей были зарегистрированы такие формы поведения родителей в конфликтных ситуациях как повышение голоса, оскорбления, угрозы, физические методы воздействия на ребенка. Было установлено, что 53,5% семей в будние дни и в 21,5% семей в выходные дни длительность общения детей с родителями не превышает одного часа. В данной ситуации вполне закономерно, что, по свидетельству родителей, только 40,3% детей обычно проявляют интерес к событиям в жизни родителей, только у 54,9% детей существует потребность делиться с родителями своими тревогами и переживаниями. При анкетировании детей были получены сходные результаты. Только 84,5% детей указали, что всегда уверены в близости и поддержке со стороны своей матери, только 55,3% детей отметили уверенность в близости и поддержке отца, 38,9% – братьев и сестер, 60,9% – бабушек и дедушек, 20,2% – других родственников.

Не менее значимые факторы риска были установлены при оценке распространенности употребления алкоголя и курения в семьях. В ходе анкетирования матерей сведения о еженедельном (1 раз в неделю и чаще) употреблении алкоголя женщинами были получены в 17,4% случаев, их мужьями – в 51,3% случаев, причем 25% мужчин употребляли спиртные напитки ежедневно или почти ежедневно. В 21,8% случаев матери сообщали о том, что регулярно курят. На регулярное курение мужа указали 64,8% женщин. Только 58,0% женщин отметили, что в семье запрещено курение в помещении. В то же время, отвечая на вопрос о пребывании ребенка в помещении, где люди курят (данный вопрос не был связан с предыдущими), большинство женщин указали, что ребенок совсем не бывает в таком помещении (68,4%) или находится в нем менее 1 часа в день (19,9%). Полученные результаты указывают не только на высокую распространенность курения, но и на

недооценку родителями факта контакта ребенка с табачным дымом и пагубного влияния пассивного курения на формирующийся детский организм.

В целом полученные результаты свидетельствовали о высокой распространенности неблагоприятных факторов в параметрах социального анамнеза подростков-школьников, которые, формально не являясь критериями социального риска, могли способствовать формированию, реализации или прогрессированию нарушений как психологического, так и физического благополучия. С учетом доказанного влияния внутрисемейных отношений и образцов поведения родителей на формирование жизненных стереотипов ребенка, представленные данные рассматривались нами как особо неблагоприятные в прогностическом плане. Выявленные закономерности, с нашей точки зрения, должны обязательно учитываться при планировании и разработке мероприятий первичной профилактики, в первую очередь, при создании программ, направленных на формирование устойчивых стереотипов здорового образа жизни у подростков. В последнее время разработке таких программ уделяется большое внимание, при этом основной акцент делается на формирование «здоровой среды» в образовательных учреждениях. Большую работу по пропаганде здорового образа жизни среди детей и подростков предполагается проводить в центрах здоровья. При этом необходимость изменения условий внутрисемейной среды, окружающей ребенка постоянно, зачастую недооценивается, несмотря на то, что эффективность самых совершенных образовательных и воспитательных программ для детей при отсутствии должного подкрепления в семейной обстановке вызывает большие сомнения. Вполне очевидно, что масштабы зарегистрированных социально-экономических и социально-психологических проблем в современных семьях, воспитывающих детей подросткового возраста, требуют привлечения значительных временных, трудовых и материальных ресурсов для исправления ситуации. В то же время, перспективы разрешения существующих проблем представляются нам вполне реальными при условии межведомственного

взаимодействия на уровне органов здравоохранения, образования, социальной защиты при обязательной поддержке со стороны государства.

ПРОФИЛАКТИКА АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ  
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ  
ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ

Соколова Н.А.

Центр содействия укреплению и сохранению здоровья участников образовательного процесса

В начале XXI века злоупотребление алкоголем, наркотиками и другими психоактивными веществами приняло характер эпидемии. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, суммарное количество больных с заболеваниями, вызванными приемом различных психоактивных веществ, за исключением курильщиков табака, составляет более 500 млн. человек.

Возраст первого знакомства с наркотиками – 11-17 лет. Случаи приобщения к употреблению табака, алкоголя, токсических веществ – с 8-10 лет. 45 % молодежи считают право употреблять ПАВ одним из признаков свободы личности. В России 8% молодежи периодически употребляют наркотики. Охват наркоманией студенчества 30-40%. 60% детей и подростков и 28% взрослых не знают, куда можно обратиться при появлении наркологических проблем.

Потребление ПАВ имеет негативные, социально-экономические, медицинские, психологические, семейные последствия, в конечном итоге оно снижает качество жизни, как отдельного человека, так и общества в целом. Современная школа, осуществляя социальную защиту, должна дать учащимся знания об их правах, о социальных гарантиях и социальных нормах. Отсюда и вытекает актуальность профилактики аддиктивного поведения несовершеннолетних на современном этапе в системе образования.

В Концепции профилактики злоупотребления психоактивными веществами в образовательной среде (приказ МО РФ № 619 от 28.02.2000 г.) отмечаются следующие ожидаемые результаты профилактической работы: снижение спроса и распространенности наркотиков среди детей и молодежи и вовлечения их в наркогенную ситуацию; снижение заболеваемости наркоманией, токсикоманией и алкоголизмом; снижение медицинских последствий злоупотребления психоактивными веществами.

В Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года (Указ Президента РФ от 9.06.2010 № 690) отмечается, что одним из важнейших направлений является предупреждение незаконного потребления наркотиков, лечение и реабилитация больных наркоманией.

В Федеральном законе о «Наркотических средствах и психотропных веществах» (8 января 1998 года N 3-ФЗ) одним из принципов государственной политики определяется приоритетность мер по профилактике наркомании и стимулирования деятельности, направленной на антинаркотическую пропаганду.

С целью координации действий органов управления образованием муниципальных районов и образовательных учреждений области в сфере здоровьесберегающей деятельности при департаменте образования Ярославской области функционирует координационный совет. В состав его входят представители департамента образования, руководители некоторых образовательных учреждений, сотрудники других ведомств.

Проведение экспертизы программно-методических материалов, печатной, видео, аудио и другой продукции по вопросам профилактики употребления психоактивных веществ, предназначенной для использования в образовательных учреждениях Ярославской области, осуществляется через деятельность созданного при департаменте образования экспертного совета. В каждом образовательном учреждении имеется перечень, допущенных для использования в учебно-образовательном процессе материалов, который ежегодно обновляется и пополняется.



Велика роль в профилактике аддиктивного поведения несовершеннолетних центров первичной профилактики, созданных на базе центров психолого-медико-социального сопровождения детей, центров дополнительного образования детей. Такие центры успешно работают в большинстве муниципальных районах области. Практически в каждом из них профилактикой аддиктивного поведения несовершеннолетних занимаются специально обученные тьюторы по профилактике. Они же приказом департамента образования являются экспертами, которым доверено проводить экспертизу программно-методических материалов.

Профилактическая работа должна проводиться подготовленными по этой проблеме специалистами. Поэтому в рамках профессиональной подготовки работников образования в ГОУ ЯО «Институт развития образования» разработаны дополнительные профессиональные образовательные программы:

- ✓ 4-6 часовые модули по вопросам профилактики аддиктивного поведения несовершеннолетних в программах всех КПК ГОУ ЯО ИРО;
- ✓ программа КПК «Обучение основам профилактики аддиктивного поведения детей дошкольного и младшего школьного возраста»;
- ✓ программа КПК «Проектирование механизмов межведомственного взаимодействия в сфере профилактики аддиктивного поведения несовершеннолетних»;
- ✓ программа модуля «Технология работы тьютора»;
- ✓ программа модуля «Профилактика аддиктивного поведения несовершеннолетних».

Ежегодно в общеобразовательных школах и учреждениях НПО проводится мониторинг ситуации по злоупотреблению ПАВ детьми и подростками. Речь идет прежде всего о проведении анонимного анкетирования обучающихся по выявлению подростков «группы риска» по употреблению ПАВ. Эта работа проводится в области уже 10-й год совместно со специалистами Ярославской областной клинической наркологической больницей на основании совместного приказа департаментов образования и

здравоохранения. В анкетировании принимали участие все СОШ г. Ярославля, городского округа город Рыбинск, учреждения НПО, СОШ из 13 муниципальных районов области; 456 образовательных учреждений; 33269 обучающихся 8 и 10 классов. Результаты анкетирования по злоупотреблению психоактивными веществами подростками приведены на рисунке 1.

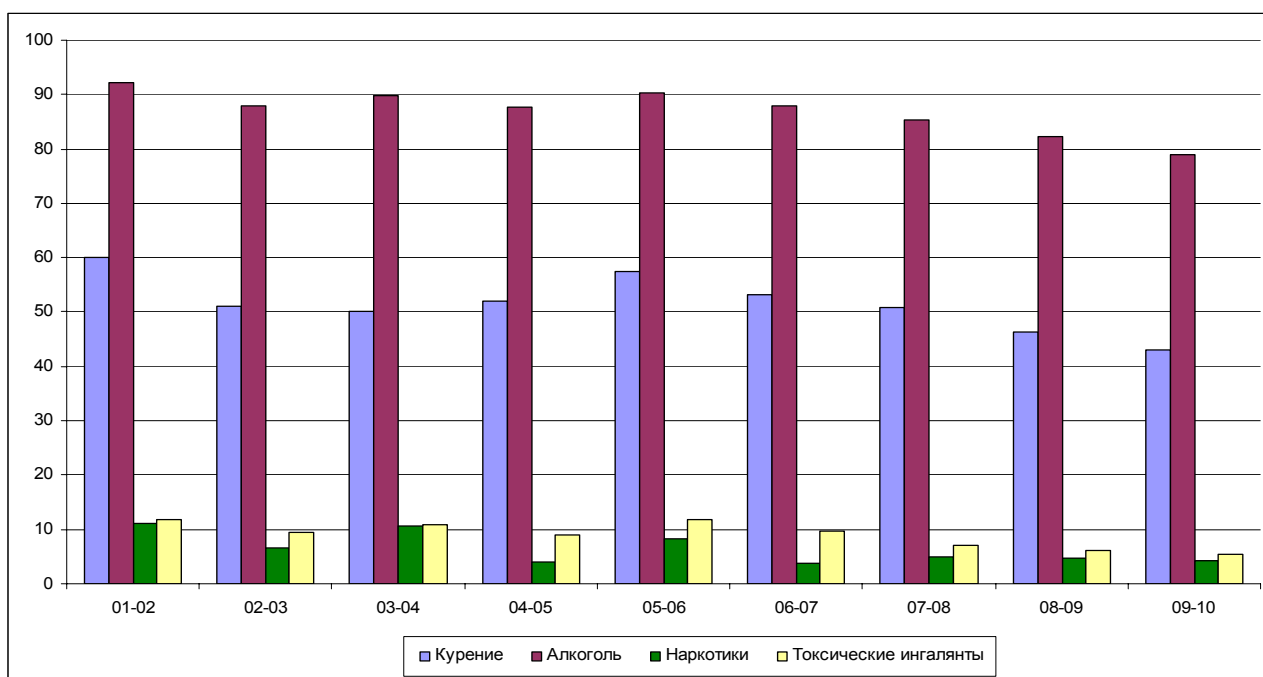


Рис. 1. Результаты анкетирования по злоупотреблению психоактивными веществами

Обобщение опыта работы образовательных учреждений по профилактике аддиктивного поведения несовершеннолетних является одним из направлений работы по профилактике аддиктивного поведения несовершеннолетних. На протяжении нескольких лет образовательные учреждения и педагогические работники принимали участие в конкурсах профессионального мастерства:

✓ областной конкурс среди образовательных учреждений на лучшую организацию работы по профилактике ВИЧ/СПИДа и аддиктивного поведения среди несовершеннолетних (2005 год, 2007год, 2009год);

✓ областной конкурс среди образовательных учреждений на лучшую организацию физкультурно-оздоровительной работы «Школа – территория здоровья» (2010).

Материалы лучших конкурсных работ опубликованы в информационно-методических сборниках «Ярославская область: образовательные ресурсы» в серии «Образование против наркотиков» и размещены на сайте департамента образования в разделе «Проекты» на странице «Образование против наркотиков».

Важным направлением профилактической работы является поддержка и стимулирование развития волонтерского молодежного антинаркотического движения. С этой целью подростки и педагоги обучаются в профильных сменах волонтерских лагерей. Ежегодно проводятся областные фестивали волонтерских отрядов «Дорогою добра».

Работа по подготовке волонтеров проводится по методике программы "Равный - равному". Цель этой работы – научить подростков распространять принципы здорового образа жизни среди своих сверстников, и не только не попасть под негативное влияние, но и самому стать источником положительного влияния. Идея замечательная, ведь мнение сверстников намного больше значит для молодого человека, чем мнение "взрослых нравоучителей".

Только согласованное взаимодействие органов и учреждений системы профилактики в рамках своей компетентности может привести к положительным результатам. На протяжении уже многих лет работники системы образования активно сотрудничают с УФС России по контролю за оборотом наркотиков по ЯО, ГУЗ ЯО «Ярославская областная клиническая наркологическая больница», ГУЗ ЯО Центр «СПИД», областной библиотекой им. Н.А. Некрасова, департаментом по делам молодежи, физической культуре и спорту Ярославской области.

Стратегическим приоритетом такого сотрудничества является создание системы позитивной профилактики, которая ориентируется не на патологии, не

на проблему и ее последствия, а на потенциал здоровья всех участников образовательного процесса.

**ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА ПОДГОТОВКИ  
ПЕДАГОГОВ-КООРДИНАТОРОВ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ  
ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМИ  
«ПРЕОДОЛЕНИЕ»**

Бланк М.П., Демичева Н.Г., Карцева С.С., Дойкова С.В.

МОУ Центр психолого-медико-социального сопровождения детей, Ярославская область, г. Ростов

Цель программы: подготовка специалистов, способных организовывать комплексные мероприятия по построению системы профилактики в образовательном учреждении.

Программа предназначена для руководителей образовательных учреждений, учителей-предметников, педагогов-психологов, социальных педагогов, классных руководителей, педагогов дополнительного образования, воспитателей детских домов. Универсальность данной программы состоит в том, что она имеет достаточно широкий диапазон адресатов, таким образом, обучение предназначено не только для педагогов системы образования, возможно обучение команды специалистов, способных реализовывать комплексные профилактические меры.

Структура программы состоит из трех блоков: информационного, интерактивного и проектного. Полный объем программы (72 учебных часа) возможно разделить на 2-3 этапа.

Особенностью программы «Преодоление» является то, что большая часть занятий проходит в активной для участников форме. Тренинг в подготовке педагогов к ведению профилактики – это особый вид обучения, во время которого опыт участников, опыт ведущего, специальные технологии обучения и наличие адекватного теоретического материала по теме дают качественно

новый продукт – групповое знание об эффективных формах и методах профилактической работы.

Основной целью тренинга является создание условий для развития компетентности педагогов в области профилактики: информационной («Я знаю о профилактике»), мотивационной («Я хочу заниматься профилактикой») и деятельностной («Я могу и делаю») (овладения эффективными формами и методами ведения профилактической работы).

Наиболее оптимален режим обучения не менее 8 часов в день, так как метод погружения является продуктивным и способствует повышению мотивации обучающихся. Оптимальный состав группы – 20-25 человек.

Предполагаемые результаты:

- ✓ повышение уровня информационной компетентности участников по вопросам организации и содержания профилактической деятельности;
- ✓ мобилизация личностных ресурсов участников, направленных на формирование активной жизненной позиции в области сохранения и укрепления здоровья, повышение уровня мотивационной готовности на ведение профилактической деятельности;
- ✓ освоение и дальнейшее использование педагогами интерактивных форм и методов ведения профилактической работы с участниками образовательного процесса.

Учебно-тематический план:

| № | Наименование тем  | Всего часов | Форма проведения занятий |              |
|---|---|-------------|--------------------------|--------------|
|   |   |             | Лекционные               | Практические |
| 1 | Презентация программы.<br>Знакомство  | 1           | 1                        |              |
| 2 | Организация профилактической работы в ОУ округа   | 2           | 2                        |              |
| 3 | Изучение готовности педагогов к ведению профилактической работы.<br>Мотивирование на активное участие | 7           |                          | 7            |
| 4 | Введение в проблему:<br>концептуальные основы построения системы профилактики употребления ПАВ        | 2           | 2                        |              |

|    |  |    |    |    |
|----|--|----|----|----|
| 5  | Сущность проблемы аддиктивного поведения детей и подростков  | 2  | 1  | 1  |
| 6  | Ситуация употребления ПАВ детьми и подростками в РМО   | 1  | 1  |    |
| 7  | Нормативно-правовой аспект проблемы  | 2  | 1  | 1  |
| 8  | Медицинский аспект проблемы  | 2  | 2  |    |
| 9  | Основные качества педагога-координатора  | 3  |    | 3  |
| 10 | Работа с семьей по профилактике аддиктивного поведения   | 2  |    | 2  |
| 11 | Социально-педагогическая помощь детям с аддиктивным поведением   | 2  |    | 2  |
| 12 | Социальные партнеры в профилактической работе  | 2  | 1  | 1  |
| 13 | Организация и проведение мониторинга   | 2  | 1  | 1  |
| 14 | Обзор источников информации по проблеме  | 2  | 2  |    |
| 15 | Особенности интерактивного обучения  | 4  |    | 4  |
| 16 | Классификация активных методов обучения  | 3  | 2  | 1  |
| 17 | Использование ролевых игр в профилактической работе  | 4  |    | 4  |
| 18 | Психологические особенности младшего школьного, подросткового и юношеского возраста                              | 3  | 3  |    |
| 19 | Использование интерактивных форм работы с учетом возрастных особенностей   | 4  |    | 4  |
| 20 | Тренинг как форма активного обучения. Использование социально-педагогического тренинга в профилактической работе | 7  | 2  | 5  |
| 21 | Методика создания программы профилактической работы в образовательном учреждении                                 | 7  | 2  | 5  |
| 22 | Представление педагогами-координаторами практических разработок  | 6  |    | 6  |
| 23 | Подведение итогов курсов   | 2  |    | 2  |
|    | Итого:   | 72 | 23 | 49 |

АНОНИМНОЕ АНКЕТИРОВАНИЕ УЧАЩИХСЯ  
КАК ЭФФЕКТИВНАЯ МЕРА ПРОФИЛАКТИКИ УПОТРЕБЛЕНИЯ  
ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ

Волков А.В., Амелина С.В., Зимакова Е.Н., Фролова Н.Е., Шешнина Н.А.  
ГУЗ ЯО «Ярославская областная клиническая наркологическая больница»,  
г. Ярославль

Употребление психоактивных веществ (ПАВ) является одной из актуальных проблем для нашего общества, тем более что приобщение к табаку, алкоголю, наркотикам начинается в подростковом возрасте, что несет в себе угрозу не только для соматического, психического, но и для социального здоровья нации.

Для стабилизации ситуации, снижения роста потребления ПАВ необходим комплексный подход к решению данной проблемы, четкая система межведомственного взаимодействия всех субъектов профилактики и постоянный анализ ситуации по употреблению психоактивных веществ в молодежной среде. В первую очередь это касается образовательных учреждений, где антинаркотическая профилактика в последние годы приобрела особое значение.

Начиная с 2001 года, в образовательных учреждениях Ярославской области ежегодно проводится анонимное анкетирование учащихся по проблемам употребления психоактивных веществ. За десятилетний период исследования проанкетировано 33239 несовершеннолетних (в среднем около 3600 учащихся из 40-45 учебных заведений в год). Целью анкетирования является своевременное выявление подростков, склонных к употреблению ПАВ, и повышение эффективности деятельности образовательного учреждения по профилактике аддиктивного поведения несовершеннолетних. Анкета предназначена для опроса подростков в возрасте 13-18 лет: учащихся 8 и 10 классов общеобразовательных школ и учащихся 1-го курса учреждений

начального профессионального образования. Объект исследования – конкретный класс/группа данного образовательного учреждения.

Изучение результатов анкетирования позволяет ранжировать роли специалистов по степени их значимости и выявить приоритетные направления профилактики употребления ПАВ в конкретном классе/группе. Рекомендации специалистов больницы используются педагогами для планирования последующей прицельной профилактической работы и реализуется совместными усилиями.

Анализ последних лет исследования показывает, что, несмотря на тенденцию к снижению, количество учащихся области, которые признаются в употреблении алкоголя все-таки остается высоким (92,3% в 2001 году, 78,8% в 2010 году). Абсолютное большинство из них – употребляющие слабоалкогольные напитки (88% в 2001 году, 72,5% в 2010 году). Следует отметить, что в последние 2-3 года наряду с употреблением пива и вина отмечается рост числа несовершеннолетних, предпочитающих энергетические напитки – 61,4% .

Результаты анкетирования показывают, что происходит постепенный спад употребления наркотических веществ подростками (11% в 2001 году, 4,3% в 2010 году). За последние 3 года количество употребляющих наркотики не превышало 5% из числа опрошенных. Традиционно большинство подростков из числа пробовавших наркотики предпочитают каннабиноиды (от 48% до 74% в разные годы исследования).

При анализе вопросов, касающихся табакокурения, четко прослеживается тенденция к снижению интереса к этому психоактивному веществу с 60% в 2001 году до 42,9% в 2010 году. Аналогичная ситуация наблюдается и в отношении употребления токсических ингалянтов: признались хотя бы в однократном употреблении летучих веществ наркотического действия 12% несовершеннолетних в 2001 году и 5,5% в 2010 году.



Анонимное анкетирование в качестве информационной технологии позволяет диагностировать ситуацию по степени вовлеченности несовершеннолетних в употребление ПАВ.

На основе полученных данных выделяются три основные группы по уровню употребления ПАВ: классы с благоприятной или напряженной ситуацией, а также группа риска. В каждой группе согласно рекомендациям специалистов наркологической больницы проводятся превентивные мероприятия, максимально приближенные к конкретной ситуации - от традиционных мероприятий по ЗОЖ до социально-психологических тренингов и индивидуальных консультаций наркологов вплоть до тестирования на наркотики.

Особое внимание необходимо уделять работе с родителями по семейной профилактике аддиктивного поведения подростков, так как, во-первых, ежегодно около 20% опрошенных учащихся признаются, что приобщение к алкоголю происходило «в кругу семьи по праздникам», во-вторых, в среднем в 12% семей не принято доверительное общение с детьми и совместное времяпрепровождение. Администрация образовательного учреждения доводит до сведения родителей результаты анкетирования и в сотрудничестве с ГУЗ ЯО «ЯОКНБ» осуществляет работу с родителями по повышению их ответственности в деле воспитания несовершеннолетних.

Наряду с профилактическими мероприятиями для учащихся и их родителей составляются рекомендации педагогическому коллективу в целях повышения компетенции в вопросах профилактики злоупотребления ПАВ.

В 2005 году специалистами наркологической больницы разработана новая анкета (скрининг) повторного опроса учащихся, которая позволяет вести мониторинг деятельности по профилактике аддиктивного поведения учащихся в конкретном образовательном учреждении. Основными задачами скрининга являются изучение изменения отношения учащихся к употреблению ПАВ в результате проведенной работы, а также анализ и коррекция профилактических программ.

Скрининг проводится по истечении года после анонимного анкетирования в тех учебных заведениях, в которых анкетирование выявило наиболее напряженную ситуацию по употреблению ПАВ. За пять лет исследования скринингом охвачено 1601 человек из 27 школ и учреждений начального профессионального образования.

Скрининг показал, что превентивные мероприятия имеют определенные позитивные результаты. Так 8% учащихся признались, что благодаря профилактическим занятиям отказались от курения, 12% отказались от употребления пива, 7,5% решили, что никогда не будут пробовать наркотик, а 63% респондентов задумались о своем здоровье и будущем.

Таким образом, метод анонимного анкетирования является весьма информативным для оценки и мониторинга распространенности употребления ПАВ среди учащихся и позволяет выстроить стратегию профилактических действий всех заинтересованных социальных институтов Ярославской области.

## ПРОГРАММА МУНИЦИПАЛЬНОГО ВОЛОНТЕРСКОГО ЛАГЕРЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Демичева Н.Г., Карцева С.С.

МОУ Центр психолого-медико-социального сопровождения детей, Ярославская область, г. Ростов

Анализ ситуации с употреблением психоактивных веществ (ПАВ) несовершеннолетними и опыт работы по первичной профилактике в Ростовском муниципальном районе свидетельствуют о необходимости включения в данную деятельность самих подростков. Для этого следует внедрять новые эффективные технологии первичной профилактики, поддерживать и развивать молодежные инициативы, строить новые, более демократичные взаимоотношения с детьми и молодежью. Одной из форм такого взаимодействия может стать инициация волонтерского движения, через

организацию лагеря волонтеров по первичной профилактике употребления ПАВ несовершеннолетними. Данный проект актуален и востребован как на муниципальном, так и на региональном уровне.

Программа муниципального лагеря волонтеров по профилактике аддиктивного поведения несовершеннолетних разработана на основе Концепции профилактики злоупотребления психоактивными веществами в образовательной среде, Концепции активной профилактики и реабилитации (КАПР), компетентностном подходе и принципе «равный-равному».

Стратегической целью программы является развитие и сопровождение волонтерского движения в муниципальном районе.

Цель программы лагеря: подготовка волонтеров для работы по сохранению и укреплению здоровья в детско-молодежной среде.

Задачи:

1. Повышение осведомленности участников по вопросам организации и содержания профилактической деятельности.
2. Мобилизация личностных ресурсов участников, направленных на формирование активной жизненной позиции в области сохранения и укрепления здоровья.
3. Освоение волонтерами интерактивных психолого-педагогических форм и методов ведения профилактической работы со сверстниками и с детьми более младшего возраста.

Технологичность программы заключается в том, что достижение каждой из представленных задач происходит через формирование определенного компонента компетентности участников в сфере профилактики. Так, первая задача направлена на формирование информационной составляющей, вторая – на развитие мотивационной и эмоционально-личностной, третья задача соответствует методико-технологическому или деятельностному компоненту.

Особенностями организации подготовки волонтеров по данной программе являются: практико-ориентированный характер обучения; преобладание активных методов обучения (дискуссионные, ролевые игры,

моделирование и анализ проблемных ситуаций и др.); совместное обучение детей и взрослых. Обучающимися курса могут быть команды подростков и юношей в возрасте от 14 до 18 лет (оптимальный состав команды – 5-7 человек) и 1 педагог – куратор команды.

Особенностью программы является ее универсальность: во-первых, она имеет достаточно краткосрочный характер, во-вторых, рассчитана на разновозрастные группы участников и на разные уровни осведомленности молодых людей по проблеме употребления ПАВ.

Предполагаемые результаты:

1. Формирование у волонтеров установок на формирование активной жизненной позиции в области сохранения и укрепления здоровья, готовности противостоять приобщению к употреблению ПАВ.
2. Повышение осведомленности подростков в области первичной профилактики употребления ПАВ.
3. Развитие деятельностного компонента компетентности в области первичной профилактики УПАВ (овладение эффективными формами и методами ведения профилактики).
4. Создание волонтерских отрядов из числа подростков и молодежи в образовательной среде муниципального района.

Данная программа обучения может быть использована как самостоятельная программа по подготовке волонтеров по профилактике употребления ПАВ, так и в качестве одного из блоков программы организации досуговой, оздоровительной деятельности подростков и молодежи. Программа волонтерского лагеря может быть реализована как на локальном уровне (школа, детский дом, учреждение дополнительного образования), так и с участниками детских и молодежных общественных объединений.

Учебно-тематический план:

| № п/п  | Тема занятия   | Форма проведения                             | Кол-во часов |
|--------|--|--|--------------|
| 1.     | Актуализация знаний участников по вопросам профилактики употребления ПАВ | Лекция<br>Входящая диагностика               | 2            |
| 2.     | Формирование установок участников на занятие волонтерской деятельностью  | Занятие с элементами тренинга                | 4            |
| 3.     | Основные понятия профилактики: уровни, виды, способы и др.               | Лекционно-практическое занятие               | 2            |
| 4.     | Развитие лидерских качеств   | Занятие с элементами тренинга                | 4            |
| 5.     | Особенности интерактивных методов ведения профилактики                   | Занятие с элементами тренинга                | 6            |
| 6.     | Профилактические ролевые игры  | Занятие с элементами тренинга                | 4            |
| 7.     | Отработка навыков асертивного поведения                                  | Занятие с элементами тренинга                | 6            |
| 8.     | Методы обратной связи, рефлексия, шеринг                                 | Практическое занятие<br>Итоговая диагностика | 2            |
| ИТОГО: |  |  | 30           |

ТРЕНИНГОВЫЕ ЗАНЯТИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ТАБАКОКУРЕНИЯ С  
МЛАДШИМИ ПОДРОСТКАМИ «СТУПЕНЬКИ ЗДОРОВЬЯ»

Дувакина О.В., Дудакова Д.Н.

МОУ Центр психолого-медико-социального сопровождения детей, Ярославская область, г. Ростов

В настоящее время такое явление, как табакокурение очень распространено среди детей и подростков и, к сожалению, не считается столь негативным как наркомания или алкоголизм, не осуждается в обществе. По статистическим данным, возраст приобщения к курению составляет 12-15 лет, поэтому, в соответствии с принципом превентивности, возрастает необходимость профилактики табакокурения именно с младшими подростками – 10-12 лет. Одним из способов решения данной проблемы является проведение курса занятий в режиме тренинга, как наиболее эффективной формы обучения,

позволяющей самостоятельно исследовать, размышлять, приобретать опыт и отрабатывать навыки.

Цель: формирование у обучающихся ценностных установок на здоровый образ жизни и навыков поведения, снижающих вероятность приобщения к табакокурению.

Задачи:

1. Предоставление объективной, соответствующей возрасту информации о влиянии табакокурения на организм и качество жизни человека;
2. Развитие навыков ответственности за собственное поведение и его последствия;
3. Выработка навыков асертивного поведения, развитие коммуникативных и творческих способностей.
4. Развитие навыков эмоциональной саморегуляции.

Предполагаемые результаты:

1. Формирование установки на здоровый образ жизни.
2. Получение учащимися систематизированных знаний о вреде табакокурения.
3. Овладение учащимися навыками асертивного поведения.
4. Развитие умения регулировать эмоциональное состояние и контролировать свое поведение.

Учебно-тематический план:

| № п/п  | Тема                                       | Кол-во часов |
|--------|--|--------------|
| 1.     | Вводное занятие. Почему люди курят.        | 1,5          |
| 2.     | Что влияет на наш выбор.                   | 1,5          |
| 3.     | Последствия курения.                       | 1,5          |
| 4.     | Как справиться со стрессом.                | 1,5          |
| 5.     | Я хозяин своей судьбы.                     | 1,5          |
| 6.     | Уверенное поведение. Умение сказать «нет». | 1,5          |
| 7.     | Сделай правильный выбор.                   | 1,5          |
| Итого: |  | 10,5         |

Форма и режим проведения:

Занятия проводятся в групповой форме

Количество детей – 12-15 человек

Продолжительность занятия – 1,5 часа

Общее количество занятий – 7

## ПРОЕКТИРОВАНИЕ КЛАССНОГО ЧАСА НА ТЕМУ «Я И ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ» С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИГРОВОЙ ТЕХНОЛОГИИ

Зуева М.Л., Киселева Т.Г.

ГОУ ЯО «Институт развития образования», г. Ярославль

Работа по сохранению и укреплению здоровья обучающихся идет полным ходом, но можно заметить одну негативную тенденцию: педагоги связывают эту работу с необходимостью читать лекции (а точнее нотации) на тему здорового образа жизни. Без активного включения подростков в самостоятельную деятельность, связанную с формированием навыков ЗОЖ, добиться позитивной динамики, а главное, осознанного отношения к своему здоровью, вряд ли удастся. В данной статье хотелось бы познакомить с опытом проведения классного часа на тему «Я и здоровый образ жизни», но при этом активность, вовлеченность и заинтересованность подростков была достигнута за счет использования игровых технологий.

В этом внеклассном мероприятии наряду с учащимися могут принимать участие и взрослые – педагоги, работающие с этой учебной группой и родители (если есть необходимость показать и родителям важность работы по формированию ЗОЖ).

«Народная мудрость», точка зрения на проблему алкоголизации населения ненавязчиво подается в виде игры, построенной по принципу домино. В отличие от обычного домино на половинках игральной кости не числа, а одна из двух частей пословиц соответствующего содержания.

В нашем случае было выбрано 6 пословиц (см. приложение). Из 6 пословиц можно составить 36 костей 6 серий. Для этого занумеруем пословицы

и условно поделим каждую на две части. Первая серия на левой половине каждой из шести костей содержит окончание первой пословицы, а правая – будет поочередно содержать начало каждой из 6 пословиц. Таким образом, на одной из костей получится первая пословица целиком – это «дупель» (см. приложение). Вторая серия отличается тем, что на левой половине – окончание второй пословицы, а правая конструируется аналогично. На третьей серии – слева окончание третьей пословицы и т.д.

Согласно правилам игрокам раздается определенное количество костей, оставшиеся кости могут образовать «базар». Начинать игру может любой игрок, у которого есть «Дупель» – кость на которой содержатся одна пословица целиком. Далее игроки по кругу выставляют кости так, чтобы собрать пословицу. В ситуации, когда игрок не может выложить кость, он идет на «базар» и вытягивает кости, пока не найдется необходимая. Выигравшим считается тот, кто закончит игру первым.

В зависимости от уровня подготовленности играющих пословицы могут быть более или менее известные. Параллельно добавим, что такая методика проведения игры расширяет общий кругозор, способствует формированию общекультурной компетенции. В случае если пословицы мало известны, для упрощения игры они могут быть отдельно распечатаны для игроков. Понятно, что если не показывать готовые пословицы, игра становится более трудной, но и более захватывающей.

Проводя эту игру, мы столкнулись с тем, что группы, где пословицы были неизвестны, за ограниченный ведущими промежуток времени старались сыграть дважды. Сначала играли «в открытую» с тем, чтобы заучить пословицы (замечательный эффект для ученической аудитории!). Затем организовывалась вторая игра, но уже по правилам.

Подводя итог классного часа и анализируя достигнутые результаты, можно смело говорить, что данный классный час не оставил равнодушным ни одного учащегося, а главное, создал благоприятные условия для формирования осознанного отношения к ЗОЖ в целом и проблеме алкоголизации в частности.



## Фрагмент материала для игры «Домино»

### Пословицы о пьянстве

Был Иван, а стал Болван, а все винцо виновато.  
Вино полюбил – семью разорил.  
Вино приходит – стыд уходит.  
Где опьянение, там и преступление.  
Кто бражкой упивается, тот слезами умывается.  
Кто вино любит, свое сердце губит.

### Фрагмент игральных костей

(Пунктиром обозначена линия разреза)

|                      |                          |
|----------------------|--------------------------|
| а все винцо виновато | Был Иван, а стал Болван, |
| а все винцо виновато | Вино полюбил –           |
| а все винцо винов□то | Вино приходит –          |
| а все винцо виновато | Где опьянение,           |
| а все винцо виновато | Кто бражкой упивается,   |
| а все винцо виновато | Кто вино любит,          |
| семью разорил        | Был Иван, а стал Болв□н, |

## НАРКОПОТРЕБЛЕНИЕ СРЕДИ СТУДЕНТОВ Г. ЯРОСЛАВЛЯ

Кайкова Л.В., Евстафьева А.В.

ГОУ ВПО Ярославская государственная медицинская академия, г. Ярославль

Наркопотребление является одной из ведущих социальных проблем современной молодежи. За последние 35 лет число наркоманов в России увеличилось более чем в 200 раз и приблизилось к 5 млн. человек, а количество состоящих на учете наркозависимых и вовлеченных в наркопотребление в 7-10 раз превышает соответствующие показатели стран Европейского сообщества и составляет 25,2 на 10 тыс. населения. Наркомания провоцирует такие социальные явления как преждевременная смертность (ежегодно в РФ от наркотиков умирает 100 тысяч человек), СПИД, инфекционные гепатиты, венерические заболевания, туберкулез и пр.

Рост наркопотребления среди молодежи не только негативно отражается на здоровье нации, но и приводит к значительным экономическим потерям, которые составляют около тридцати миллиардов рублей ежегодно.

В Ярославской области ситуацию по наркопотреблению нельзя назвать благополучной, т.к. показатель первичной заболеваемости наркоманией за последние пять лет вырос на 40%. Проблема усугубляется омоложением первого опыта наркопотребления и спецификой современных наркотиков.

Цель настоящего исследования – выявление поведенческих предпосылок наркомании среди студентов различных вузов г. Ярославля (табл.1).

Таблица 1

Распределение опрошенных студентов по вузам г. Ярославля

| Название учебного заведения  | Количество студентов |
|--|----------------------|
| Ярославская государственная медицинская академия (ЯГМА)                            | 963                  |
| Ярославский государственный технический университет (ЯГТУ)                         | 412                  |
| Ярославский государственный университет имени П.Г. Демидова (ЯрГУ)                 | 638                  |
| Ярославский государственный педагогический университет имени К.Д. Ушинского (ЯГПУ) | 503                  |
| Ярославская государственная сельскохозяйственная академия (ЯГСХА)                  | 318                  |
| Ярославский государственный театральный институт (ЯГТИ)                            | 182                  |
| ИТОГО  | 3016                 |

В ходе анонимного анкетирования установлено, что распространенность наркопотребителей среди студенческой молодежи г. Ярославля в 2 раза выше, чем среди учащихся старших классов общеобразовательных школ и учреждений начального профессионального образования (10,05% против 5,0%).

При оценке статистических данных обнаружены достоверные различия в распространенности наркомании среди студентов разных вузов г. Ярославля (рис. 1).

По результатам социологического исследования наименьший уровень наркопотребления выявлен среди учащихся сельскохозяйственной академии, а наивысший – в медицинской академии (6,6% и 12,5% соответственно).

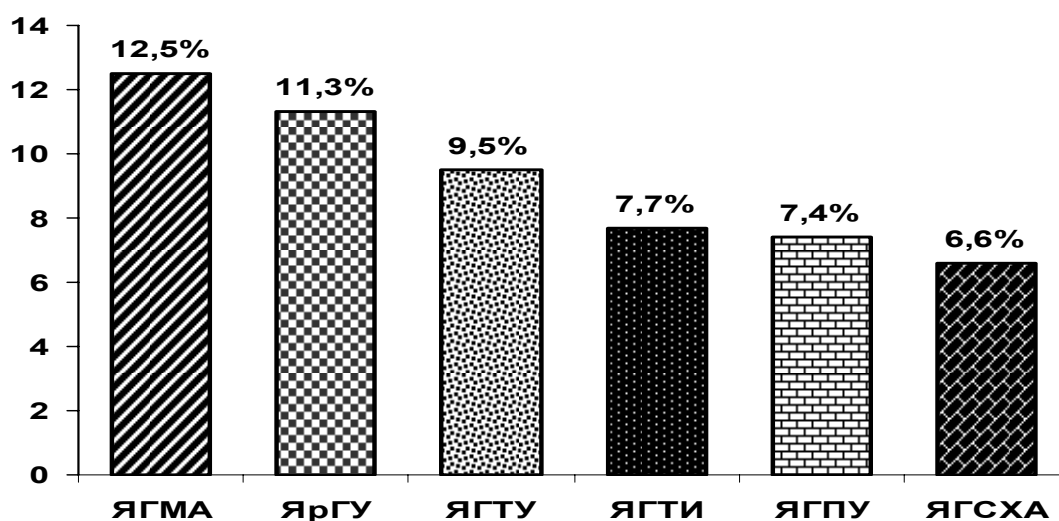


Рис. 1. Распространенность наркомании среди студентов г. Ярославля

Анализ распространенности наркомании среди студентов разных факультетов обнаружил, что наркотизации более подвержены студенты, обучающиеся на факультетах гуманитарного профиля по сравнению с техническими (10,6% против 8,1%).

На наш взгляд, это может быть связано с психологическими установками студентов, распределением академической нагрузки, наличием свободного времени и формой его проведения.

В процессе исследования установлено, что учащиеся технических факультетов имеют значительно меньше свободного времени и уделяют подготовке к занятиям в среднем 4 часа и более, в отличие от студентов гуманитарных факультетов (менее 2-х часов в день). Кроме того, студенческая молодежь, обучающаяся на факультетах гуманитарного профиля, чаще проводит досуг в ночных клубах, на дискотеках и вечеринках (75,3% против 52,9%), реже занимается спортом (5,7% против 8,4% в технических вузах).

Каждый из этих факторов в отдельности не является наркопровоцирующим, но в сочетании с другими условиями (наличие в ближнем окружении друзей-наркоманов, лояльность к наркопотребителям,

доступность наркотических препаратов и осведомленность студентов о местах их продажи) способствуют наркотизации молодежи.

Гендерных различий в употреблении наркотиков не выявлено. Независимо от профиля вуза, уровень наркопотребления возрастает от младших курсов к старшим с 5,92 до 13,2 на 100 опрошенных учащихся.

Полученные нами данные свидетельствуют о том, что большинство студентов - наркопотребителей (78,3%) впервые попробовали наркотические вещества в возрасте 17 лет и старше, т. е. в период обучения в вузе. Большая часть учащихся (59,3%), употребляющих наркотические препараты, проживает в общежитии, а 54,9% студентов - наркопотребителей имеет академическую задолженность.

При формировании профилактических программ, направленных на предотвращение роста употребления наркотиков среди молодежи важно знать, почему это происходит с одними и что сдерживает других, иными словами, выявить причины и факторы молодежного наркотизма.

Влияние этих факторов в отдельные возрастные периоды неодинаково. Следует отметить, что основной причиной приема наркотиков первокурсниками является желание не выделяться в компании друзей (32,5%). К старшим курсам значимость этого фактора снижается в 1,7 раза. Студенты-старшекурсники принимают наркотические средства преимущественно с целью получения приятных ощущений (44,7%), причем 10,2% респондентов считают наркотики «необходимым элементом молодежных вечеринок».

Результаты исследования показали, что стремление «уйти от реальности» возникает у тех студентов, которые безразличны к общественной жизни, поэтому одной из основных задач вуза по профилактике молодежного наркотизма является организация студенческого досуга и активное вовлечение студентов в различные культурные, спортивно-оздоровительные мероприятия.

На наш взгляд, отношение к наркомании в студенческой среде во многом зависит от характера информации о наркотиках, которую получает молодежь из разных источников. Подавляющее большинство молодых людей получает

сведения из средств массовой информации – 47,0%, в компании однокурсников и друзей – 44,0%, в вузе – 6,0% и наименьшее в семье – 3,0%. Как правило, эта информация носит негативный характер (об этом заявили 79,4% опрошенных). К сожалению, другая часть студентов (20,6%) узнает о наркотических веществах из популярных молодежных программ, транслируемых по телевидению, из модных «глянцевых» журналов, рассказывающих о жизни их кумиров. Эта информация не воспринимается как опасность, вызывает излишний интерес и формирует стремление подражать.

Полученные нами данные свидетельствуют о прямой сильной корреляционной связи между наличием в ближнем окружении учащихся потребителей наркотиков и числом студентов, вовлеченных в наркопотребление. Нами установлено, что большая часть студентов, употребляющих наркотические препараты, впервые попробовали их по совету друзей или знакомых (67,5%).

Таким образом, чем больше в социальном окружении студента друзей-наркоманов, тем выше вероятность приобщения самого учащегося к наркотикам.

Важным фактором распространенности наркопотребления является доступность наркотиков. С предложением употребить наркотические препараты сталкивалось 53,8% респондентов. Причем в 83,9% случаев наркопотребление носило добровольный характер.

Одной из предпосылок наркотизации студенческой молодежи является осведомленность о продавцах и местах сбыта наркотиков. Характерно, что 95,4% студентов осведомлены о том, где и у кого можно приобрести наркотические препараты.

Наряду с этим, анкетирование выявило, что в общественном мнении студенческой молодежи ЯГМА сохраняется достаточно высокий уровень сочувствия к потребителям наркотиков: 48% студентов-медиков на вопрос об отношении к потребителям наркотиков ответили, что они «не вправе осуждать этих людей и испытывают к ним жалость», а 27% молодежи согласились с

утверждением «меня это не касается, каждый выбирает свой жизненный путь сам». На наш взгляд, такая лояльность создает благоприятную социальную среду для наркотизации. И, наоборот, наибольшее количество студентов, негативно относящихся к потребителям наркотиков, выявлено среди учащихся ЯГСХА и составляет 63,4%, что в 2,5 раза выше, чем среди студентов-медиков.

Профилактика наркомании в молодежной среде должна быть направлена, с одной стороны, на предупреждение и сокращение потребления наркотиков среди тех, кто не употребляет наркотические препараты или еще не пристрастился к ним, а, с другой стороны, своевременно помочь тем, кто пристрастился к наркотикам, но еще не страдает зависимостью от них.

Профилактические программы по борьбе с распространением наркомании среди студентов необходимо разрабатывать как на государственном уровне, так и в конкретных учебных заведениях. Следует предотвратить спровоцированное приобщение студенческой молодежи к наркотикам – путем оздоровления ситуации в общежитиях, в ночных клубах и на дискотеках, организации системы содержательного и развивающего досуга.

При поступлении в государственные вузы целесообразно вводить наркотестирование абитуриентов, что само по себе послужит мощным фактором мотивации школьников к здоровому образу жизни.

Для учащейся молодежи нужно организовать на базе центров «Здоровья» специализированные консультации, работа которых будет строиться на принципах бесплатности, конфиденциальности, с предоставлением не только медицинских, но социально-правовых и психолого-педагогических услуг.

В вузах целесообразно создавать отделы по внеучебной работе со студентами.

## ПОВЫШЕНИЕ ДОСТУПНОСТИ ЗАНЯТИЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ И СПОРТОМ ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ТУТАЕВСКОМ МУНИЦИПАЛЬНОМ РАЙОНЕ

Себесяк Е.М.

Департамент образования Администрации Тутаевского муниципального района, МОУ ДПО «Информационно-образовательный центр», Ярославская область, г. Тутаев.

Занятия физической культурой и спортом становятся с каждым годом все более важной и неотъемлемой частью современной жизни. Воспитание здорового физически и нравственно молодого поколения – важная задача, стоящая перед обществом.

Отдел спорта департамента образования Администрации Тутаевского муниципального района является главной структурой развития массового спорта в районе. Под его контролем ведется спортивно-массовая работа, начиная с дошкольных учреждений, общеобразовательных школ, детско-юношеских спортивных школ и заканчивая учреждениями, организациями и предприятиями, а также работой по месту жительства с подростками и взрослым населением.

Большим шагом в развитии массового спорта в районе стало открытие в 2006 году отделения организационно-массовой работы по месту жительства, которое начинало свою работу под непосредственным руководством отдела спорта, а в 2007 г. стало самостоятельным отделением вновь открытой в июле 2007 г. Детско-юношеской спортивной школы № 4. Нужно отметить, что работа, проводящаяся педагогами отделения, заключается не только в организации соревнований среди дворовых команд, но и в повседневной работе с населением по месту жительства, сохранности спортивных площадок, находящихся на закрепленной территории. В районе работает 13 педагогов-организаторов, из них 6 в городе, 7 в сельских поселениях. Большое внимание

уделяется подросткам, не занятым в детских спортивных школах, ребятам так называемой «группы риска».

Согласно календарному плану спортивно-массовых мероприятий ежегодно в летний период проводятся соревнования по волейболу и футболу среди дворовых команд. В каникулярное время проводятся соревнования для школьников (пионербол, мини-футбол, баскетбол). В июле 2011 года стартует Спартакиада по месту жительства, основной задачей которой является привлечение молодежи и подростков к занятиям физической культурой.

Начиная с 2006 г. отдел спорта организывает выезды обучающихся всех общеобразовательных учреждений района на домашние матчи ХК «Локомотив». Абонементы приобретаются за счет средств отдела спорта. Делегация болельщиков от района посещает вот уже пять лет, выделяясь среди зрителей единой формой с логотипами хоккейного клуба «Локомотив».

В районе хорошая материальная база:

- 2 стадиона с искусственными газонами (1 построен, 1 реконструирован)
- 11 хоккейных кортов (все построены и установлены в период с 2006-10 г.г.)
- 5 футбольных полей с естественным газоном;
- 8 волейбольных площадок (стадион, парк, дворовые) (3 из них построены вновь и 1 реконструирована);
- плавательный бассейн (реконструкция и капитальный ремонт 2007-2009 г.г.);
- 2 сооружения для стрелковых видов спорта;
- спортивный комплекс п.Фоминское;
- спортивный комплекс «Старт»;
- спортивный комплекс ТФ РГАТА;
- теннисный корт с искусственным покрытием (построен в 2007 г.);

Развитие материальной спортивной базы позволило расширить возможности в организации и проведении мероприятий не только районного, но и областного, и межрегионального уровней, что также способствует пропаганде здорового образа жизни, привлечению детей и подростков к занятиям физической культурой и спортом:



- Президентские состязания школьников;
- Первенство области по мини-футболу;
- Первенство области по тяжелой атлетике;
- областные соревнования по русской лапте;
- Всероссийский турнир по самбо, памяти Ф.И. Толбухина (с 2001 г.);
- Всероссийский турнир по художественной гимнастике;

Большое внимание уделяется рекламе спортивно-массовых мероприятий, которая проводится во всех СМИ, и помогает в привлечении молодежи к занятиям ФК и С.

Говоря о воспитании здорового подрастающего поколения, нужно сказать еще об одном мероприятии, а точнее о нашем муниципальном проекте «Здоровое поколение».

В январе 2010 года было принято Постановление Главы Администрации ТМР об организации в районе физкультурно-оздоровительного комплекса нормативных требований «Здоровое поколение». Рабочая группа специалистов отдела спорта и руководителей методических объединений учителей ФК разработала Положение о физкультурно-оздоровительном комплексе нормативных требований, состоящий из 4-х ступеней (дошкольники, обучающиеся общеобразовательных школ), который и был предложен образовательным учреждениям района, а именно учителям физической культуры для использования в работе. В основе содержания ФОКа «Здоровое поколение» лежит всем известный советский бренд – комплекс «ГТО», на котором выросло не одно поколение молодежи.

Этот комплекс предложен для работы в детские сады (1 ступень комплекса) и в школы (2-ая, 3-я, 4-ая ступени комплекса). И 2009-2010 учебном году прошла «апробация» 110 чел. Обучающихся общеобразовательных школ, а также 83 воспитанника детских садов выполнили нормативы «золотого» и «серебряного» значков.

Обучающимся, выполнившим все нормативы в соответствии с требованиями по ступеням, вручаются «золотой» и «серебряный» значки. В 2010 году уже были вручены первые значки.

В районе 4 детско-юношеские спортивные школы и учреждение дополнительного образования спортивной направленности – СЮТУР. Одна из них (ДЮСШ № 4) была открыта в июле 2007 года. Каждая спортивная школа развивает свои виды спорта. Всего в районе более 15-ти видов спорта. Такие виды как теннис, баскетбол, дартс, шашки, стрельба популярны среди взрослого населения и молодежи.

#### **Часть 4. ДЕТИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ: МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ**

##### **ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ УЧАЩИХСЯ**

##### **КОРРЕКЦИОННЫХ ШКОЛ**

Жданова Л.А., Салова М.Н., Абрамова Т.Ф.

ГОУ ВПО Ивановская государственная медицинская академия, г. Иваново

Несмотря на очевидность того, что состояние здоровья учащихся коррекционных школ хуже, чем общеобразовательных, для них недостаточно проработаны специальные программы реабилитационных мероприятий. Не случайно в послании президента в 2010 году говорится о необходимости максимальной интеграции таких детей в социум, об индивидуализированном подходе к ним. Поэтому целью исследования стало дать комплексную характеристику состояния здоровья детей, посещающих коррекционные образовательные учреждения, для научного обоснования формирования реабилитационных программ. Для этого проведено клиническое обследование 430 учащихся (7-17 лет) коррекционных учреждений г. Иваново, из них с нарушением зрения – 111 детей (школа IV вида), слуха – 115 (школа II вида) и речи – 204 ребенка (V вида).

У половины детей с нарушением зрения выявлены отклонения физического развития, которые были представлены преимущественно избытком массы тела. Нарушения моторного развития установлены у большинства детей: у 42,3% – недостаточность крупной моторики, у 46,2% – мелкой. Патология со стороны опорно-двигательного аппарата диагностирована у всех учащихся, причем нарушения осанки выявлены у половины детей, сколиоз – у трети, плоскостопие – у 44,4% детей. Последствия перинатальных поражений центральной нервной системы отмечены у всех учащихся коррекционной школы для слабовидящих детей. Наиболее часто встречался синдром вегетативной дистонии (88,9%), реже – доброкачественная внутричерепная гипертензия (41,7%). Задержка развития речи выявлена у трети детей, синдром дефицита внимания и гиперактивности – у каждого пятого ребенка, неврозоподобные заболевания (тики, энурез, заикание) – у каждого шестого ребенка. Треть детей с нарушением речи в школьном возрасте являлись часто болеющими, у четверти детей выявлена гиперплазия лимфоидной ткани носоглотки, у каждого шестого ребенка – хроническая патология ЛОР-органов. Заболевания пищеварительной системы установлены у 16,7% слабовидящих учащихся, причем у каждого десятого ребенка выявлялась дисфункция билиарного тракта. Аномалии развития почек диагностированы у 13,9% детей с нарушением зрения, хронический пиелонефрит – у каждого пятого ребенка, дисметаболическая нефропатия – у 36,1%. Более чем у половины детей выявлены малые аномалии развития сердца, у каждого шестого ребенка – грыжи (паховые и пахово-мошоночные). Следует подчеркнуть, что ряд патологических состояний, преобладающих у слабовидящих детей, характерен для синдрома соединительно тканой дисплазии, во-первых, это нарушения зрения, во-вторых – малые аномалии развития сердца и почек, патология опорно-двигательного аппарата, грыжи.

Характеризуя состояние здоровья детей с нарушением слуха, необходимо отметить у них высокую частоту отклонений физического развития: дефицит массы тела выявлен у четверти детей, избыток – у 37,5%, низкий рост – у

15,6%. У слабослышащих детей часто отмечались и нарушения моторного развития – у двух третьих детей установлена недостаточность мелкой моторики, у половины – крупной, право-левая агнозия выявлена у 48,4% детей. У трети учащихся коррекционной школы для детей с нарушением слуха выявлена патология органа зрения. Нарушения осанки имели 40,0% детей, сколиоз – 21,9%, плоскостопие – каждый десятый ребенок. Среди патологии со стороны нервной системы у слабослышащих детей наиболее часто выявлялся синдром вегетативной дистонии (93,6%), реже – задержка речевого развития (71,9%) и синдром доброкачественной внутричерепной гипертензии (65,6%). У четверти детей установлен синдром дефицита внимания и гиперактивности, у каждого пятого ребенка – детский церебральный паралич. Часто болеющими являлась треть учащихся этой школы, гипертрофия небных миндалин выявлена у 31,2% детей. Дисметаболическая нефропатия диагностирована у трети учащихся, хронический пиелонефрит и аномалии развития почек – у 12,5%. Малые аномалии развития сердца выявлены у половины детей с нарушением слуха, грыжевые выпячивания – у 18,8%. Следует отметить высокую частоту встречаемости патологии эндокринной системы – у 15,6% учащихся.

Половина детей с нарушением развития речи имели отклонения физического развития: у каждого десятого ребенка выявлен дефицит массы тела, у 36,4% – избыток, у 4,6% – низкий рост. У большинства детей из речевой школы установлена мелкомоторная недостаточность (84,2%), у четверти – крупномоторная. Патология со стороны зрения диагностирована у трети учащихся, нарушения осанки – у каждого пятого ребенка, плоскостопие – у четверти детей, сколиоз – у 12,0%. Большинство детей с нарушением речи имели синдром вегетативной дистонии (78,3%), у 41,3% выявлена доброкачественная внутричерепная гипертензия, у 20,7% – синдром дефицита внимания и гиперактивности. Каждый пятый ребенок страдал неврозоподобными заболеваниями. Часто болеющими являлась треть учащихся с нарушением развития речи, причем гиперплазия лимфоидной ткани носоглотки выявлена у 42,4% детей. Дисметаболическая нефропатия

диагностирована у 27,2% учащихся, хронический пиелонефрит – у каждого десятого ребенка. Малые аномалии развития сердца выявлены у 44,6% детей с нарушением речи, грыжи – у четверти детей.

Таким образом, комплексная характеристика состояния здоровья учащихся разных видов коррекционных образовательных учреждений может явиться обоснованием комплексных программ их медико-социального сопровождения, помогая выделять приоритетные направления профилактических и реабилитационных мероприятий. Реализация этих программ требует интеграции усилий врачей узких специальностей разного профиля, а также привлечения педагогов и психологов коррекционных учреждений. Необходимо расширять реабилитационные базы в коррекционных учреждениях, что крайне важно для предупреждения инвалидизации воспитанников.

## ПРОЕКТИРОВАНИЕ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ, ИМЕЮЩИМИ ОГРАНИЧЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЗДОРОВЬЯ

Гоголев Ю.В., Иванова Т.А., Солондаев В.К., Черная Н.Л.

МОУ Городской центр психолого-медико-социального сопровождения,  
ГОУ ЯО «Центр помощи детям», ГОУ ВПО Ярославский государственный  
университет им. П.Г. Демидова, ГОУ ВПО Ярославская государственная  
медицинская академия, г. Ярославль

Необходимость межведомственного взаимодействия при решении сложных социальных проблем на первый взгляд представляется очевидной. Однако успешных примеров такого взаимодействия мы видим меньше, чем хотелось бы. И дело отнюдь не в отсутствии доброй воли, а в серьезных нормативно-правовых, организационных и методологических трудностях организации взаимодействия.

При проектировании модели взаимодействия, описываемой ниже, мы последовательно использовали субъектный и системный подход. Первый шаг – выделение и конкретизация субъектов возможного взаимодействия. Второй шаг – конкретизация и описание функций, реализуемых субъектом во взаимодействующей системе. В описанной модели субъекты и функции не совпадают. Один субъект реализует несколько функций, которые могут противоречить друг другу. Например, организация бесплатного питания учащихся начальной школы – функция социальной защиты и функция охраны здоровья, реализуемая учреждением образования, для которого системообразующей является функция обучения, а здоровье и социальное благополучие учащихся – лишь одно из многих необходимых условий выполнения данной функции.

Предметом межведомственного взаимодействия является работа по сохранению и укреплению здоровья всех групп детей, среди которых особо выделяется группа детей с ограниченными возможностями здоровья, требующими особых условий обучения и воспитания. Взаимодействие учреждений образования и здравоохранения с другими учреждениями и организациями, выполняющими функции социальной защиты населения, должно происходить в форме обмена информацией, координируемого правительством Ярославской области

Работа по сохранению и укреплению здоровья детей невозможна без участия родителей (законных представителей ребенка). Поэтому конечной целевой группой является семья, воспитывающая ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

Субъектами межведомственного взаимодействия являются:

- а) образовательные учреждения и органы управления образованием,
- б) учреждения здравоохранения и органы управления здравоохранением.

Содержание межведомственного взаимодействия

1. На уровне управления образованием и здравоохранением

1.1. Введение в базовые требования к качеству услуг, оказываемых образовательными учреждениями, обоснованных целевых показателей здоровья обучающихся, воспитанников. Распределение обучающихся, воспитанников по группам здоровья является важным индикатором, но для более точного планирования работы должны использоваться и другие показатели.

1.2. Оснащение медицинских кабинетов в образовательных учреждениях современным диагностическим оборудованием. Это позволит освободить временные ресурсы для профилактической и оздоровительной работы.

1.3. Выделение ресурсов, необходимых для обеспечения адекватных санитарно-гигиенических условий в образовательных учреждениях. Под санитарно-гигиеническими условиями в первую очередь имеется в виду: физическое воспитание, организация питания, соответствие учебной нагрузки и расписания гигиеническим рекомендациям, организация двигательной активности детей. При наличии соответствующих ресурсов необходима организация медицинского мониторинга соблюдения санитарно-гигиенических условий образовательными учреждениями.

1.4. Организация для специалистов образовательных учреждений курсов повышения квалификации по вопросам сохранения и укрепления здоровья детей совместно с Ярославской государственной медицинской академией на базе Института развития образования Ярославской области и городского центра развития образования департамента образования мэрии г. Ярославля

2. На уровне образовательных учреждений и учреждений здравоохранения

2.1. Проведение профилактических осмотров детей специалистами учреждений здравоохранения при организационном обеспечении образовательных учреждений.

2.2. Проведение специалистами учреждений здравоохранения профилактических прививок в соответствии с национальным календарем

профилактических прививок и эпидемическими показаниями при организационном обеспечении образовательных учреждений.

2.3. Проведение медицинскими работниками оздоровительных мероприятий для детей из групп риска. На базе образовательного учреждения могут быть реализованы: диетпитание, фитотерапия, лечебная физкультура, организация двигательной активности, использование офтальмотренажеров. Специальные оздоровительные мероприятия в соответствии с медицинскими показаниями могут проводиться учреждениями здравоохранения.

2.4. Формирование образовательными учреждениями (в том числе ППМС-центрами) здорового образа жизни детей и родителей, что предполагает внедрение технологий минимизации рисков здоровья (медицинский аспект) и формирование ценностного отношения к здоровью у детей и родителей (психологический и социальный аспекты).

Основные ожидаемые результаты межведомственного взаимодействия:

1. Обеспечение своевременной диагностики и своевременного оказания соответствующей помощи детям с ограниченными возможностями здоровья, в том числе высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи, ранней дефектологической и психолого-педагогической помощи.

2. Улучшение уровня здоровья всех групп детей в течение пяти-восьми лет и недопущение снижения уровня здоровья детей в краткосрочной перспективе.

3. Обеспечение социальной интеграции и недопущение стигматизации семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья.



ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ, ПОВЕДЕНЧЕСКИХ И  
АДАПТАЦИОННЫХ ПРОБЛЕМ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ  
С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Белова Л.И.

ГОУ ЯО «Центр помощи детям», г. Ярославль

Дети и подростки с ограниченными возможностями здоровья наиболее подвержены неблагоприятному влиянию факторов различной этиологии (биологических, социальных, психогенных), так как не обладают опытом, который позволяет гибко перестраиваться в связи с изменениями социальной среды. Они нуждаются в своевременной медико-психологической поддержке и социальной реабилитации. При любом психотравмирующем воздействии на личность происходит нарушение наиболее сложных форм социально детерминированного, адаптивного и относительно стабильного стереотипа реагирования человека. Невозможность преодолеть препятствие при достижении жизненно важных целей при наличии физического дефекта или тяжелого соматического заболевания приводит к снижению адаптации или к полной дезадаптации формирующейся личности ребенка, подростка. Социальная дезадаптация в детском и подростковом возрасте может иметь скрытый (латентный) характер и проявляться в снижении успеваемости, в поведенческих, эмоциональных, адапционных проблемах, психосоматических, психопатологических расстройствах. Адаптационный процесс и адаптационные задачи для формирующейся личности ребенка, подростка являются сложными даже в благоприятных социальных условиях. При наличии физического дефекта или тяжелого соматического заболевания, неблагоприятных изменениях в социальной среде данный процесс перестает быть динамичным и эффективным.

Когнитивные процессы играют наиболее важную роль при формировании адаптационных навыков индивида. При психотравмирующем воздействии

происходит нарушение гармоничного взаимодействия между опытом и привычными моделями поведения.

Психотравмирующие факторы, которые оказывают негативное влияние на детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья в условиях сложной психологической ситуации, приводят к формированию:

1) эмоциональных проблем с проявлением стойких негативных аффективных реакций страха (тревоги), избегающего поведения в отношении определенной ситуации, возможного развития невротического расстройства;

2) адаптационных проблем с нарушением навыков адаптации в новых социальных условиях;

3) поведенческих проблем с проявлением девиантных, деликвентных форм поведения.

Разработка реабилитационных направлений в психологии, педагогике и медицине в настоящее время обусловлена увеличением числа психотравмирующих ситуаций у данной категории детей и подростков, их родителей, ростом невротических, поведенческих, адаптационных проблем и расстройств.

Результаты Всероссийской диспансеризации детей и подростков 2002 года и 20-летний опыт работы ГОУ ЯО «Центр помощи детям» показали, что отклонения в эмоциональной и поведенческой сфере, даже у здоровых детей, препятствуют формированию эффективной адаптации. Процесс влияния психотравмирующих факторов на социальную адаптацию личности в детском и подростковом возрасте должен быть своевременно выявлен на этапе формирования той или иной проблемы в жизни ребенка с ограниченными возможностями здоровья и приостановлен за счет проведения психокоррекционных мероприятий.

Грань между нормой и психопатологическим процессом на этапе формирования может быть нечетко очерчена. Дети и подростки с ограниченными возможностями здоровья с проблемами, сформировавшимися в условиях сложной психологической ситуации, могут быть включены в группу

риска по формированию невротических, поведенческих, адаптационных расстройств при отсутствии своевременной помощи.

Модель поддержки детям и подросткам с ограниченными возможностями здоровья в преодолении эмоциональных, поведенческих, адаптационных проблем в условиях новой социальной среды (дошкольных и школьных образовательных учреждений) была разработана специалистами ГОУ ЯО «Центр помощи детям». Модель включает, с одной стороны, целенаправленную работу со взрослыми участниками образовательного процесса по повышению их компетентности в психологии, психокоррекции и психопрофилактике нарушений социальной адаптации детей с ограниченными возможностями здоровья, а с другой – комплексную работу с детьми и подростками, способствующую преодолению сложных психологических проблем. При разработке модели был использован накопленный специалистами медико-социального отдела ГОУ ЯО «Центр помощи детям» опыт в социальной, психологической и психотерапевтической реабилитации детей и подростков.

Важным следствием и итогом работы по реализации модели является социальная реабилитация, поддерживающая психологическая коррекция и психотерапия, проводимые на основании разработанной модели, систематическое, своевременное оказание помощи детям и подросткам с ограниченными возможностями, находящимся в сложных ситуациях, разработка новых эффективных подходов для повышения уровня их адаптации в социальной среде.

Образовательные учреждения города и области посещают дети с ограниченными возможностями здоровья дошкольного, младшего школьного возраста, подросткового или старшего школьного возраста.

Таким образом, для успешного воспитания, обучения, гармоничного психологического и по возможности физиологического развития детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья важно своевременно создавать благоприятные условия их интеграции в социум.

## РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ «БОЛЬНОЕ ДЕТСТВО» НА ТЕРРИТОРИИ ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ

Лягушева С.Н.

Ярославское областное отделение благотворительного общественного фонда  
«Российский фонд милосердия и здоровья», г. Ярославль

Ярославское областное отделение благотворительного общественного фонда «Российский фонд милосердия и здоровья» осуществляет свою деятельность на территории области с 1989 года. За эти годы сотрудники и члены правления, волонтеры фонда провели большое количество благотворительных акций и инициатив, теле- и радио-марафонов, направленных на привлечение денежных средств для нуждающихся жителей области. В благотворительных акциях и марафонах приняли участие сотни тысяч жителей области. Приняты десятки конвоев с гуманитарным грузом, благодаря чему реальную помощь получили более 260 учреждений здравоохранения, социальной защиты населения, образования, многие ярославцы.

Одним из основных направлений деятельности фонда стала долгосрочная программа «Больное детство». С 1999 года по настоящее время за счет привлеченных средств пролечено более 500 детей и подростков в ведущих клиниках РФ, ближнего и дальнего зарубежья. Ежемесячно приобретаются дорогостоящие лекарственные средства, оплачивается реабилитационное, восстановительное и санаторно-курортное лечение детей-инвалидов, больных детей, приобретается реабилитационное оборудование. Только за 2010 год на эти цели фонд израсходовал более 4 миллионов рублей. Тысячи семей, воспитывающих больных детей, получают от фонда вещевую и продовольственную помощь.

На благотворительные средства фонда открыты и оснащены: первый в области Дом детства в Брейтовском районе, центры временного пребывания для несовершеннолетних г. Ярославля и большинства муниципальных районов,

отделение временного пребывания детей-инвалидов и молодых инвалидов в п. Семибратово Ростовского района.

Под патронатом фонда находятся специальные Дома ребенка № 1 и № 2, областная детская больница, глазное отделение областной клинической больницы, детские отделения противотуберкулезного и психиатрического диспансеров, детские больницы г. Ярославля, детские отделения ряда центральных районных больниц. Оказывалась помощь реабилитационным центрам для детей в городах Рыбинске и Угличе.

Большое внимание сотрудниками и волонтерами фонда уделяется семьям, воспитывающим детей-инвалидов, больных детей. Самые яркие страницы из деятельности фонда: 5-дневное путешествие по Волге на теплоходе «Михаил Фрунзе» (400 человек – семьи с детьми инвалидами); проведение скрининг-программы для школьников начальных классов г. Ярославля; ежегодное проведение Новогодних и Рождественских праздников для детей с ограниченными возможностями и детей из многодетных и неполных семей (до 200 человек). Впервые за счет средств фонда проведены 3 санаторные смены для детей, больных сахарным диабетом. Благодаря поддержке Правительства области более 200 детей-инвалидов получили компьютерную технику по программе «Окно в мир».

Приобретено медицинское и реабилитационное оборудование для детского глазного отделения, мебель для детского отделения противотуберкулезного диспансера; развивающие и обучающие игры и игрушки для больниц и Домов ребенка, детских домов, санаториев, летних оздоровительных лагерей, комплексных центров социального обслуживания населения, специализированных детских садов и пр.

Для выполнения уставных задач фонд постоянно принимает участие в конкурсных программах различных уровней. В 2008 году реализован мультимедийный проект, поддержанный ООО «Лига здоровья нации» по профилактике здорового образа жизни «Время бросить курить!». Кроме документальных фильмов о вреде курения, были сняты молодежные

социальные ролики и мультипликационные фильмы, выпущены листовки и буклеты о последствиях пагубных привычек. Работа велась совместно с департаментом здравоохранения и фармации Ярославской области, телекомпанией НТМ, областной и районными комиссиями по делам несовершеннолетних и защите их прав.

В 2009 году совместно с Фондом поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, реализован проект «Вместе весело шагать!» по социальной реабилитации семей с детьми-инвалидами и семей, находящихся в трудной жизненной ситуации. Основной контингент – дети с ДЦП, муковисцидозом, диабетом, нарушением опорно-двигательного аппарата. Основная задача – преодоление изолированности семей, воспитывающих детей-инвалидов, повышение их социальной активности, реабилитация детей методами дельфинотерапии и арт-терапии. К участникам проекта в гости приезжали артисты московских театров, они побывали в цирке на Цветном бульваре, представлениях братьев Запашных, в цирке Дю Солей, театре им. Волкова, филармонии и ТюЗе (до 160 человек).

За время реализации проекта семьи приняли участие в Международном фестивале «Звездный мост», выступали на сцене ГЦКЗ «Россия», участники проекта были приглашены в московский развлекательный центр с аквапарком и роллдромом. Мы ставили своей задачей наладить взаимоотношения семей из разных социальных категорий: многодетные семьи, семьи с детьми-инвалидами, одаренные дети; привить толерантное отношение к «другим» людям, устойчивые навыки работы в команде, научить ставить общие задачи и достигать их решений.

В 2010 году фонд милосердия и здоровья стал грантополучателем основных средств по грантовой программе «Семья и дети», Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации в разделе «Право ребенка на семью». Фонд осуществлял деятельность по 8 направлениям программы, обеспечивал приобретение новых средств реабилитации: статических и динамических параподиумов и вертикализаторов для детей с ДЦП, обучение

родителей методам реабилитации детей-инвалидов. Впервые в области дети-колясочники с тяжелыми формами ДЦП встали на ноги, сделали первые шаги.

Совместно с ГУП ЯО «Детским санаторием «Искра» фонд стал победителем регионального конкурса по работе с детьми – инвалидами в каникулярное время. В проекте «Вместе весело шагать» приняли участие 30 семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями. Впервые на территории области удалось провести комплексное оздоровление семей с детьми-инвалидами, используя новые методы реабилитации: соляную пещеру, интропульмональный перкуссионер для дыхания, дельфинотерапию, арт-терапию, совместные мероприятия детей-инвалидов и их здоровых сверстников. В результате изменилось качество жизни детей-инвалидов и их семей.

Дети с родителями посетили «Терем Снегурочки», «Ледяную пещеру» в Костроме, музей елочной игрушки в Московской области, плавали по Москва-реке на теплоходе «Ривер-Палас», участвовали в фотосессии с актерами театра и кино. Проведены 4 выставки работ детей с ограниченными возможностями и их здоровых сверстников по различным тематикам. Семьи посетили репетицию братьев Запашных, где в рамках мастер-класса им было рассказано о взаимоотношении животных дикой природы и человека. Посетили тренировку команды «Локомотив», встретились с лидерами команды. Дошкольники и младшие школьники приняли участие в показе моделей детской одежды в дни проведения фестиваля «Здоровый Ярославль». В дефиле приняли участие дети с ДЦП, муковисцидозом, диабетом, множественными пороками развития, аутизмом.

В гостиной фонда ежедневно ведется прием семей с детьми, находящихся в трудной жизненной ситуации. С детьми занимаются аниматоры, специалисты по социальной работе, логопеды, психологи, проводятся занятия в сенсорной комнате, занятия арт-терапией.

## ДОБРОЕ СЕРДЦЕ – БЛАГОЕ ДЕЛО

Овчинников С.Н.

Ярославское региональное отделение Общероссийского общественного благотворительного фонда «Российский детский фонд», г. Ярославль

Ярославское региональное отделение РФФ, работая 23 года по 16 программам помощи детям, оказывает бескорыстную благотворительную поддержку детям-инвалидам и сиротам области. Создана эффективная структура программно-целевого подхода к решению острых проблем здоровья детей.

Реализуются программы «Глухие дети», «Детский диабет», «ДЦП», «Детский туберкулез», «Дар жизни», «Детская библиотека», «1 июня – Международный День защиты детей», «Стипендиаты», «Теплый дом», «Скорая социальная помощь» и др. Названия программ говорят сами за себя.

Программа «Глухие дети» начата в 1993 году. Всего за период реализации программы детям подарено 1228 слуховых аппаратов, специнтернатам – 26 аудиоклассов. В этом году специализированным школам-интернатам вручены 10 слухоречевых тренажеров. К сожалению, ежегодно в области в результате болезни или при рождении, появляется до 30 детей, требующих слухопротезирования. По первому требованию мы спешим им на помощь.

На 1.01.2011 года в Ярославской области на диспансерном учете по сахарному диабету состоит 261 ребенок. Каждый больной ребенок области обеспечен нами двумя глюкометрами, получает ежегодно по 10 упаковок тест-полосок. Подарено 16 инсулиновых помп эндокринологическому отделению областной детской клинической больницы.

Программу «Детский церебральный паралич» начали в 1994 году. Ярославское отделение приобрело для лечения ДЦП индивидуальные костюмы ЛК-92 «Адели», 4 аппаратно-программных многоканальных комплекса программируемой электростимуляции мышц «Аккорд». С 2007 года стали



использовать для реабилитации больных ДЦП детей компьютерный комплекс биологически обратной связи «Стабилан». Всего пролечено более 1000 детей (тяжело больные дети прошли 3-4 курса лечения). Все аппараты мы приобретали по договорным, самым низким для Детского фонда ценам.

По программе «Витамин ОД» почти 5 тысяч детей-сирот и детей-инвалидов Ярославской области получили витамины «Центрум детский» общей стоимостью 27,5 тыс. долл. США. Это была очень серьезная акция укрепления здоровья детей. В таких масштабах мы провели ее один раз, но, ежегодно рассматривая просьбы об оказании материальной помощи многодетных семей и одиноких матерей, отделение помогает ослабленным детям средствами на усиление питания и приобретение витаминов и лекарств.

Реализация остальных наших рабочих программ также направлена на укрепление физического, нравственного, морального здоровья подрастающего поколения нашей области.

С 1988 года мы ведем программу “Дети погибших отцов”. Это дети, отцы которых погибли при исполнении служебного долга, дети погибших сотрудников УВД, ФСБ, дети наших военных, ликвидаторов Чернобыльской АЭС. Каждый ребенок в канун Нового года и Международного дня защиты детей получает материальную помощь и подарки, участвует в Губернаторской елке.

Уже четвертый год средства на оказание материальной помощи этим детям отделение получает из Федерального бюджета по Распоряжению Президента РФ в результате победы Ярославского регионального отделения РФД в открытом конкурсе реализуемых благотворительных программ.

Программа «Теплый дом». На заре становления Ярославского детского фонда это была одна из масштабных и крайне необходимых акций. На 32 благотворительных счета интернатных учреждений было перечислено 4 млн. рублей. Эти средства направлялись на улучшение питания, приобретение одежды, обуви, на лечение и отдых детей. В 2005-2010 гг. детям передано

одежды, обуви, школьных принадлежностей, игрушек, кондитерских изделий более чем на 3,0 миллиона рублей.

Ярославское региональное отделение РФФ всегда остро реагирует на трагедии, происходящие на Северном Кавказе. Есть специальная программа «Фронтовые дети Чечни», реализуя которую мы стремимся помочь пострадавшим детям «горячих» точек, особенно тем, кто имеет различные заболевания. Детям Чечни, Дагестана, Северной и Южной Осетии передано 28 слуховых аппаратов “Oticon” с элементами питания, 25 глюкометров, 15 шприц-ручек, 60 упаковок тест-полосок. Кроме того, для детей Беслана и Южной Осетии в свое время отправлена 101 тысяча рублей.

Программа «Стипендиаты» начата в 1988 году. В 2011 году в Ярославском отделении 60 стипендиатов – одаренных, отличившихся в учебе, общественной и культурной жизни детей-инвалидов и детей-сирот. Выплаты стипендий за 2010 год составили 180 тыс. рублей. Накануне Международного дня защиты детей наши стипендиаты получают новую стипендию по 3 тыс. рублей.

«Детская библиотека». Это первая реализуемая программа отделения. Детским библиотекам подарено 150 тыс. книг. Ежегодно отделение оформляет для детских домов, школ-интернатов, детских больниц годовую подписку на журналы РФФ «Путеводная звезда» и «Божий мир» на сумму более 100 тысяч рублей.

Программа «1 июня – Международный День защиты детей». В последние 14 лет встречи с детьми, посвященные Международному дню защиты детей, превратились в единую Программу добрых дел. На встречи, посвященные этому дню, мы приглашаем всех детей, вновь поставленных на диспансерный учет по слуху и сахарному диабету, наших стипендиатов – одаренных детей-сирот и инвалидов, детей, отцы которых погибли при исполнении служебного долга. На встречах детям вручаются слуховые аппараты, радио-аудиоклассы, глюкометры, тест-полоски, аппаратура для лечения ДЦП, стипендии-премии,

материальная помощь, книги, подарки. Ежегодно в этот день организуются поездки детей в театры Москвы.

Социальная помощь приобрела строго адресный характер, в результате чего Ярославское региональное отделение РДФ добилось своего рода благотворительной системы.

Ярославское региональное отделение РДФ опирается в своей деятельности на понимание и поддержку Правительства и, прежде всего, Губернатора области С.А.Вахрукова, Генеральных спонсоров Суханова Ю.Е. (НГК «Славнефть»), Князькова А.Л. (Славнефть - ЯНОС), Орлова С.В. (ОАО «Ярославский технический углерод»), ОАО «Промсвязьбанк» (М.С.Вахруков), ОАО «Ярославская сбытовая компания». Низкий им поклон за помощь!

Дети нам благодарны. Приходите и Вы на встречи с детьми.

#### РАЗВИТИЕ КОНСУЛЬТАЦИОННОЙ СЛУЖБЫ В ПОДРАЗДЕЛЕНИИ ГОУ ЯО «ЦЕНТР ПОМОЩИ ДЕТЯМ» «ШКОЛА ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ»

Чиркова Е.А.

ГОУ ЯО «Центр помощи детям», г. Ярославль.

Консультирование семей востребовано. По данным ГОУ ЯО «Центр помощи детям» возрастает число семей, которые обращаются к специалистам за помощью по вопросам взаимодействия между супругами или воспитания детей.

Чаще всего семья обращается за помощью не в связи с какой-либо ситуацией, а когда эта ситуация привела к определенным последствиям. Признаки неблагополучия замечаются родителями преимущественно у ребенка. Например, ребенок стал непослушным или тревожным, имеет трудности в поведении или обучении. Преимущественно жалобы предъявляются матерями.

Есть определенные родительские заблуждения, которые поддерживают напряжение в семье: всегда есть виноватый, он источник всех проблем; если он

(она) изменит свое поведение, конфликт исчезнет сам по себе; нет смысла меняться самому, если другой член семьи не делает попыток измениться; нельзя жить для себя и для других одновременно.

В ГОУ ЯО «Центр помощи детям» обращаются семьи с разнообразными проблемами. При оказании помощи семье работа возможна в двух направлениях: помощь ребенку и помощь родителю. Мы предлагаем консультирование семьи специалистами разного профиля: неврологом, врачами-психиатрами, психологами, психотерапевтами.

В книге психолога ГОУ ЯО «Центр помощи детям» Л.В. Кочкиной «Помощь семьям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации» описаны те пути помощи, которые продуктивны на практике.

Для консультативной работы с родителями можно предложить формулу: понять, принять, отпустить, жить.

Эти четыре категории проходят родители в процессе грамотного консультирования и психологической работы с ними специалиста.

Понять: когнитивный уровень проработки проблемы родителями. В первую очередь им необходимо понять проблему: настолько ли она глубока и непреодолима, как кажется.

Принять: эмоциональный уровень проработки проблемы родителями, пласт переживаний. Прежде чем работать над выходом из ситуации, родителям необходимо ее принять. Со стороны специалиста – это работа с родителями над принятием.

Отпустить: работа с родителями по осознанию того, что ситуация и проблема не уникальна, она не центр жизненных ситуаций, есть возможность отстраниться от ситуации, отпустить ее.

Жить: работа с родителями по выстраиванию нового стиля поведения, их взаимодействия с ребенком. Для родителей очень важно перестроить свою линию поведения и реагирования. Специалист обучает его этой перестройке.

Для работы с детьми можно предложить несколько иную формулу: отреагировать, созидать, жить.

Отреагировать: работа с эмоциональными переживаниями ребенка. Специалисту необходимо использовать в своей практике те методы, которые позволят ребенку отреагировать негативные эмоциональные переживания и сбросить эмоциональную напряженность.

Созидать: обучение ребенка конструктивным способам совладания с трудной ситуацией, которое достигается через игру, сказку, визуализацию.

Жить: работа с перестройкой поведенческого плана ребенка. Отработка с ребенком новых поведенческих паттернов, копинг-стратегий.

Работу с родителями и детьми по данным направлениям помощи семьям осуществляют специалисты ГОУ ЯО «Центр помощи детям» при личной встрече.

В последнее время получает активное развитие такая форма консультативной помощи как Интернет-консультирование. В ГОУ ЯО «Центр помощи детям» запускается новый проект «Семейная психолого-педагогическая консультация» в структурном подразделении «Школа дистанционного обучения». Данная программа предполагает продвижение услуг специалистов через ресурсы сайта (<http://www.yarchc.nordnet.ru>), skype, почтовые сервисы. Цель данного проекта, кроме оказания помощи семьям, которые имеют трудности в передвижении и не могут обратиться на консультацию очно – стать более понятными для возможных клиентов, повысить доверие к нашим услугам.

Безусловно, мы понимаем, что консультирование в сети имеет множество ограничений и противоречий. Но клиентов много, и им нужно помочь найти грамотных специалистов, потому что сейчас все больше людей ищут психологов через Интернет.

И если консультировать в сети слишком эмоционально затратно из-за всех сложностей, то заниматься маркетингом собственной деятельности в Интернете точно стоит. В сети есть огромные возможности для продвижения психологических услуг, и эта деятельность более ясная и менее

противоречивая. А также достаточно легко поддается измерению при аккуратном ведении статистики.

Таким мы видим развитие консультационной службы в подразделении ГОУ ЯО «Центр помощи детям» «Школа дистанционного обучения для детей-инвалидов» в ближайшее время.