

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «ИНСТИТУТ
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО
МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОГО АГЕНТСТВА»

А.Ю. Широков, Л.А. Денисов, А.В. Алехнович, Н.М. Савичева,
С.Л. Ведерникова, А.Н. Афанасьев, Е.А. Огурцова, А.В. Федорович,
А.А. Маркосян, Т.И. Широкова, И.С. Решетников, А.П. Елисеев,
В.А. Федорович, Е.В. Нехорошева

ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ, ПОДРОСТКОВ И УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ НА ОСНОВЕ ПРИНЦИПОВ ДОНОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И АНОНИМНОГО АНКЕТИРОВАНИЯ

Учебно-методическое пособие

Москва
2016

УДК 616-083

ББК 53.5

Авторы учебно-методического пособия: А.Ю. Широков, Л.А. Денисов, А.В. Алехнович, Н.М. Савичева, С.Л. Ведерникова, А.Н. Афанасьев, Е.А.Огурцова, А.В.Федорович, А.А.Маркосян, Т.И. Широкова, И.С. Решетников, А.П. Елисеев, В.А. Федорович, Е.В. Нехорошева.

Ф 79 Формирование здорового образа жизни детей, подростков и учащейся молодежи на основе принципов донозологической диагностики и анонимного анкетирования / А.Ю. Широков, Л.А. Денисов, А.В. Алехнович, Н.М. Савичева, С.Л. Ведерникова, А.Н. Афанасьев, Е.А. Огурцова, А.В. Федорович, А.А. Маркосян, Т.И. Широкова, И.С. Решетников, А.П. Елисеев, В.А. Федорович, Е.В. Нехорошева. – Москва, 2016. – 24 с.

Учебно-методическое пособие предназначено для раскрытия тематики обучения, связанной с темами «Диспансеризация», «Скрининг», «Здоровый образ жизни». В пособии рассматриваются вопросы использования автономных центров здоровья для выявления групп риска и активной работы с выделенными контингентами по формированию здорового образа жизни. Учебно-методическое пособие предназначено для преподавателей дополнительного профессионального образования по специальностям «Общая гигиена», «Гигиена детей и подростков», «Гигиеническое воспитание», «Организация здравоохранения и общественное здоровье», а также для специалистов, работающих в центрах здоровья, занимающихся пропагандой здорового образа жизни, и других специалистов.

Данное учебное пособие основано на Методических рекомендациях «Формирование здорового образа жизни детей, подростков и учащейся молодежи на основе принципов донозологической диагностики и анонимного анкетирования», которые рассмотрены и одобрены на заседании учебного совета института 28 апреля 2016 года (протокол №13-16).

Рецензент: д.м.н., профессор Полиевский С.А.

УДК 616-083

ББК 53.5

© Коллектив авторов, 2016

© ФГБОУ ДПО

Институт повышения квалификации
Федерального медико-биологического агентства, 2016

СОДЕРЖАНИЕ

Обозначения и сокращения.....	4
Термины и определения	5
Введение	7
1. Донозологический контроль.....	8
2. Методика исследований и анализ данных по результатам донозологической диагностики.....	10
3. Анонимное анкетирование учащихся	15
4. Рекомендации по созданию автономных центров здоровья в учебных заведениях.....	17
Нормативные ссылки	22
Библиография.....	23

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

В настоящем учебно-методическом пособии использованы следующие обозначения и сокращения:

- **ВСР** – вариабельность сердечного ритма;
- **ЗОЖ** – здоровый образ жизни;
- **ПАРС** – показатель активности регуляторных систем;
- **ПК** – персональный компьютер;
- **РФ** – Российская Федерация;
- ФГБОУ ДПО ИПК ФМБА России Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства»

ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

В настоящем документе применяют следующие термины с соответствующими им определениями:

- **биосоциальный бюджет** – характеристика функциональных ресурсов организма, имеющий источники пополнения и расходов. Пополняется за счет возможностей здорового образа жизни, а расходуется на адаптацию организма к воздействию неблагоприятных факторов.
- **донозологическая диагностика** – распознавание функциональных состояний организма, возникающих в процессе перехода от нормы к патологии. К донозологическим состояниям относят состояние напряжения регуляторных систем, обеспечивающих мобилизацию необходимых функциональных резервов.
- **донозологический контроль** – динамическая оценка состояния регуляторных систем, выявление самых начальных проявлений перенапряжения, как в целостном организме, так и в отдельных органах и системах.
- **донозологический подход к оценке состояния здоровья** – выявление изменений в регуляции функций организма до начала проявлений болезни.
- **кластер** – объединение нескольких однородных элементов, которое может рассматриваться как самостоятельная единица, обладающая определёнными свойствами.
- **мониторинг** – система наблюдений и контроля, проводимых регулярно по определенной программе для оценки состояния окружающей среды и здоровья, анализа происходящих процессов и своевременного выявления изменений.
- **статус здорового образа жизни** – интегральная характеристика поведения, формирующего здоровье, образа жизни и отношения к здоровью.
- **стресс** – неспецифическая ответная реакция организма на специфическое воздействие.

- **структура здоровья** – показатель, отражающий количество лиц с различной степенью адаптационной реакции в процентах к общему числу обследованных людей.

Диспансеризация – комплекс мероприятий в системе здравоохранения, проводимых с целью выявления и предупреждения развития различных заболеваний населения. Диспансеризация включает медицинский осмотр врачами нескольких специальностей и применение необходимых методов обследования, осуществляемых в отношении определённых групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Автономный центр здоровья – организационная структура, создаваемая в образовательной организации с целью сохранения и укрепления здоровья учащихся, формирования здорового образа жизни обучающихся и оказания помощи детям, нуждающимся в психолого-педагогической и медицинской помощи.

Скрининг, в медицине – стратегия, применяемая к населению для выявления возможного присутствия пока ещё не диагностированной болезни у лиц без признаков или симптомов.

ВВЕДЕНИЕ

В современных системах здравоохранения большое внимание уделяется внедрению скрининговых процедур для выявления возможного присутствия пока ещё не диагностированной болезни, генетических и биохимических маркеров, факторов риска, неблагоприятного прогноза и выявления преморбидных состояний. Считается, что это позволяет поднять в целом эффективность здравоохранения и сократить расходы на лечение выраженных форм патологии и инвалидность. Одной из форм скрининга в нашей стране является создание центров здоровья при поликлиниках. Принципиальным недостатком работы центров здоровья при поликлиниках является работа по обращаемости. Для большинства населения характерна низкая мотивация пройти обследование, пока отсутствуют какие-либо жалобы или другой повод обратиться в поликлинику. Автономные центры здоровья предлагаются как альтернативный подход. В данном случае используется наличие организованных детских, подростковых и молодёжных коллективов (учебных организаций общего, профессионального и высшего образования), что позволяет обеспечить почти полный охват соответствующих возрастных групп. Предложенная модель автономного центра здоровья базируется на оценке функционального состояния и дополнительного анкетирования обследуемых контингентов, хотя возможны и другие модели. Опыт создания автономного центра здоровья в Зеленограде показал его высокую эффективность.

1. ДОНОЗОЛОГИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ

Донозологический контроль – это практический шаг к тому, чтобы динамически оценивать состояние регуляторных систем, выявлять самые начальные проявления перенапряжения как в целостном организме, так и в отдельных органах и системах. Донозологический подход к оценке состояния здоровья, к оценке функционального состояния организма состоит в том, чтобы, не дожидаясь проявлений болезни, выявить изменения в регуляции функций и принять своевременные эффективные меры по оздоровлению и профилактике.

Донозологический контроль предусматривает:

а) оценку адаптационных возможностей организма как показателя уровня здоровья;

б) определение в динамике тенденций изменения этого уровня в направлении повышения адаптационных возможностей, то есть в сторону здоровья, или снижения адаптационных возможностей, то есть в сторону болезни;

в) прогнозирование вероятного перенапряжения и истощения механизмов адаптации и риска развития патологических отклонений (заболеваний).

Принципиальное отличие систем донозологического контроля от традиционных систем медицинского контроля и профилактики заключается в том, что они ориентированы не на диагностику заболеваний, а на оценку уровня здоровья. При донозологическом подходе рассматриваются множество классов (уровней) здоровья и один класс – болезнь (как результат нарушения, срыва механизмов адаптации).

Биосоциальный бюджет – характеристика функциональных ресурсов организма. Как и любой бюджет, он имеет источники пополнения и расходов. Так, «биосоциальный бюджет» пополняется за счёт возможностей здорового образа жизни, а расходуется на адаптацию организма к воздействию неблагоприятных факторов (недосыпание, неправильное питание, переутомление, перегрузки и т.д.). Чем ниже цена приспособления («цена адаптации»), тем выше уровень здоровья, т.к. организм расходует меньше своих ресурсов на сохранение «благополучия». «Плата» за адаптацию, которая вышла за пределы «биосоциального бюджета» и требует от организма всё новых и новых усилий, ведёт к поломке адаптационного механизма.

Для оценки уровня здоровья с практической точки зрения наиболее удобен метод математического анализа variability сердечного ритма, который позволяет производить динамический скрининг здоровья индивидуума и оценку коллективного или общественного здоровья, что важно при сравнении различных коллективов (детские сады, школы, средние и высшие учебные заведения).

Факторы окружающей среды, в том числе производственные и социально-гигиенические, могут выступать не только в качестве непосредственных причин развития тех или иных заболеваний, но и в качестве условий, вызывающих в организме неспецифические патологические изменения. Развитие донозологической диагностики позволило выделить на грани нормы и патологии ряд переходных состояний, характеризующихся различной степенью адаптации организма к условиям окружающей среды. Применение донозологической диагностики в практике массовых обследований населения, начатых еще 80-х годах прошлого века (В.П. Казначеев, Р.М. Баевский, А.П. Берсенева), позволило не только получить индивидуальные оценки здоровья, но и оценить здоровье отдельных групп населения и производственных коллективов путем использования критериев структуры здоровья.

Классификация функциональных состояний организма, основанная на представлениях о гомеостазе и адаптации, включает четыре состояния: физиологическая норма, донозологические состояния, преморбидные состояния, срыв адаптации. Классификация указанных состояний организма зависит от уровня компенсаторных возможностей, функционального резерва, гомеостаза.

Физиологическая норма указывает на сохранение достаточного уровня функциональных возможностей организма. Понятие нормы включает в себя способность организма адаптироваться к определённым воздействиям факторов окружающей среды. Адекватность ответа организма на воздействие тех или иных факторов – тоже один из важных компонентов нормы.

Адаптационные нарушения в состоянии здоровья, при которых наблюдается рост функционального напряжения, уже могут быть выявлены в донозологических состояниях, при которых оптимальные адаптационные возможности организма обеспечиваются более высоким, чем в норме, напряжением регуляторных систем, что ведёт к повышенному расходу функциональных резервов организма.

Преморбидные состояния характеризуются снижением функциональных возможностей организма и проявляются в виде 2-х стадий:

а) с преобладанием неспецифических изменений при сохранении гомеостаза основных жизненно важных систем организма, в том числе сердечно-сосудистой системы;

б) с преобладанием специфических изменений со стороны определённых органов и систем, гомеостаз которых нарушен, но благодаря механизмам компенсации проявление заболеваний может быть выражено или находиться в начальной фазе и иметь компенсаторный характер.

Патологические состояния – это состояния срыва адаптации с резким снижением функциональных возможностей организма, в связи с нарушением механизмов компенсации. В данном состоянии, как правило,

наблюдаются различные заболевания в стадии субкомпенсации или декомпенсации.

Основные особенности донозологической диагностики при обследовании детских контингентов:

а) Детский организм является чувствительным индикатором условий окружающей среды. Даже небольшие изменения социальной, экологической, бытовой обстановки быстро отражаются на состоянии здоровья детей и подростков. Это хорошо известно из статистики детской заболеваемости, но значительно раньше, чем возникнут признаки болезни, появляются изменения со стороны регуляторных систем, растёт напряжение адаптационных механизмов, снижаются функциональные резервы. Эта реакция систем регуляции существенно снижается с возрастом, поэтому дети младшего возраста, и особенно самые маленькие, должны быть объектом самого тщательного наблюдения.

б) Возрастной аспект донозологических исследований играет важнейшую роль при создании систем донозологической диагностики. Поэтому требуется тщательно анализировать получаемые данные с учётом возрастнo-половых особенностей. В будущем стоит задача создания соответствующих нормативов, что является крайне сложной задачей, поскольку такие нормативы должны будут учитывать не только региональные, климатические, национальные особенности исследуемых контингентов, но и специфику каждой школы и каждого класса.

в) Высокая индивидуальность вегетативных проявлений, что выражается, с одной стороны, в наличии определённых типов вегетативной регуляции, с другой – в повышенной реактивности детского организма. Последнее накладывает определённые ограничения на методику исследований, требуя строгого соблюдения стандартных (сравнимых) условий при проведении донозологических обследований.

2. МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЙ И АНАЛИЗ ДАННЫХ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ДОНОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ

Практическое использование системы донозологической диагностики требует не только хорошего понимания основ учения о здоровье, принципов донозологической диагностики, но и знания используемых методик. Одним из подходов к решению данной проблемы является построение концепции оценки процессов регуляции в организме и определения степени напряжения регуляторных систем, основанной на получившем широкое применение методе анализа variability сердечного ритма (ВСР).

Изменения ритма сердца – универсальная оперативная реакция целостного организма в ответ на любое воздействие факторов внешней среды. Математический анализ variability ритма сердца позволяет вести непрерывный динамический контроль деятельности механизмов регу-

ляции кровообращения и даёт информацию об адекватности реакций приспособительных механизмов на разнообразные воздействия изменяющихся условий окружающей среды.

В результате анализа и обобщения данных, полученных при анализе variability сердечного ритма, определяется функциональное состояние каждого учащегося. Для оценки степени напряжения регуляторных систем используется 10-балльная шкала, диагностируются четыре функциональных состояния. Большую популярность получила схема оценки здоровья, получившая название «Светофор» (в соответствии с рисунком 1). Это так называемая «лестница состояний» со всё более выраженным напряжением регуляторных механизмов, вплоть до их перенапряжения и истощения.

Лестница состояний

(балльные оценки функциональных состояний регуляторных систем)



Физиологическая норма Донозологические состояния Преморбидные состояния Срыв адаптации

Рисунок 1 – Лестница состояний и система оценки функциональных состояний типа «Светофор»

Здоровье, являясь индивидуальной характеристикой человека, в значительной мере зависит от окружающей среды, от множества общественно-бытовых, производственных и социально-психологических факторов. Поэтому важное значение приобретает оценка коллективного здоровья – здоровья группы людей, находящихся в сходных, однотипных условиях жизни. Для характеристики коллективного здоровья предложен специальный показатель – структура здоровья. Этот показатель разработан на основе принципов донозологической диагностики и основан на определении степени адаптации организма к условиям окружающей среды. Выделяют четыре класса состояний: 1 – Удовлетворительная адаптация к условиям окружающей среды; 2 – Напряжения механизмов адаптации; 3 – Неудо-

влетворительная адаптация к условиям окружающей среды; 4 – Полом адаптационных механизмов. Структура здоровья – это показатель, отражающий количество лиц с различной степенью адаптационной реакции в процентах к общему числу обследованных людей.

Методом оценки адаптационных реакций является вычисление показателя активности регуляторных систем (ПАРС). Он вычисляется в баллах по специальному алгоритму. Значения ПАРС выражаются в баллах от 1 до 10 (Таблица 1).

Таблица 1 – Показатель активности регуляторных систем (ПАРС)

Степень адаптации	Значения ПАРС	Цвет светофора	Условное обозначение
Удовлетворительная адаптация	1, 2, 3	Зелёный	З
Напряжение механизмов адаптации	4, 5	Жёлтый	Ж1
Неудовлетворительная адаптация	6, 7	Жёлтый	Ж2
Полом механизмов адаптации	8, 9, 10	Красный	К

На основании анализа значений ПАРС могут быть диагностированы следующие функциональные состояния:

1) Состояние оптимального (рабочего) напряжения регуляторных систем, необходимое для поддержания активного равновесия организма со средой (норма ПАРС = 1-2).

2) Состояние умеренного напряжения регуляторных систем, когда для адаптации к условиям окружающей среды организму требуются дополнительные функциональные резервы. Такие состояния возникают в процессе адаптации к трудовой деятельности, при эмоциональном стрессе или при воздействии неблагоприятных экологических факторов (ПАРС = 3-4).

3) Состояние выраженного напряжения регуляторных систем, которое связано с активной мобилизацией защитных механизмов, в том числе повышением активности симпатико-адреналовой системы и системы гипофиз-надпочечники (ПАРС = 4-6).

4) Состояние перенапряжения регуляторных систем, для которого ха-

рактерна недостаточность защитно-приспособительных механизмов, их неспособность обеспечить адекватную реакцию организма на воздействие факторов окружающей среды. Здесь избыточная активация регуляторных систем уже не подкрепляется соответствующими функциональными резервами (ПАРС = 6-7).

5) Состояние истощения (астенизации) регуляторных систем, при котором активность управляющих механизмов снижается (недостаточность механизмов регуляции) и появляются характерные признаки патологии. Здесь специфические изменения отчетливо преобладают над неспецифическими (ПАРС = 7-8).

6) Состояние «полома» адаптационных механизмов (срыв адаптации), когда доминируют специфические патологические отклонения и способность адаптационных механизмов к саморегуляции частично или полностью нарушена (ПАРС = 8-10).

При проведении мониторинга функционального состояния школьников весьма важно определять здоровье не только каждого из учащихся, но и «здоровье класса». Особенности структуры здоровья могут отражать воздействие факторов окружающей среды, которые являются условиями развития патологических отклонений и заболеваний.

Целью донозологической диагностики является оценка и прогнозирование состояния здоровья людей и риска развития заболеваний, разработка индивидуальных рекомендаций по сохранению здоровья и по предотвращению возможного развития болезни, а также динамический контроль за состоянием здоровья, в рамках проведения социально-гигиенического мониторинга. Кроме оценки функционального состояния и определения статуса здоровья каждого из учащихся, данный метод, как уже указывалось, позволяет оценить также коллективное здоровье (класса, группы, курса, школы, техникума, колледжа или ПТУ, вуза) в целом.

Оценка индивидуального функционального состояния может проводиться с использованием компьютеризированных кардиоусилителей, входящих в состав аппаратно-программных комплексов (АПК) для скрининг-оценки уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма, которыми должны оснащаться медицинские кабинеты врача-педиатра образовательной организации согласно Приказа Минздрава РФ № 822 от. 05.11.2013 г., например, кардиоусилителями «Карди-2/4» (рис. 2) с программным обеспечением типа «Здоровье-экспресс», «Ритм-экспресс», «Варикард-экспресс», применяемым в системе Центров здоровья, как для детей, так и для взрослых, во всех регионах РФ.

Также аппаратно-программный комплекс содержит в себе подпрограмму оценки индивидуальных особенностей, выявления предрасположенности к функциональным нарушениям систем организма, оценки психологического профиля личности. (Приложение В)



Рисунок 2 – Кардиоусилитель в составе АПК

Для повышения заинтересованности обследуемого контингента целесообразно обучение учителей и самих учащихся работе с приборами. Для эффективности проводимой работы отслеживание состояния здоровья должно проводиться регулярно и постоянно, а не в виде кампаний. Выполняя или не выполняя рекомендации, каждый участник процесса может отслеживать своё продвижение по шкале «здоровье-болезнь» или «болезнь-здоровье». Образцы графиков, таблиц и документов, формируемых при анализе получаемых данных, представлены на рисунке 3.



Рисунок 3 – Образец графиков, таблиц и документов, формируемых при анализе данных, получаемых с помощью кардиоусилителя «Карди-2/4» и ПО «Здоровье-Экспресс»

Регистрация ЭКГ с помощью портативного электрокардиографа производится в положении «сидя» с использованием электродов-прищепок для рук при длительности записи, равной 5 минутам. Это стандартный интервал времени для анализа variability сердечного ритма. До и после записи ЭКГ с помощью автоматического сфигмоманометра измеряется артериальное давление. До начала исследований измеряются рост и масса тела. Полученные данные подвергаются обработке с применением программного обеспечения «Здоровье-Экспресс». Разработанная технология позволяет в течение одного-двух занятий обследовать 25-30 человек.

Активная просветительная работа среди родителей и учеников по составляющим здорового образа жизни, вовлечение учащихся в процесс активного отслеживания вектора продвижения по шкале «болезнь-здоровье», соблюдение рекомендаций по здоровому образу жизни выявляет положительную динамику по формированию группы детей, относящихся к группе «физиологическая норма» и уменьшению группы «срыв адаптации».

3. АНОНИМНОЕ АНКЕТИРОВАНИЕ УЧАЩИХСЯ

С учётом стандартного подхода к статистическим исследованиям работа по проведению анонимного анкетирования планируется по следующей схеме:

- а) Выявление проблем и формулирование целей исследования;
- б) Отбор источников;
- в) Сбор информации;
- г) Анализ собранной информации;
- д) Представление полученных результатов.

Основная задача – посредством анонимного анкетирования учащихся различных ступеней образования и определяя их отношение к различным сторонам ЗОЖ, сформировать позитивную мотивацию и сделать привлекательным изучение канонов ЗОЖ и следование им. Анкета – самое распространённое орудие исследования при сборе первичных данных. Анкета требует тщательной разработки, апробации и корректировки в пилотном исследовании для выявления и устранения недостатков до начала её широкого использования. Требования при составлении анкет включают: единичность смыслового основания как к формулировке вопроса, так и к шкале ответов; недопустимость некорректного выбора; соответствие смысловых оснований в вопросе и вариантах ответов; адекватность языка вопроса с учётом социальной дифференциации.

При проведении анкетирования целесообразно выделять следующие возрастные группы: от 6 до 10 лет – учащиеся начальной школы, т.е. 1-4 классы; от 11 до 15 лет – учащиеся средней школы, т.е. 5-9 классы; от 16 до 18 лет – старшеклассники, т.е. 10 и 11 классы; от 17 до 23 лет – уча-

щаяся молодежь (только студенты колледжа и вуза). Для поддержания интереса к процессу анкетирования следует использовать компьютерное обеспечение с возможностью расширения или видоизменения вопросов по отдельным сегментам анкеты. Такая технология позволяет добиться снижения «испорченного поля» (отсутствие ответа на вопрос, выбор два и более ответов, вместо требуемого одного) до 2-3% от числа выборочной совокупности. Заполнение анкеты на компьютере занимает не более 5 минут, которые вполне можно выделить для этих целей в начале или в конце урока. При использовании компьютерного анкетирования отпадает необходимость распечатывания огромного количества бумаги. Заполненные анкеты сохраняются на компьютере в виде файла, при этом от ученика не требуется вводить имя этого файла – вся процедура сохранения предельно упрощена.

Для автоматизации процесса анкетирования разработана программа автоматического объединения анкет по классам и полу. И, кроме этого, для облегчения анализа собранных данных, разработана система отображения информации в виде сравнительных диаграмм, которая подготавливает данные в удобном для дальнейшей работы эксперта виде.

Данные анкетирования позволяют судить о режиме дня и соблюдении правил личной гигиены, о характере питания, досуге, наличии вредных привычек, использовании свободного времени, участии в закалывающих процедурах, занятиях физкультурой и спортом с учётом возраста, пола, принадлежности к профилю учебного заведения. Динамическое наблюдение за результатами анкетного опроса позволило оценивать результаты коллективной работы врачей, учителей, психологов и родителей по формированию здорового образа жизни учащихся.

Недостатками технологии компьютерного анкетирования являются:

- для установки и настройки программного продукта требуется выезд специалиста в учебное заведение;
- специфика обслуживания компьютерной техники в учебных заведениях часто приводит к переустановке операционных систем и ПК, а это приводит к потере программного продукта и необходимости его повторной установки.

В этой связи разработана версия программы «MedelOnline», в которой программный продукт расположен на едином удаленном сервере, при этом анкетирование может производиться с любых ПК любого учебного заведения, имеющего доступ в сеть Интернет.

Перед проведением очередного этапа анкетирования учебное заведение получает коды на каждый класс (группу). Учащиеся каждого класса (группы) заходят в Интернет под своим кодом и отвечают на вопрос анкеты. При этом участие преподавателя сводится до минимума. Ему не надо производить операцию сбора и отправки анкет, так как все анкеты автоматиче-

ски попадают на сервер, на котором в дальнейшем производится их обработка. Таким образом, эта анкета позволяет осуществлять сбор информации на больших расстояниях без необходимости выезда специалиста.

Оценка результатов анкетирования проводится с опорой на следующие индикаторы: поведенческий, информационный, мотивационный. Поведенческий индикатор – раскрывает особенности поведенческих проявлений, конкретных действий, характеризующих ведение здорового образа жизни. Информационный индикатор – определяет наличие или отсутствие у респондента информации о различных аспектах здоровьесбережения и здорового образа жизни. Мотивационный индикатор – характеризует место здоровья в мотивационной сфере респондента, его внутренние побуждения, определяющие направленность на ведение определенного образа жизни.

В рамках каждого сегмента по каждому индикатору (поведенческий, информационный, мотивационный) можно определить уровень нагрузки в виде широко распространенного понятия «Светофор». Выделяют 3 уровня нагрузки. Зелёный уровень – сигнализирует о наличии информации о здоровье и формирующем здоровье поведении, и в то же время, об актуальном интересе к вопросам здорового образа жизни, реализации этой информации в виде поведенческих проявлений, наличии достаточной мотивации к ведению здорового образа жизни. Жёлтый уровень – характеризует наличие определённых проблем в понимании вопросов и ведении здорового образа жизни. Красный уровень – зона риска, которая требует целенаправленной работы специалистов.

Сопровождение процесса анкетирования встречами со специалистами различных сфер медицинской деятельности и проведением бесед, часов «вопросов и ответов», «круглых столов» по различным аспектам здорового образа жизни (тематику подсказывают ответы учащихся), а именно о рациональном питании, современных диетах, пользе физических упражнений, о современных видах фитнес-процедур, о вредных привычках, о половом воспитании повышают эффективность формирования ЗОЖ. После проведенной просветительной работы имеются положительные тенденции в ответах детей и подростков, а именно: увеличивается информированность о слагаемых здорового образа жизни, увеличивается количество детей и подростков, вовлекающихся в активный образ жизни с использованием закаливающих процедур, снижается количество лиц, употребляющих еду быстрого приготовления.

4. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО СОЗДАНИЮ АВТОНОМНЫХ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ В УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЯХ

Работа по формированию приоритета здоровья в системе социокультурной мотивации может быть проведена только путем наглядной пропа-

ганды. Действенная модель формирования здорового образа жизни должна быть основана на заинтересованном участии индивидуума в самостоятельном мониторинге состояния своего здоровья, проверке знаний по самосохранительному поведению, развитию мотивации здорового образа жизни на различных этапах жизненного цикла.

Эффективнее работать в организованных коллективах детей, подростков и учащейся молодежи, т.к. в организованных коллективах подключаются к работе воспитатели дошкольных организаций, учителя школ, преподаватели колледжей и вузов.

Пропаганда здорового образа жизни, прежде всего, должна вызвать интерес, быть включена в обязательном порядке в систему получения знаний. Полученные знания формируют мотивацию к ведению здорового образа жизни и, наконец, осуществляется само действие и при этом должны быть обеспечены условия для реализации этого действия.

До начала работы по анкетированию и донозологической диагностике необходимо проведение разъяснительной работы среди учителей, преподавателей, родителей и учащихся о цели совместного взаимодействия – о необходимости отслеживать состояние своего здоровья и необходимых оздоровительных мероприятиях, т.е повлиять на уровень компетенций всех участников – формирование навыков ЗОЖ.

Проводить анонимное анкетирование лучше в компьютерных классах учебных заведений, где можно установить и аппараты для донозологической диагностики. Необходимо обучить работе на них преподавателей, психологов, медицинских работников, учащихся.



Рисунок 4 – Взаимодействие участников проекта по формированию здорового образа жизни среди учащихся на всех ступенях образования

При проведении анонимного анкетирования необходимо создать банк данных и факторах риска, с учетом возраста, пола, профиля учебного заведения респондентов. Это информация, необходимая для медицинских работников, психологов, преподавателей учебных заведений, которые могут адресно строить свою работу по психолого-педагогической диагностике конкретной группы учащихся.

У каждого обследуемого своя физиологическая норма. В этой связи только проводя несколько обследований, можно говорить о индивидуальной группе функционального состояния.



Рисунок 4а – Вариант взаимодействия участников проекта по формированию здорового образа жизни среди учащихся для закрытого административно-территориального образования

Незаменима работа психологов при анализе первых результатов, когда обследуемый оказывается в «красной» группе. Специалисты данного профиля собирают социальный анамнез и, при необходимости, встречаются с родителями. Нередки случаи, когда психосоциальное напряжение в семье (родился ребенок и внимание родителей переключено на другой объект, развод родителей и др.) влияет на группу состояния адаптации.

Группа со срывом адаптационного механизма направляется в Центр здоровья для углублённого обследования и, при необходимости, к врачам-специалистам для уточнения диагноза и лечения.

Важно регулярно проводить встречи с родителями, на которых обсуждаются результаты анкетирования, проблемы, связанные с образом жизни детей и подростков, пути взаимодействия преподавателей, учащихся, родителей в плане их вовлечения в процесс формирования здорового об-

раза жизни. Родители также являются участниками анкетирования и донозологической диагностики. Вовлекая родителей, удаётся добиться преемственности рекомендаций по ведению ЗОЖ в школе и дома.

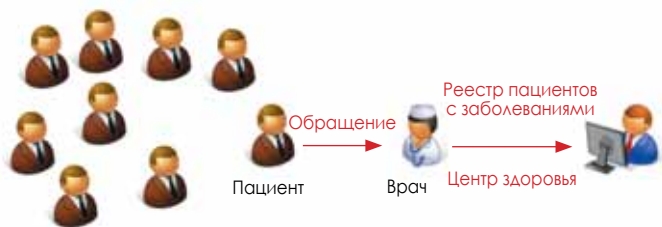


Рисунок 5 – Схема организации работы центра здоровья при поликлинике

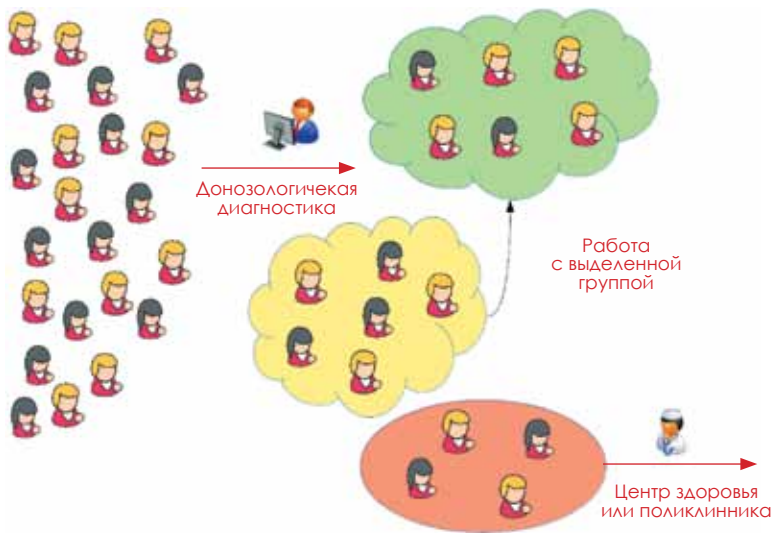


Рисунок 6 – Схема работы автономного центра здоровья

В результате анкетирования и донозологической диагностики всем участникам и заинтересованным лицам даются рекомендации для дальнейшего использования:

Обследуемому лицу – индивидуальную оценку статуса здоровья и рекомендации по ведению здорового образа жизни;

Директорам школ и классным руководителям предоставляются как

индивидуальные, так и групповые оценки здоровья, списки ослабленных детей и детей с факторами риска развития заболеваний;

Органам здравоохранения передаются списки лиц, которые нуждаются в плановом или срочном обследовании конкретными специалистами;

Органам государственной власти, местного самоуправления, здравоохранения, образования – по использованию методов и средств донозологической диагностики для сохранения и укрепления здоровья населения, направленные на преодоление демографического кризиса.

Предлагаемая модель взаимодействия организаций здравоохранения, образования, общественных организаций и органов управления по оценке уровней здоровья и проведению просветительной работы по формированию ЗОЖ в государственных и муниципальных организациях образования на различных ступенях обучения является действующей, понятной для всех, результативной и долговременной.

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В учебно-методическом пособии использованы ссылки на следующие нормативные документы:

Федеральный закон Российской Федерации от 06.12.2011 г. № 409-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации».

Национальная стратегия действий в интересах детей на 2012-2017 годы. Утверждена Указом Президента Российской Федерации 01.06.2012 № 761.

Постановление правительства Российской Федерации № 413 от 18 мая 2009 года «О финансовом обеспечении в 2009 году за счёт ассигнований федерального бюджета мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребление алкоголя и табака».

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 05.11.2013 г. № 822н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях».

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19 августа 2009 г. № 597н «Об организации деятельности Центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака».

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16 апреля 2012 г. № 366н «Порядок оказания педиатрической помощи»;

Государственная программа города Москвы на среднесрочный период (2012–2016 годы) «Развитие образования города Москвы (Столичное образование)».

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Аверьянов Л.Я. Социология «искусство задавать вопросы», 1998 г., 187 с.
2. Авцын А.П. Адаптация и дизадаптация с позиций патологии. Клиническая медицина, 1974, т. 52, с. 3-15.
3. Агаджанян Н.А., Баевский Р.М., Берсенева А.П. Проблемы адаптации и учение о здоровье. Москва, Издательство Российского университета дружбы народов, 2006, 282 с.
4. Альбицкий В.Ю. и др. Методические рекомендации по изучению заболеваемости детского населения. – М.: Союз педиатров России и НЦЗД, 2009. – 39 с.
5. Баевский Р.М., Берсенева А.П. Введение в донозологическую диагностику. Москва, фирма «Слово», 2008 г. – 220 с.
6. Баевский Р.М., Берсенева А.П. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний. М., Медицина, 1997 г. – 236 с.
7. Баевский Р.М., Иванов Г.Г., Чирейкин Л.В. и др. Анализ вариабельности сердечного ритма при использовании различных электрокардиографических систем. Вестник аритмологии, 2001. – 24 с.
8. Баевский Р.М., Казначеев В.П. Диагноз донозологический – М., БМЭ, 1978 г. С. 252.
9. Берсенева А.П., Семенов Ю.Н. Медико-техническая система «Вита» для мониторинга функционального состояния при массовых донозологических обследованиях школьников. Научно-методологические основы формирования физического и психического здоровья детей и молодежи. Материалы 3-й Всероссийской конференции, Екатеринбург, 2006, с. 30-36.
10. Бойко О.В. [и др.]. Охрана психического здоровья: Учебное пособие. Ч. 1. Саратов: Саратов. гос. тех. ун-т, 2003 г. – 248 с.
11. Виленский, М.Я. Физическая культура и здоровый образ жизни студента: Учебное пособие / М.Я. Виленский, А.Г. Горшков. М.: Гардарики, 2007 г. – 218 с.
12. Григорьев А.И., Баевский Р.М. Концепция здоровья и космическая медицина. М.: Слово, 2007. С. 218.
13. Денисов Л.А. Концепция развития автономных центров здоровья в учебных заведениях города // Вестник Московской государственной академии делового администрирования. 2011. № 1 (7). С. 5-22.
14. Денисов Л.А., Елисеев А.П., Савичева Н.М. Опыт использования медицинских космических технологий оценки уровня здоровья в системе столичного образования для формирования здорового образа жизни

учащихся // Здоровьесберегающая деятельность в непрерывном образовании: детский сад – школа – вуз: Материалы межрегиональной научно-практической конференции. 2010. 2 – 3 марта / Под общ. ред. Л. Е. Курнешовой, Т.С. Ивановой. М.: Изд-во МГПИ: Школьная книга, 2010.

15. Денисов Л.А., Маркосян А.А., Савичева Н.М. Проблема формирования здорового образа жизни в контексте взаимодействия здравоохранения и образования // Вестник Московской государственной академии делового администрирования. 2012. № 1(13). С. 175-183.

16. Денисов Л.А. Здоровый образ жизни: уроки прошлого и настоящего. Ж. «Санитарный врач» № 5. Москва, 2011 г. С. 25-30.

17. Денисов Л.А., Савичева Н.М., Федорович А.В. Перспективные проекты для формирования здорового образа жизни в молодёжной среде. Ж. Представительная власть № 1 (112), 2012 г. С. 39-42

18. Денисов Л.А., Савичева Н.М., Федорович А.В. Формирование здорового образа жизни детей, подростков и учащейся молодёжи в автономных центрах здоровья, созданных в учебных заведениях г. Зеленограда Ж. Педиатрическая фармакология 2013 г., № 10 (6). С. 118-122.

19. Игнатова Л.Ф., Берсенева А.П. Оценка адаптационных возможностей организма в системе социально-гигиенического мониторинга детского населения», 2005 г.

20. Казначеев, В.П. Здоровье нации – феномен экологии XXI века / В.П. Казначеев // III тысячелетие. Пути к здоровью нации: Материалы I Всероссийского форума. М., 2001. – С. 39.

21. Комаров Ю.М. Здоровоохранение России: взгляд в будущее. СПб.: Издательство Медицинская пресса, 2004 г. – 192 с.

22. Кучма, В.Р. Гигиена детей и подростков: Учебник для студентов медицинских высших учебных заведений, обучающихся на медико-профилактических, педиатрических и лечебных факультетах по дисциплине «Гигиена детей и подростков» в рамках специальности «Медико-профилактическое дело» / В.Р. Кучма. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 523 с.

23. Савичева Н.М. Формирование здорового образа жизни в системе среднего и высшего образования. Здоровоохранение Российской Федерации № 5 сентябрь-октябрь 2011 г. С. 26-27.

24. Стратегия национальной безопасности Российской Федерации // Совет Безопасности Российской Федерации. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.scrf.gov.ru/documents/99.html>